الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

همزة وصل

نحو تنمية مستدامة

أدلة العمل العيادي لخدمات الصحة الإنجابية

Service Delivery Guidelines for Reproductive Health Care

2016

صندوق الأمم المتحدة للسكان

الفهرس

فريق العمل

د. فيصل القاق | منسق العمل، المحرر، ومشارك
مشارك سريري- دائرة الجراحة النسائية والتوليد- المركز الطبي الجامعة الأميركية في بيروت
محاضر متقدم- كلية العلوم الصحية - الجامعة الأميركية في بيروت

د. وديع غنمه | مشارك
رئيس دائرة الجراحة النسائية والتوليد- كلية الطب- جامعة الكسليك

د. أنطوان أبو موسى | مشارك
أستاذ- دائرة الجراحة النسائية والتوليد- المركز الطبي الجامعة الأميركية في بيروت

د. جو سويدان | مشارك
أستاذ - دائرة الجراحة النسائية والتوليد- مستشفى أوتيل ديو

د. ربيع شاهين | مشارك
رئيس دائرة الجراحة النسائية والتوليد- مستشفى رفيق الحريري الحكومي الجامعي
مشارك سريري- دائرة الجراحة النسائية والتوليد- المركز الطبي الجامعة الأميركية في بيروت

د. زكية الديماسي | مشاركة
طبيبة أطفال ومدربة في التثقيف الطبي- المركز الطبي الجامعة الأميركية في بيروت

د. سعد الدين عيتاني | مشارك
رئيس دائرة الجراحة النسائية والتوليد- مستشفى المقاصد

د. عبدالله عدره | مشارك
أستاذ مساعد- دائرة الجراحة النسائية والتوليد- المركز الطبي الجامعة الأميركية في بيروت

د. جنوب خزعل | مراجعة نقدية
طبيبة نسائية - أستاذ محاضر في كلية العلوم الطبية الجامعة اللبنانية

السيدة سرين الداعوق | تحرير ودعم فني
قابلة قانونية - ماجستير صحة عامة - كلية الصحة العامة-١- الجامعة اللبنانية

الفصل الأول

الصحة الجنسية والإنجابية / صحة المواليد والأطفال

المقدمة والخلفية 1

الجزء الاول. الصحة الجنسية والإنجابية

١. تعريف الصحة الجنسية والجنسانية 3
٢. تعريف الصحة الإنجابية 3
٣. أخلاقيات الصحة الجنسية والإنجابية 3
أ. مقدمة 3
ب. حقوق الإنسان الجنسية والإنجابية 4
٤. خدمات الصحة الإنجابية 4
أ. الخدمات العيادية 4
ب. الرعاية التلطيفية 5
ت. الخدمات الوقائية 5
٥. السلوك الصحي السليم 5
٦. اللقاحات 6
٧. الفحوصات الوقائية 6
٨. الموارد البشرية 7
أ. متطلبات رعاية الصحة الإنجابية 7
ب. المبادئ الأخلاقية للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للمرأة 7

الجزء الثاني. صحة المواليد والاطفال

١. التغذية 9
أ. من الولادة ولغاية الأربعة أشهر 9
ب. من أربعة أشهر إلى ثمانية أشهر 10
ت. من الثمانية أشهر إلى السنة 11
ث. من السنة إلى الثلاث سنوات 11
٢. النمو 11
أ. تعريفه 11
ب. جداول النمو 11
ت. أمثلة على نمو غير طبيعي 12
٣. مسائل طبية شائعة 14
أ. المغص 14
ب. إلتهاب الشعب الهوائية 15
ت. صحة الفم 17
٤. اللقاحات 19
أ. مقدمة 19
ب. البرنامج الوطني للتحصين في لبنان 19

الفصل الثاني

الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب

الجزء الثالث. الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب

١. معالم البلوغ عند الفتيان والفتيات 1
أ. عند الفتيات 1
ب. عند الفتيان 2
٢. تقييم تغيّرات البلوغ 3
أ. الفحص البصري 3
ب. اللمس 4
٣. إضطرابات سن البلوغ 4
أ. تأخّر سن البلوغ 4
ب. البلوغ المبكر 8
٤. مسائل طبية أساسية في الصحة الإنجابية للمراهقين 11
أ. أعضاء تناسلية (ملتبسة) غير مكتملة 11
ب. عدم نزول الخصية 12
ت. انقطاع أو عدم حدوث الطمث (Amenorrhea) 12
ث. نزيف الرحم غير الطبيعي 16
ج. ما حول بدء الإحاضة Perimenarchal 17
ح. عسر الطمث Dysmenorrhea 17

الجزء الرابع. التغذية والصحة الانجابية

١. زيادة الوزن والسمنة 27
٢. إضطرابات الأكل خلال فترة المراهقة 29
أ. فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa 29
ب. الشره المرضي العصبي 30
ت. تأثير السمنة، وفقدان الشهية العصبي، والشره المرضي العصبي على الصحة الإنجابية للمراهقين 30
ث. المشورة ودور مقدم الرعاية 30

الجزء الخامس. الصحة الجنسية لدى المراهقين

١. مبادىء الرعاية الصحية الجنسية لدى المراهقين 33
٢. تقييم الصحة الجنسية للمراهقين 33
أ. السيرة الجنسية 33
ب. الوقاية 34

الفصل الثالث

صحة المرأة في حالات الازمات / العنف والصحة النفسية

الجزء السادس. صحة المرأة في حالات الازمات / مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى (MISP) للصحة الإنجابية في حالات الأزمات

١. مقدمة 1
٢. الهدف 1
٣. لماذا تمثل مجموعة خدمات MISP أولوية ؟ 1
٤. ماهي العواقب المحتملة لتجاهل مجموعة خدمات MISP في حالات الطوارئ؟ 2
٥. من المسؤول عن تطبيق مجموعة خدمات MISP ؟ 2
٦. أهداف وأنشطة مجموعة خدمات MISP والتدخلات الرئيسية للإستجابة لإحتياجات المراهقين/ات 2
٧. مؤشرات مجموعة خدمات MISP 4
٨. ماهي الإمدادات اللازمة لتطبيق مجموعة خدمات MISP وأين يمكن لأي وكالة أن تجدها؟ 4

الجزء السابع. العنف والصحة النفسية

١. العنف المبني على النوع الإجتماعي 9
أ. تعريف العنف المبني على النوع الإجتماعي 9
ب. الأهداف 9
ت. الأدلة أو المؤشرات لوجود العنف 9
ث. طريقة التقصي 9
ج. دور الأشخاص العاملين بالمركز 10
٢. الإدارة السريرية للناجين من الاغتصاب 11
أ. الأهداف 11
ب. المقدمة 11
ت. تعريف العنف الجنسي / الاعتداء الجنسي 11
ث. تعريف الاغتصاب 11
ج. مضاعفات الاغتصاب على المدى البعيد 12
ح. عرض الحالة 12
خ. التقييم 12
د. التقدير 13
ذ. الإدارة 13
ر. دور الطبيب 13
٣. الإدارة الفورية للناجيات من الاغتصاب 14
أ. المقاربة العامة 14
ب. الإعداد 14

ت. مقدمي الخدمة 15
ث. التقييم الطبي 15
ج. التاريخ الطبي العام 15
ح. تاريخ الاعتداء 15
خ. الفحص البدني 15
د. التقييم المخبري 17
ذ. التقييم الطبي الشرعي 17
٤. إعتبارات خاصة بالطفل الناجي 18
٥. العلاج 19
أ. علاج الإصابات الجسدية 19
ب. وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ (Emergency Contraception- EC) 20
ت. الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً (Sexually Transmitted Infections- STI) 20
٦. التقييم والدعم النفسي 24
أ. الأعراض النفسية التي تظهر على المدى القصير من الاغتصاب 24
ب. الأعراض النفسية التي تظهر على المدى الطويل للاغتصاب 24
٧. الاحالة 24
٨. المتابعة 25
٩. الابلاغ والنواحي القانونية 26
١٠. المراجع 27
١١. الملاحق 28
الملحق رقم ١ - المتطلبات اللازمة لتوفير الرعاية للناجين من الاغتصاب 28
الملحق رقم ٢ - نموذج الموافقة 30
الملحق رقم ٣ - نموذج الفحص و التاريخ الطبي 31
الملحق رقم ٤ - الحد الأدنى المطلوب لعدة الاغتصاب 35
الملحق رقم ٥ - العلاج الطبي للناجين من الاغتصاب 36
الملحق رقم ٦ - الشهادة الطبية للبالغين 37
الملحق رقم ٧ - الشهادة الطبية للأطفال 38

الفصل الرابع

الأمومة المأمونة

الجزء الثامن. الامومة المأمونة

١. المشورة قبل الحمل 1
٢. رعاية الحامل 2
أ. المشورة 2
ب. الزيارة الأولى 2
ت. الزيارات اللاحقة 5
ث. ملخص الاجراءات المتعلقة بفترة الحمل 7
ج. المشورة خلال الزيارات اللاحقة للحمل 7
ح. التغذية والعلاجات خلال الحمل 7
خ. اللقاحات خلال الحمل 8
د. الحمل و الصيام 9
٣. مضاعفات الحمول والولادات السابقة 10
أ. تعريف مخاطر الأمومة 10
ب. اعادة تقييم المخاطر \ المضاعفات 10
٤. مضاعفات الحمل 11
أ. الغثيان والتقيؤ (Nausea and Vomiting) 11
ب. فقر الدم 12
ت. تقصي (Group B Streptococcus) 14
ث. الإلتهابات والحمل Infections in Pregnancy 17
ج. الطلق المبكر (Preterm Labor) 18
ح. سكري الحمل 19
خ. ارتفاع ضغط الدم خلال الحمل 20
د. النزف خلال الحمل 24
ذ. انسلاخ المشيمة (Placental Abruption) 26
ر. التهابات المسالك البولية 27
ز. الحالات التي تتطلب اهتماما خاصا 28
٥. المشورة بين الحامل والطبيب أو القابلة 28
أ. العناية بعد الإجهاض 28
ب. مراقبة الحمل الحالي 29
ت. نصائح، حوار وتحديد الموعد القادم 29
ث. الفحوصات الأكثر شيوعا لتقييم وضع الجنين 29
ج. خصائص المركز الصحي المتخصص لاحالة الحامل 31
٦. الحمل في فترة المراهقة 31
أ. عواقب الحمل لدى المراهقات 31
ب. متابعة فتاة مراهقة حامل 32
ت. منع الحمل عند المراهقين 32
٧. رعاية ما بعد الولادة 33

الفصل الخامس

تنظيم الأسرة

الجزء التاسع. تنظيم الأسرة

١. مقدمة 1
أ. أساس العمل لمقدمي خدمات تنظيم الأسرة 1
ب. الأهداف 1
ت. الإجراءات/ المقاربات 1
ث. زيارة/معاينة المستفيدة 2
٢. تفاصيل خاصة بوسائل تنظيم الأسرة 3
أ. الوسائل الطبيعية لتنظيم الأسرة Natural Family Planning Methods 3
ب. الوسائل أحادية الهرمون المحتوية فقط على هرمون البروجسترون 6
ت. الوسائل ثنائية الهرمون المحتوية على هرموني الأستروجين والبروجسترون 11
ث. الأجهزة الرحمية (اللوالب) 15
ج. وسائل الحجز أو المنع Barrier Methods 20
ح. الوسائل الجراحية - التعقيم الجراحي الطوعي Surgical Voluntary Sterilization 23
خ. وسائل منع الحمل الطارئة 23

الفصل السادس

مراضة الجهاز التناسلي والتقصي

الجزء العاشر. مراضة الجهاز التناسلي لدى النساء

١. النزيف غير الطبيعي 1
أ. خلال سن الخصوبة 1
ب. مرحلة ما بعد انقطاع الطمث 3
٢. اختلال وظيفة القاع الحوضي 4
٣. سلس البول 5
٤. آلام الحوض Pelvic pain 7
٥. التليف الرحمي 7

الجزء الحادي عشر. تدني الخصوبة / العقم

١. التعريف وأسبابه 9
٢. التقييم 9
٣. تقدير ضعف الخصوبة 10
٤. التشخيص والإجراءات 11
أ. لدى المرأة 11
ب. لدى الرجل 11
٥. العلاج 13

الجزء الثاني عشر. الصحة الإنجابية للنساء في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث

١. تأثيرات انقطاع الطمث أي تأثير انخفاض هرمون الاستروجن في الجسم 15
٢. كيف تتعامل مع فترة "انقطاع الطمث" 16
٣. تدابير وقائية للنساء في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث 16
٤. التدخلات العلاجية خلال فترة انقطاع الطمث 17

الجزء الثالث عشر. ترقق العظم

١. التشخيص 21
٢. عوامل خطر التعرض للاصابة بترقق العظام 21
٣. الأدوية الوقائية والعلاجية من ترقق العظم بعد سن إنقطاع الطمث 22

الفصل السابع

سرطانات الجهاز التناسلي

الجزء الرابع عشر. أمراض الثدي

أ. التاريخ المرضي للمستفيدة 1
ب. العوامل الخطرة 1
ت. الفحص السريري 1
ث. التقصي والاحالة 2

الجزء الخامس عشر. تقصي سرطانات الجهاز التناسلي

١. سرطان البروستات 3
أ. غدة البروستات 3
ب. العوارض 3
ت. المضاعفات 3
ث. العلاج 3
٢. تقصي سرطان عنق الرحم 4
أ. فحص المسحة المهبلية 4
ب. المعايير الجديدة لفحص عنق الرحم حسب الفئات العمرية 4
ت. معايير التعاطي مع نتائج فحص مسحة عنق الرحم 5

الفصل الثامن

الألتهابات المتناقلة عبر الجنس

الجزء السادس عشر. الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس

١. تعريفها 1
٢. المكافحة 1
أ. الاكتشاف المبكر 1
ب. العلاج 1
ت. التثقيف والتوعية (Counseling) 1
٣. تشخيص الإصابة 2
٤. أنواع الإصابة 2
أ. مرض إلتهاب الحوض (Pelvic Inflammatory Disease, PID) 2
ب. السفلس/الزهري 3
ت. فيروس الورم الحليمي البشري (HumanPapillomaVirus, HPV) 5
ث. السيلان Gonorrhea 7
ج. الحراشف البرعمية Chlamydia 8
ح. الهربس 9
خ. التهاب المهبل الجرثومي (Bacterial Vaginosis, BV) 11
د. فيروس نقص المناعة البشري (HIV) 13
٥. إعتبارات خاصة لمعالجة الامراض المنقولة جنسيا لدى المراهقين 20
٦. تقييم مراهق بحال الاشتباه بإصابته بفيروس نقص المناعة البشرية 21
٧. الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية 23

الفصل التاسع

الملاحق والمراجع

الجزء السابع عشر. إجراءات منع انتشار العدوى

١. هدف منع انتشار العدوى في المراكز الصحية 1
٢. مبادئ الحد من انتشار العدوى 1
٣. اجراءات عيادية أخرى 2
أ. غسل اليدين 2
ب. التعقيم قبل الاجراءات الجراحية 2
ت. تعليمات حول تحضير الجلد للابرة 2
ث. كيف تسحب الدواء من قارورة محتوية أكثر من جرعة واحدة 3
ج. الزي المهني 3
ح. القفازات 3
خ. منع العدوى 4
د. الخطوات اللازمة لتعقيم الأدوات 4
٤. ازالة التلوث 5

الجزء الثامن عشر. الملاحق

ملحق رقم ١: اجراءات الفحص السريري 7
ملحق رقم ٢: الأدوار الرئيسية للأطباء في مجال الصحة الإنجابية 9
ملحق رقم ٣: مهام القابلة القانونية في قسم الصحة الانجابية 12
ملحق رقم ٤: دور ومهام الممرضة في قسم الصحة الانجابية 13
ملحق رقم ٥: المستند العيادي في حال تأخر سن البلوغ عند الذكور 14
ملحق رقم ٦: المستند العيادي في حال تأخر سن البلوغ عند الإناث 16
ملحق رقم ٧: لائحة مراكز خدمة المشورة والفحص الطوعي VCT 18
المراجع 22

لائحة الجداول

الفصل الأول: الصحة الجنسية والإنجابية / صحة المواليد والأطفال

الجزء الاول. الصحة الجنسية والإنجابية

جدول رقم ١- مبادئ الأخلاق الطبية 4
جدول رقم ٢- الخدمات العيادية 4
جدول رقم ٣- اللقاحات المتعلقة بالصحة الإنجابية 6
جدول رقم ٤- الفحص السريري الوقائي الدوري 6
جدول رقم ٥- الفحوصات المخبرية الإستقصائية الدورية 7

الجزء الثاني. صحة المواليد والاطفال

جدول رقم ٦- الرزنامة الوطنية للقاحات الأساسية 19

الفصل الثاني: الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب

الجزء الثالث. الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب

جدول رقم ١ - المراحل الخمسة لسن البلوغ عند الفتيات 1
جدول رقم ٢ - المراحل الخمسة لسن البلوغ عند الفتيان 2
جدول رقم ٣ - قياس حجم الخصيتين 4
جدول رقم ٤ - تعريف تأخر سن البلوغ 4
جدول رقم ٥ - علامات البلوغ المبكر 8
جدول رقم ٦ - الفحوصات المخبرية في حالات تكيس المبيض 19
جدول رقم ٧ - أسباب وتشخيص حالات الشعر الزائد 22
جدول رقم ٨ - الأدوية الأكثر إستخداما لعلاج لحالات الشعر الزائد 23
جدول رقم ٩ - الأعراض السريرية لمتلازمة ما قبل الطمث 24
جدول رقم ١٠ - تشخيص متلازمة ما قبل الطمث 25
جدول رقم ١١ - تشخيص إضطراب ما قبل الطمث الأكتئابي 25

الجزء الرابع. التغذية والصحة الانجابية

جدول رقم ١٢ - تصنيف الوزن عند المراهقين 27
جدول رقم ١٣ - فوائد النشاط البدني 28
جدول رقم ١٤ - شدة فقدان الشهية العصبي ومؤشر الوزن 29
جدول رقم ١٥ - المضاعفات الطبية لفقدان الشهية العصبي 29

الفصل الثالث : صحة المرأة في حالات الأزمات/ العنف والصحة النفسية

الجزء السابع. العنف و الصحة النفسية

جدول رقم ١ - مضاعفات الإغتصاب على المدى البعيد 12
جدول رقم ٢ - خصائص البيئة المثالية لتوفير الرعاية للناجين من الاغتصاب 14
جدول رقم ٣ - تفصيل إجراء الفحص البدني 16
جدول رقم ٤ - الادلة التي يتمّ جمعها ومعدات الجمع 18
جدول رقم ٥ - لقاح الكزاز في حالات الإغتصاب 20
جدول رقم ٦ - العلاج الوقائي الروتيني بعد الاعتداء الجنسي 21
جدول رقم ٧ - علاج الأمراض المنقولة جنسياً الشامل 21
جدول رقم ٨- جرعات أدوية العلاج الوقائي ضد فيروسات نقص المناعة البشرية
بعد الاغتصاب لدى المراهقين والبالغين 23
جدول رقم ٩- قائمة المراكز الصحية / المنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات المشورة والاختبار المجاني VCT 25
جدول رقم ١٠- متابعة الناجين من الاغتصاب 26

الفصل الرابع : الأمومة المأمونة

الجزء الثامن. الأمومة المأمونة

جدول رقم ١- تقييم ما قبل الحمل 1
جدول رقم ٢- ملخص الإجراءات المتعلقة بفترة الحمل 7
جدول رقم ٣- زيادة الوزن خلال الحمل 7
جدول رقم ٤- اللقاحات خلال الحمل 8
جدول رقم ٥- فقر الدم خلال الحمل 12
جدول رقم٦ - الحالات التي تستدعي والحالات التي لا تستدعي علاج الـ Group B streptococcus 14
جدول رقم ٧- علاج الهربس خلال الحمل 17
جدول رقم ٨- أنواع الإجهاض والعوارض 24
جدول رقم ٩- علاجات الإجهاض 24
جدول رقم ١٠- علاج الإجهاض الدوائي 25
جدول رقم ١١- عواقب الحمل لدى المراهقات 31

الفصل السادس : مراضة الجهاز التناسلي والتقص

الجزء العاشر . مراضة الجهاز التناسلي لدى النساء

جدول رقم ١- أسباب النزيف غير الطبيعي حسب الفئات العمرية 1
جدول رقم ٢- علاج النزيف غير الطبيعي حسب الفئات العمرية 2
جدول رقم ٣ -علاج سلس البول 6

الجزء الحادي عشر. تدني الخصوبة / العقم

جدول رقم ٤ - الحدود الطبيعية لفحص المني تبعا لمنظمة الصحة العالمية 12
جدول رقم ٥ - الجدول الزمني للزيارات الخاصة بتقدير الخصوبة 13

الجزء الثاني عشر. الصحة الإنجابية للنساء في مرحلة ما بعد إنقطاع الطمث

جدول رقم ٦ - خيارات العلاج للأعراض الناتجة عن الأوعية الدموية فترة إنقطاع الطمث 18
جدول رقم ٧ - خيارات العلاج للأعراض المهبلية فترة إنقطاع الطمث 19

الجزء الثالث عشر. ترقق العظام

جدول رقم ٨ -الأدوية الموافق عليها لعلاج ترقق العظم بعد فترة إنقطاع الطمث 22

الفصل الثامن: الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس

الجزء السادس عشر. الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس

جدول رقم ١ - علاج التواليل تبعا لموقعها 6
جدول رقم ٢ - علامات وعوارض الإلتهابات المهبلية 12
جدول رقم ٣ - الوقاية الدوائية بعد التعرّض للفيروس Post exposure prophylaxis (PEP) 14
جدول رقم ٤ - الفحوصات المخبرية ما بعد التعرض لفيروس HIV 16
جدول رقم ٥ - متابعة العاملين في الرعاية الصحية بعد التعرض المؤكد أو المشتبه به لفيروس نقص المناعة البشرية ذات مصادر إيجابية 17
جدول رقم ٦ - تطور التكنولوجيا المناعية لفيروس نقص المناعة البشرية 19
جدول رقم ٧ - خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية 23
جدول رقم ٨ - االمراكز الصحية والمنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات المشورة والإختبار المجاني VCT 24

الفصل التاسع : الملاحق والمراجع

الجزء السابع عشر . إجراءات منع إنتشار العدوى

جدول رقم ١ - متى يكون استعمال القفازات ضروري خلال القيام بمهام روتينية في قسم الصحة الانجابية 4

لائحة الرسوم التوضيحية

الفصل الثاني: الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب

الجزء الثالث. الصحة الجنسية للمراهقين والشباب

رسم توضيحي رقم ١ - مراحل تانر للبلوغ عند الذكور 3
رسم توضيحي رقم ٢ - مراحل تانر للبلوغ عند الإناث 3
رسم توضيحي رقم ٣ - التقييم الطبي الأولي لتأخر البلوغ 6
رسم توضيحي رقم ٤ - أسباب تأخر البلوغ عند الاناث 7
رسم توضيحي رقم ٥ - أسباب تأخر البلوغ عند الذكور 8
رسم توضيحي رقم ٦ - التقييم الطبي الأولي للبلوغ المبكر 10
رسم توضيحي رقم ٧ - التشخيص التفريقي لبلوغ مبكر 11
رسم توضيحي رقم ٨ - تشخيص إنقطاع الطمث الأولي 14
رسم توضيحي رقم ٩ - تشخيص انقطاع الطمث الثانوي 15
رسم توضيحي رقم ١٠- تقييم حالات الشعر الزائد 21

الفصل الثالث: صحة المرأة في حالات الأزمات / العنف والصحة النفسية

الجزء السادس. صحة المرأة في حالات الأزمات

رسم توضيحي رقم ١ -أهداف الـ MISP 5
رسم توضيحي رقم ٢- تقييم حالة العنف المحتمل 13

الفصل الرابع: الأمومة المأمونة

الجزء الثامن. الأمومة المأمونة

رسم توضيحي رقم ١- أسباب و علاج غثيان الحمل 11
رسم توضيحي رقم ٢ - أسباب فقر الدم حسب حجم الكريات الحمراء 14
رسم توضيحي رقم ٣- طريقة علاج Group B streptococcus 15
رسم توضيحي رقم ٤ - علاج الـ GBS في حال التمزق المبكر للغشاء الأمنيوسي 16
رسم توضيحي رقم ٥- علاج الـ GBS في حال الطلق المبكر 16
رسم توضيحي رقم ٦ - طريقة التعاطي مع إرتفاع ضغط الحمل أو ما قبل الإرتجاج بدون عوامل خطورة 22
رسم توضيحي رقم ٧- طريقة التعاطي مع حالات ما قبل الإرتجاج قبل الـ ٣٤ أسبوع 23

الفصل الخامس: تنظيم الأسرة

الجزء التاسع. تنظيم الأسرة

رسم توضيحي رقم ١- فعالية وسائل تنظيم الأسرة 3

رسم توضيحي رقم ٢- الإلتهابات الحوضية في حال وجود لولب هرموني أو نحاسي 17

رسم توضيحي رقم ٣- إدارة مشاكل النزف لدى النساء تحت تأثير وسائل منع الحمل 19

الفصل السادس: مراضة الجهاز التناسلي والتقصي

الجزء العاشر. مراضة الجهاز التناسلي لدى النساء

رسم توضيحي رقم ١- علاج النزيف في مرحلة ما بعد إنقطاع الطمث 3

رسم توضيحي رقم ٢- أنواع سلس البول 5

الجزء الثالث عشر. ترقق العظم

رسم توضيحي رقم ٣- تصنيف نتائج صورة ترقق العظم 21

الفصل الثامن: الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس

الجزء السادس عشر. الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس

رسم توضيحي رقم ١- تسلسل ظهور العلامات المخبرية للعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية - ١ 20

الفصـــل الأول

الصحة الجنسية والإنجابية
صحـة المواليـــد والأطفـال

المقدمـــة والخلفيـــة

منذ عام ٢٠٠١ استلزم تطوير واعتماد أدلّة العمل العيادي للصحة الإنجابية إحدى الأولويات الرئيسية لتعزيز جودة خدمات الصحة الإنجابية في القطاع العام. وقد تمّ ذلك بالتعاون بين وزارة الصحة العامة ومكتب صندوق الامم المتحدة للسكان (UNFPA) في لبنان. أعدّت هذه الأدلة بالدرجة الأولى لتلبية حاجة تقديم هذه الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتزامنت مع وجود مناهج متفرقة وغير متناسقة للممارسات الطبية السريرية.

منذ عام ٢٠٠٩، وتماشياً مع التقدّم المحرز لمفهوم الصحة الإنجابية على الصعيد الطبي والصحة العامة، وبناء على الخبرة السريرية التي تراكمت بعد الإستخدام السابق لأدلة العمل العيادي والتغذية الراجعة من مقدمي الرعاية، نقحت وزارة الصحة العامة، ووسعت وحدثت هذه الأدلة بالشراكة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان، آخذة بعين الاعتبار التغيّرات المستجدة على أولويات النظام الصحي الوطني. بالإضافة إلى ذلك، أدّى تفاقم الأزمة السورية على لبنان الى وجود أكثر من مليون لاجئ سوري موزع على جميع الأراضي اللبنانية وإلى تعقّد الوضع الصحي العام، وبالتالي توجّب إصدار نسخة محدّثة من أدلّة العمل العيادي تلبي الاحتياجات الطارئة.

وفقا لذلك، وسّعت وزارة الصحة العامة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان شراكتها لتشمل الجمعية اللبنانية للتوليد والأمراض النسائية –LSOG– وهي جمعية علمية رائدة تسعى إلى تعزيز صحة المرأة وضمان رفاهيتها بهدف توفير المزيد من المساهمات التقنية بشأن الأدلة التي تم تنفيذها داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية منذ عام ٢٠٠٩. نتيجة لذلك، وبالإضافة إلى المواضيع الموجودة سابقا والتي تتراوح بين الأمومة المأمونة وتنظيم الأسرة من بين أمور أخرى، تضمّ النسخة المحدّثة هذه أبعادا" جديدة للصحة الانجابية وبالتحديد رعاية الحامل في الحالات الطارئة، رزمة الحد الأدنى من خدمات الصحة الانجابية في حالة الأزمات، صحة المراهقين والشباب، الإدارة السريرية لضحايا الاغتصاب، الوقاية من وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً ومنها فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، رعاية ما بعد الإجهاض والأخلاق المهنية.

إعتُمدت أدلّة العمل العيادي للصحة الإنجابية بنسختها المنقحة من قبل وزارة الصحة العامة عام ٢٠١٥ وانطلقت في الوقت عينه دورات لتنمية قدرات مقدمي الرعاية الصحية. سوف تستمر هذه التدريبات في السنوات المقبلة على أمل أن تشمل جميع مقدمي هذه الخدمات بهدف ضمان دمج كلّي لخدمات الصحة الإنجابية على مستوى الرعاية الصحية الأولية.

لم يكن تحديث، ومراجعة وانهاء أدلة العمل العيادي للصحة الإنجابية ممكناً دون تفاني ومساهمة مجموعة كبيرة من الخبراء التالية أسماؤهم :

- فريق الخبراء من الجمعية اللبنانية للتوليد والامراض النسائية – LSOG– من الدكتور فيصل القاق (محرر، منسق وقائد الفريق)، الدكتور وديع غنمة رئيس الجمعية، والاطباء أنطوان أبو موسى، عبد الله عدرا، ربيع شاهين، سعد الدين عيتاني، جو سويدان وزكية ديماسي.

- بنيت مراجعة وتحديث أدلة العمل العيادي للصحة الإنجابية وفقاً لوثائق سابقة الإعداد من قبل الدكتورة منى عثمان (التدبير السريري لضحايا الاغتصاب والخدمات المقدمة للشباب) والدكتور جوني عواد (الخدمات الصديقة للشباب).
- نتقدّم بالشكر الخاص للدكتورة أليسار راضي (منظمة الصحة العالمية) ، الدكتورة جنان أسطا (الجامعة الأميركية في بيروت)، الدكتور مصطفى النقيب (وزارة الصحة العامة) والسيدة نائلة دوغان (نقابة القابلات في لبنان) على المساهمات القيّمة أثناء الاجتماعات الفنية المنفّذة.
- ونمنّ بالشكر للدكتورة رندة حمادة والسيدة وفاء كنعان من وزارة الصحة العامة وكذلك السيدة أسمى قرداحي والسيدة ندى نجا والآنسة راشال طرابلسي من صندوق الأمم المتحدة للسكان على المداخلات القيّمة المضافة والمتابعة عن كثب والتوجيهات لوضع اللمسات الأخيرة على الادلة. وأخيراً وليس آخراً، كان لا بدّ من مساعدة السيدة سرين الداعوق بالتحرير والدعم الفني ومن مراجعة الدكتورة جنوب خزعل النقدية لوضع الصيغة النهائية للأدلّة.

د. وليد عمار
مدير عام وزارة الصحة العامة
لبنـــان

الجزء الأول
الصحة الجنسية والإنجابية

١. تعريف الصحة الجنسية والجنسانية

الصحة الجنسية هي حالة من السعادة الجسدية والعقلية والاجتماعية ذات العلاقة بالجنسانية. إنها تتطلب منهجاً خاصاً بالجنسانية والعلاقات الجنسية، يتّسم بالإيجابية والإحترام، بالإضافة لإمكانية الحصول على المتعة وتجارب الجنس الآمنة الخالية من الإكراه والتمييز والعنف.

يشير مصطلح الجنسانية إلى بُعد أساسي في شخصية الإنسان، ويتضمن الجنس والنوع والهوية الجنسية وهوية النوع والتوجه الجنسي والشهوة الجنسية والإرتباط العاطفي/الحب والإنجاب، ويتم تجربتها أو التعبير عنها في الأفكار والتخيلات والرغبات والمعتقدات والسمات والقيم والأنشطة والممارسات والأدوار والعلاقات.

إن الجنسانية هي نتاج تفاعل العوامل البيولوجية، النفسية، الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، الأخلاقية، الدينية والروحية؛ وبينما يمكن أن تضمّ الجنسانية جميع هذه الجوانب، فإنّه ليس من الواجب اختبار جميع هذه الأبعاد أو التعبير عنها، وبإختصار، على الرغم من كل ذلك فإن جنسانية كلٍ منّا تتمّ تجربتها والتعبير عنها بمن نحن وبماذا نشعر ونفكر ونفعل.

٢. تعريف الصحة الإنجابية

هي حالة من الرفاه والرضى فيما خص الجهاز التناسلي للذكر والأنثى تشريحياً ووظائفياً واجتماعياً طيلة دورة الحياة، وليس مجرد غياب المرض أو الإعاقة المتعلقة بهذا الجهاز.

٣. أخلاقيات الصحة الجنسية والانجابية

أ. مقدمة

يجب تناول موضوع الصحة الجنسية والانجابية بجديّة والحثّ على أن يصبح من إحدى الإهتمامات العالمية الطارئة.

فالتفاقم التصاعدي للأمراض والوفيات المتعلقة بهذه الحالات والتي يمكن فعلياً الوقاية منها في صفوف النساء المنجبات يتأثر بالتفاوت بين مكانتهن الإجتماعية. إن الصحة الجنسية والإنجابية للنساء أصبحت على المحك، ولا يعود ذلك الى نقص في المعرفة الطبية، وإنما هو نتيجة للمخالفات الأساسية لحقوق المرأة التي تنتهك أيضا من قبل مقدمي الرعاية الصحية على الصعيدين الأخلاقي والمهني.

تلعب الصحة الجنسية والإنجابية دوراً في التنمية البشرية، فالمرأة تشكل الركيزة الرئيسية لتحقيق الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والتقدم في جميع المجتمعات. ولكن تبقى المرأة مقيّدة من جهة عدم الحصول على المعلومات الصحيحة والرعاية المناسبة والآمنة المتعلقة بالصحة. فمن ضمن حقوق الانسان الحق في الأمن، وهو يوصي بالأخلاق الطبية وبمعاملة النساء بإحترام.

الإحتراف في مجال الرعاية الصحية هو وسيلة الأطباء ومقدمي الرعاية لتوفير الرعاية التي تحترم الحقوق الجنسية والإنجابية للنساء. فالأطباء لهم دور مركزي ومسؤولية إجتماعية كبيرة نتيجة لمعرفتهم وخبرتهم. بهذا الدور يمكنهم التأثير على سَن القوانين في مجال الرعاية الإجتماعية والصحية. ويسمح لهم أيضاً بالنضال لمنع عدم المساواة في تقديم الرعاية الصحية الإنجابية والجنسية للمرأة، والدعوة لتحسين وضع المرأة بشكل عام.

ب. حقوق الانسان الجنسية والإنجابية

- مبادئ الأخلاق الطبية أربعة، ويجب العمل بها و تطبيقها على جميع الأفراد (جدول رقم ١):

جدول رقم ١ : مبادئ الأخلاق الطبية

١	احترام الأشخاص Respect for persons	يجب احترام الخيارات الشخصية للمرضى. ان احترام الاشخاص يجب أن يكون أساس أي تفاعل بين مقدم الرعاية الصحية والمريض
٢	الإحسان Beneficence	يجب تأمين الرفاه للأشخاص من خلال العمل بشكل إيجابي وزيادة الفوائد التي يمكن أن يتلقاها المريض للحصول على صحة أفضل
٣	عدم الإيذاء Non-maleficence	يجب الالتزام بتقليل الاضرار التي تلحق بالأشخاص قدر المستطاع والابتعاد عنها
٤	التناسب / العدالة Proportionality / Justice	يجب موازنة المخاطر والمنافع المتعلقة بالإجراءات التي يمكن أن تحدث أضرار، من أجل تقديم الرعاية للمرضى بأقل ضرر ممكن و أكثر منفعة

- الهدف من حقوق الإنسان هو تعزيز الكرامة الإنسانية. والإستفادة من التقدّم العلمي يجب أن تصب في مصلحة المريض والعدالة بالمكانة الأولى.
- من واجب الأطباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية حماية سرية المرضى، خاصة أنّ حقوق الإنسان تنصّ بالتحديد على حق العيش بحرية وأمان لكل رجل وامرأة.
- الحقوق الجنسية والإنجابية هي منبثقة عن حقوق الإنسان بشكل عام وتشكل جزءاً هاماً من الأخلاق الطبية وتنطبق على جميع النساء بغض النظر عن اختلاف العمر والحالة الاجتماعية والإنتماء السياسي، العرق أو الدين أو الوضع الاقتصادي أو وجود أية إعاقة أو أي وضع آخر. لذلك يجب إحترام تنوّع الثقافات والأديان التي قد تكون موجودة داخل البلد من أجل توفير رعاية متساوية للجميع.

٤. خدمات الصحة الإنجابية

خدمات الصحة الإنجابية تهدف الى توفير الرعاية الصحية والحماية والمتابعة لأفراد الأسرة، بهدف بلوغ أقصى قدر من الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية المقرونة بـ:

- القدرة على إنجاب أطفال أصحاء.
- حماية المرأة من المشكلات الصحية والاعتلال الناتجين عن الحمل والإنجاب.
- حماية المرأة والرجل من الأمراض المتعلقة بالجهاز التناسلي وتدني الخصوبة.
- تحصين الناشئة ولا سيما المراهقين من الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس خصوصاً «الإيدز».
- مساعدة الأزواج على إنجاب العدد المرغوب به من الأطفال والمباعدة بين الحمول حفاظاً على صحة الأم والطفل.
- تقديم المشورة والمساعدة لضحايا العنف المبني على النوع الاجتماعي.

أ. الخدمات العيادية

جدول رقم ٢: الخدمات العيادية

الأمومة المأمونة	
- رعاية الحمل - الإشراف على مخاض الولادة - العناية بعد الإجهاض	- العناية بالحمول عالية الخطورة - متابعة ما بعد الولادة - المباعدة بين الولادات
تنظيم الأسرة / الخصوبة	
- الإعلام حول وسائل تنظيم الأسرة - تغيير وسيلة تنظيم الخصوبة	- وصف وسائل تنظيم الخصوبة/شرح استعمالها - المراجعة على الوسيلة - الأعراض الجانبية
الصحة الجنسية	
- البلوغ الجنسي - التواصل الجنس - مشاكل مرتبطة بالعلاقة الجنسية - الآلام المصاحبة للجماع - القذف المبكر - العجز / ضعف الإنتصاب - الإلتهابات المتناقلة بالإتصال الجنسي	

مراضة الجهاز التناسلي والثدي		
- أورام الجهاز التناسلي والثدي - هبوط الرحم	- سلس البول - مشاكل انقطاع الطمث	- النزيف المهبلي
تدني الخصوبة / العقم		
التمييز المبني على النوع الاجتماعي		
- زواج الإكراه	- العنف المنزلي - الإغتصاب	- الإستغلال الجنسي

ب. الرعاية التلطيفية

- من مجالات الرعاية الطبية التي تركز على تخفيف ومنع المعاناة التي يعاني منها المرضى.
- يناسب الطب التلطيفي المرضى في كل مراحل المرض، بما في ذلك أولئك الذين يخضعون للعلاج من الأمراض التي يمكن الشفاء منها وأولئك الذين يعانون من الأمراض المزمنة.
- ويستخدم العلاج التلطيفي طريقة متعددة التخصصات من أجل الرعاية بالمرضى، من خلال الاعتماد على المدخلات التي يتم الحصول عليها من الأطباء والصيدلانيين والممرضات ورجال الدين والأخصائيين الاجتماعيين والأطباء النفسيين وغيرهم من محترفي الصحة الموحدين من أجل وضع خطة رعاية لتخفيف المعاناة في كل مجالات حياة المريض.
- وهذه الطريقة متعددة التخصصات تسمح لفريق الرعاية التلطيفية بالتعامل مع الأمور الجسدية والعاطفية والروحانية والاجتماعية التي تظهر مع تقدم المرض.
- ويقال إن الأدوية والعلاجات لها تأثير تلطيفي إذا كانت تخفف الأعراض بدون أن يكون لها أي تأثير علاجي على المرض أو السبب الأساسي للأعراض. ويمكن أن يشتمل ذلك على علاج الغثيان المتعلق بالعلاج الكيميائي أو أي شيء بسيط مثل المورفين من أجل علاج كسر الساق أو الإيبوبروفين من أجل علاج الألم الناجم عن الإنفلونزا.

ت. الخدمات الوقائية

- تتيح خدمات الصحة الانجابية الفرصة لتوفير خدمات صحية شاملة للمترددات، كتقديم النصائح والارشادات بإتباع سلوك صحي سليم، وإجراء فحوصات دورية للكشف المبكر عن الأمراض كسرطان الثدي وعنق الرحم.

0. السلوك الصحي السليم

تعتبر امراض القلب وتصلب الشرايين السبب الرئيسي للوفيات عند الرجال والنساء؛ كما ان السرطان يشكل سبباً هاماً للمرض والوفاة. من المهم اعطاء الارشادات الضرورية للنساء للحد من حدوث هذه الأمراض ولحياة صحية أفضل.

تتلخّص هذه الإرشادات بما يلي:

الامتناع عن التدخين

- تشجيع عدم التدخين والتشديد على الإقلاع عنه بجميع أشكاله بما فيها السجائر، النرجيلة، السيجار....
- كذلك التحذير من مخاطر التدخين السلبي وأهمية الابتعاد عنه.

النشاط الجسدي

- تشجيع السيدات على إعتماد أسلوب حياة يومية نشط وممارسة المشي والتقليل من الإعتماد على وسائل النقل، مثلاً من خلال استعمال السلالم بدل المصعد الكهربائي ، إضافةً إلى وجوب ممارسة الرياضة التي يفضلنها والمواظبة عليها نصف ساعة في اليوم (٣-٤ مرات بالأسبوع على الأقل).
- تجدر الإشارة إلى أن هناك كثير من انواع الرياضة السهلة كالمشي السريع، السباحة او الدراجة الهوائية والتي ليست بحاجة الى تدريب خاص.
- ينصح المبتدؤون بمزاولة الرياضة بمجهود خفيف تزداد قوته مع مرور الوقت والاستمرارية ومراقبة دقات القلب خلالها.

إتباع نظام غذائي صحي

- تشجيع السيدات على الإكثار من تناول الأطعمة الغنيّة بالألياف وذات السعرات الحرارية المنخفضة نسبياً، بما في ذلك الفواكه والخضار الطازجة والحبوب ومشتقات الحليب القليلة او الخالية من الدسم والسمك واللحوم ذات الدهون غير المشبعة.
- كذلك يمكنهن تناول الأرز، المعكرونة، الخبز عدة مرات باليوم بمعدل ٤٠٠ غ يومياً.
- إلا أنه يجب تحديد كمية الدهون المشبعة بحيث لا تتعدى ١٠٪ من السعرات الحرارية يومياً، وكمية الكولسترول بأقل من ٣٠٠ مغ يومياً.
- وتحدد كمية الملح لما يعادل ملعقة شاي يومياً بما في ذلك الملح الموجود في الأكل.
- ومن الممكن إعطاء النساء الأكثر عرضةً لأمراض القلب والشرايين جرعة إضافية من مكملات الغذاء مثل حامض الفوليك اذا تبيّن وجود إرتفاع بمعدل الـ Homocysteine او من الـ Omega-3 fatty acid أو من الأسبيرين بعد التنبيه على مخاطر هذا الاخير (حالات القرحة وسيلان الدم).

المحافظة على الوزن المعتدل

- تشجيع النساء على المحافظة على وزن سليم وذلك بإتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة.

– يفضّل المحافظة على أو الوصول الى مؤشر حجم الجسم Body Mass Index (BMI) ما بين ١٨ و ٢٥ Kg/m^2.
– هناك أنواع كثيرة من الأنظمة الغذائية التي تساعد على إنقاص الوزن، أفضلها ما كان متوازناً ويحتوي على مختلف أنواع الأغذية الموجودة في الهرم الغذائي ولا يؤدي إلى إنخفاض سريع في الوزن.

الوقاية من الحوادث

– تعطى الارشادات للوقاية من حوادث السير كالقيادة بروّية واستعمال حزام الأمان، الوقاية من الحوادث المنزلية كالتنبّه لأسلاك الكهرباء المكشوفة أو الممدودة على الأرض، و توخّي الحذر عند إستخدام الأدوات المطبخية.

٦. اللقاحات

من اللقاحات التي تعني الصحة الإنجابية للنساء ما يلي (جدول رقم ٣):

جدول رقم ٣: اللقاحات المتعلقة بالصحة الإنجابية

إسم اللقاح	كيفية الإعطاء
الكزاز	مرة كل عشر سنوات بعد اكتمال اللقاحات الأساسية
الحصبة الألمانية	جرعة واحدة بحال عدم وجود دليل لتلقيح أو تعرض سابق لأي من هذه الأمراض
الإنفلونزا	سنويا ابتداء من عمر الـ ٦٥ سنة وابتداء من عمر أقل في حالات خاصة كالحمل
الورم الحليمي البشري	على ثلاث جرعات ابتداء من ٩ سنوات

٧. الفحوصات الوقائية

الفحص السريري

يجب إجراء الفحص السريري مرة كل سنة او سنتين لمن هم دون الـ ٥٠ سنة، ثم سنويا في الحالات العادية (جدول رقم ٤).

جدول رقم ٤: الفحص السريري الوقائي الدوري

قياس الضغط	يقاس الضغط مع كل زيارة طبية او على الأقل مرة كل سنة
الوزن	يؤخذ الوزن مع كل زيارة طبية يتم حساب مؤشر حجم الجسم Body Mass Index: – اذا كان بين ٢٥ و ٢٩,٩ يعتبر الشخص ذات وزن زائد و ينصح بتخفيض الوزن – اذا كان ما بين ٣٠ و ٣٤,٩ (بدين) وما فوق ٣٥ (بدانة مرضية)، يشدد حينها على العمل الجدي لتخفيض الوزن وتقصي أمراض أخرى كالضغط، السكري، الدهنيات...
فحص الثديين	– يتم إجراء الفحص السريري للثدي: مرة كل ٣ سنوات بين سن الـ ٢٠ و الـ ٣٩ سنة – ثم سنوياً بعد ذلك
السمع	يتم السؤال عن حدة السمع سنويا بعد سن الستين ، تتم الاحالة لمتخصص في حال الكشف عن وجود ضعف في السمع
النظر	يتم فحص النظر سنويا بعد عمر الستين
الكآبة	يتم التقصي عن أعراض الكآبة مع كل فحص سريري وذلك بطرح سؤالين: – هل شعرت خلال الأسبوعين الماضيين بإنحطاط، كآبة، توتر أو فقدان الأمل؟ – هل شعرت خلال الأسبوعين الماضيين بلذة او إهتمام قليلين بما تفعلين؟ بحال الإجابة بنعم عن هذين السؤالين، يتم الاستقصاء الدقيق عن الكآبة

الفحوصات المخبرية

يبين الجدول رقم ٥ الفحوصات الاستقصائية الدورية

جدول رقم ٥: الفحوصات المخبرية الإستقصائية الدورية

فحص الدهنيات	- فحص دم مرة كل خمس سنوات ابتداء من عمر العشرين سنة، وبتواتر أكثر اذا كان احتمال التعرض لمرض القلب مرتفعاً أو في حال وجود ارتفاع الدهنيات في العائلة
صورة شعاعية للثدي (Mammography)	- مرة كل سنة إبتداء من عمر الأربعين، أو عند عمر الـ ٣٥ سنة بحال وجود تاريخ عائلي لسرطان الثدي - تُجرى بالتزامن مع الصورة الصوتية للثدي في بعض الحالات - الفحص الجيني (2 و BRCA1) أو صورة الرنين المغنطيسي للثدي فممكن إجراؤها في حالات خاصة
فحص السكري	يبدأ التقصي عن مرض السكري للفئة المعرضة بفحص مستوى السكر في الدم على الريق مرة كل ٣سنوات ابتداء من عمر الـ ٤٥ سنة و بتواتر اكثر أو ابتداءً من عمر أصغر لدى الاكثر تعرضاً للسكري (تاريخ عائلي؛ سكري حمل...).
فحص عنق الرحم	- يبدأ بإجراء فحص الزجاجة المخبري بين ٢١ و ٦٥ سنة مرة كل ٣ سنوات - أما لدى النساء اللواتي استئصلن الرحم وعنق الرحم لأسباب غير سرطانية فمن الممكن التوقف عن اجراء هذا الفحص الدوري لديهن
سرطان الأمعاء الغليظة / القولون	يجرى سنويا فحص براز للتقصي عن وجود دم وفحص منظار مرة كل ٥ سنوات ابتداء من عمر الخمسين
فحص كثافة العظم	- يجرى هذا الفحص ابتداء من سن الـ ٦٥ ، مرة كل سنتين - أما في حال التعرض السابق للكسور او وجود عامل أو أكثر للتعرض لترقق العظم، فيتم الفحص قبل ذلك

٨. الموارد البشرية

أ. متطلبات رعاية الصحة الانجابية

- تتغير متطلبات الرعاية الملائمة لصحة المرأة والرجل خلال دورة الحياة، حيث تحمل رعاية المرأة الشابة، مثلاً، تحديات خاصة بها بما تتضمنه من الأبعاد الجسدية، النفسية – الجنسية، العلاقة مع الأقران وتطور ونمو العلاقات الأسرية.
- وتعتبر روح المغامرة والخصوصية من ضمن السمات التي تميّز الرعاية الصحية المقدمة للمراهقين عن تلك المقدمة للنساء الأكبر سناً، كخدمات الرعاية الصحية للنساء في منتصف العمر والقضايا المتعلقة بالمرحلة الانتقالية المتمثلة بسن انقطاع الطمث.
- كما تتضمن الرعاية الصحية للنساء الأكبر سناً تركيزاً على الوقاية من الأمراض غير الإنتقالية بما فيها أمراض القلب – القاتل الأول للنساء – بالاضافة الى أمور أخرى جديرة بالاهتمام مثل الحمية الغذائية / التغذية وإعتدال الوزن، حيث تختلف الاحتياجات الغذائية والرياضية خلال دورة الحياة والتي تشكل عاملاً أساسياً للوقاية من أمراض القلب وللمحافظة على كثافة العظام والوزن، كذلك تشكل الصحة الجنسية عاملاً مهماً للحفاظ على الصحة.
- وعليه، يجب أن يتم تطوير بروتوكول سريري للعمل، تتوافر فيه عناصر الفعالية والكلفة المنخفضة إضافة الى الرعاية الوقائية والعلاجية، كذلك يجب أن يحتوي على أدلة لتحديد الاحتياجات دورياً بحيث تتوفر الفرصة لتوفير المشورة للمريض / المستفيد حول الرعاية الوقائية، كما يجب أن يتضمن تحديد احتياجات الكشف، والتقييم، والمشورة حسب السن ونسبة إحتمال الإصابة بالمرض.

ب. المبادئ الأخلاقية للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للمرأة

الكفاءة المهنية: Professional Competence

– الحفاظ على وتحقيق أعلى معايير الكفاءة المهنية لصحة المرأة، والإستفادة القصوى من المراجع والأدلة الطبية ومن الموارد المتاحة.

- التأكد من أن الكفاءة المهنية تكون بتقديم الخدمات فقط من قبل الأشخاص المناسبين والمدربين.
- الإلتزام بالسلوك المهني الذي يعزز الإحترام والكرامة والأمن لكل امرأة.
- تجنّب العلاقات غير اللائقة مع المرضى أو أفراد أسرهم، والتي قد تستغل لأغراض جنسية، عاطفية، مالية أو بهدف إجراء أبحاث علمية.
- التأكيد على حق مقدم الرعاية الحفاظ على قيمه الاخلاقية أو الدينية وعدم فرض تلك القيم الشخصية على النساء. وفي حال وجود تناقض بين قيم الطبيب والمريضة قد تؤدي إلى تضارب في المصالح بينهما، ينبغي أن تحال المريضة الى مقدم رعاية آخر. الاستنكاف عن الإجراءات لا تعفي الأطباء من اتخاذ خطوات فورية في حالات الطوارئ لضمان إعطاء العلاج اللازم دون تأخير.
- رفض الممارسات التي تنتهك حقوق الإنسان أو قانون الآداب الطبية.
- المحافظة على أعلى معايير النزاهة والصدق مع المرضى والزملاء وخاصة عند إجراء الأبحاث.
- إعتماد نموذج سلوك مثالي مع الزملاء والمرضى وغيرهم من أجل ترويج لرعاية مثلى من قبل جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية.
- دعوة العاملين في الرعاية الصحية إلى المثابرة على التعلم المستمر فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية، الحقوق والأخلاق.

الإعتماد على النفس والسرية المهنية:
Women's Autonomy and Confidentiality

- دعم عملية إتخاذ القرار من قبل المريضة: على أن تكون خالية من التحيّز أو الإكراه، ممّا يسمح للمرأة باختيار قرارات مستنيرة بشأن الصحة الإنجابية والجنسية. وهذا يعتمد على موافقة المريضة المسبقة. ويجب أن تتوفّر لها المعلومات وأن يتم إرشادها على كافة الخيارات ونتائجها. بهذه الطريقة يمنح المتخصصون في الرعاية الصحية المرأة فرصة النظر وتقييم خيارات العلاج تبعاً لظروف حياتها الخاصة وتقاليد مجتمعها.
- ضمان السرية الطبية، وذلك بمنع إعطاء أية معلومات أو وثائق أو ما تم تبادله لفظياً أوغير ذلك لأي كان، باستثناء ما يقتضيه القانون أو بطلب من المريض.
- التمسك بمبدأ عدم التمييز، من أجل ضمان معاملة المرأة بإحترام بغض النظر عن العمر والحالة الاجتماعية والعرق والإنتماء السياسي أو الدين أو الوضع الاقتصادي أو وجود إعاقة، أو غير ذلك. يجب الأخذ برأي المريضة الفردي أولاً عوضاً عن العمل بمبادرة تأييداً لرأي الشريك أو العائلة.
- التأكيد على التعامل مع المراهقات دون التمييز نظراً للسن، وان يكون ذلك وفقا لقدراتهم لتسهيل اتخاذ القرارات الحرة والمستنيرة المتعلقة بصحتهم الجنسية والإنجابية.

المسؤولية تجاه المجتمع:
Responsibility to the Community

- دعم حق المرأة الحصول على المعلومات اللازمة التي تسمح لها باتخاذ قرارتها الخاصة فيما يتعلق بإنجاب الاطفال تماشياً مع المبدأ الأخلاقي "الحق في الاستقلال الذاتي وحق الإنسان في حرية الاختيار".
- دعم حق المرأة باتخاذ خياراتها الخاصة حول العلاقات الجنسية كجزء طبيعي من حياتها، ومساعدتها على خوض هذه العلاقات بحرية وأمان.
- الدعوة إلى السعي الدائم للحصول على المعلومات الحديثة التي تخص الصحة الإنجابية والجنسية لضمان تحقيق أعلى مستوى من الصحة والاستفادة من التقدم العلمي.
- إبلاغ المجتمعات المحلية حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية وما تتضمنه من حقوق من أجل تعزيز حوار واسع يرمي إلى تحقيق الصحة الأفضل بهدف التأثير على الممارسات الصحية والسياسات والقوانين.

الجزء الثاني
صحة المواليد والأطفال

ا. التغذية

إن السنة الأولى من عمر الطفل تعد مرحلة أساسية من نموه. عادة ما يتضاعف "وزن الولادة" بين عمر أربعة وستة أشهر ويزيد بنسبة ثلاثة أضعاف مع بلوغ الطفل عمر السنة. إن الحصول على غذاء صحي ومتوازن مهم وضروري لنمو الطفل الجسدي والعقلي السليم.

تختلف متطلبات التغذية حسب العمر وفيما يلي عرض مفصل للحاجات الضرورية لكل عمر.

من الولادة ولغاية الأربعة أشهر	من الأربعة أشهر إلى الثمانية أشهر	من الثمانية أشهر إلى السنة	من السنة إلى الثلاث سنوات

أ. من الولادة ولغاية الأربعة أشهر

- إن الغذاء الأساسي في هذه المرحلة هو حليب الأم، وفي حال عدم توفره يمكن الاستعاضة عنه بالحليب المصنع والمدعم بالحديد.
- إن المادة الصمغية التي يفرزها الثدي في الأيام الأولى بعد الولادة تحتوي على كميات كبيرة من البروتين والمضادات الحيوية والتي تؤمن حاجات الطفل الغذائية في الأسبوع الأول من العمر.
- إن الطفل الذي يرضع من أمه يحتاج إلى تناول الحليب عادة حوالي ثماني إلى اثني عشر مرة يومياً.
- بينما يحتاج الطفل الذي يتناول زجاجات الحليب المصنع إلى تناول حوالي ستة إلى ثماني مرات يومياً.
- في كلتي الحالتين، يقل عدد الوجبات مع تقدم عمر الطفل، وتزداد الكمية التي يتناولها الطفل في الوجبة الواحدة.

ما هي فوائد حليب الأم؟

- **تركيبة غذائية مثالية**: حيث يحتوي حليب الأم على الكميات الضرورية من النشويات والبروتينات والدهون التي يحتاجها الطفل، إضافة إلى الفيتامينات الأساسية والأملاح المعدنية والأنزيمات الهضمية. تختلف تركيبة الحليب مع اختلاف حاجات الطفل
- **إمتصاص أفضل**: إن حليب الأم يهضم بسهولة أكبر مما يؤدي إلى امتصاص سريع للمواد الغذائية. كما أنه يحتوي على مواد عدة تساعد على امتصاص الحديد والزنك
- **التخفيف من إصابة الأطفال بالأمراض والالتهابات**: حيث أن حليب الأم غني بالمضادات الحيوية التي تؤمن الحماية للطفل من الالتهابات والأمراض الخطرة. إن نسبة الإصابة بالإسهال والالتهابات الرئوية والأمراض المعوية والربو والسمنة والسكري والأمراض الخبيثة تخف بنسبة كبيرة. وبالتالي فإن احتمال استشفاء الأطفال للعلاج من الأمراض تصبح ضئيلة
- **الحد من الحساسية**: يعزز حليب الأم نضج الجهاز الهضمي مما يحول دون دخول المواد المحسسة إلى الجسم. هذا على عكس الحليب المصنع الذي يحتوي على كمية كبيرة من المواد التي تثير الحساسية
- **النمو العصبي والحركي**: إن حليب الأم يحتوي على كميات مناسبة من الكولسترول الضروري لنمو العضلات وتنسيق حركتها في السنة الأولى من العمر
- تحسين العلاقة الرابطة فيما بين الأم وطفلها

المخاطر المصاحبة للحليب المجفف أو المصنع

- زيادة في نسبة الإصابة بالحساسية، سواء كان ذلك في الجهاز الهضمي، التنفسي، أو الجلد.
- زيادة احتمال الإصابة بالالتهابات: التهابات المسالك البولية، التهابات الأمعاء، التهاب الأذن الوسطى، السحايا، التهابات رئوية وغيرها.
- زيادة احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة: مثل السكري والتهابات الأمعاء المزمن.
- زيادة احتمال الإصابة بالأمراض السرطانية.
- زيادة نسبة الموت الفجائي لدى الأطفال.

ب. من الأربعة أشهر إلى الثمانية أشهر

- ابتداءً من الأربعة اشهر، يصبح معظم الأطفال مستعدين لتناول الأطعمة الصلبة أو الجامدة.
- وبناءً على توصيات الجمعية الأميركية لطب الأطفال، فإن الوقت الأفضل للمباشرة بإعطاء الطفل الأطعمة الطرية نصف – الصلبة هي بين عمر الأربعة إلى الستة أشهر في حال أظهر الطفل الاستعداد أو الجهوزية من حيث النمو.
- تشمل العلامات الدالة على جهوزية الطفل من حيث النمو ما يلي:
  - يستطيع الطفل الجلوس مع دعم.
  - يستطيع الطفل أن يحافظ على رأسه مرتفعاً وعنقه مستقيمة مع دعم.
  - يستطيع الطفل حمل الأشياء.
  - يستطيع الطفل رؤية الطعام وفتح فمه لتناوله.
  - يتمتع الطفل بالقدرة على تطويع اللسان لدفع الطعام بإتجاه الحلق وبلع الطعام الصلب.
- في هذا العمر، يكون الجهاز الهضمي عند الطفل مستعداً لهضم وامتصاص البروتينات والدهنيات والنشويات، إضافة إلى مكونات الحليب.
- كذلك الأمر، فإنه خلال هذه الفترة يكون جهاز المناعة لدى الطفل قد نضج واكتسب القدرة على الحد من الحساسية تجاه بعض أنواع الطعام.
- إن تأخير إدخال الطعام الصلب على غذاء الطفل إلى ما بعد عمر الستة أشهر قد يؤدي إلى بعض المشاكل مثل نقص في السعرات الحرارية والحديد والبروتين والألياف والمواد الغذائية الأخرى.
- كذلك الأمر، قد يواجه الأهل صعوبات مع طفلهم من ناحية عدم تقبله تناول الطعام الصلب أو تناول الطعام بالملعقة.

إدخال الطعام الصلب

يتم إدخال الطعام الصلب على غذاء الطفل وفق التسلسل الآتي:

- ينصح البدء بإدخال الطعام المصنوع من الحبوب cereal والمدعم بالحديد وخاصة الأرز حيث أن نسبة حصول حساسية عند تناوله قليلة و لا يشكل محتواه من البروتينات عبء على كلى الطفل، كما أنه مصنوع من نوع واحد من الحبوب
- يجب إعطاء الطفل نوع واحد من الحبوب لمدة ٥ إلى ٧ أيام قبل إدخال نوع جديد من الحبوب
- يبدأ إدخال الخضار والفواكه من عمر ٥ إلى ٧ أشهر وذلك لإضفاء تنوع في الطعم والشكل في غذاء الطفل
- ينصح البدء بإدخال الخضار أولاً قبل الفاكهة ذلك أن معظم الأطفال يفضلون الطعم الحلو للفواكه
- يجب إعطاء كل نوع من الخضار مدة ٥ إلى ٧ أيام قبل إدخال النوع الثاني
- يفضل تجنب الفاكهة الإستوائية والفراولة في هذه المرحلة كونها تزيد احتمال الإصابة بالحساسية
- يبدأ بإدخال اللحم المطحون من عمر ٦ إلى ٨ أشهر. يجب دائماً البدء بإعطاء نوع واحد من اللحومات لمدة ٥ إلى ٧ أيام قبل الانتقال إلى النوع التالي. يعتبر صفار البيض مصدراً مهماً للبروتين في هذا العمر
- يتوجب إعطاء عصير الفواكه في الكوب فقط وليس في قنينة الحليب وذلك ابتداء من عمر السبعة أشهر

ت. من الثمانية أشهر إلى السنة

- إن الإنتقال من الطعام المطحون إلى الطعام الأكثر صلابة يؤدي إلى تحسين مهارة الطفل في تناول الطعام منفرداً.
- ففي حوالي الشهر الثامن من العمر يظهر الطفل القدرة على تحريك اللسان من جهة إلى أخرى والمضغ والبلع، وبالتالي يصبح من الضروري المباشرة بإدخال الأطعمة الصلبة على شكل أصابع، مثلاً: قطعة فاكهة مقشرة، قطعة جبنة، قطعة توست وغيرها.
- من المهم عدم إعطاء الطفل أي قطع طعام قاسية وصغيرة مثل العنب والبندق وغيرها لأنها من الممكن أن تعلق في المريء أو الشعب الهوائية.

ث. من السنة إلى الثلاث سنوات

- في هذه المرحلة يبدأ الانتقال إلى الطعام المتنوع.
- لا يجب الحد من تناول الطعام الغني بالكولسترول والدهنيات عند الأطفال دون السنتين لأنه ضروري لنمو الجهاز العصبي، ولكن يجوز تقديم الحليب القليل الدسم ابتداءً من عمر السنة .
- ابتداءً من عمر السنتين، يحصل الأطفال على حوالي ٣٠٪ من الطاقة اليومية من الدهنيات.
- يجب على الأهل تقديم غذاء صحي ومتنوع لأطفالهم.
- إن حليب البقر المدعم بالحديد هو مصدر غذائي مهم في هذه المرحلة لأنه غني بالبروتين والكالسيوم والفيتامين أ و د.
- إن الكالسيوم يلعب دوراً رئيسياً في بناء العظام، تكوين الأسنان، وظائف العضلات، و تنظيم ضغط الدم.

٢. النمـو

أ. تعريفه

- إن النمو هو تزايد في حجم الجسم لدى الأطفال. إن قياس ومراقبة نمو الطفل يعتبر ركيزة أساسية في العناية به في مختلف مراحل حياته. يتأثرنمو الطفل بعدة عوامل:
  - **الوراثة:** تؤثر الخصائص الجينية الموروثة في العائلة على تحديد بنية الجسم والطول، كذلك الأمر بالنسبة لخلل في الهورمونات الوراثية.
  - **المحيط:** تؤثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية على قدرة الطفل على النمو والتطور.
  - **السلوكيات:** لتصرّف الأم و الأب وقع كبيرعلى قدرات الطفل البيولوجية على النمو. إن إختيار نوع الطعام والطرق المتبعة لتغذية الطفل تؤثر على نمو الطفل وتطوره.
- ينصح بقياس وزن الطفل وطوله ومحيط الرأس على الأقل ٤ مرات في السنة الأولى من العمر أي لدى الزيارة الدورية للطفل عند الولادة، الشهرين، أربعة أشهر، ستة أشهر، تسعة أشهر واثني عشر شهراً.

ب. جداول النمو

- تستخدم جداول النمو لتقييم نمو الطفل الطبيعي على مستوى الطول، الوزن ومحيط الرأس.
- تؤخذ القياسات خلال الزيارات الدورية للطفل وتوضع على لوائح خاصة (تقسم حسب العمر – من صفر إلى ٣٦ شهراً، ثم من ٣٦ شهراً إلى ١٨ سنة – والجنس) تمكن من مقارنة نمو طفل معين بنمو أطفال آخرين من نفس العمر. من المهم قياس ومراقبة نمو الطفل مع مرور الوقت.
- للتدقيق في احتمال وجود عدم انتظام في النمو، يجب تحديد الفرق بين قياسين للوزن أو الطول في وقتين مختلفين. يتم تحديد مؤشر النمو من خلال وضع قياسين مختلفين لنفس الوحدة سواء كانت الطول أو الوزن. عادة ما يتبع الأطفال نفس مؤشر النمو مع الوقت، سواء أكان مرتفعاً أو منخفضاً. ولكن أي تغير في هذا المعدل سواء ازدياداً أو انخفاضاً في أي وقت من الأوقات يستوجب مراقبة عن كثب وتقييم فعّال للحالة.
- و يعتبر وجود الأطفال في المستويات العالية أو الشديدة الانخفاض (في ٥٪ أو ٩٥٪) في جداول النمو مؤشراً غير طبيعي.

ت. أمثلة على نمو غير طبيعي

زيادة في الوزن أو سمنة

- قد يزداد وزن بعض الأطفال خلال السنة الأولى من العمر وذلك بسبب زيادة في تناول السعرات الحرارية دون ازدياد مماثل في مستوى صرف الطاقة من خلال القيام بنشاط، أو قد ينتج عن مشاكل في استقلاب الطاقة (Metabolic Disorder).
- تؤدي بعض السلوكيات المتبعة إلى ازدياد في الوزن ومن الممكن السيطرة على البعض منها. تشمل هذه السلوكيات:
  - إزدياد في تناول الحليب أو غيره من الطعام لفترة طويلة.
  - إدخال الطعام الجامد في وقت مبكر.
  - إطعام الطفل عندما لا يكون جائعاً.
  - إستخدام الطعام كوسيلة لمكافأة الطفل أو استرضائه.
  - عدم السماح للطفل بممارسة أي نوع من أنواع النشاط الجسدي وإبقائه في كرسيه معظم الوقت.
- من المهم تحديد إذا كان سبب زيادة الوزن هو زيادة في تناول الطعام أو وجود مشاكل عضوية.
- تنقسم العوامل العضوية التي تؤدي إلى زيادة في الوزن إلى قسمين:
  - مشاكل في الغدد مثل كسل في عمل الغدة الدرقية، أو ضعف في عمل الغدة النخامية أو مرض Cushing Syndrome
  - مشاكل جينية وراثية مثل Down Syndrome و Turner Syndrome.
- من الضروري تحديد جداول نمو الطول بالنسبة للعمر لدى الأطفال الذين يعانون من السمنة.
- لا يتوجب القيام بفحوصات أخرى إذا كان نمو الطول طبيعياً ومناسباً لنمو الوزن؛ ويقتصر العلاج على تخفيف نسبة اكتساب الوزن الزائد.
- ولكن في حال وجود ضعف أو تأخر في نمو الطول، فإن هؤلاء الأطفال يعانون على الأكثر من مشاكل في الغدد الصماء أو مشاكل وراثية وجينية، وفي هذه الحالة يصبح إجراء الفحوصات لهم مبرراً للتأكد من الأمر.
- تبدأ الفحوصات بإجراء فحص الغدة الدرقية، يليها فحص نسبة الكورتيزول Cortisol في الدم.
- في حال وجود علامات جسدية غير متناسقة، تجرى عندئذ فحوصات هرمونات النمو (Growth Hormone GH plus IGF-1)، تليها فحوصات الكروموزوم.

نقص في الوزن

- إن النقص في اكتساب الوزن يظهر بشكل نحافة في الجسد.
- لا يتوجب القيام بأية فحوصات عند الأطفال الذين يعانون من نقص في اكتساب الوزن المتزامن مع نمو طبيعي في الطول ومحيط الرأس.
- ويقتصر التعاطي مع هذه الحالات بتقديم نصائح غذائية للأهل.
- إن الأطفال الذين تقع قياسات الوزن والطول ومحيط الرأس عندهم على المستويات المنخفضة من جداول النمو (٥٪) ولديهم مؤشر نمو طبيعي، يجب مراقبتهم عن كثب في حال عدم وجود أية عوارض جسدية أخرى.
- في حال وجود مؤشرات نمو منخفضة للطول والوزن ومحيط الرأس، يجب القيام ببعض الفحوصات للتأكد من عدم وجود مشاكل أو أمراض عضوية مثل:
  - كسل في الغدة الدرقية Hypothyroidism.
  - فقر الدم بسبب نقص في الحديد Iron Deficiency Anemia.
  - تسمم بالرصاص Lead Intoxication.
  - فشل في الكلى Renal Failure.
  - أمراض في القلب Heart Disease.
  - أمراض في الرئتين Pulmonary Disease.
  - مشاكل في الجهاز الهضمي و بالأخص حساسية الغلوتين (Celiac Disease) Gastrointestinal Problem).
  - نقص في المناعة Immunodeficiency.
  - اضطرابات استقلابية Inborn Errors of Metabolism.
- قد تؤدي عوامل أخرى إلى نقص في اكتساب الوزن أهمها نقص في الغذاء والمشاكل النفسية والإجتماعية.
- تشمل الفحوصات:
  - فحص تعداد الدم Complete Blood Count.
  - فحص نسبة الحديد في الدم Serum Ferritin Level.
  - فحص المؤشرات الكيميائية في الدم Chemistry Profile.
  - فحص للغدة الدرقية Thyroid Studies.
  - فحوصات للتأكد من عدم وجود مشاكل استقلابية Inborn Errors of Metabolism.

زيادة في الطول

- إن معظم حالات زيادة الطول تكون عائلية أي ان معظم أفراد العائلة يتمتعون بطول فارع مع وجود مؤشر طبيعي للطول بالرغم من وقوع قياسات الطول في المستويات المرتفعة (٩٥٪) على جداول النمو.
- تشمل المشاكل والأمراض العضوية التي تؤدي إلى ازدياد في الطول:
  - زيادة في إفراز هورمون النمو Excess Production of Growth Hormone.
  - إزدياد في عمل الغدة الدرقية Hyperthyrodism.
  - مرض متزامنة كلينفلتر Kleinefelter Syndrome.
  - مرض متزامنة مارفن Marfan Syndrome.
  - الهوموسيستينوريا Homocystenuria.
- إن تقييم هذه الحالات يشمل المباشرة أولاً بـ:
  - فحوصات الغدة الدرقية.
  - مستوى غدة النمو في الدم Growth Hormone Level.
- في حال وجود مظاهر جسدية تدل على وجود أمراض جينية، من المهم القيام بفحص الكروموزوم.

قصر في القامة أو نقص في الطول

- إن وجود قصر في القامة مع مؤشر نمو طبيعي يتطلب مراقبة دقيقة لنمو الطفل من دون الحاجة للقيام بأية فحوصات أخرى.
- إن قصر القامة قد يكون:
  - قصر قامة عائلي Familial Short Stature.
  - قصر قامة بنيوي Constitutional Short Stature.
- إن المشاكل العضوية التي تؤدي إلى قصر في القامة مع تأخر في مؤشر النمو تضم:
  - نقص في هورمون النمو Growth Hormone Deficiency.
  - كسل في الغدة الدرقية.
  - فقر دم مزمن Chronic Anemia.
  - مشاكل في الكروموزوم Chromosomal Disorders.
  - أمراض رئوية.
  - أمراض في القلب.
  - فشل كلوي.
  - مشاكل في الجهاز الهضمي.
  - نقص في الدعم النفسي والاجتماعي للطفل.
- من المهم القيام بتقييم شامل لهؤلاء الأطفال بما فيه القيام بـ:
  - فحص تعداد الدم.
  - فحص بول.
  - فحص للمؤشرات الكيميائية.
  - فحوصات الغدة الدرقية.
  - فحوصات هورمون النمو.
  - فحوصات الكروموزوم عند الشك بوجود مرض جيني مثل Turner Syndrome.

زيادة في محيط الرأس

- إن زيادة في حجم نمو محيط الرأس بطريقة غير متناسقة مع نمو الطول والوزن يتطلب القيام بفحوصات للتأكد من عدم وجود مشاكل عضوية مثل Hydrocephalus أو Megalocephaly.
- من المهم القيام بفحص سريري دقيق للرأس والأعصاب.

نقص أو تدني في محيط الرأس

- يعتبر نقص النمو في محيط الرأس بالمقارنة مع نمو الوزن والطول عند الأطفال غير طبيعي ويتطلب إجراء فحص دقيق وشامل.
- قد يكون السبب:
  - مشاكل حدثت قبل الولادة وخلال فترة الحمل مثل تعاطي الأم الحامل للكحول والمخدرات، أو معاناة الأم من التهابات أو مشاكل ومضاعفات خلال فترة الحمل.
  - مشاكل في الكروموزومات Chromosomal Defects.
  - مشاكل في نمو الرأس Craniosynostosis.
- يشمل التقييم أخذ سيرة مرضية دقيقة من الأم عن فترة الحمل وما رافقها من مشاكل أو أمراض معدية خلال هذه الفترة مثل الحصبة الألمانية Rubella أو التوكسوبلاسما Toxoplasmosis إضافة إلى معلومات عن تدخين أو تعاطي للكحول خلال فترة الحمل. تشمل الفحوصات مستويات الحصبة الألمانية و Toxoplasma إضافة على القيام بفحوصات الكروموزوم وإجراء صور شعاعية للجمجمة.

٣. مسائل طبية شائعة

أ. المغص

تعريفه

- إن المغص الطفولي يعرف كحالات متكررة من البكاء غير المبرر والتهيج لدى الأطفال الأصحاء.
- يصيب هذا المغص حوالي ١٥٪ إلى من ٣٠٪ الأطفال وهو أكثر شيوعاً لدى الأطفال الذين يتراوح عمرهم بين الأربع إلى ستة أسابيع.
- يتحسن هذا المغص ويختفي مع الوقت عامة عند بلوغ الطفل الثلاثة إلى أربعة أشهر. ولكن يستمر حوالي ٢٪ من الأطفال بالمعاناة من المغص لغاية عمر الستة إلى سبعة أشهر.
- من مميزات هذا المغص أنه يستمر لمدة ثلاث ساعات على الأقل في اليوم، خلال ثلاث أيام في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أسابيع.

العوامل المسببة

لا يوجد سبب مباشر ومعروف لحدوث هذا المغص. ولكن عدة عوامل قد رجحت أن تكون مترابطة مع حصول المغص وهي تتضمن:

- **الحليب:** لقد تبين أن الحساسية على البروتين الموجود في الحليب المجفف هي عامل مساعد على حصول المغص لدى الرضع. ولكن هذه العلاقة لا تتسم بالوضوح الكلي، ذلك أن نسبة الإصابة بهذا المغص متساوية لدى الأطفال الذين يتناولون حليب الأم (رضاعة طبيعية) والأطفال الذين يتناولون حليب مجفف.
- **عوامل أسرية:** إن هذا النوع من المغص يبدو أنه أكثر حدوثاً لدى الطفل الأول للأسرة، ويتزايد احتمال حدوثه لدى الأطفال الذين عانى إخوانهم سابقاً من هذه الحالة. قد تكون هذه العوامل متعلقة بتوتر الأهل والأم بصورة خاصة تزيد من نسبة حدوث هذا المغص.
- **الغاز المعوي:** يمتص الطفل الهواء (الغاز) خلال الرضاعة وذلك بسبب عدم تنسيق كامل بين التنفس والبلع. في حال لم يتجشأ الطفل فإن هذا الغاز ينتقل إلى الأمعاء ويؤدي إلى تشكل ما يشبه فقاقيع فتنفخ الأمعاء وينتج ألم في البطن.
- **عوامل أخرى:** مثل الترجيع من المعدة للمريء Gastroesophageal Reflux، قلة إطعام الطفل أو الإكثار من إطعامه أو إدخال الطعام الصلب إلى غذائه قبل الوقت اللازم. كذلك فإن التعرض للتدخين قد يؤدي إلى حدوث المغص الطفولي. ولقد بينت دراسات حديثة عن وجود علاقة بين حدوث المغص و وجود كمية قليلة من البكتيريا المعوية (Gut Normal Flora) لدى الأطفال.

التقييم السريري

- **الفحص السريري:** يهدف هذا الفحص إلى التحقق من وجود حالة مرضية مسببة لهذه الحالة. إن وجود عوارض مثل ارتفاع في الحرارة، تعب ووهن، عدم زيادة في الوزن، تنفس سريع يحتم القيام بفحص سريري شامل وخاصة فحص الجهاز العصبي والجهاز الهضمي.
- **الفحوصات التشخيصية:** لا حاجة لإجراء فحوصات تشخيصية مخبرية وشعاعية إذا كان الطفل يكتسب الوزن بشكل طبيعي وكان فحصه السريري طبيعياً.
- **التشخيص:** لا يمكن تشخيص المغص الطفولي إلا من بعد استبعاد وجود أمراض عضوية أخرى قد تكون خطيرة مثل:
  - فتاق مخنوق Strangulated Hernia.
  - التواء الخصية لدى الصبيان Teticular Torsion.
  - التهاب الشعب الهوائية Bronchiolitis.
  - الترجيع من المعدة إلى المريء Gatroesophageal Reflux.
  - التهاب السحايا Meningitis.
  - التهاب الأذن الوسطى Otitis Media.
  - التهاب الرئتين Pneumonia.
  - التهاب عام (تعفن الدم) Sepsis.

معالجة المغص

إن طريقة معالجة المغص الطفولي تختلف بين طفل وآخر وذلك بناء على السيرة المرضية، الفحص السريري والمحيط الذي يعيش فيه. ولكن فيما يلي عرض مبسط للأركان الأساسية التي تساهم في معالجة هذا المرض:

- **الدعم العائلي:** من المهم تقديم الدعم للأهل وتعليمهم كيفية التعاطي والتعامل مع طفلهم الذي يعاني من مغص طفولي. عادة ما يشعر الأهل بالتوتر والغضب والتعب، وأحياناً الشعور بالذنب وقلة الحيلة عند مواجهة المغص الطفولي. من المهم الإيضاح لهم ماهية هذه الحالة وتطمينهم أنها حالة عرضية وغير خطيرة.
- **التغذية:** من المهم المثابرة على الرضاعة الطبيعية. أما بالنسبة للأطفال الذين يتناولون حليب البودرة فيجب تحذير الأهل من الإمتناع عن إطعام حليب البقر لطفلهم لاحتوائه على البروتين في حال ثبوت أن الطفل يعاني من حساسية للبروتين الحليب أو Cow Milk Protein Allergy (حساسية جلد، عوارض في الجهاز الهضمي مثل الترجيع والإسهال). يمكن عندئذ استخدام أنواع بديلة من الحليب:
  - **الحليب الذي يحتوي على كمية قليلة من المتحسسات** (HA: Hypoallergenic): قد يستفيد الأطفال الذين

يعانون من مغص طفولي من تناول حليب يحتوي كمية قليلة من المتحسسات.

- **الصويا**: إن فترة معاناة الطفل من عوارض المغص الطفولي تخفّ مع تناول الطفل لحليب الصويا. ولكن قد يواجه الطفل الذي يعاني حساسية من حليب البقر نفس نوع الحساسية مع حليب الصويا.
- **الحليب الغني بالألياف**: إن هذا الخيار مبني على أساس فرضية أن المغص الطفولي شبيه بالقولون العصبي Irritable Bowel Syndrome.

- **غذاء الأم**: لا توجد معلومات موثقة ودقيقة عن علاقة غذاء الأم بحصول المغص الطفولي للطفل ولكن غالباً ما ينصح أطباء الأطفال الأم المرضع بالإبتعاد عن الأطعمة المسببة للغازات، مثل الملفوف و الحبوب و القنبيط، وحتى حليب البقر إذا لزم الأمر.
- **طرق إطعام الطفل**: إن إطعام الطفل بطريقة عامودية مع استعمال زجاجة حليب ملتوية Curved Bottle وتجشأ الطفل بصورة منتظمة تخفف من نسبة ابتلاعه للهواء.
- **طرق أسرية**: يجب نصح الأهل بحمل أطفالهم الذين يعانون من مغص مما يؤدي إلى تخفيف قلق الأهل والأطفال. من الطرق المفيدة أيضاً تدليك بطن الطفل بطريقة دائرية مع اتباع عقارب الساعة ابتداء من وسط البطن. ينصح بإجراء التدليك ١٥-٣٠ دقيقة بعد الأكل.
- **الأعشاب**: إن الأعشاب مثل البابونج والنعناع والشومر واليانسون تتمتع بخصائص مضادة للتشنج. ولكن تفقد الأعشاب الدراسات التخصصية التي تبين المعيار الضروري للأعشاب والتداخل بين الأعشاب والغذاء الذي يتناوله الطفل.
- **السكر Sucrose**: إن السكر قد يخفف من المغص بسبب تأثيره المسكن ولكن مفعوله سريع الزوال.
- **السيماسيكون Simethicone**: إنه دواء يباع في الصيدليات دون وصفة طبية ويخفف من الغاز الموجود في الإمعاء ولقد بينت الأبحاث فعالية هذا الدواء في التخفيف من المغص الطفولي. ولكن بعض الأنواع المتوفرة من هذا الدواء قد أظهرت عوارض جانبية مثل النعاس أو حتى ضيق النفس.
- **ماء الغريب Grape water**: تركيبة تحتوي على خليط من الأعشاب (شبت، شومر، زنجبيل) تهدئ المعدة وتخفف من تشنج العضلات.
- **متممات الغذاء Probiotics**: لقد بينت عدة دراسات أن معالجة الأطفال بالبكتيريا المعوية المفيدة يؤدي إلى تخفيف حدة المغص. ولكن هناك ضرورة للمزيد من الأبحاث.

ب. التهاب الشعب الهوائية

تعريفه

- التهاب الشعب الهوائية هو التهاب حاد للقنوات الهوائية العليا والسفلية تسببه عدة أنواع من الفيروسات.
- وهو يتميز بالتهاب حاد وتنفخ وموت للخلايا التي تحيط بالشعب الهوائية الصغيرة، مع ازدياد في إفراز مواد لزجة وتضيّق في الشعب الهوائية.
- إن هذا النوع من الالتهاب هو من اكثر الأنواع التي تصيب الأطفال الذين لا يتجاوز عمرهم السنتين، وهو من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى دخول المستشفى لدى هذه الفئة العمرية. على أن معظم حالات التهاب الشعب الهوائية تكون بسيطة ومن دون مضاعفات تحتاج فقط إلى علاج خارجي.
- يصيب التهاب الشعب الهوائية الذكور أكثر من الإناث، وهو يظهربشكل موسمي حيث تزداد الإصابة به ابتداءً من منتصف كانون الأول ولغاية منتصف آذار. تجدر الإشارة الى أن الإصابة بهذا المرض لا تؤمن وقاية لمدى الحياة حيث أن تجدد الإصابة بهذا المرض ممكنة.
- Respiratory Syncytial Virus: هو فيروس يصنف المسبب الأكبر لهذا المرض. ويعتبر هذا المرض خطراً لدى الأطفال الذين لا يتعدون السنة من العمر وقد يؤدي إلى الموت نتيجة إجهاد رئوي.

عوامل الخطورة

يعتبر بعض الأطفال الذين يمتلكون مميزات معينة أكثر عرضةً للإصابة بهذا المرض. تشمل هذه المميزات ما يلي:

- ولادة مبكرة.
- وزن قليل عند الولادة.
- عمر أصغر من ١٢ أسبوعاً.
- مرض رئوي مزمن.
- مرض قلب.
- مناعة ضعيفة.
- مرض عصبي.
- مستوى اجتماعي ومادي متدني.
- العيش في أماكن مكتظة.
- أهل مدخنون.

العوارض

- يبدأ هذا المرض بعوارض التهاب تنفسي بسيط تشمل تزكيم وسيلان من الأنف إضافة إلى ارتفاع في درجات الحرارة قد تصل إلى ٣٨ أو ٣٩ درجة مئوية.
- في خلال يومين إلى خمسة أيام، تتطور العوارض وتمتد إلى الجهاز التنفسي السفلي مع ظهور سعال وصعوبة في التنفس وصفير وقلة في الطعام.
- تتطور الحالات الصعبة وتضم عوارض مثل ازدياد في سرعة التنفس، صعوبة في التنفس، ازرقاق وزيادة في دقات القلب مع انقطاع النفس.

- من المهم التركيز على كون بعض الأطفال لا يعانون سوى من انقطاع النفس دون أية عوارض أخرى، وعلى الطبيب المعالج إبقاء احتمال التهاب الشعب الهوائية في الحسبان.

التشخيص

- يعتمد التشخيص بشكل أساسي على السيرة المرضية والفحص الإكلينيكي. ليس هناك من ضرورة لإجراء فحوصات مخبرية وشعاعية بشكل روتيني إلا إذا استدعي الفحص السريري ذلك.
- في حال كان الطفل المصاب دون الثلاثة اشهر، يجب إجراء فحوصات شاملة للتأكد من عدم وجود التهابات منتشرة (sepsis workup).
- إن الفحص السريري قد يبين سرعة في النفس واستعمال العضلات الإضافية للتنفس وسماع صفير عند فحص الرئتين.
- يتم إجراء الصورة الشعاعية للرئتين عندما تفشل المعالجة الخارجية و يجد الطبيب ضرورة لدخول المستشفى.

بحسب التوصيات الاخيرة للاكاديمية الاميركية لطب الاطفال -AAP:

- يجب على الاطباء تشخيص التهاب الشعب الهوائية وتقييم خطورة المرض بعد أخذ التاريخ الطبي واجراء الفحص السريري (نوعية الأدلة: ب؛ قوة التوصية: توصية قوية)
- يجب على الاطباء تقييم عوامل الخطورة مثال الخداج والاطفال الاصغر من ١٢ أسبوعا والاطفال الذين يعانون من أمراض قلبية أو نقص المناعة المكتسب، عند اتخاذ قرارات بشأن متابعة ومعالجة الاطفال المصابين بإلتهاب الشعب الهوائية (نوعية الأدلة: ب؛ قوة التوصية: معتدلة التوصية)
- لا يجب طلب الصورالشعاعية والفحوصات المخبرية بشكل روتيني بحال تم تشخيص التهاب الشعب الهوائية على أساس الفحص السريري والتاريخ الطبي (نوعية الأدلة: ب؛ قوة التوصية: معتدلة التوصية)

العلاج

- الأطفال الذين يصابون بالتهاب الشعب الهوائية يعانون من عوارض بسيطة وتكتفي بالمعالجة في البيت.
- لا ينصح باعطاء علاج الـ Salbutamol أو الـ Epinephrine للاطفال الذين تم تشخيص التهاب الشعب الهوائية لديهم.
- إن العلاج يهدف على تخفيف العوارض ويضم:
  - المراقبة: مراقبة الطفل من قبل الأهل للتأكد من عدم تدهور حالة الطفل. يجب أن يتصل الأهل بالطبيب في الحالات التالية:
    - ارتفاع سرعة النفس.
    - تنفس بجهد.
    - قلة التبول.
    - قلة الطعام.
    - خمول.
    - تدهور أو تراجع الحالة العامة.
  - معالجة ارتفاع الحرارة من خلال إعطاء أدوية لتخفيف الحرارة.
  - هواء مرطب: وهو يخفف من التزكيم إضافة إلى استعمال قطارة الماء والملح وتنظيف الأنف.
- متى يجب تحويل الطفل إلى المستشفى ؟

حوالي ٣٪ من الأطفال المصابين يحتاجون إلى دخول المستشفى.

- عمر الطفل اصغر من ثلاثة اشهر.
- الولادة قبل ٣٤ أسبوعاً.
- عدم القدرة على تامين شرب السوائل بما يكفي لدى الأطفال اصغر من ستة اشهر.
- أمراض في القلب أو الرئتين أو نقص في المناعة.
- ازدياد سرعة التنفس اكثر من ٧٠ نفس في الدقيقة.
- تعب واجهاد.
- صفير ونقص في الأكسيجين اقل من ٩٢٪ في هواء الغرفة.
- ارتفاع نسبة ثاني أكسيد الكربون.
- التهابات في الرئتين في صور الأشعة.
- ضيق في النفس والتنفس بإجهاد.
- عدم قدرة الأهل على الاعتناء بالطفل المصاب.
- توقف النفس وارتفاع نسبة الاسيد في الدم.

الوقاية

- عدم التدخين في المنزل لان هذا يزيد من نسبة الإصابة بالالتهابات الرئوية.
- غسل اليدين باستمرار بالماء والصابون وخاصة قبل لمس الطفل.
- تجنب الاختلاط بالمصابين بالتهاب رئوي أو الاشخاص التي تظهر عليهم أعراض مرض.

- اخذ لقاح الأنفلونزا سنوياً للأطفال الذين يبلغون الستة اشهر وما فوق.

ت. صحة الفم

تعريف التسوس

- إن تسوس الأسنان هو أكثر الأمراض شيوعاً لدى الأطفال و يشكل أكبر نسبة من الأمراض المزمنة لدى الأطفال. فالبرغم من تحسن صحة الفم عند الأولاد الأكبر سناً، لا يزال تسوس الأسنان سائداً بنسبة لم تتضائل في العشر سنوات الماضية.
- يبدأ تكون الجير مع بدء شق الأسنان، أي خلال الفترات الأولى لظهور الأسنان حيث قد يبدأ ظهور بعض التجويف مع الشهر العاشر من العمر.
- يبدأ ظهور التسوس على شكل نقاط بيضاء على الأسنان القاطعة الأمامية والتي تتحول بسرعة إلى تجويف باللون الأصفر – البني، من بعدها ينتقل التسوس إلى الأسنان الخلفية.

العوامل المسببة

تؤدي عوامل عدة إلى ظهور تسوس الأسنان وهي تشمل:

- **الالتهابات:** لقد تبين أن بكتيريا الـ Streptococci mutans هي المسبب الرئيسي لحصول تسوس الأسنان. تقوم هذه البكتيريا بتحويل السكريات إلى نوع من الحوامض التي تؤدي إلى تحلل الأسنان (Demineralization) وتكون التجويف. تتواجد هذه البكتيريا أصلاً لدى الأم وهي تنتقل إلى الطفل من خلال اللعاب. وتزيد نسبة الانتقال هذه مع ازدياد عدد الأسنان المصابة بالتسوس لدى الأم ومع ازدياد نسبة تناول السكريات من قبل الأم. تبدأ هذه البكتيريا بالتواجد والاستقرار في فم الطفل مع بدء ظهور الأسنان وكذلك ترتفع عند التعرض للتدخين.
- **تسوس زجاجة الحليب:** وهي تصيب أسنان المقدمة لدى الأطفال خاصة في حال استمرار استعمال زجاجة الحليب بدلاً من الكوب. وتتميز بسرعة ومدى إصابة الأسنان.
- **العادات الغذائية:** زيادة تناول السكريات.
- **عوامل أخرى:** تسوس أسنان الأخوة، تسوس أسنان الأم، العادات الغذائية، نسبة الوقاية بالفلورايد والعناية بالأسنان.

دور طبيب الرعاية الصحية الأولية

- يعاين طبيب الرعاية الصحية الأولية الطفل ما لا يقل عن ١١ مرة خلال الثلاث سنوات الأولى من حياته، وتعتبر هذه الزيارات مهمة لبحث ومناقشة موضوع تسوس الأسنان.
- تنصح الجمعية الأميركية للأطفال أن يزور الطفل البالغ من العمر اثني عشر شهراً طبيب الأسنان في حال وجود عوامل مسببة لتسوس الأسنان.
- بينما تنصح الجمعية الأميركية لطب الأسنان لدى الأطفال بوجوب الكشف على أسنان كل طفل بلغ السنة من العمر من قبل طبيب الأسنان.
- إن الكشف المبكر على الأسنان يجب أن يتم من قبل طبيب الرعاية الصحية الأولية خلال الزيارة الدورية في عمر السنة، حيث يتم الكشف على الأسنان والتأكد من عدم وجود نقاط بيضاء أو تجويف أو أي علة أخرى في الأسنان.
- إن أي تغير في لون الأسنان الأبيض العجمي أو ظهور جير يدل على وجود احتمال عالي للإصابة بتسوس الأسنان، لذلك يتوجب تحويل الطفل بسرعة لطبيب الأسنان.

إن تعزيز العناية بأسنان الطفل تبدأ خلال زيارات الأم في فترة الحمل لطبيبها، ومن ثم تستمر بعد ولادة الطفل وخلال زيارات الكشف الدورية للطفل حيث يجب القيام بما يلي:

تقييم حالة أسنان الطفل والتأكد من عدم وجود تسوس.

تكون خطورة الإصابة بالتسوس مرتفعة لدى الأطفال الذين يعانون من احتياجات خاصة أو في حال وجود نسبة تسوس عالية في أسنان الأم، وفي العائلات التي تعاني من صعوبات اجتماعية ومادية

تقديم المشورة الغذائية والتي تشمل التأكيد على ضرورة إرضاع الطفل حيث يعتبر حليب الأم أفضل مصدر لغذاء الطفل. ولكن في حال تعذر ذلك وعند الاعتماد على تغذية الطفل بالحليب المعبأ في الزجاجات (القنينة)، فمن المهم نصح الأم بضرورة حمل الطفل لدى إطعامه وعدم إعطائه زجاجة الحليب في السرير

لا يجب إعطاء الطفل أي سوائل أخرى من خلال الزجاجة (القنينة) سوى حليب الأم أو الحليب المصنع

لا يعطى الرضيع قبل عمر الستة أشهر أي دواء يحتوي على الفلورايد ، ولا تستعمل معاجين الاسنان.

الزيارات الدورية

- يجب أن يتلقى جميع الأطفال مادة الفلورايد سواء موضعية أو بالفم ابتداء من عمر الستة أشهر (٠,٢٥ ملغ يومياً)
- في حال كانت مصادر الماء التي تقدم للطفل تحتوي أقل من ٠,٦ جزئية في المليون، فإنه من المهم إعطاء الطفل جرعات إضافية من مادة الفلورايد بدءاً من عمر الستة أشهر.
- لا يتوجب إعطاء الطفل الذي يتغذى من الرضاعة الطبيعية أي جرعات إضافية من مادة الفلورايد.
- يجب تعزيز استخدام معجون الأسنان الذي يحتوي على الفلورايد.
- من المهم البدء بإعطاء نصائح للعناية بالأسنان خلال هذه الفترة.
- من المهم التأكد من أن الطفل لديه مرجع طبي للعناية بالأسنان.
- القيام بالكشف على الأسنان في كل زيارة للتأكد من عدم وجود تسوس أو أية عوارض أخرى إضافة إلى مراقبة مدى العناية بالأسنان.
- التأكد من العناية بالأسنان والتشديد على استعمال معجون الأسنان الذي يحتوي على مادة الفلورايد من عمر السنتين وما فوق (٢٠٠ الى ١٨٠٠ ملغ من الفليور لكل ١٠٠غرام من المعجون).
- نصح الأهل بمساعدة الطفل خلال عملية تنظيف الأسنان بالفرشاة وذلك لغاية عمر الثماني سنوات.
- نصح الأطفال بالحد من تناول الوجبات الخفيفة والسوائل فيما بين الوجبات الأساسية إضافة إلى التخفيف من تناول السكريات وتحديد تناولها خلال أوقات الوجبات الأساسية.

الوقاية من التسوس

نصائح عامة للأم ولمقدم الرعاية الأساسية للطفل:

- نظافة الفم والأسنان: من المهم تنظيف الأسنان بالفرشاة والخيط يومياً في سبيل تخفيف تكون الجير البكتيري.
- الغذاء: من المهم نصح الأهل بالتخفيف من تناول الأطعمة التي تؤدي إلى التسوس خاصة الأطعمة التي تحتوي كمية عالية من السكر.
- الفلورايد: استعمال معجون الأسنان الذي يحتوي على الفلورايد وتنظيف الفم يومياً بسائل يحتوي على فلورايد الصوديوم لانه يحمي ضد التسوس. لا حاجة لأخذ مكملات الفلورايد قبل عمر الـ ٦ أشهر وأما بعد هذا العمر فينصح بادخال هذه المادة عبر شرب مياه تحتوي على الفلورايد. وللحماية ضد التسوس لدى الاطفال المعرضين هنالك علاج طلاء الاسنان بمادة حماية الذي يقوم به طبيب الاسنان للمحافظة قدر الامكان على أسنان محمية.
- معالجة التسوس: ينبغي للأهل الكشف الدوري لدى طبيب الأسنان ومعالجة التسوس عند حدوثه وهذا من شأنه أن يخفف انتقال العدوى إلى الطفل.
- محاولة تأجيل انتقال البكتيريا إلى الطفل: من المهم عدم مشاركة الأهل لأطفالهم بالملاعق والأكواب والطعام مما يساعد على تأخير انتقال العدوى إلى الأطفال في حال حدوثها.

نصائح عامة للأطفال:

- نظافة الفم والأسنان: من المهم أن تنظف الأم أسنان طفلها مع بدء ظهور الأسنان بواسطة رقعة من القماش أو فرشاة ناعمة. يساعد استعمال خيط التنظيف عند وجود أسنان متلاصقة على منع وتخفيف حدوث التسوس في هذه الحافات المتلاصقة.
- الغذاء: من المهم حصر تناول الطفل لقنينة الحليب أو الإرضاع في أوقات الطعام المحددة وعدم إطعام الطفل خلال نومه أو وضع وسادة تحت قنينة الحليب بدل مسكها لاطعامه.
- الحد من اعطاء الطفل السكر المكرر.عدم تغميس مصاصة الولد بالسكر.
- الفلورايد: من المهم الحصول على كمية مناسبة من الفلورايد لدى الأطفال. يمكن إعطاء الطفل جرعات إضافية حسب حاجة الطفل.
- عدم مشاركة الأواني والأكواب والملاعق، أو فرشاة الأسنان بين الأطفال.

تناول الفلورايد

- إن تناول الفلورايد هو من أهم الوسائل الناجحة للتخفيف من حصول تسوس الأسنان ولقد تبين أن تناول الفلورايد يخفف من الإصابة بالتسوس بنسبة ٤٠ إلى ٥٠٪.
- يتغلغل الفلورايد إلى داخل جذور الأسنان مما يجعلها أكثر قوة وصلابة في مواجهة التحلل. يتجمع الفلورايد بشكل غلاف يخفف من إفراز الأسيد أو الحوامض من قبل الميكروبات ويساعد على تقوية الأسنان.
- إن دهن الأسنان بمادة الفلورايد الموضعي وسيلة فعالة وخاصة لدى الأطفال وهي تزيد من نسبة الفلورايد داخل السن ويزيد من قوته في مواجهة التسوس.
- من المهم عدم تناول كميات كبيرة من الفلورايد وذلك لتجنب تغير لون الأسنان ولذلك يجب تناول هذه المادة فقط عند وجود نقص في الفلورايد في ماء الشرب.

٤. اللقاحات

أ.مقدمة

- يعد التلقيح من أهم التدخلات التي تم تطبيقها على مستوى الصحة العامة. وتساعد اللقاحات على حماية الأطفال من الإصابة بعدد من الأمراض الخطرة و المميتة.
- لقد تم إضافة عدة لقاحات جديدة في السنوات الأخيرة، ولكنها لم تعتمد جميعها حتى الآن ضمن البرنامج الوطني للتلقيح في لبنان.

ب. البرنامج الوطني للتحصين في لبنان

يضم الجدول رقم ٦ اللقاحات الاساسية التي يغطيها البرنامج الوطني للتحصين في لبنان.

جدول رقم ٦: الرزنامة الوطنية للقاحات الاساسية

عند الولادة (خلال الساعات الاولى بعد الولادة)	الصفيرة «ب» Hepatitis B	جرعة صفر (في المستشفى)
شهران	شلل عضلي IPV خماسي (شاهوق، خانوق، كزاز، هـ. انفلونزا ب، صفيرة ب)	جرعة أولى
٤ أشهر	شلل فموي OPV خماسي (شاهوق، خانوق، كزاز، هـ. انفلونزا ب، صفيرة ب)	جرعة ثانية
	لقاح المكورات الرئوية المقترن PCV13	جرعة أولى
٦ أشهر	شلل فموي OPV خماسي (شاهوق، خانوق، كزاز، هـ. انفلونزا ب، صفيرة ب)	جرعة ثالثة
	لقاح المكورات الرئوية المقترن PCV13	جرعة ثانية
٩ أشهر	الحصبة	جرعة أولى
١٢ شهراً	حصبة، حصبة ألمانية، أبو كعب (MMR)	جرعة أولى
	لقاح المكورات الرئوية المقترن PCV13	جرعة تذكيرية
١٨ شهراً	شلل فموي OPV خماسي (شاهوق، خانوق، كزاز، هـ. انفلونزا ب، صفيرة ب)	تذكير أول
	حصبة، حصبة ألمانية، أبو كعب (MMR)	جرعة ثانية
٤-٥ سنوات	شلل فموي OPV ثلاثي (شاهوق، خانوق، كزاز)	تذكير ثاني
١٠-١٢ سنة	شلل فموي OPV ثنائي (خانوق، كزاز)	تذكير ثالث
١٦-١٨ سنة	شلل فموي OPV ثنائي (خانوق، كزاز)	تذكير رابع

اللقاحات التي يضمها البرنامج الوطني للتحصين في لبنان

لقاح الصفيرة "ب" Hepatitis B:

- يعطى هذا اللقاح على ثلاث جرعات أساسية: عند الولادة، عند عمر الشهرين؛ الأربعة أشهر والستة أشهر كجزء من اللقاح الخماسي.
- إن جرعة اللقاح عند الولادة مهمة جداً للأسباب التالية:
  - تؤمن هذه الجرعة حماية فعالة لحديثي الولادة.
  - تؤمن الحماية للأطفال الذين لم تجرأمهاتهم فحص الصفيرة خلال فترة الحمل.

– تؤمن الوقاية للطفل من الإصابة بهذا الفيروس من مصدر "غير الأم" خلال الأشهر الأولى من العمر.

لقاح الشلل Polio:

- يعطى لقاح الشلل عن طريق الفم في نفس الوقت الذي يعطى خلاله اللقاح الخماسي: شهرين، ٤ أشهر، ٦ أشهر، ١٨ شهر ومع الثلاثي ٤–٥ سنوات و الثنائي ١٠–١٢ سنة و ١٦–١٨ سنة.
- بحسب برنامج التلقيح المقرر سنة ٢٠١٤ من قبل منظمة الصحة العالمية، فقد أجريت التعديلات التالية:
  – تم اعتماد جرعة لقاح الشلل عبر الفم عند الولادة و ذلك بسبب عودة ارتفاع نسبة حالات شلل الأطفال.
  – التلقيح بالفم فقط لم يعد معتمداً و أصبح البرنامج كالتالي: ٣–٤ جرعات منهاعلى الأقل جرعة واحدة تحت الجلد أو في العضل ابتداءً من عمر الستة أسابيع مع فرق مدة لا تقل عن الأربع أسابيع بين جرعات اللقاح بالفم.
  – وبالنسبة للدول حيث الشلل مستوطن أو نسبة استيراد المرض (و بالتالي احتمال انتشاره) مرتفعة؛ توصي منظمة الصحة العالمية بإعطاء جرعة من لقاح الشلل عبر الفم عند الولادة؛ تليها ٣ جرعات منها واحدة على الأقل تحت الجلد/في العضل IPV.

لقاح الشلل المعطّل الذي يعطى حقناً بالعضل:

- تدخل الجرعة الاولى بعمر الشهرين ضمن البرنامج الوطني للتلقيح في لبنان.

لقاح الخانوق Diphtheria:

- يعطى عادة كجزء من اللقاحات الخماسية أو الرباعية أو الثلاثية وذلك بحسب الرزنامة الوطنية أعلاه.

لقاح الكزاز Tetanus:

- يعطى عادة كجزء من اللقاحات الخماسية أو الثلاثية أو الثنائية وذلك بحسب الرزنامة الوطنية أعلاه .
- ويعطى كل عشر سنوات بعد ذلك.

لقاح الشاهوق Pertussis:

- يعطى كجزء من اللقاحات الخماسية والثلاثية فقط.
- و تنصح منظمة الصحة العالمية (WHO) بإعطاء جرعة إضافية للأطفال ما بين السنة و ٦ سنوات بعد مدة لا تقل عن الـ ٦ أشهر من انتهاء الجرعات الأساسية.
- لكنها لا تنصح بإعطاء اللقاح لحديثي الولادة أو النساء الحوامل والقاطنين مع الطفل في نفس المنزل (ما يعرف بال Cocooning).

لقاح السعال الديكي:

- ولقد تم إطلاق لقاح ثلاثي جديد منذ مدة يحتوي على السعال الديكي غيرالخليوي Acellular Pertussis.
- وهذا اللقاح يؤدي إلى عوارض جانبية أقل بكثير من اللقاح العادي السابق.
- وتجدر الإشارة بضرورة استعمال فقط الـ Acellular pertussis للأطفال الذين تجاوزت اعمارهم الـ ٦ سنوات.

لقاح Haemophilus Influenza B:

- يعطى هذا اللقاح عادة كجزء من اللقاح الخماسي على ثلاث جرعات: عمر الشهرين، الأربعة أشهر والستة أشهر.

لقاح الحصبة Measles:

- إن الحصبة هو مرض فيروسي شديد العدوى وهو مرض مستوطن في لبنان.
- ينصح بإعطاء جرعة من لقاح الحصبة عند إتمام التسعة أشهر للأطفال وتعطى هذه الجرعة تحت الجلد.

لقاح الحصبة الألمانية Rubella:

لقاح "أبو كعب" Mumps:

- تعطى اللقاحات الثلاثة الأخيرة عادة كمجموعة واحدة هي الـ MMR و ذلك على جرعتين تحت الجلد: تعطى الجرعة الأولى في عمر ١٢ شهراً وتعطى الجرعة الثانية في عمر ١٨ شهراً (كتعديل جديد على برنامج التلقيح، بمعدل جرعتين قبل عمر السنتين).

لقاح المكورات الرئوية Pneumococcal Vaccine أو الـ PCV:

- هذا اللقاح يستهدف باكتيريا الـ Streptococcus pneumonia المسؤولة عن أكثر حالات التهاب الأذن الوسطى و التهاب الرئة الباكتيري عند الأطفال.
- و منذ تفعيل استخدام هذا اللقاح؛ تدنى عدد الإصابات بهذه الإلتهابات وخاصة الحالات الخطرة منها التي تستدعي الإستشفاء لا سيما في الفئات العمرية حيث يكون الجهاز المناعي ضعيفاً؛ في الأطفال و كبار السن على حد سواء (الأطفال ما دون السنتين والمسنين فوق الـ ٦٥ عاماً).
- حالياً يوجد نوعان من هذا اللقاح: PCV 13 و PCV 10.
- ويفضل الأول على الثاني كونه يغطي سلالات بكتيرية أكثر.
- بالنسبة لبرنامج التلقيح، فيجوز وجهان:
  – ٣ جرعات مع لقاح الخماسي.
  – أو جرعتان تحت عمر الـ ٦ أشهر زائد جرعة تذكيرية من عمر ٩ – ١٥ شهر.
- أصبح هذا اللقاح من ضمن البرنامج الوطني للتحصين في لبنان واعتمد أواخر سنة ٢٠١٥ إعطاء PCV 13 على ثلاث جرعات: ٤ أشهر – ٦ أشهر و السنة.

اللقاحات خارج البرنامج الوطني للتلقيح في لبنان (حاليا)

لقاح الروتا فيروس Rotavirus:

- فيروس الروتا يؤدي في بعض الحالات إلى التهابات في الأمعاء مع إسهال حاد وارتفاع في الحرارة مما قد يؤدي إلى الجفاف؛ خاصة لدى الأطفال تحت عمر السنتين؛ و هو شديد العدوى.

- لا حاجة للعلاج لكن قد يضطر الطبيب إلى استشفاء الطفل للتعويض عن السوائل في المصل.
- هناك نوعان من اللقاح ضد فيروس الروتا؛ كلاهما يعطيان عبرالفم قبل بلوغ عمر السنة كالتالي:
  - Rotarix: يعطى على جرعتين مع لقاح الخماسي.
  - RotaTeq: يعطى على ٣ جرعات مع لقاح الخماسي.
- تجدر الإشارة بأن حالات نادرة من الإنغماد المعوي (Intessusception) قد تحصل جراء هذا اللقاح.

لقاح جدري الماء Varicella / Chicken Pox:

- يعطى هذا اللقاح تحت الجلد.
- أول جرعة بعد عمر الـ ١٣ سنة؛ تليها جرعة خلال فترة المراهقة وجرعة للراشدين.

لقاح الانفلونزا Inactivated Influenza Vaccine (IIV):

- يعطى هذا اللقاح سنوياً بين شهري سبتمبر و نوفمبر ابتداءً من عمر الـ ٦ أشهرعلى النحو التالي:
  - للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و ٨ سنوات: ٠,٢٥ مل في العضل مرتان على جرعتين متباعدتين مدة ٤ أسابيع.
  - و ٠,٥ مل مرة واحدة للأطفال الذين تلقوا جرعات مسبقة دون حدوث مضاعفات أو الأطفال ≤ ٩ سنوات.

لقاح الـ HPV - Human Papilloma Virus فيروس الورم الحليمي البشري:

- يهدف هذا اللقاح على الحد من انتشار الـ HPV المتناقل جنسياً والمسؤول عن ما لا يقل عن ٩٩٪ من حالات سرطان عنق الرحم.
- تعطى الجرعات على الشكل التالي: ٠ شهر؛ بعد ١–٢ شهر و من ثم بعد ٦ أشهر تبعاً لنوع اللقاح.

الفصل الثاني

الصحة الجنسية والانجابية للمراهقين والشباب

الجزء الثالث

الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب

١. معالم البلوغ عند الفتيان والفتيات

يتم استخدام معيار الخمس مراحل من "مارشال وتانر" كنظام سريري لوصف تطور البلوغ العادي وتنوعاته.

الترتيب الزمني الطبيعي لمراحل البلوغ:

- نمو الثديين Telarche.
- نمو شعر الإبطين Adrenarche و شعر العانة Pubarche.
- قمة تسارع النمو Maximal Growth Velocity.
- الحيض Menarche.

أ. عند الفتيات

جدول رقم ١: المراحل الخمسة لسن البلوغ عند الفتيات

مرحلة تانر	الثديين	شعر العانة	النمو	غيرها
١	ما قبل البلوغ، ارتفاع الحليمة فقط	ما قبل البلوغ، وجود الشعر الزغبي فقط	**الطبيعي :** حوالي ٥ الى ٦ سنتم في السنة	التكظّر (Adrenarche) نمو المبيض
٢	نبوذ الثدي أي ارتفاع الثدي والحليمة مع اتساع الهالة	نمو متفرق للشعر على طول الشفرين	**أسرع :** بحوالي ٧ الى ٨ سنتم	اتساع البظر، تصبّغ الشفرين، اتساع الرحم
٣	نمو نسيج الثدي خارج الهالة من دون وجود تضخم	تخشن الشعر والتفافه، انتشاره في جميع أنحاء العانة	**ذروة السرعة:** حوالي ٨ سنتم	ظهور شعر الابطين حب الشباب
٤	نتوء الهالة والحليمة يشكل مرتفع ثانوي	طبيعة الشعر مشابهة لشعر الكبار من دون انتشار الى وسط الفخذ	**التباطؤ:** أقل من ٧ سنتم	حدوث الحيض انتظام الدورات الشهرية
٥	تضخم الثدي مع نتوء الحليمة فقط	طبيعة الشعر مشابهة لشعر الكبار مع انتشار الى وسط الفخذ دون الوصول الى خط البطن	وقف النمو عند حوالي ١٦ سنة	اكتمال الاعضاء التناسلية

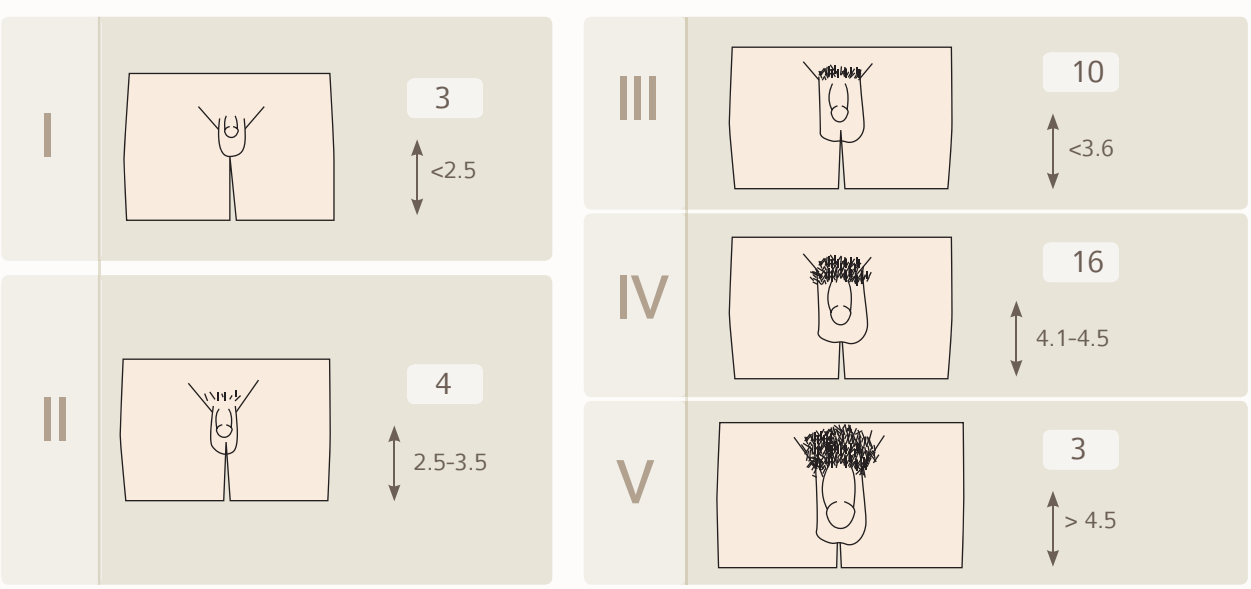
ب. عند الفتيان

جدول رقم ٢: المراحل الخمسة لسن البلوغ عند الفتيان

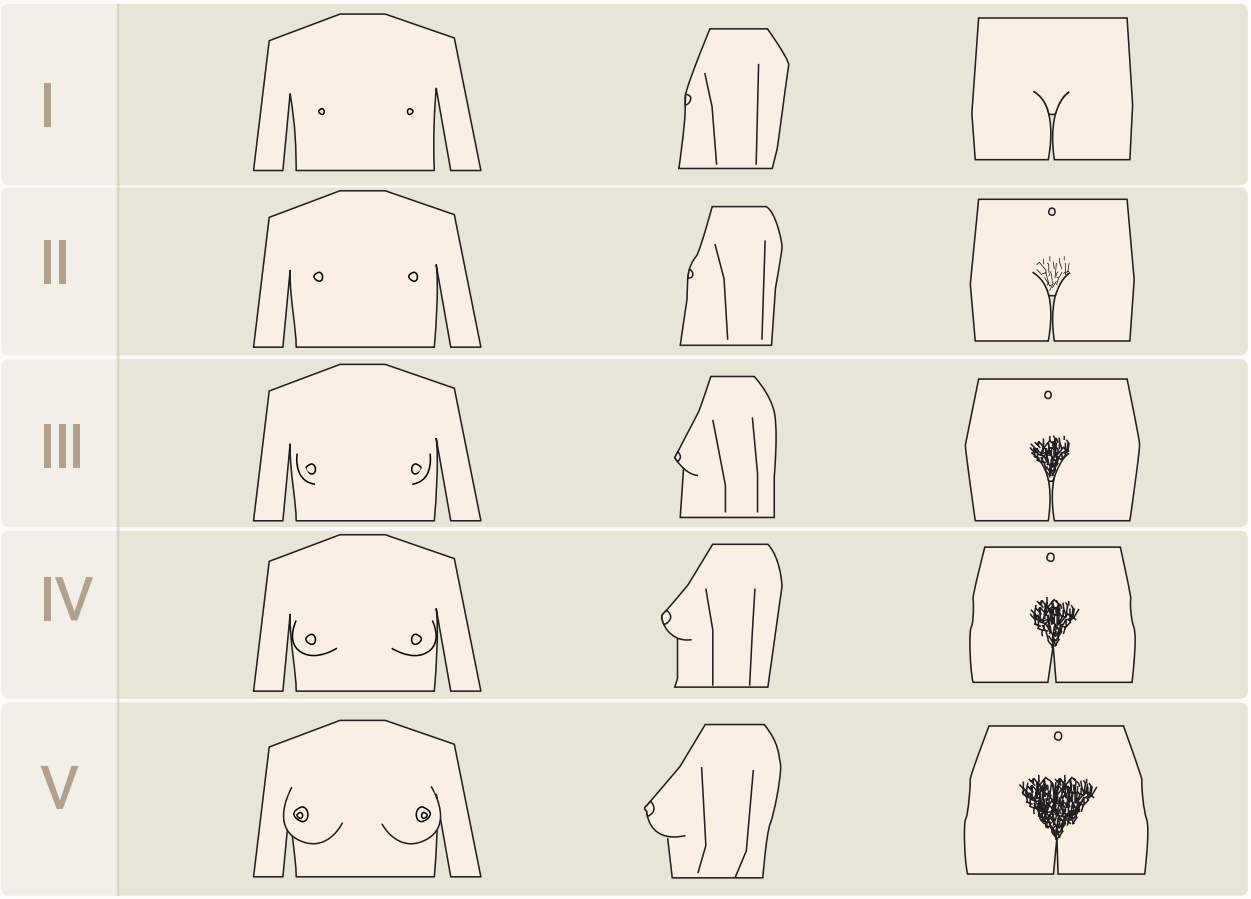
مرحلة تانر	الاعضاء التناسلية	شعر العانة	النمو	غيرها
١	ما قبل البلوغ، **الخصيتين**: أقل من ٢,٥ سنتم	ما قبل البلوغ ، وجود الشعر الزغبي فقط	**الطبيعي**: حوالي ٥ الى ٦ سنتم في السنة	التكظّر (Adrenarche)
٢	ترقق واحمرار كيس الصفن **الخصيتين** : من ٢,٥ الى ٣,٢ سنتم	نمو متفرق للشعر على قاعدة القضيب	**الطبيعي**: حوالي ٥ الى ٦ سنتم في السنة	انخفاض في اجمالي دهون الجسم
٣	نمو القضيب ويكون حجم **الخصيتين**: من ٣,٣ الى ٤,٠ سنتم	تخشّن الشعر والتفافه، انتشاره في جميع أنحاء العانة	أسرع بحوالي ٧ الى ٨ سنتم في السنة	التثدي تقطّع الصوت زيادة كتلة العضلات
٤	نمو القضيب والغدد، اسمرار كيس الصفن، **حجم الخصيتين**: من ٤,١ الى ٤,٥ سنتم	طبيعة الشعر مشابهة لشعر الكبار من دون انتشار الى وسط الفخذ	**ذروة السرعة**: حوالي ١٠ سنتم في السنة	ظهور شعر الابطين تغيّر الصوت حب الشباب
٥	**الأعضاء التناسلية**: كالكبار، **الخصيتين**: أكبر من ٤,٥ سنتم	طبيعة الشعر مشابهة لشعر الكبار مع انتشار الى وسط الفخذ دون الوصول الى خط البطن	التباطؤ والتوقف التام	ظهور شعر الوجه وزيادة كتلة العضلات بعد المرحلة الخامسة

٢. تقييم تغيّرات البلوغ

أ. الفحص البصري (رسم ١ و٢)



رسم توضيحي رقم ١: مراحل تانر للبلوغ عند الذكور



رسم توضيحي رقم ٢: مراحل تانر للبلوغ عند الإناث

ب. اللمس

عند الفتيات:

- يحجب ترسّب الدهون في منطقة الثديين الكبرالفعلي لحجم الثدي.
- لا يمكن للفحص البصري وحده ان يفرق بين نمو أنسجة الثدي وترسب الدهون.
- لذلك فإنه لا بد من جس تبرعم الثدي تحت الهالة عندما تكون الفتاة في وضعية الاستلقاء.

عند الفتيان:

- إن الفحص البصري للخصيتين ليس كافياً.
- القياس المباشر للخصيتين باللمس هي الطريقة المثلى لتحديد حجم الخصية (جدول رقم ٣).
- ويمكن قياس الخصيتين ايضاً باستعمال خرزات "برادر" لمقياس الخصية Prader Orchidometer- beads

جدول رقم ٣: قياس حجم الخصيتين

قياس الخصية	مرحلة البلوغ
١ - ٣ ملل	مرحلة ما قبل البلوغ
٤ ملل	مرحلة دخول سن البلوغ
٨ - ١٠ ملل	مرحلة منتصف سن البلوغ
١٥ - ٢٥ ملل	مرحلة البلوغ الكامل

٣. اضطرابات سن البلوغ

- لا يختبر كلاً من الفتيان والفتيات مرحلة البلوغ في العمر عينه.
- من المتعارف عليه أن السن الإجمالي للبلوغ:
  - عند الفتيات: ١٣ سنة.
  - عند الفتيان: ١٥ سنة.
- إضطرابات سن البلوغ تشمل:
  - تأخر سن البلوغ.
  - البلوغ المبكر.

أ. تأخّر سن البلوغ

(راجع الملاحق)

التعريف

يضم الجدول رقم ٤ تعريف تفريقي بين تأخر سن البلوغ عند الفتيات والفتيان

جدول رقم ٤: تعريف تأخر سن البلوغ

الفتيات	- نقص في نمو أحد الثديين بعد ١٢ سنة - أو اذا كانت فترة حدوث الحيض تتعدى الخمسة سنوات من بعد النمو الأولي لنسيج الثدي - تكتمل الخصائص الجنسية الثانوية دون حدوث حيض بعد ١٦ سنة وتعتبر من حالات إنقطاع الطمث الأولي وليس كتأخر لسن البلوغ (أنظر المقطع المخصص لذلك)
الفتيان	- اذا لم يكن هناك نمو بحجم الخصية بعمر ١٤ سنة - او اذا امتدت الفترة بين حدوث التطور الاولي والتطور الكامل للأعضاء التناسلية أكثر من ٥ سنوات

السيرة الطبية

عند أخذ السيرة الطبية من مراهق يعاني من تأخر سن البلوغ، ينبغي جمع المعلومات التالية:

- **العادات الغذائية:** التحقق من وجود سوء أو نقص في التغذية.
- **ممارسة الرياضة بكثرة:** ظاهرة المبالغة في ممارسة الرياضة بالإضافة إلى اتباع نظام قاس شائعة بين المراهقين وخاصةً الفتيات اللواتي يمارسن الرياضات الأولمبية.
- **مرض طبي سابق:** مثل التهاب الأمعاء، Inflammatory Bowel Syndrome أو Celiac Disease، وقصور الغدّة الدرقية.
- استخدام الدواء.
- انعدام حاسّة الشم التي قد تدلّ على وجود متلازمة Kallmann.
- تاريخ عائلي لتأخير التطور الطبيعي.
- تاريخ عائلي مرضي لنقص افراز مادة الـ GnRH.
- أعراض عصبية كآلام في الرأس، اضطراب في الرؤية، انعدام حاسة الشّم، خلل في الحركة، نوبات تشنج، إعاقة ذهنية (تأخر ذهني) تدل على وجود اضطراب في الجهاز العصبي المركزي.
- وجود تشوهات خلقية أخرى.

النتائج الأساسية للفحص البدني لبلوغ متأخر

الفتيان:

- معظم الأولاد الذين لديهم تأخر في النمو البدني يكون المستوى لديهم أقل من ١٠٪ على الرسم البياني للنمو.
- اذا كان حجم الخصيتين أقل من ٢,٥ سنتم (أو أقل من ٤ ملل) فهم بمرحلة ما قبل البلوغ.
- إذا كان طول القضيب أقل من ٧ سنتم بعد امتداده فهم بمرحلة ما قبل البلوغ.
- أما اذا كان القضيب أقل من ٥ سنتم فهو صغير وقد يدل على نقص خلقي في الغدد التناسلية.
- قد يظهر شعر العانة عند الفتيان الذين يشهدون تأخراً في سن البلوغ، اذا كان القضيب أو الخصيتين بمرحلة ما قبل البلوغ.

الفتيات:

- قبل البلوغ وفي وضع الجلوس، يظهر الثديان عند بعض الفتيات (من المهم جدا" أن نميز ظهور الثدي عن تراكم الدهون عن طريق الجس في وضعية الاستلقاء).
- عند الفتيات القصيرات القامة يجب البحث عن أدلة خفية من ملازمة ترنر (Turner)، (العوارض: علو وتقوس الحنك، مرفق أروح Cubitus Valgus، قصر السنع Metacarpal الرابع لاصابع اليد).
- قد يظهر شعر العانة عند الفتيات اللواتي يشهدن تأخراً في سن البلوغ (اذا لم يوجد نسيج في الثدي).

– فحوصات التصوير:

- خلال الزيارة الأولى، يمكن الحصول على صورة أشعة لليد اليسرى والمعصم لتقييم العمر العظمي بهدف تقييم نضوج الهيكل العظمي، وهذا يسمح بتكوين فكرة عن العلاقة بين العمر الزمني ونضوج الهيكل العظمي. كما انه يجب إعادة إجراء هذه الصورة مع مرور الوقت.
- يجب اجراء صورة صوتية للحوض أو الخصيتين في حال تمّ الكشف عن كتلة في هذه المنطقة خلال الفحص البدني ويتم إجراء الصورة الصوتية للحوض عند الفتيات لتحديد وجود أو عدم وجود الرحم .
- يطلب إجراء التصوير بالرنين المغنطيسي للدماغ في حال ظهور علامات أو أعراض عصبية غير طبيعية.

– الفحوصات المخبرية :

- تشمل الفحوصات الأولية العد الكامل لكريات الدم؛ سرعة ترسب الدم والنيتروجين في الدم؛ الكرياتينين وإختبارات وظائف الكبد.
- ينبغي قياس الهرمونات التالية: LH و Estradiol، FSH لدى الفتيات و Testosterone لدى الفتيان للتمييز بين القصورالأولي أو ألثانوي في الغدد التناسلية.

– FSH و LH مرتفعان (Hypergonadotropic): قصور أولي في الغدد التناسلية.

– FSH و LH منخفضان (Hypogonadotropic): تأخر سن البلوغ الطبيعي أوالنقص الخلقي لهرمون الـ GnRH.

– معدل هرمون Testosterone:

. اقل من 40 ng/dl أو (1.4 nmol/l) (Hypogonadism): مترافق مع تأخر البلوغ.

. أكثر من 50 ng/dl أو (1.7 nmol/l): البلوغ حاصل.

– معدل هرمون Estradiol:

. أكثر من 20 pg/mL أو (73,4 pmol/L): بداية سن البلوغ.

- قياس Prolactin.
- قياس هرمون تنشيط الغدة الدرقية (TSH) (وخاصة مع التباطؤ المفاجئ في سرعة النمو وتأخر سن العظم).
- يمكن لقياس الاندروجينات الكظرية (DHEAS) ان يساعد على التمييز بين نقص GnRH الخلقي وتأخر البلوغ الطبيعي. وهذه المعدلات تكون طبيعية عند الاطفال الذين يعانون من نقص في GnRH.
- يتعين القيام بالنمط النووي Karyotype لكل طفل يعاني من قصور أولي في الغدد التناسلية (FSH و LH مرتفعة) لتقييم إمكانية وجود متلازمة كلاينفلتر Klinefelter عند الفتيان ومتلازمة تيرنير Turner عند الفتيات.

التقييم الطبي الأولي لتأخر سن البلوغ (الرسم رقم ٣):

رسم توضيحي رقم ٣: التقييم الطبي الأولي لتأخر البلوغ

التقييم الطبي الأولي لتأخر البلوغ

- السيرة الطبية
- الفحص السريري
- صورة أشعة للمعصم الأيسر

غير ملحوظ

- التقييم السريري لا يلحظ شيئاً غير تأخر البلوغ.
- طفرة النمو لم تحدث بعد
- العمر العظمي أقل من العمر الزمني

التشخيص المحتمل

- التأخر البنيوي
- نقص Gonadotropines
- فشل أولي في الغدد التناسلية
- الممارسة الشديدة للرياضة

الفحوصات المطلوبة

- تقييم Hypothalamic - pituitary - gonadal axis عبر اجراء لدى:
- البنات: FSH - LH - Estradiol
- الصبيان: FSH - LH - Testosterone
- GnRH stimulation test
- من الممكن إجراء صورة رنين مغناطيسي MRI لإستبعاد وجود آفات في الجهاز العصبي المركزي

العلاج

- الدعم المعنوي
- المراقبة
- علاج بالهرمونات الجنسية البديلة في بعض الحالات

غير طبيعي

- التقييم السريري يدل على إحتمال وجود خلل جيني أو متلازمة ما
- العمر العظمي قد يكون متأخراً عن العمر الزمني

التشخيص المحتمل

- البنات: متلازمة تيرنر
- الصبيان: متلازمة كلينفلتر

الفحوصات المطلوبة

- تحليل الكروموسومات

العلاج

- الدعم المعنوي
- إعطاء هرمونات جنسية بديلة
- إزالة المبيضين في حالة متلازمة تيرنر لإرتفاع إحتمال الإصابة بالسرطان

أمراض مزمنة

- التقييم السريري يدل على وجود مرض مزمن
- قصر في القامة أو إنخفاض معدل النمو
- العمر العظمي أقل من العمر الزمني

التشخيص المحتمل

قصور الغدة النخامية Hypopituitarism:

- آفات في الجهاز العصبي المركزي/ الغدة النخامية
- إلتهاب الغدة النخامية (مثل السل ..)
- إصابة ب trauma
- مجهول السبب

أمراض مزمنة:

- أورام
- إلتهابات مزمنة
- أمراض أيضية مزمنة

أسباب متفرقة:

- فقدان الشهية العصبي
- سوء التغذية
- متلازمة كالمان
- بسبب علاجي كالعلاج الكيميائي

- فحوصات إضافية حسب الحالة والتقييم السريري

الأسباب الرئيسية للبلوغ المتأخر (الرسمين ٤ و٥):

رسم توضيحي رقم ٤: أسباب تأخر البلوغ عند الإناث

أسباب تأخر البلوغ عند الإناث

تأخر سن البلوغ البنيوي

نقص في افراز موجهة الغدد التناسلية
Hypogonadotropic Hypogonadism
(gonadotropin deficiency)

- نقص موجهة الغدد التناسلية الوظيفية
Isolated gonadotropin deficiency
- فقدان الشهية العصبي
- ممارسة الرياضة المفرطة مع إنخفاض الدهون في الجسم
- أمراض مزمنة كمرض كرون، والتليف الكيسي، وفقر الدم المنجلي
- نقص موجهة الغدد التناسلية المعزول: متلازمة كالمان
- قصور الغدة النخامية المتعدد
- أمراض الجهاز العصبي المركزي
- الأورام
- الإلتهابات
- الصدمات
- كسل الغدة الدرقية
- ورم غدة الحليب

قصور أولي للغدد التناسلية
Hypergonadotropic Hypogonadism

- متلازمة تيرنير (خلل تكوين الغدد التناسلية)
- تعرض الجسم كاملا للاشعاع نتيجة علاج الأورام الخبيثة
- فشل المبيض نتيجة مرض في المناعة الذاتية
- خلل تكون الغدد التناسلية النقي
- فشل المبيض المبكر
- التعرض لعلاج كيميائي أو بالأشعة
- Idiopathic
- Resistant ovary syndrome
- Autoimmune oophoritis
- 17-Hydroxylase deficiency
- Aromatase deficiency
- Galactosemia

رسم توضيحي رقم 0: أسباب تأخر البلوغ عند الذكور

أسباب تأخر البلوغ عند الذكور

- تأخر سن البلوغ البنيوي
- نقص في افراز موجهة الغدد التناسلية
  Hypogonadotropic Hypogonadism
  (gonadotropin deficiency)
  - عزل نقص الغدد التناسلية : وجود متلازمة كالمان (فقدان حاسة الشم)
  - مجهول السبب
  - نقص الغدد التناسلية
  - قصور هرمون الغدة النخامية المتعددة : الخلقية؛ أو بسبب آفة الجهاز العصبي المركزي (مثل ورم قحطي بلعومي (craniopharyngioma
- قصور أولي للغدد التناسلية
  Hypergonadotropic Hypogonadism
  - فشل الغدد التناسلية الأساسي : فرط الغدد التناسلية مع نقص موجّهة هذه الغدد Hypergonadotropic Hypogonadism
  - إشعاع الخصيتين
  - اجراء عملية جراحية لإختفاء الخصيتين
  - متلازمة تلاشي الخصيتين
  - متلازمة كلاينفلتر (الخصيتين صغيرتان ولكن إنتاج مناسب للاندروجين)

سبل العلاج

- إذا تم التعرف على المرض الأساسي فينبغي على العلاج أن يستهدف هذا المرض على وجه التحديد .
- في حال تأخر في سن البلوغ؛ يحتاج طبيب الرعاية الأولية إلى إحالة المريض إلى طبيب تخصصي في الغدد الصماء لدى الأطفال لمزيد من التقييم والعلاج مع إعطاء علاج هرموني إذا لزم الأمر.

الأثر النفسي لتأخر سن البلوغ عند المراهقين

- يختلف الأثر النفسي لتأخر سن البلوغ بين الفتيان والفتيات.
- مع تأخر سن البلوغ، يشعر الفتيان بقلة الثقة بالنفس مقارنة مع الفتيات.
- مع ظهور أعراض الإكتئاب أو قلة الثقة بالنفس تكمن الحاجة إلى تطمين المريض من قبل طبيب الرعاية الأولية وتقديم المشورة.

ب. البلوغ المبكر

التعريف

- يكتشف البلوغ المبكر من خلال ظهور علامات جسدية وهرمونية متعلقة بالبلوغ في سن أصغر من الحد الأدنى المتعارف عليه لبداية سن البلوغ (الجدول رقم ٥).

جدول رقم 0: علامات البلوغ المبكر

الإناث	- ظهور علامات جسدية وهرمونية متعلقة بالبلوغ في الـ٨ سنوات - بدء لنمو الثدي قبل الـ٧ سنوات، أو بدء نمو شعرالعانة قبل ٨ سنوات أو حدوث الحيض قبل الـ ١٠ سنوات
الذكور	- ظهور علامات جسدية وهرمونية متعلقة بالبلوغ في الـ ٩ سنوات - بدء نمو شعر العانة أو تضخم للأعضاء التناسلية قبل الـ ٩ سنوات

خصائص الأطفال ذوي البلوغ المبكر

الفتيان:

- يشكل ازدياد حجم الخصيتين العلامة الأولى للبلوغ المبكر. وقد يحصل هذا دون أن يلاحظه أي من الوالدين.
- لا يحدث نموا للقضيب وكيس الصفن قبل ١-٢ سنة بعد ازدياد حجم الخصية.
- يحدث نموشعر العانة أيضا في غضون ١- ٢ سنة بعد ازدياد حجم الخصية.
- ويبدو النمو الخطي في وقت لاحق في سياق البلوغ عند الأولاد.

الفتيات:

- يشكل كبر حجم الثدي العلامة الاولى والأكثر وضوحا بحال البلوغ المبكر. ويمكن أن يحصل كبر حجم الثدي بالتساوي أو من جانب واحد في البداية.
- قد يظهر شعر العانة والإبطين باكرا، في نفس الوقت أو بعد كبر حجم الثدي.
- تظهر رائحة الإبطين عادة في نفس الوقت مع ظهور شعر العانة.
- تظهر علامات النمو أثناء البلوغ واضحة أثناء التقييم. قد تكون الفتاة أطول من أقرانها في هذه السن المبكرة، ولكن قد تعاني من قصر القامة في مرحلة البلوغ.
- ينبغي تقييم ازدياد حجم البظرالذي يشير الى فائض بافراز الاندروجين.
- لا يظهرالحيض قبل ٢-٣ سنة من بعد بداية نمو حجم الثدي.

السيرة الطبية

العناصر الرئيسية التي يجب جمعها من والدي الطفل الذي حدث لديه بلوغ مبكر تتضمن ما يلي:

- توقيت بلوغ الوالدين والأشقاء.
- توقيت ظهور تغييرات البلوغ.
- معلومات عن تسارع النمو الخطي.
- أعراض في الجهاز العصبي المركزي مثل الصداع.
- ألم في البطن للتحقق من عمل المبيض.
- السيرة الطبية السابقة لمرض في الجهاز العصبي المركزي أو جراحة مسبقة في الدماغ.
- تناول الستيرويد الخارجي سواء من الأدوية أو من مستحضرات تجميلية.

الفحص البدني

ان الفحص البدني الشامل ضروري لجميع الأطفال المشتبه في إصابتهم بالبلوغ المبكر.

- **قياس الطول والوزن:** من المهم أن نلاحظ أن الأطفال الذين يعانون من سن البلوغ المبكر قد يظهرون ارتفاع في ذروة سرعة النمو، والذي يتبع لاحقاً بانخفاض في الطول بسبب إغلاق المشاشية في وقت مبكر.
- **حساب سرعة الطول** (سم/ سنة).
- **الفحص العصبي** : يركز على المجالات البصرية المقيدة (للبحث عن كتلة في الجهاز العصبي المركزي) وامتحان تنظير القاع Fundoscopy (للتحقق من وذمة حليمة العصب البصري Papilledema).
- **الفحص الجلدي:** للتحقق من بقع القهوة بالحليب التي توحي بالورم العصبي الليفي.

فحوصات التصوير

- صورة أشعة X–Ray لليد اليسرى والرسغ لتحديد العمر العظمي للطفل. هناك حاجة إلى مزيد من التقييم إذا كان سن العظام أقل من العمر الزمني.
- قد توجد حاجة لإجراء صورة الرنين المغناطيسي للدماغ للبحث عن وجود ورم أو ورم عابي Hamartoma.
- صورة صوتية Ultrasound للحوض يمكن أن تتم عند الفتيات في حال الاشتباه بكيس أو بورم في المبيض. وليس من الضروري أن نجري ذلك بشكل روتيني لجميع الفتيات بحال حدوث بلوغ مبكر.
- التصوير الصوتي للخصيتين ينبغي القيام به عند الفتيان للتحقق من وجود ورم في خلايا لايديغ.

الفحوصات المخبرية

- اختبار الـ LH و FSH: ينبغي قياس كل من LH ومستوى FSH وبعد التحفيز بالـ GnRH.

وهذا سوف يسمح بالتفريق بين:

- البلوغ المبكر المتعلق بموجهة الغدد التناسلية: Gonadotropin Dependent Precocious Puberty.
  - مستويات LH و FSH تكون على معدل البلوغ وسوف تزيد بعد تحفيز الـGnRH.
- البلوغ المبكر المستقل عن موجهة الغدد التناسلية Gonadotropin Independent Precocious Puberty.
  - المستويات القاعدية من FSH و LH تكون منخفضة ولن تزيد بعد تحفيز الـGnRH.

- Testosterone: يجب أن يقاس عند الذكور المشتبه بالبلوغ المبكر لديهم.
- Estradiol: هو المراد قياسه عند الفتيات المشتبه بالبلوغ المبكر لديهن.
- ينبغي القيام بـ DHEA، DHEAS و 17-OH Progesterone في حال الاشتباه بأن يكون سبب البلوغ المبكر كظري (adrenal).
- TSH: يتعين القيام به إذا اشتبه بقصورالغدة الدرقية.

خطوات تقييم حالة البلوغ المبكر (رسم رقم ٦)

رسم توضيحي رقم ٦: التقييم الطبي الأولي للبلوغ المبكر

التقييم الطبي الأولي للبلوغ المبكر

- السيرة الطبية
- الفحص السريري
- تحديد معالم البلوغ والرسم البياني للنمو
- صورة أشعة للمعصم الأيسر

غير ملحوظ

- التقييم الطبي لا يلحظ غير بلوغ مبكر مع تسلسل طبيعي لعوامل البلو.
- العمر العظمي أكبر من العمر الزمني

التشخيص

- بلوغ مبكر حقيقي مجهول السبب
True idiopathic precocious puberty

الخطوات

- المراقبة وإعادة التقييم
- فحوصات إضافية: FSH - LH -Estradiol or Testosterone - TSH - Thyroid hormones - hCG
ومن الممكن إضافة GnRH stimulation test لتأكيد التشخيص
- أو إجراء صورة رنين مغناطيسي للبحث عن سبب مرضي كآفات الجهاز العصبي المركزي

العلاج

- الدعم النفسي
- من الممكن إعطاء علاج بالـ GnRH analog لقمع FSH - LH في حالات معينة

إختلاف طبيعي

- التقييم الطبي غير ملحوظ بإستثناء إختلاف طبيعي لمعالم البلوغ.
- العمر العظمي يوازي العمر الزمني.

التشخيص المحتمل

- عنفوان التكظر المبكر الحميد
Benign premature adrenarche
- الفتيات:
النهود الحميد السابق لأوانه
الحيض المبكر الحميد
- الفتية:
التثدي الحميد
benign gynecomastia
التثدي العائلي

الخطوات

- المراقبة و إعادة التقييم
- إجراء فحوصات أخرى لتأكيد التشخيص

العلاج

- طمأنة المريض وأهله

غير طبيعي

- التقييم الطبي غير طبيعي أو تسلسل غير طبيعي لمعالم البلوغ
- العمر العظمي قد يوازي أو لا يوازي العمر الزمني.

التشخيص المحتمل

<u>أسباب مركزية:</u>
- آفات في الجهاز العصبي المركزي أو في الغدة النخامية
- أورام تفرز الـ Gonadotropin
- كسل الغدة الدرقية الشديد
- الفشل المزمن للغدة الكظرية
Chronic adrenal insufficiency

<u>أسباب طرفية:</u>
- متلازمة McCune-Albright
- تضخم أو ورم في الغدة الكظرية
- الفتيات: ورم/تكيس المبيض أستروجين خارجي
- الفتية: ورم الخصية عمل مستقل لليديغ أندروجين خارجي

<u>نمو عوامل جنسية معاكسة:</u>
- الفتيات:
– الأورام الكظرية التذكيرية (Virilizing Adrenal Tumor)
– فرط التنسج الكظري الخلقي (Congenital Adrenal Hyperplasia)
– فرط الأندروجينية الوظيفي (Functional Hyperandrogenism)
- الفتية:
– الأورام الكظرية التأنيثية (Feminizing Adrenal Tumor)

الخطوات

- إستقصاء إمكانية التعرض لهرمونات جنسية خارجية
- فحوصات أخرى موجهة للحالة المشتبه بها

التشخيص التفريقي

يمكن أن يقسم الأطفال الذين يعانون من حدوث بلوغ مبكر الى ثلاث فئات رئيسية (رسم رقم ٧):

رسم توضيحي رقم ٧: التشخيص التفريقي لبلوغ مبكر

التشخيص التفريقي لبلوغ مبكر

البلوغ المبكر المتعلق بموجهة الغدد التناسلية Gonadotropin Dependent Precocious Puberty	البلوغ المبكر المستقل عن موجهة الغدد التناسلية Gonadotropin Independent Precocious Puberty	البلوغ المبكر غير المكتمل
▪ مجهول السبب (الأكثر شيوعاً) ▪ الورم (نجمي، دبقي (astrocytoma, glioma ▪ شذوذ خلقي : إستسقاء الرأس، ورم عابي (hydrocephalus, hamartoma) ▪ العدوى ذات الصلة (إلتهاب الدماغ والسحايا) ▪ إشعاع ▪ صدمة ▪ فقر دم موضعي	▪ متلازمة McCune Albright ▪ العائلة ذات بلوغ مبكر - بالتحديد للذكور ▪ الأورام التناسلية ▪ كيس المبيض الجريبي ▪ التضخم العقدي لخلايا ليديغ ▪ ورم مفرز لل HCG ▪ الغدة الدرقية الإبتدائية ▪ المنشطات الخارجية (وسائل منع الحمل عن طريق الفم؛ كريم الجلد والتستوستيرون) أسباب متعلقة بالغدة التابعة لكظرية الستيرويد: ▪ تضخم الغدة الكظرية الخلقية ▪ ورم الغدة الكظرية ▪ مقاومة الغلايكورتيكود ▪ الستيرويد الخارجية	▪ النهود السابق لأوانه Premature Thelarche ▪ التكظّر السابق لأوانه Premature Adrenarche

العلاج

- إذا تم التعرف على المرض الاساسي المسبب لسن البلوغ المبكر، فينبغي أن يستهدف العلاج هذا المرض.
- عندما نواجه سن بلوغ مبكر، نحتاج الى تقديم الرعاية الطبية الأولية، من ثم إلى إحالة المريض إلى طبيب تخصصي في الغدد الصماء لدى الأطفال لمزيد من التقييم والعلاج الهرموني إذا لزم الأمر.

الأثر النفسي لحدوث البلوغ المبكر لدى الأطفال

- الأطفال الذين يعانون من البلوغ المبكر قد يعانون من الإجهاد بسبب التغيرات الجسدية والهرمونية التي يتعرضون لها والتي لا يمكن تفسيرها حقا في هذه المرحلة من العمر.
- تحصل لدى الفتيان زيادة للرغبة الجنسية اكثر من الفتيات؛ مما يؤدي إلى زيادة الإستمناء أو سلوكيات جنسية غير لائقة في سن مبكرة.
- الأطفال الذين يعانون من البلوغ المبكر قد يعانون أيضا من مشاكل عاطفية قد تستمر حتى سن البلوغ.

٤. مسائل طبية أساسية في الصحة الانجابية للمراهقين

أ. أعضاء تناسلية (ملتبسة) غير مكتملة

التشخيص الأول وحتى يبرهن العكس، هو فرط التنسج المذكر الخلقي Congenital Adrenal Hyperplasia

الفحص السريري

يجب البحث عن :

- ما اذا كانت كل من الخصيتين محسوسة.
- طول العضو وحجمه.
- مكان فتحة الاحليل.
- درجة اندماج شفتي الخصيتين\أو الشفرين (labioscortal fold fusion)
- وجود المهبل Vaginal pouch
- Urogenital sinus
- بكارة رتقاء (Imperforate Hymen)

الفحوصات التشخيصية

فحص الدم:

- تحليل لخصائص الجينات (karyotyping)
- الفصل الكهربائي/الرحلان الكهربائي لمصل الدم (Serum Electrophoresis)
- هرمونات الذكورة (DHEAS, Androstenedione) والتسترون (Testosterone)
- 17-OHP

صورة صوتية للمهبل أو رنين مغناطيسي MRI

وفي حالات معينة يمكن الإحالة لإجراء:

- شق البطن (Laparotomy)
- فحص الخزعة للخصيتين (Testicular Biopsy)

التعامل مع الحالة

القيام بالفحوصات الأساسية المتوافرة، وثم التحويل للمتابعة.

ب. عدم نزول الخصية

تعريفه

- عدم نزول الخصية يعود الي بقاء خصية أو اثنين في أسفل البطن في القناة الاربية بدلاً من نزولهما الى كيس الصفن.
- القناة الإربية هي قناة في جدار البطن الأمامي تقع بين كيس الصفن والقضيب يمر عبرها الحبل المنوي.

الاسباب

- الولادة المبكرة، الخداج.
- تعاطي الام للكحول والتدخين أثناء الحمل.
- اذا كانت الام تعاني من مرض السكري أثناء الحمل.

العوارض

- خصية معلقة و ملموسة
- خصية معلقة وغير ملموسة: ممكن أن تكون داخل البطن (٤٠ ٪ من الحالات)، أو في المنطقة الاربية (٤٠٪ من الحالات) و ضمور الخصية أو عدم وجودها يشكل ٢٠٪ من الحالات.

التشخيص

- خلال الفحص السريري يمكن بسهولة تحديد ما إذا كانت الخصيتان موجودتين في كيس الصفن عبر الجسّ.
- إذا لم تكن الخصية في كيس الصفن (تحدث بحوالي ٢٠٪ من الحالات عند الاطفال) ممكن احالة الطفل الى اخصائي مسالك بولية لدى الاطفال، ومن الممكن اجراء الفحوصات التشخيصية التالية:
  - **التصوير الصوتي والتصوير بالرنين المغناطيسي :** يفيد بشكل خاص في تحديد مكان الخصية.
  - **تنظير البطن:** لتحديد وتصحيح الخصية المعلقة جراحيا أثناء هذا الإجراء.
  - **الجراحة المفتوحة:** في الحالات المعقدة النادرة قد يقوم الجراح بالاستكشاف مباشرة في البطن من خلال شق أكبر.

المعالجة

- اجراء تصحيح للخصية المعلقة من خلال تنظير في البطن أو اعطاء علاج هرموني لتصحيح اي خلل هرموني يمكن أن يكون السبب بعدم انزال الخصية.

المضاعفات

- تحتاج الخصيتان الى درجة حرارة منخفضة لتعمل بشكل صحيح لذلك تكون موجودتان داخل الصفن الذي هو خارج الجسم.
- تمنع الحرارة المرتفعة الخصيتين من النزول للبقاء داخل الصفن.
- من المضاعفات:

سرطان الخصية: يكون الذكور أكثر عرضة لهذا السرطان بحال كان لديهم خصية معلقة منذ الصغر.

مشاكل الخصوبة: يتعرض الذكور الذين يعانون من عدم نزول الخصية أكثر من غيرهم لمشاكل الخصوبة حيث يحدث لديهم:

- انخفاض بعدد الحيوانات المنوية
- ضعف نوعية الحيوانات المنوية

- ممكن حدوث المضاعفات التالية بحال لم يتم العلاج:

التواء الخصية: هو التواء بالحبل المنوي. الحبل المنوي يحتوي على الأعصاب والأوعية الدموية والأنابيب التي تحمل السائل المنوي من الخصية إلى القضيب بحال ترك دون علاج يمكن للفرد أن يفقد الخصية المصابة. الأشخاص الذين ولدوا مع خصية معلقة لديهم خطر أعلى لتطوير التواء الخصية.

الفتق الإربي Inguinal hernia.

ت. انقطاع أو عدم حدوث الطمث (Amenorrhea)

أنواع إنقطاع الطمث

- إنقطاع أولي Primary amenorrhea (رسم رقم ٨)
  - عدم حدوث الطمث حتى الـ ١٤ سنة، في غياب أي خصائص جنسية ثانوية.
  - عدم حدوث الطمث حتى الـ ١٦ سنة بصرف النظر عن وجود خصائص جنسية ثانوية.
- إنقطاع ثانوي Secondary amenorrhea (رسم رقم ٩)

من المهم جداً النظر الى جميع احتمالات انقطاع الطمث الثانوي بحال حدوث انقطاع طمث أوّلي. الخطوة الأولى تكون باستبعاد الحمل.

السيرة الطبية

من المهم التركيز على المعلومات التالية عند أخذ السيرة الطبية بشأن انقطاع الطمث في سن المراهقة:

- مراحل البلوغ.
- الأكل وأنماط الممارسة الرياضية.
- التغيرات في الوزن.
- الاجهاد.
- الحيض السابق.
- استخدام الدواء.
- الأمراض المزمنة.
- خروج افرازات من الثدي.
- أعراض زيادة الأندروجين، كنبات شعر في أماكن غير اعتيادية مثل الوجه و البطن، أو رائحة تعرق حادة.
- أعراض غير طبيعية تشير الى عدم انتظام في وظيفة الغدة الدرقية، كجحوظ العينين.
- أعراض عدم الاستقرار الحركي.
- التاريخ الجنسي.
- التاريخ العائلي بما في ذلك سن بدء الحيض ووجود أمراض مزمنة.

الفحص السريري

- الطول و الوزن مع احتساب مؤشر كتلة الجسم BMI.
- الخصائص الجنسية الثانوية وتقييم مرحلة تانر (Tanner stage).
- البحث عن تكتل على أعلى الفخذين أو شفرتي المهبل.
- فحص الغدة الدرقية.
- التحقق من وجود علامات زيادة الاندروجين: حب الشباب، الترجيل، صلع؛ والشعر الزائد (Hirsutism).
- التحقق من تجاعيد البشرة، زيادة التصبّغ أو البهاق.
- التحقق من وجود اضطرابات في المظهر الخارجي: رقبة ذات وترات، انخفاض منبت الشعر، ازدياد في عرض الصدر أو الحلمة المتباعدة والتي قد تشير الى متلازمة تيرنر Turner.
- قياس حجم البطن.
- فحص الاعضاء التناسلية: الكشف عن الترجيل، البحث عن افرازات، مشاكل أو تشوه جيني او خلقي؛ بكارة رتقاء (غشاء البكارة غير مثقوب) (Imperforate hymen)؛ تضخم الرحم.
- درة الحليب (Galactorrhea).
- البحث عن اوديما حليمية (Papilledema).

الفحوصات المخبرية

- اختبار الحمل، هرمون LH، هرمون Prolactin، FSH و TSH.
- ترتكز على نتائج الفحص السريري.
- في حال أثار التاريخ الطبي أو الفحص البدني الاشتباه بفرط افراز الاندروجين، ينصح باجراء:
  - مستوى التستوسترون الحر و الكامل Free and Total Testosterone.
  - مستوى Dehydroepiandrosterone (DHEA).
- يمكن طلب اجراء النمط النووي karyotype بحال وجود قصر في القامة.
- يمكن طلب تعداد الدم الكامل وغيرها من الفحوصات الأخرى استنادا الى النتائج.

اختبارات الأشعة

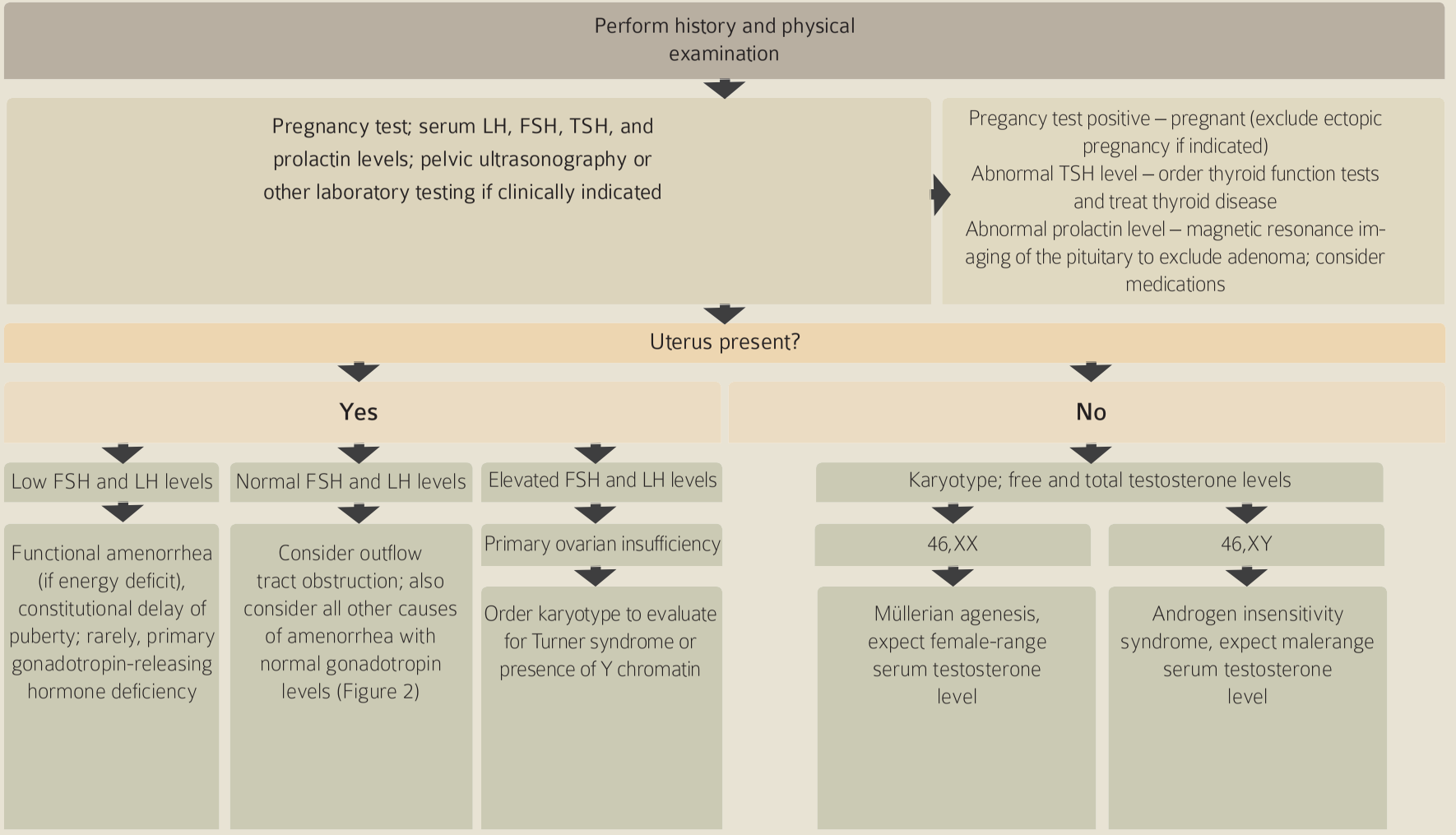
- اجراء صورة صوتية للحوض للتأكد من وجود اوعدم وجود الرحم والتشوهات الهيكلية الاخرى.
- كيس غشائي على المبيضات (Ovarian Cyst).
- يمكن اجراء صورة الرنين المغنطيسي للدماغ اذا تم الاشتباه بورم في الغدة النخامية.

التعامل مع الحالة

- تحدي البروجستين: بروجستيرون ٥ ملغ كل يوم لمدة ٥ أيام.
- دورة الاستروجن/ بروجستين
  - في حال وجود نزيف، ابحث عن الاسباب في المبيضات او غدد الرأس (Pituitary / Hypothalamus).
  - في حال عدم وجود نزيف، ابحث عن الاسباب في بطانة الرحم.
  - FSH \LH يجرى بعد أسبوعين من الانتهاء من دورة الاستروجن \بروجستين.
    - اذا كانت النتيجة طبيعية\منخفضة، ينصح باجراء MRI للدماغ.
    - اذا كانت النتيجة عالية، فهذا يدل على وجود قصور في المبيضين.
- حوّل لاختصاصي في أي وقت لمزيد من الفحوصات.

Diagnosis of Primary Amenorrhea

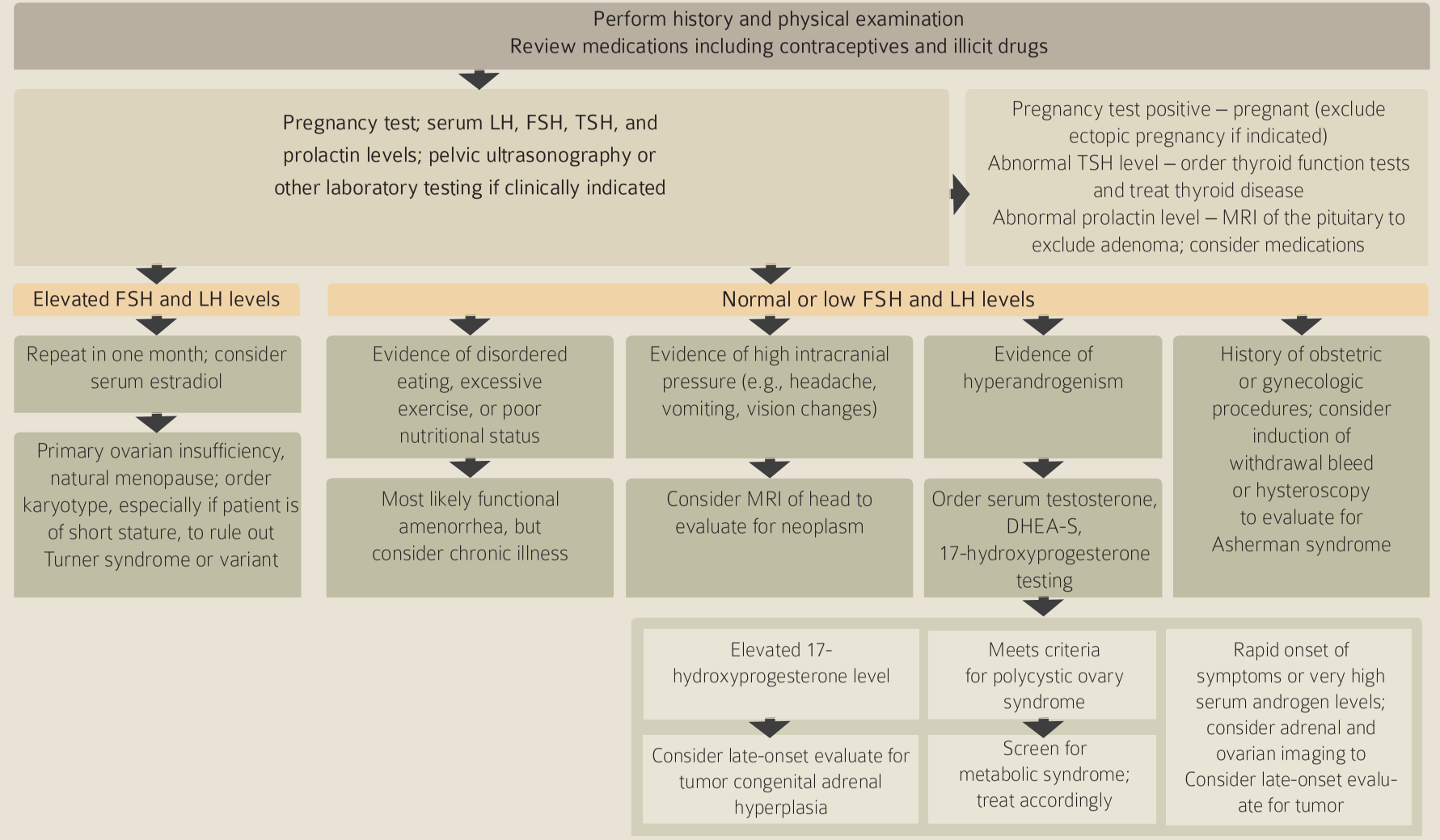
رسم توضيحي رقم ٨: تشخيص انقطاع الطمث الأولي



A dioagnostic approach to primary amenorrhea. (FSH= follicule-stimulating hormone; LH = luteinizing hormone; TSH = thyroid-stimulating hormone.)

Diagnosis of Secondary Amenorrhea

رسم توضيحي رقم ٩: تشخيص انقطاع الطمث الثانوي



A dioagnostic approach to secondary amenorrhea. (DHEA-S = dehydroepiandrosterone sulfate; FSH= follicule-stimulating hormone; LH= luteinizing hormone; MRI= magnetic resonance imaging; TSH = thyroid-stimulating hormone.)

الأسباب

إنقطاع الطمث الأولي:

- الأسباب الأولية:
  - قصور مبيضي ٤٣٪.
  - غياب خلقي للمهبل ١٥٪.
  - تأخر في النمو ١٤٪.
- الأسباب الثانوية:
  - فشل في الإباضة ٣٩٪.
  - قصور الغدة الدرقية/ ازدياد البرولاكتن ٢٠٪.
  - خسارة وزن شديدة – كبيرة/Anorexic ١٦٪.

إنقطاع الطمث الثانوي:

- امكانية الحمل.
- دقق في مراحل سن البلوغ.
- العوامل النفسية – الإجتماعية، العادات الغذائية، الحياة الجنسية.
- أي اجهاض.
- نزيف او التهابات بعد الولادة.
- البدانة.
- زيادة او خسارة في الوزن.
- تناول الدواء (حبوب منع الحمل، مهدئات، مضادات الهلوسة)
- أوجاع مستجدة أو مزمنة في الرأس.
- اضطراب في النظر نتيجة تورم الغدة النخامية أو أي جزء من الدماغ مما يعيق وظيفة هذه الغدة.
- أمراض في الغدد الدرقية أو الكظرية (Hypothyroidism (Hyperthyroidism, Adrenal insufficiency

العلاج

يكون العلاج بتصحيح الأمراض الكامنة، ومساعدة المراهقين على تحقيق الخصوبة ومنع حدوث مضاعفات المرض، واعطاء هرمون الأستروجين لتفادي حدوث هشاشة العظم.

ث. نزيف الرحم غير الطبيعي

خلال فترة الطفولة

- في هذه المرحلة من العمر يجب توخي الحذر الشديد خلال الفحص الطبي العام والطلب من أم المريضة ومساعدة الطبيب ان تكونا موجودتين خلال إجراء الفحص .

التاريخ

- أسباب وراثية.
- البلوغ المبكر.
- الخصائص الجنسية الثانوية.

الفحص السريري

- وفقاً لسن الطفلة: قيّم مظاهر البلوغ (بوجود الأم)، حجم الثديين، نمو الشعر في أنحاء الجسم، البدانة او تغيرات أخرى.
- لإجراء الفحص المهبلي، يجب وضع الطفلة في حضن الأم. ابحث عن تضخم في الشفرين، أو وجود أي اشياء دخيلة في المهبل.

الفحوصات المخبرية الأولية

- فحص الغدة الصماء.
- فحص تخثر الدم.

المتابعة

- متابعة نتائج الفحوصات المخبرية والإحالة لمركز مرجعي مختص.

معالجة المراهقة التي تعاني من نزيف غير طبيعي في الرحم

السيرة الطبية:

- تاريخ الطمث: ويشمل معلومات مفصّلة عن الحيض.
- إستخدام تقويم الحيض لدى المرضى الذين يعانون من دورات غير منتظمة.
- ينبغي على السيرة أن تتضمن نوع/حجم الفوطة المستخدمة (عدد الفوط المستخدمة في اليوم الواحد، أو عدد الساعات بين تغييرها) وتقدير درجة امتصاص الفوطة.
- السيرة الجنسية: معلومات بشأن وسائل منع الحمل واستخدام الواقي الذكري. عدد الشركاء؛ شركاء جدد. تاريخ الأمراض المنقولة جنسياً أو الأعراض الحالية (على سبيل المثال الإفرازات المهبلية وآلام الحوض) الحمل السابق أو الإجهاض؛ سواء كان النشاط الجنسي غصباً أو بالتراضي. وعما إذا كان لدى المراهق أي تاريخ إعتداء الجنسي.
- ينبغي أن يتضمن التاريخ الطبي السابق معلومات شاملة عن أي أمراض تعرضت لها في الماضي، أمراض الدم أو الكلى؛ والأدوية الحالية أوالمستخدمة مؤخراً (بما في ذلك الادوية المستخدمة بدون وصفة طبية) وينبغي السؤال عن تناول الأسبيرين أو الأدوية التي تحتوي على مكون الأسبيرين دون وصفة طبية على وجه التحديد.
- ينبغي أن يتضمن التاريخ العائلي معلومات حول إضطرابات النزيف والعقم و إضطرابات الدورة الشهرية، و أمراض الغدة الدرقية.

الفحص السريري:

- قياس الطول والوزن مع إحتساب مؤشر كتلة الجسم.
- قياس العلامات الحيوية بما في ذلك تغيرات في سرعة النبض و قياس الضغط بين الاستلقاء و الجلوس/الوقوف
- فحص حجم و ملمس الغدة الدرقية.
- وجود كدمات غير مفتعلة أو غير مكتسبة (تشير الي احتمال وجود نقص في تعداد الصفائح، أو خلل في وظيفتها).
- فحص الجلد للكشف عن نزيف غير طبيعي (كدمات، نمشات).
- فحص بصري، اختبار المجال البصري لتقييم إحتمال وجود ورم في الغدة النخامية.
- فحص البطن لتحسس أي كتل في الرحم أو المبيض.

- فحص الأعضاء التناسلية الخارجية (تقييم حجم البظر ونمو وتوزع شعرالعانة عند البلوغ).
- البحث عن مصادر أخرى للنزيف (كدمات العجان، جرح على الشفران وعلامات العدوى المنقولة جنسياً).

الفحوصات المخبرية:

- إختبار الحمل.
- تعداد الدم مع عدد الصفائح الدموية.
- قياس هرمون الغدة الدرقية.
- يصح طلب البرولاكتين خاصة عند الفتيات اللواتي يعانين من صداع وتدفق لبني من الثدي.

إختبارات الأشعة:

- الصورة الصوتية للحوض: للكشف عن التشوهات الهيكلية (الأورام الليفية، الأورام الحميدة أو كتل على المبيض).

العلاج:

وتشمل الأهداف الرئيسية لعلاج نزيف الرحم لدى المراهقين ما يلي:

- وقف نزيف الرحم.
- تنظيم الدورة الشهرية.
- إعادة تخزين الحديد في الجسم الى المستوى الطبيعي من خلال مكملات الحديد.

الأنواع المختلفة من العلاجات المستخدمة للسيطرة على النزيف لدى المراهقات:

- علاج بالبروجستين من ١٢ الى ١٤ يوماً لكل دورة ابتداء من اليوم ١٦.
- حبوب منع الحمل أحادية الطور عن طريق الفم والتي تؤخذ لمدة ٢١ يوما من كل دورة.
- مثبطات البروستاجلاندين؛ مثل الإيبروبروفين أو حمض الميفيناميك والتي تقلل من حجم التدفق بنسبة ٢٠ إلى ٥٠٪.
- حمض الترانيكساميك (Exacyl)؛ وهو مضاد لحل الفيبرين؛ يقلل النزف بنسبة تقارب ٤٥٪ وتشمل الآثار الجانبية الغثيان، الدوخة والإسهال.
- تكمن السيطرة في حالات النزيف الحاد مع هيموغلوبين يقل عن 10 g/dl، بإعطاء حبوب منع الحمل ذات الطور الواحد عن طريق الفم:
  - بمعدل حبة واحدة ٤ مرات باليوم لمدة ٤ أيام.
  - ثم حبة واحدة ٣ مرات باليوم لمدة ٤ أيام.
  - ثم حبة واحدة مرتين باليوم لمدة ٤ أيام.
  - ثم حبة واحدة يوميا لمدة أسبوعين.

قد نحتاج لوصف أدوية للغثيان (مضاد للقيء) خلال الأيام القليلة الأولى من العلاج.

ج. ما حول بدء الاحاضة Perimenarchal

السجل المريضي

- تفاصيل تاريخ المستفيدة المتعلق ببدء الطمث وتطور البلوغ.
- انقطاع الاباضة.
- تغيرات في أسلوب الحياة، إجهاد، رياضة أو تغير في الوزن.
- تاريخ النزيف، وجود تاريخ لسيلان الدم.
- تعاطي العقاقير أو المخدرات.
- حمل (مع حالة اجهاض).
- أمراض مختلفة كالسكري واللوكيميا (Systemic diseases).
- أعراض مثل نتوء كتلة مهبلية، تقطع البول أو عسر التغوط (الامساك الشديد).

الفحص السريري

- قيم التغيرات في الجلد والشعر، الغدة الدرقية، رشح الحليب، الشعر الزائد، أو أي وجع في البطن.
- الفحص الحوضي (مع انتباه لغشاء البكارة) لتحري علامات النزيف.
- الفرج.
- المهبل (اذا أمكن).
- حجم الرحم.
- ألم أو امتلاء في منطقة المبيض.

الفحوصات المخبرية

- عادة ما تكون الفحوصات المخبرية غير ضرورية.
- يتم اجراء الفحوصات المخبرية لدى الاشتباه بالتعرض للحالات التالية:
  - الحمل.
  - وجود كتلة عند التصوير الصوتي للحوض.
- الفحوصات المطلوبة عندئذ:
  - فحص الغدد الصماء.
  - فحص تخثر الدم.

المعالجة

وفق التشخيص:

- الهرمونات.
- المضادات الحيوية (Antibiotics).
- مضادات الالتهاب (Anti inflammatory).
- عند وجود تورم رحمي أو مبيضي: إحالة للتقييم من قبل المختص.

ح. عسر الطمث Dysmenorrhea

السيرة

- العمر عند بدء الحيض.
- مدة الطمث.
- الفاصل الزمني بين فترات الطمث (من اليوم الأول للدورة إلى اليوم الأول من الدورة التالية).
- تاريخ آخر دورتين.
- بداية ومدة التقلصات أثناء الحيض.
- وجود أو عدم وجود غثيان، تقيؤ، إسهال وآلام الظهر، دوخة أو صداع أثناء الحيض.
- شدة الأعراض (تأثير الأعراض على الأنشطة اليومية

مثل الذهاب الى المدرسة وممارسة الأنشطة الرياضية والإجتماعية).

- إستخدام الأدوية (النوع والجرعة والتوقيت فيما يتعلق بظهور التشنجات، الفعالية من حيث تخفيف الألم وإعادة القدرة على المشاركة في جميع الأنشطة اليومية).
- التاريخ الجنسي (النشاط الجنسي الحالي وأنواع وسائل منع الحمل؛ وتاريخ الأمراض التي تنتقل عن طريق الإتصال الجنسي؛ وتاريخ إلتهابات الحوض).

الفحص السريري

- من المهم أن يجرى فحص بدني كامل.
- ينبغي أن يتم فحص الحوض لدى جميع المراهقات الناشطات جنسيا بهدف استبعاد الأسباب الثانوية لعسر الطمث، كمرض إلتهاب الحوض في المقام الأول.
- ومع ذلك فإن فحص الحوض ليس ضروريا عند المراهقات اللواتي يعانين من أعراض نموذجية من عسر الطمث الاولي واللواتي ليس لديهن تاريخ للجماع المهبلي.
- إذا اشتبه بانتباذ بطانة الرحم Endometriosis، يجب اجراء فحص للحوض والمهبل عبر الشرج.

إختبارات التشخيص

- إن تشخيص عسر الطمث الأولي هو في المقام الأول تشخيص سريري.
- ومع ذلك لا يزال ينصح بإجراء إختبار الحمل وتحليل البول.
- وتشمل الإختبارات الأخرى التي ينصح بها إذا تم الإشتباه بالأسباب الثانوية من عسر الطمث ما يلي:
  - المسحة المهبلية ومسحة عنق الرحم.
  - تعداد كامل لكريات الدم.
  - مستويات الترسب ESR.
  - مؤشر الالتهابات CRP.
  - صورة صوتية للحوض.
  - التصوير بالرنين المغناطيسي: نلجأ إليه كخيار ثان إذا لم يتم التوصل إلى تشخيص واضح وفي حال الاشتباه بالتواء الانابيب، انتباذ عميق لبطانة الرحم Endometriosis، أو الاشتباه بعضال غدّي.
  - يفضل القيام بتنظير للبطن إذا كانت المسببات لا تزال مجهولة بعد التقييم بالرنين المغناطيسي.

التشخيص التفريقي

- يعتمد تشخيص عسر الطمث الأولي أساسا على السيرة الطبية والفحص البدني.
- بعض النتائج في السيرة أو الفحص الجسدي قد تثير الاشتباه بعسر الطمث الثانوي. وتشمل هذه النتائج على سبيل المثال:
  - تاريخ بدء الحيض المؤلم: غير مرجح أن يكون سبباً لعسر الطمث الأولي، لانه يرتبط أساسا بدورات التبويض والتي لا تكون موجودة عادة عند بدء الحيض.
- ألم الحيض الذي يزداد سوءاً بشكل تدريجي ويمكن أن يكون دوري أو غير دوري، يشير إلى وجود انتباذ في بطانة الرحم وخاصة عند اللواتي لديهن أفراد في العائلة يعانين من هذا المرض. وتشمل نتائج الفحص البدني رحم ثابت وإنخفاض حركة الرحم، وجود كتل على الانابيب وجود تدرن بين الرحم والمخرج والعجز الجنسي.
- المراهقات اللواتي لديهن إلتهابات سابقة في الحوض قد تتطور لالتصاقات مما يؤدي إلى حدوث آلام في الحوض وخاصة أثناء فترة الحيض.
- واذا كان يوجد أي تاريخ للالتهابات المنتقلة جنسيا أو لإفرازات مهبلية أو عسر الجماع فهذا يشير حتما لوجود إلتهاب في الحوض. و يؤدي ذلك الى وجع عند فحص الرحم والانابيب، ووجع في عنق الرحم اثناء فحص الحوض. بالإضافة الى دلالات أخرى كالحمّى ووجود إفرازات مخاطية قيحية من عنق الرحم، ومعدلات فحص الـ ESR - CRP مرتفعة.
- سيلان الطمث بغزارة قد يشير إلى وجود Leiomyomata أو Adenomyosis ويرتبط هذا الأخير بوجود تضخم رحمي عند الفحص ويتم التأكد عبرالصورة الصوتية للحوض.

العلاج

- لدى المراهقات اللواتي يعانين من عسر الطمث الأولي وبناء على السيرة الطبية وعدم وجود دلائل مرض على الفحص البدني، يمكن أن يعطى علاج تجريبي من حبوب منع الحمل وNSAID كما هو مبين أدناه (فقط بعد اجراء إختبار الحمل وتحليل البول).
- إذا لم يبان أي تجاوب بعد ٣ أو ٦ دورات للحيض، يجب المباشرة بإجراء إختبارات إضافية لتقصي وجود أسباب ثانوية.
- ينبغي أن يتم إعادة التقييم كل ٦ أشهر.

العلاج غير الدوائي:

- الحرارة: توجيه الحرارة الساخنة إلى أسفل البطن بواسطة وسادة التدفئة أو كيس ماء ساخن أثبت فعالية الحد من آلام الحيض.
- لم يتم العثور على أدلة تثبت فعالية أية حمية غذائية، فيتامين أو علاج بالأعشاب. كما إن زيادة تناول أحماض أوميغا ٣ الدهنية أو فيتامين ب لا تظهر أي فائدة للحد من ألم الحيض.
- التمرين: توجد أدلة محدودة على فوائد بعض التمارين لخفض آلام الحيض.

العلاج الدوائي:

- إيبوبروفين Ibuprofen 200 -600 mg: كل ٦ ساعات.
- نابروكسين Naproxen 440 -550 mg: في البداية ثم 220-275mg كل ١٢ ساعة.
- حمض ميفيناميك Mefenamic acid 500 mg: في البداية ثم 250mg كل ٦ ساعات.

- السيليكوكسيب Celecoxib (إذا لا يمكن تقبل الادوية الاخرى): 400 mg في البداية ثم 200 mg كل ١٢ ساعة.
- وسائل منع الحمل الهرمونية:
  - وسائل منع الحمل الأوستروجين/البروجسترون عن طريق الفم هي الخيار الثاني للعلاج إذا فشل علاج NSAIDs بعد ٣ دورات شهرية أو اذا لم يكن بالإمكان تحمل الـ NSAIDs.
  - و يمكن إستخدامها كخيار أول لعلاج المراهقات الناشطات جنسياً اللواتي يرغبن أيضا باستعمال وسائل منع الحمل.
  - ولذلك يمكن ان يكون للعلاج منفعة مزدوجة ضد كل من الحمل و عسر الطمث.
  - و بالإضافة تشكل حبوب منع الحمل الخيار الأول لعلاج المرضى اللواتي يعانين من عسر الطمث الثانوي بسبب انتباذ بطانة الرحم Endometriosis.
  - أما الوسائل الهرمونية الأخرى فهي حقن ال Depot Medroxyprogesterone فضلاً عن وسائل منع الحمل الهرمونية داخل الرحم (لولب MIRENA لافراز الليفونورجيستريل داخل الرحم).
  - وينبغي تقييم المراهقات اللواتي يعانين من عسر الطمث واللواتي لا يستجبن للعلاج المشترك مع NSAID و علاج وسائل منع الحمل الهرمونية لأسباب عسر الطمث الثانوية.
  - العلاج التكميلي والبديل: لا توجد أدلة كافية لمنافع الوخز بالإبر، التدليك أو اليوغا في علاج عسر الطمث.

خ- تكيّسات المبيض (Polycystic Ovary Syndrome)

- يعتبر من أكثر الحالات إنتشاراً عند المراهقات حيث تؤثر عوارضه على الصحة الجسدية والنفسية والمظهر الخارجي.
- اضافة الى قلق الاهل لارتباط الحالة بإضطراب / إنقطاع الدورة الشهرية و تأثيرها على الصحة الإنجابية.

العوارض:

- اضطراب الدورة الشهرية (٨٠٪).
- كثرة الشعر (٧٠٪).
- البدانة (٤٩٪).
- تدني الخصوبة (٧٥٪).

الفحص السريري:

- ضغط الدم.
- الوزن والطول مع إحتساب مؤشر كتلة الجسم BMI (٢٥ الى ٣٠ = وزن زائد، أكثر من ٣٠ = بدانة).
- محيط الخصر: أكثر من ٣٥ إنشاً (٨٨,٩ سم) يعتبر غير طبيعي.
- البحث عن علامات زيادة الأندروجين ومقاومة الأنسولين: حب الشباب، الشعر الزائد، الصلع، الشواك الأسود (Acanthosis nigricans).

التشخيص:

ينمّ عن وجود عاملان من العوامل الثلاثة التالية:

- زيادة في الأندروجين (بالإعتماد على التشخيص السريري أو الفحوصات المخبرية).
- إضطراب الإباضة.
- تكيسات المبيض.

معايير التصوير الصوتي:

- وجود ١٢ جريب follicles أو أكثر، بقياس ٢ الى ٩ ملم.
- حجم المبيض يتجاوز ١٠ سم^{٣}.
- في حال وجود تكيس أكبر من ١٠ ملم يجب إعادة الصورة بعد زوال التكيس.
- يكفي وجود المعايير على أحد المبيضين.

الفحوصات المخبرية

جدول رقم ٦: الفحوصات المخبرية في حالات تكيس المبيض

FSH و LH	ارتفاع نسبة LH/FSH الى اكثر من ٢,٠ في أغلب الحالات
SHBG و Free testosterone	تدني مستوى (Sex hormone binding globulin) الى مستوى التستوستيرون الحر (Free testosterone)
Androstenedione DHEA DHEA-S	من الممكن طلب إضافة هذه الفحوصات للهرمونات الذكورية
TSH	
Prolactin	
2 hours 75 g OGTT test	
Insulin	من الممكن إضافة فحص Insulin على الريق في حال وجود إشتباه بـ Insulin resistance

العلاج الدوائي:

- حبوب منع الحمل و الـ Metformin تشكل الخيارات العلاجية المثلى للـ PCOs عند المراهقات بحسب العوارض وخطة الرعاية.
- منشطات/محفزات الاباضة في حالة تدني الخصوبة واضطرابات الاباضة (Clomiphene Citrate) او حقن هرمونات محفزات الاباضة.
- مقويات الـ Dopamine عند وجود نشاط متزايد في الغدة الحليبية، او ارتفاع مستوى الـ Prolactin.
- حبوب منع الحمل لمعالجة العوارض (كثرة الشعر، اضطراب الدورة الشهرية).
- ما يشابه الـ Metformin يعمل على تعديل الإضطرابات في معدل السكر في الدم (و بالتالي يعمل على الحد من تطور داء السكري)، بالإضافة إلى تعديل أي اضطرابات استقلابية والمساعدة على تثبيت انتظام الدورة الشهرية. بينما لا يساعد على التخفيف من الشعر الزائد و حب الشباب. تعطى الجرعات كالتالي: 500-850 mg بمعدل ٣ مرات يوميا أو 1000 mg مرتين يوميا مع الاكل.
- Inositol: يعتبر مركب Myo-inositol أو D-Chiro-inositol علاجاً بديلاً فعال لأعراض متلازمة تكيس المبايض. وقد تم تقييمه في دراسات مزدوجة التعمية (Double blinding studies) ووجد أنه ساعد النساء النحيفات والسمينات المصابات بمتلازمة تكيس المبايض على حد سواء، وقلّل العديد من الأعراض السريرية الأولية للمرض. ومن المعروف أيضاً أنه يشارك في عملية التمثيل الغذائي للأنسولين.

د- الشعر الزائد Hirsutism

السيرة المرضية:

- تأكد من نمو شعر داكن على الوجه، الرقبة، الصدر، الظهر، البطن، أو أعلى الفخذين.

الفحص السريري:

- زيادة نمو الشعر على الوجه، الثدي، البطن، الظهر والأعضاء التناسلية.
- صلع، خاصةً في مقدمة الرأس (Androgenic alopecia).
- خشونة في الصوت.
- صغر حجم الثديين.

الفحوصات المخبرية (رسم توضيحي رقم ١٠):

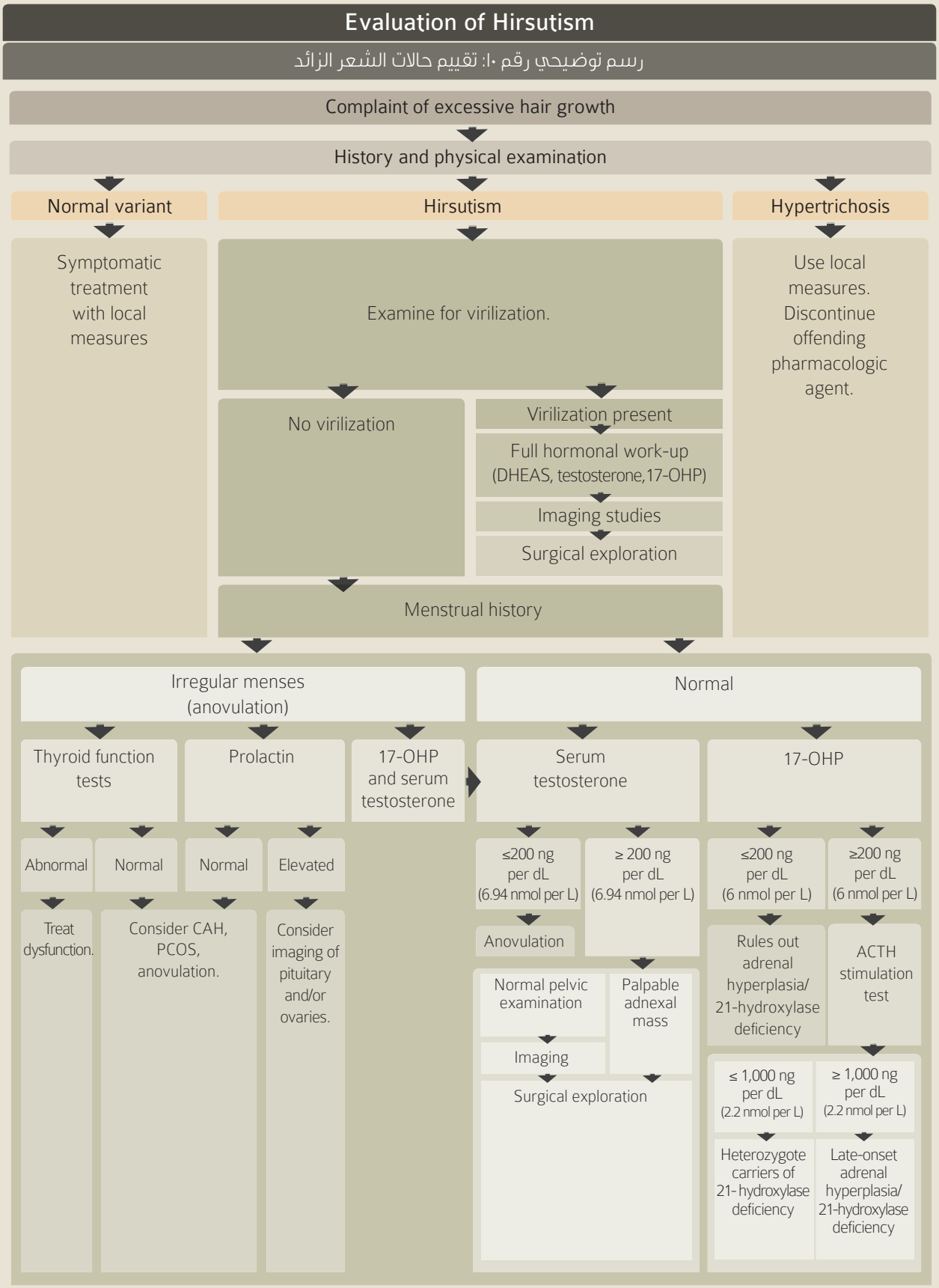
- معدل التسترون في الدم (Free testosterone).
- DHEAS.
- Prolactin.
- 17(OH) Progesterone.
- اذا كان:

– معدل التسترون أكثر من 200 ng/dl يجب إجراء صورة صوتية للتحقق من ورم في المبيض (احتمال Ovarian tumor).

– DHEAS أكثر من 700 µg/dl، احتمال Adrenal tumor.

- اذا كان أقل من 500 µg/dl، عالج العوارض بحبوب منع الحمل و الداكتون (Aldactone).
- اذا كان أكثر من 500 µg/dl يجب الاحالة.

تعتبر هذه الأرقام محدودة الدّقة.



Algorithm showing the evaluation of hirsutism. (ACTH = adrenocorticotropic hormone; CAH = congenital adrenal hyperplasia; DHEAS = dehydroepiandrosterone sulfate; PCOS = polysystic ovary syndrome; 17-OHP = 17 ∂-hydroxy-progesterone)

جدول رقم ٧: أسباب وتشخيص حالات الشعر الزائد

CAUSES OF HIRSUTISM, ASSOCIATED LABORATORY FINDINGS, AND RECOMMENDED ADDITIONAL TESTING

DIAGNOSIS	TESTOSTERONE	17-OHP	LH/FSH	PROLACTIN	DHEAS	CORTISOL	ADDITIONAL TESTING
Congenital adrenal hyperplasia	Normal to increased	increased	Normal/ Normal	Normal	Normal to increased	Normal to decreased	ACTH stimulation may be necessary to make diagnosis.
Polycystic ovary syndrome	Normal to increased	Normal	Normal to increased LH and decreased to normal FSH	Normal to increased	Normal to increased	Normal	Primarily a clinical diagnosis Consider laboratory testing and ultrasonography of ovaries to rule out other disorders/tumors. Consider screening lipids, glucose.
Ovarian tumor	increased	Normal	Normal/ Normal	Normal	Normal	Normal	Ultrasonography or CT to image tumors
Adrenal tumor	increased	Normal	Normal/ Normal	Normal	increased	Normal to increased	Ultrasonography or CT to image tumors
Pharmacologic agents (exogenous)	Normal	Normal	Normal/ Normal	Normal	Normal	Normal	Withdrawal of offending agent recommended
Idiopathic	Normal	Normal	Normal/ Normal	Normal	Normal	Normal	
Familial	Normal	Normal	Normal/ Normal	Normal	Normal	Normal	

17-OHP = 17-hydroxyprogesterone; LH = luteinizing hormone; FSH = follicle-stimulating hormone; DHEAS = dehydroepiandrosterone sulfate; ACTH = adrenocorticotropic hormone; CT = computed tomography.

المعالجة:

- توجد علاجات عدة لكن تبقى حبوب منع الحمل العلاج الأول لفترة ٦ أشهر، ثم يجب إعادة التقييم.
- خيار العلاجات الأخرى يعتمد على التقييم الطبي.

انظر الى الجدول رقم ٨.

جدول رقم ٨: الادوية الاكثر استخداما لعلاج حالات الشعر الزائد

MEDICATIONS COMMONLY USED IN THE TREATMENT OF HIRSUTISM

CLASS OF DRUG	DRUG	Dosage	SIDE EFFECTS AND WARNINGS*	COMMENTS	COST (GENERIC)†
Oral contraceptives	Ethinyl estradiol with norgestimate, desogestrel, norethindrone, ethynodiol diacetate	One tablet per day for 21 days, followed by seven-day pill- free interval	GI distress, breast tenderness, headache, intolerance to contact lenses	Pregnancy category X No FDA labeling for treatment of hirsutism Least androgenic progestin component preferred	$31.00 per month
	Ethinyl estradiol with drospirenone		Hyperkalemia may occur. Contraindicated with hepatic dysfunction, renal insufficiency, adrenal disease	Monitor serum potassium during first cycle with concurrent use of NSAIDs, ACE inhibitors, angiotensin-II receptor blockers, heparin, potassium supplements, potassium sparing diuretics.	29.00 per month
Antiandrogens (no FDA labeling for treatment of hirsutism)	Spironolactone (Aldactone)	50 to 200 mg per day	Hyperkalemia (rare), theoretic feminization of male fetus, gynecomastia	Pregnancy category D Irregular bleeding may occur, monitor electrolytes.	29.00 per month (22.00 to 25.00)
	Flutamide (Eulexin)	250 mg two to three times daily	Monitor liver function.	Combine with other method of contraception. Pregnancy category D	144.00 per month (125.00)
	Finasteride (Proscar)	5 mg daily	Monitor liver function.	Pregnancy category X	70.00 per month
Glucocorticoids (no FDA labeling for treatment of hirsutism)	Dexamethasone	0.5 mg nightly	Weight gain, hypokalemia, decreased bone density, immune suppression	Pregnancy category C. May be combined with oral contraceptives or Gn-RH agonists for severe hirsutism.	20.00 per month (2.00 to 10.00)
	Prednisone	5 to 10 mg daily		Pregnancy category C	1.50 per month (2.00 to 3.00)
Gn-RH agonists (no FDA labeling for treatment of hirsutism)	Leuprolide (Lupron)	5 to 10 mg daily month for up to six months	Hot flushes, decreased bone mineral density, atrophic vaginitis	Pregnancy category X. Use with caution for short periods because of hypoestrogenic effect.	535.00 per month
		11.25 mg IM every three months (depot form)	May need add-back HT.	Use nonhormonal contraception during treatment.	1,605.00 for three months
Antifungal agents (no FDA labeling for treatment of hirsutism)	Ketoconazole (Nizoral)	400 mg daily	Scalp hair loss, dry skin, abdominal pain, fatigue, headache, vaginal spotting, hepatotoxicity Monitoring of hepatic function necessary	Pregnancy category C Use as last resort.	231.00 per month (182.00 to 190.00)
Topical hair growth retardant	Eflornithine HCl (Vaniqa)	Apply to face twice daily at least eight hours apart.	Skin adverse effects include acne, erythema, stinging/ burning, dry skin. FDA approval for reduction of unwanted facial hair	Pregnancy category C May cause mild elevations in transaminase levels. No significant drug interaction known	42.00 for 30-g tube
Insulin-sensitizing agents (not FDA approved for treatment of hirsutism)	Metformin (Glucophage)	500 mg twice daily 1,000 mg twice daily (maximal dosage 2.0 to 2.5 g per day)` 850 mg three times daily	GI distress, lactic acidosis (rare with mortality nearly 50 percent), numerous drug interactions Monitor liver function, confirm normal renal function before starting, and monitor.	Pregnancy category B Resumption of ovulation may occur. No FDA labeling for treatment of PCOS	47.00 per month (42.00)

GI = gastrointestinal; FDA = U.S. Food and Drug Administration; NSAIDs = nonsteroidal anti-inflammatory drugs; ACE = angiotensin-converting enzyme; Gn-RH = gonadotropin-releasing hormone; IM = intramuscular; HT = hormone therapy; PCOS = polycystic ovary syndrome.

*—For more detailed information, consult the package insert provided by the manufacturer of each drug.

†—Estimated cost to the pharmacies (rounded to the nearest dollar) based on average wholesale prices in Red book, Montvale, N.J.: Medical Economics Data, 2002. Cost to the patient will be higher, depending on prescription filling fee.

المشورة:

- من المهم تقديم المشورة الكاملة للمستفيدات وغالباً ما يكن من الشابات.
- فالعلاج يستغرق فترة طويلة لكن التحسن يظهر خلال ٣ أشهر ولا مانع أن يضاف علاج إزالة الشعر بعد مرور ٦ أشهر، بعد ان يكون قد تم بحث مختلف الخيارات العلاجية مع المستفيدة.

ذ- متلازمة ما قبل الطمث: Premenstrual syndrome -PMS

تعاني معظم النساء من الأعراض الجسدية والعاطفية المرتبطة بالدورة الحيضية ويستخدم مصطلح Premenstrual syndrome للاشارة الى هذه الأعراض التي تعطل النشاط اليومي بشكل ملحوظ، وقد سجل إصابة ٢٠٪ من النساء بهذه الأعراض التي لم تعرف أسبابها.

السيرة:

- تظهر الأعراض من سبعة الى عشرة أيام قبل بدء الحيض خلال مرحلة تشكل الجسم الأصفر في المبيض وتختفي لدى بدء الحيض.

الأعراض السريرية

يبين الجدول التالي الأعراض السريرية لمتلازمة ما قبل الطمث.

جدول رقم ٩: الأعراض السريرية لمتلازمة ما قبل الطمث

- الأعراض النفسية	- إضطرابات الجلد	- إضطرابات الجهاز التنفسي
- التهيج	- حب الشباب	- الحساسية
- الهلع	- إلتهاب الجلد العصبي مع الحكة	- العدوى
- عدم وجود مراقبة	- تفاقم إضطرابات الجلد بما في ذلك القروح الباردة	- شكاوى العين
- الغضب	- أعراض عصبية وأعراض الأوعية الدموية	- الإضطرابات البصرية
- الأرق	- صداع	- إلتهاب الملتحمة
- صعوبة في التركيز	- دوار	- أعراض المعدة والمصران
- نعاس مفرط	- إغماء	- المغص
- كآبة	- خدر، وخز أو حالة من الحساسية في الذراعين أو الساقين	- الإنتفاخ
- الشعور بالإرهاق	- كدمات	- الإمساك
- القلق	- خفقان القلب	- الغثيان
- الإرتباك	- تشنجات في العضلات	- القيء
- النسيان	- إحتباس السوائل	- ثقل أو ضغط في الحوض و آلام الظهر
- عدم الثقة بالذات	- وذمة (تورم الكاحلين واليدين والقدمين)	- إنخفاض القدرة على التنسيق
- التشكك	- زيادة الوزن الدوري	- الحيض المؤلم
- فرط العاطفة	- قلّة البول (تضاؤل البول)	- تقلص الرغبة الجنسية (الدافع الجنسي)
- نوبات من البكاء	- تحجّر وألم الثدي	- تغيرات في الشهية
- تقلبات في المزاج		- الهبات الساخنة
- إضطرابات في النوم		

الفحص السريري:

- فحص بدني كامل وتحري عن رشح الحليب، ورم سطحي، انتفاخ البطن، حب الشباب، حساسية الثديين أو أمراض الحوض: تكيس المبيض، تكيس دموي Endometriosis، تليف...

الفحوصات المخبرية:

تتضمن:

- فحص الدم الكامل.
- فحص كيمياء الدم (Blood Chemistry).
- فحص البول.
- احتمال فحوصات الغدة الدرقية والبرولاكتين.

التشخيص:

- يتم تشخيص الـ PMS في حال أعربت السيدة على الاقل عن احدى العوارض المؤثرة أوالجسدية التالية خلال الأيام الخمسة التي تسبق الحيض في كل من آخر٣ دورات شهرية (جدول رقم ١٠):

جدول رقم ١٠: تشخيص متلازمة ما قبل الطمث

العوامل العاطفية		العوامل الجسدية	
- كآبة	- قلق	- ألم الثدي	- آلام الرأس
- نوبات غضب	- إرتباك	- نفخة البطن	- تورم الأطراف
- حدة الطبع	- عزلة إجتماعية		

اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي PMDD-Premenstrual Dysphoric Disorder

تم تنظيم المعايير التشخيصية لهذا الإضطراب وفقاً للجدول التالي:

جدول رقم ١١: تشخيص اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي
The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

الأعراض يجب أن تكون موجودة في معظم الدورات الشهرية التي حدثت في العام السابق ويجب أن تترافق مع مشاكل كبيرة أو عرقلة للأنشطة المعتادة (المدرسة والحياة الإجتماعية)

وجود واحدة أو أكثر من الأعراض التالية:

- تقلب المزاج والحزن المفاجىء، التحسس ورفض الآخرين
- الغضب والتهيج
- الشعور باليأس، المزاج المكتئب، أفكار النقد الذاتي
- التوتر والقلق والشعور بأنها على حافة الهاوية

وجود واحدة أو أكثر من الأعراض التالية لتصل إلى مجموعة من ٥ أعراض عموما:

- صعوبة في التركيز
- تغير في الشهية والإفراط في تناول الطعام
- قلّة الإهتمام في الأنشطة المعتادة
- سرعة الاحساس بالتعب وقلة الطاقة
الشعور بالانهزام أو بأنها خارجة عن نطاق السيطرة
أوجاع في الثدي، نفخة وزيادة الوزن، أو أوجاع مفاصل/عضلات
- النوم أكثر من اللازم أو عدم النوم بما فيه الكفاية

العلاج:

- إن أهداف علاج متلازمة ما قبل الطمث هي الحد من هذه الأعراض وتحسين الاضرابات الوظيفية.
- يمكن للمراهقات اللواتي يعانين من أعراض الـ PMS المتوسطة الحدة الاستفادة من ممارسة الرياضة و الاسترخاء.
- ولم يتم العثورعلى أي أدلة قوية بشأن تناول فيتامين B 6 وفيتامين E، الكالسيوم أو المغنيزيوم في علاج الـ PMS.
- وينبغي أن يعطى العلاج التالي للمراهقات اللواتي يعانين من أعراض متوسطة إلى شديدة الحدة من الـ PMS و اللواتي لديهن PMDD:

– مثبطات إمتصاص السيروتونين الإنتقائية SSRI: هو الخيار الأول للعلاج. ويمكن أن تعطى أما بشكل مستمر أو فقط خلال الطور الافرازي الأصفري (أي في القسم الثاني من الدورة):
- Fluoxetine 20 mg يومياً.
- Sertraline 50 - 150 mg يومياً أو 100mg خلال القسم الثاني من الدورة الشهرية.
- Paroxetine 12.5 - 25 mg يومياً.

– وسائل منع الحمل ثنائية الهرمون عن طريق الفم.

– اذا كانت الأعراض حادة، يمكن استعمال (GnRH) لمنع دورة الحيض.

– اذا كان البرولاكتين غير طبيعي (مرتفع) اعطي المريضة (Bromocriptine).

– يمكن أيضا اقتراح الآتي:
- مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)
- مدرات البول من نوع Spironolactone.
- بروجسترون.

المتابعة:

- التقييم كل ستة أشهر مع الدعم المتواصل والتشجيع.
- اذا كانت النتائج غير طبيعية، حدد علاقة الاعراض مع بدء الحيض في كل دورة، واطلب من المريضة تسجيل مواقيت الحيض.
- اذا ثبتت العلاقة مع الدورة الحيضية، حدد مستوى البرولاكتين وهورمونات الغدة الدرقية.
- تثقيف المريضة ومساعدتها.
- خفض التوتر.
- نظام غذائي صحي ومتوازن، مع التخفيف من الأطعمة الغنية بالدهون المشبعة والتركيز على الأطعمة الغنية بالألياف.
- المداومة على التمارين الرياضية.
- تخفيف الكافيين، التدخين، الكحول.
- تناول الفيتامينات قد يساعد المتممات الغذائية: فيتامين B 6، فيتامين E، كالسيوم 1200-1600mg، مغنيسيوم.

الجزء الرابع
التغذية والصحة الإنجابية

١. زيادة الوزن والسمنة

- يعاني حوالي ثلث الأطفال والمراهقين في الولايات المتحدة إما من زيادة الوزن أو السمنة.
- في لبنان، يعاني حوالي ٢٠٪ من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٩ عاما من زيادة الوزن (٢٦,٩٪ لدى الفتيان و ١٤,٧٪ لدى الفتيات) و ٥٪ يعانون من السمنة المفرطة (٧,٧٪ لدى الفتيان و ٢,٩٪ لدى الفتيات).

تعريف

- تشير زيادة الوزن إلى وجود فائض من الوزن في الجسم، في حين تشير السمنة إلى وجود فائض من الدهون.
- مؤشر كتلة الجسم (BMI) هو مقياس معياري للسمنة وزيادة الوزن، يوفر المبدأ التوجيهي للوزن وعلاقته بالطول وهو يساوي وزن الجسم (بالكيلوغرام) مقسوما على تربيع الطول (بالمتر). ويبين الجدول ١٢ أدناه تصنيف الوزن على أساس مؤشر كتلة الجسم.

جدول رقم ١٢: تصنيف الوزن عند المراهقين

التصنيف	المراهقين (١٠-٢٠ سنة)	المراهقين (٢١-٢٤ سنة)
نقص الوزن	BMI أقل من ٥ نسبة مئوية بالنسبة للعمر والجنس	BMI ≤ 18.5
الوزن الطبيعي	BMI بين الـ ٥ و٨٥ نسبة مئوية بالنسبة للعمر والجنس	18.5 ≤ BMI < 25
الوزن الزائد	BMI بين الـ ٨٥ و٩٥ نسبة مئوية بالنسبة للعمر والجنس	25 ≤ BMI < 30
السمنة	BMI أكثر أو يعادل الـ ٩٥ نسبة مئوية بالنسبة للعمر والجنس	30 ≤ BMI < 35
السمنة الشديدة	BMI أكثر أو يعادل ١٢٠ بالمئة من قيمة الـ ٩٥ نسبة مئوية	BMI ≥ 35

العوامل المرتبطة بالسمنة

- العوامل الوراثية.
- العوامل البيئية: نمط الحياة المستقرة، تلقي سعرات حرارية أكثر من احتياجات الجسم.
- تناول المشروبات الغنية بالسكر المضاف.
- التلفزيون وألعاب الفيديو: كمية الوقت الذي يقضيه المراهق في مشاهدة التلفزيون له علاقة مباشرة في حصول البدانة. كما تمّ العثور على علاقة بين ممارسة ألعاب الفيديو وزيادة السمنة.
- النوم: هناك علاقة بين تقصيروقت النوم والسمنة.
- الأدوية.
- أمراض الغدد الصماء: مثل قصور الغدة الدرقية وداء كوشينغ Cushing.

مضاعفات السمنة

- حدوث الحيض الأول بشكل مبكر واضطرابات الحيض خلال فترة المراهقة.
- مضاعفات كثيرة وتشمل داء السكري، متلازمة الأيض، ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية الأخرى، الكبد الدهني، تحصي القناة الصفراء، توقف التنفس أثناء النوم.
- آثار نفسية.

علاج السمنة

- من المهم اتباع خطة أكل صحية ترتكز على تخفيض السعرات الحرارية مع توخي عدم استبعاد أغذية معينة أو مجموعات غذائية كاملة، فالمراهقة هي مرحلة نمو مستمر واتباع حمية غذائية غير متوازنة يؤثر سلبا" على النمو البدني الصحيح والمتكامل.
- ينصح بخسارة الوزن بشكل بطيء وثابت بما لا يتاجوز ٠,٥ إلى ١ كجم في الأسبوع. وينبغي نصح المراهقين بطلب المشورة الطبية بحال أرادوا خسارة الوزن باتباع حميات معينة كحمية النظام الغذائي ذات السعرات الحرارية المنخفضة.
- ومن المهم أيضا تقديم المشورة للمراهقين لوضع خطة من شأنها أن تمنكنهم المحافظة على وزن صحي و ثابت.
- وينبغي نصح المراهقين بممارسة الرياضة بإنتظام، لانها مهمة لمنع زيادة الوزن والسمنة.
- كما أثبتت آخر الدراسات أهمية الرياضة على الصحة بغض النظر عن تأثيرها على الوزن. وتتلخّص فوائد الرياضة في الجدول ١٣ أدناه.

جدول رقم ١٣: فوائد النشاط البدني

فوائد النشاط البدني/ الرياضة
- يعزز نشاط القلب والأوعية الدموية
- يساعد على خفض نسبة الكوليسترول و على تحسين مستوى الـ HDL
- يساعد في السيطرة على ضغط الدم
- يساعد في السيطرة على السكري
- يساعد في تقليل الاصابة بسرطان القولون
- يقوي العضلات
- يحافظ على عظام قوية
- يزيد من المرونة
- يعطي المزيد من الطاقة
- يقلل من مخاطر الاصابة بالسمنة
- يساعد في السيطرة على الوزن
- يعزز الصحة العقلية والنفسية
- يكوّن صورة الجسم الصحي
- يقلل من مشاعر الاكتئاب والقلق

- يوصى المراهقون بممارسة التمارين الرياضية المعتدلة بمدة لا تقل عن الـ ٦٠ دقيقة يومياً.
- وينبغي أن تتضمن هذه الدقائق الـ ٦٠ أنشطة تعزز قوة العضلات والعظام مع تفادي الرياضات التي تشكل ضغطاً على العامود الفقري، وذلك على الاقل خلال ٣ أيام في الأسبوع.
- في الواقع، هناك ٣ أنواع رئيسية من التمارين:

– **ممارسة الأيروبيك:** تجعل القلب والرئتين يعملان بجهد أكبر، تحرق المزيد من السعرات الحرارية، وتساعد على فقدان الوزن أو المحافظة عليه. ومثال على ذلك المشي والسباحة والرقص.

– **تمارين التحمل:** تبني العضلات وتقوّي العظام. ومثال على ذلك رفع الأثقال.

– **تمارين التمدد:** تحسّن المرونة.

- من المهم تقديم المشورة للمراهقين لبدء الممارسة الرياضية ببطء مع زيادة تدريجية في المدة والتمارين مع مرور الوقت.
- ينبغي أيضا نصحهم بالقيام بالاحماء لمدة ٥ الى ١٠ دقائق قبل البدء بالرياضة. ويشمل الاحماء التمدد والايروبيك.

٢. اضطرابات الأكل خلال فترة المراهقة

أ. فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa

- وهو يصيب المراهقات والشابات بشكل رئيسي، ويتميز بتشكيل صورة غير طبيعية عن الجسم واتباع نظام غذائي مبالغ به مما يؤدي إلى الفقدان الشديد للوزن مع خوف مرضي من اكتساب الوزن.

الخصائص الرئيسية لفقدان الشهية العصبي

- ترفض الحفاظ على وزن جسم مثالي. فيكون وزن الجسم منخفضا، عادة أقل بـ ١٥٪ من وزن الجسم المثالي.
- خوف شديد من أن تصبح بدينة، على الرغم من نقص وزنها.
- صورة مشوهة عن الجسم. الاعتقاد بأنها بدينة بالرغم من كونها نحيلة جدا. تنفي خطورة وزنها المنخفض.
- تشكو من اضطرابات الحيض، انقطاع الحيض مما لا يقل عن ثلاث دورات متتالية.

التصنيف

وفقا لمعايير DSM-5، يتم تشخيص حالة فقدان الشهية العصبي عند المريضة بحال ظهور العوارض التالية:

- الامتناع المستمر عن استهلاك السعرات الحرارية نسبة إلى احتياجات الجسم الطبيعية، مما يؤدي إلى انخفاض ملحوظ في وزن الجسم (بالنسبة للحد الادنى توافقا" مع احتياجات العمر والجنس ومسار النمو والصحة الجسدية).
- الخوف الشديد من زيادة الوزن أو من أن تصبح بدينة، سلوك يتداخل مع زيادة الوزن باستمرار (على الرغم من انخفاض الوزن بشكل ملحوظ).
- اضطرابات في وزن الجسم أوالشكل سابقا"، تقييم ذاتي غير منطقي عن شكل الجسم والوزن، أو عدم الاعتراف بتدني وزن الجسم الحالي باستمرار.

وتستند شدّة فقدان الشهية العصبي على مؤشر كتلة الجسم (انظر الجدول أدناه):

جدول رقم ١٤: شدة فقدان الشهية العصبي ومؤشر الوزن

معتدلة	مؤشر كتلة الجسم أكثر أو يساوي ١٧ كغ/م٢
متوسطة	مؤشر كتلة الجسم من ١٦ الى ١٦,٩٩ كغ/م٢
شديدة	مؤشر كتلة الجسم من ١٥ الى ١٥,٩٩ كغ/م٢
قصوى	مؤشر كتلة الجسم أقل من ١٥ كغ/م٢

المضاعفات الطبية لفقدان الشهية العصبي

جدول رقم ١٥: المضاعفات الطبية لفقدان الشهية العصبي

المضاعفات الاساسية	دنف Cachexia، وقف النمو وانخفاض حرارة الجسم
مضاعفات القلب والأوعية الدموية	ضمور عضلة القلب، اضطراب نظم القلب Arrythmia، انخفاض ضغط الدم، واحصار القلب block من الدرجة الأولى وتغيرات فيموجة ST-T
المضاعفات النسائية والتناسلية	انقطاع الطمث، العقم، اضطرابات الحمل ومضاعفات الولادة
مضاعفات الغدد الصماء	مرض هشاشة العظام، إنخفاض هرمونات الغدة الدرقية Hypothyroxemia، ارتفاع الكورتيزول في الدم Hypercortisolemia، نقص السكر في الدم، مرض السكر البولي ذات المنشأ العصبي
مضاعفات الجهاز الهضمي	خزل المعدة Gastroparesis، الإمساك، توسع المعدة، وزيادة وقت عبور القولون، التهاب الكبد ومتلازمة الشريان المساريقي العلوي mesenteric artery syndrome superior
مضاعفات الجهاز الكلوي والشوارد	انخفاض معدل الترشيح الكبيبي Glomerular filtration، حصيات الكلى، ضعف تركيز البول، الجفاف، نقص البوتاسيوم ونقص المغنيزيوم في الدم، نقص الفوسفات، اعتلال الكلية بسبب نقص بوتاسيوم الدم، اعتلال الكلية الناتج عن نقص حجم الدم

مضاعفات الجهاز الرئوي	تلف العضلات الرئوية وانخفاض القدرة الرئوية، فشل الجهاز التنفسي، واسترواح صدري عفوي Pneumothorax واسترواح المنصف pneumomediastinum، توسيع وحدات الرئة الطرفية دون تدمير الحاجز السنخي
المضاعفات الدموية	فقر الدم، نقص الكريات البيض، ونقص الصفيحات
المضاعفات العصبية	ضمور الدماغ (انخفض المادة الرمادية والبيضاء)، توسع البطينين، تلف المركز الادراكي، واعتلال الاعصاب المحيطية، ونوبات عصبية
الجلدية	Xerosis (الجلد الجاف)، الشعر Lanugo (شعر ناعم وداكن)، Telogen effluvium (تساقط الشعر)، carotenoderma (اصفرار الجلد)، وندوب من السلوك المضر بالنفس (جروح وحروق)
العضلات	هزال العضلات
نقص الفيتامينات	

ب. الشره المرضي العصبي

- ويتميز بنوبات متكررة من الشراهة عند تناول الطعام تليها سلوكيات غير لائقة مثل التقيؤ الذاتي لتجنب زيادة الوزن.

التصنيف

وفقا لمعايير DSM-5، يتم تشخيص وجود الشره المرضي العصبي عند المريضة بحال ظهور العوارض التالية:

- الأكل، في فترات متقطعة (على سبيل المثال كل ساعتين)، وكمية الطعام تكون بالتأكيد أكبر من ما يتناوله معظم الناس خلال فترة مماثلة من الزمن وتحت ظروف مماثلة.
- الشعور بعدم السيطرة على الأكل خلال هذا الوقت.
- السلوك التعويضي غير المناسب المتكرر من أجل منع زيادة الوزن، مثل التقيؤ الذاتي، سوء استخدام المسهلات و مدرات البول، أو الأدوية الأخرى، والصوم، أو ممارسة الرياضة المفرطة.
- تحدث الشراهة والسلوكيات التعويضية غير اللائقة على حد سواء عند تناول الطعام، في المتوسط، مرة واحدة على الأقل في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر.
- يتأثر التقييم الذاتي لشكل الجسم والوزن على نحو غير ملائم.
- لا يحدث الاضطراب حصراً خلال نوبات فقدان الشهية العصبي.

ت. تأثير السمنة، وفقدان الشهية العصبي، والشره المرضي العصبي على الصحة الإنجابية للمراهقين

- يمكن أن يكون لسلوكيات الرجيم والتغذية تأثيراً هائلاً على الصحة الإنجابية للمراهقين.
- **السمنة**: قد أوقد لا تؤثر على الصحة الإنجابية للمراهقين. ونقتفي آثارها أساسا من خلال التغيرات الهرمونية. ومن الجدير بالذكرأن فقدان الوزن بنسبة لا تقل عن ١٠٪ قد يحسن الجانب الهرموني.
- **فقدان الشهية العصبي**: المراهقون الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يلجأون عادة للمساعدة الطبية بسبب انقطاع الطمث الناجم عن فقدان الوزن. فإن فقدان السعرات الحرارية الشديد قد يسبب بانحسار عمل الغدة النخامية مما يؤدي إلى انخفاض إنتاج LH و FSH و بالتالي انخفاض هرمون الاستروجين و عدم حصول الإباضة.
- **الشره المرضي العصبي**: يحدث عدم انتظام الدورة الشهرية لحوالي ٥٠٪ من المرضى الذين يعانون من الشره المرضي العصبي خاصة إذا كان الوزن الحالي للمراهق أقل من ٨٥٪ من الوزن السابق. وهذا يؤدي إلى حدوث خلل هرموني.

ث. المشورة ودور مقدم الرعاية

- عندما يتم تشخيص اضطرابات الأكل لدى المراهقين، يجب ان تؤخذ العوامل النفسية والاجتماعية والسريرية بعين الاعتبار في البداية، تليها إعادة التقييم الدورية.
- ننصح باتباع نهج نظامي. وتهدف المعالجة إلى إنشاء أنماط جديدة من كيفية التفكير في الطعام و مساعدة المراهق على التعامل مع سلوك تناول الطعام وكيفية التفكير به.
- عادة ما يشمل النهج فريق متعدد التخصصات من الأطباء والممرضين وأخصائيي التغذية وأخصائيي الصحة السلوكية.
- يقيّم الأطباء عادة المضاعفات الطبية، ومراقبة الوزن والتغذية، ويساعدون على إدارة استراتيجيات أعضاء الفريق الآخرين، و يلعبون دور المنسقين لرعاية المريض.
- يوفر خبراء التغذية معلومات عن النظام الغذائي الصحي وتنظيم الوجبات.
- ويقوم العاملون في مجال الرعاية الصحية السلوكية بأداء السلوك المعرفي، العلاقات الشخصية والعلاج الأسري، ويمكنهم أن يساعدوا بتقديم الأدوية.
- ان الكثير من المراهقين ينظرون للطبيب كمصدر معلومات موثوقة بما يتعلق بصحتهم.

- إلا انهم غالبا ما يكونوا مترددين لزيارة الطبيب لأسباب عدة أهمها تخوّفهم من إنعدام السرية، صعوبة التواصل، عدم التعاطف lack of empathy، والاعتقاد الضمني بأن الطبيب سوف يُجرِّمهم.

هنا تكمن أهمية التواصل مع المراهق باعتماد اللغة التي يستعملها، وبدون استعلاء، اشعاره بالأمان وبأن المعلومات ستبقى سرية.

بعض النصائح للتعامل مع المراهق:

- لا تخف او تتردد من طرح مواضيع حساسة للنقاش: فالسلوكيات المحفوفة بالمخاطر والتغيرات العاطفية اكثر حدوثاً عند المراهقين من المشاكل الصحية، الا أنهم قد لا يجرؤون على طرحها
- مبادرة الطبيب بفتح هذه المواضيع تطمئن المراهق بأن الطبيب يرحب بتساؤلاته في هذا المجال أو أي مجال آخر ذو طبيعة حساسة
- لتكن الاسئلة المطروحة واسعة وغير مهدّدة، وتستند على عبارات عامة، مثلاً: بعض المراهقين يشعرون بضغط من رفاقهم لتدخين السجائر، شرب الكحول أو تناول المخدرات، هل مررت بمثل هذه التجربة ؟
- التنبه لوجود أسباب غير معلنة للزيارة الطبية: غالباً ما يكون السبب الحقيقي لزيارة الطبيب غير واضح، فبعض المراهقين قد يختبرون الطبيب للتأكد من أنه أهل لثقتهم قبل مصارحته بالسبب الحقيقي للإستشارة الطبية
- تبين الحالة النفسية للمراهق: هل يوجد كآبة، قلق، تفكير بالانتحار، إضطرابات في الشهية، مشاكل مع الرفاق أو العائلة. في حال تواجد أي منها، من الافضل الإحالة لإختصاصي في هذا المجال

- فيما يلي بعض الاسئلة التي تساعد على تقصي الحالة النفسية – الاجتماعية التي يعيشها المراهق وعلى تحديد المجال الذي يعاني من مشكلة فيه.

العائلة:

- اين تعيش الان و من يعيش معك؟
- كيف يتدبر الذين يعيشون معك في المنزل الأمور فيما بينهم؟
- لمن تذهب طلبا المساعدة اذا واجهت مشكلة؟
- هل غيرت مكان سكنك مؤخرا؟

التعليم:

- ما هي أفضل/ أسوأ مواد تتعلمها؟
- كيف تتعامل مع رفاقك، أساتذتك، بقية التلاميذ؟
- هل تغيرت علاماتك مؤخرا؟

النشاطات:

- ماذا تفعل في أوقات فراغك، خارج المدرسة؟
- هل تمارس الرياضة بشكل منتظم؟
- هل لديك هوايات؟
- كم من الوقت تمضي بمشاهدة التلفزيون، اللعب على الكومبيوتر؟
- هل لديك أصدقاء تثق بهم؟

المخدرات:

- كم عدد الاشخاص من عمرك ومن حولك الذين جربوا التدخين أو تناولوا المخدرات أو الكحول، ماذا عن أصدقائك؟
- هل جربت أيا منها ؟ اذا نعم، هل تفكر بالتوقف؟

الجنس:

- هل تمارس العادة السرية / الاستمناء؟
- بعض الاشخاص الذين هم بعمرك قد يباشرون بممارسة العلاقات الجنسية، هل لديك اي علاقة جنسية مع احد؟
- ماذا ستفعل او ممكن ان تفعل لتحمي نفسك من الامراض المتناقلة بالممارسة الجنسية ؟ أو من الحمل؟
- هل لمسك احد بطريقة أشعرتك بعدم الارتياح؟

الكآبة و خطر الانتحار:

- هل فكرت مرة ان الحياة بلا قيمة ولا تستحق ان نعيشها؟
- هل فكرت مرة أو حاولت ان تقتل او تؤذي نفسك؟
- إذا كان الجواب نعم، هل فكرت بخطة لتؤذي أو تقتل نفسك؟
- متى كانت المرة الأخيرة التي راودتك هذه الافكار؟ ماذا تشعر نحوها الآن؟

الجزء الخامس

الصحة الجنسية لدى المراهقين

١. مبادىء الرعاية الصحية الجنسية لدى المراهقين

- السرية.
- الخصوصية.
- التطبيع.
- الإحترام.
- تجنب الإفتراضات.
- الإستجواب الدقيق.
- الإستماع إلى الردود.
- تجنب المصطلحات الطبية.
- تحديد الروابط.
- التفكير في الوقاية.
- معرفة موارد المجتمع.

٢. تقييم الصحة الجنسية للمراهقين

أ. السيرة الجنسية

- ينبغي أن تؤخذ السيرة الجنسية أثناء مرحلة المراهقة المبكرة ويتم تحديثها سنوياً على الأقل.
- البدء بالعمر الجنسي: إذا لم يكن المراهق ناشطاً جنسياً، يجب تقييم شروعه الى الزواج وتخطيطه للممارسة الجنسية.
- تقييم راحته بالنسبة للتغيرات الجسدية.
- تقييم حدوث الإستمناء.
- السؤال عن العادة السرية.
- المشاركة في العلاقات الجنسية المهبلية أو عن طريق الفم أو الشرج.
- تفاصيل الشركاء الحاليين والسابقين (الجنس, العدد).
- الجماع الجنسي في الخارج أو مع شركاء من بلاد أخرى.
- أعراض أو مخاوف من الأمراض التي تنتقل عبر الإتصال الجنسي الحالي.
- تاريخ ونتائج فحوصات الأمراض المنقولة جنسيا.
- إختيار وسائل منع الحمل والإستخدام الفعلي، التعرف على وسائل منع الحمل في حالات الطوارىء.
- إستخدام الواقي الذكري والتأكد من أن المراهق يعلم كيفية إستخدامه بشكل صحيح.
- إستخدام طرق الحماية من الأمراض المنتقلة جنسيا أو الحمل من قبل الشركاء.
- الإعتداء الجنسي (اللفظي أو الجسدي).
- مشاكل في الآداء الجنسي.
- تفاصيل عن الدورة الشهرية، فحص خلايا عنق الرحم، وتاريخ الحمول والولادة عند الإناث.
- تاريخ التحصين وخاصة بالنسبة للقاحات الوقائية للصحة الإنجابية.
- التاريخ الدوائي بما في ذلك الحساسية، العلاج الذاتي واستخدام الأدوية دون وصفات وإستخدام الحقن.

نوع الأسئلة التي يمكن طرحها على المراهق عندما يتم جمع معلومات عن التاريخ الجنسي:

- هل لديك علاقات جنسية في الوقت الحالي؟ هل سبق أن كان لديك علاقات جنسية ؟
- هل شركاؤك رجال؛ نساء أم الإثنين معا؟
- كم كان عدد شركاؤك في الشهر الماضي؟ الستة أشهر الماضية ؟ في حياتك ؟
- كم أنت راضٍ عن آدائك الجنسي وكذلك بالنسبة لشريكك ؟
- هل أحسست بأي تغيير في رغبتك الجنسية أو في وتيرة النشاط الجنسي في حياتك (كذلك الامر بالنسبة لشريكك)؟
- هل لديك أو كان لديك أي من عوامل الخطر للتعرّض لفيروس نقص المناعة البشرية ؟ مثل نقل الدم أو إصابات الوخز بالإبر أو تعاطي المخدرات أو اصابتك بالأمراض المنقولة جنسياً، أو كان لك شركاء عرّضوك لهذا الخطر ؟
- هل سبق أن كان لديك أي مرض جنسي؟
- هل سبق أن تم إختبارك لفيروس نقص المناعة البشرية ؟ هل تريد أن تجري أي فحوصات ؟
- ما هي سبل الوقاية التي تتخذها لحماية نفسك من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ؟
- ما هي الطريقة/الطرق التي تستخدمها لمنع الحمل ؟
- هل تحاولين أن تصبحي حاملاً؟(أو أم لولد)
- هل تشارك في الجنس عن طريق الفم؟ الجنس الشرجي؟
- هل استخدمت أنت وشريكك أي أجهزة أو مواد معينة لتعزيز المتعة الجنسية الخاصة بك؟
- هل لديك أي ألم أثناء الجماع ؟
- المرأة: هل لديك أي صعوبة في الوصول الى النشوة الجنسية ؟
- الرجل:هل كان لديك أي صعوبة للحصول والمحافظة على الإنتصاب؟ صعوبة في القذف؟
- هل لديك أي أسئلة أو إستفسارات حول الآداء الجنسي الخاص بك؟
- هل هناك أي تغيير ترغب به فيما يخصّ نشاطك الجنسي ؟

ب. الوقاية

- تشكل الوقاية العامل الأهم لحماية الصحة الجنسية عند المراهقين. وتكون الوقاية على عدة مستويات: الارشاد، المشورة، التحصين والفحص.

التوجيه الإستباقي والمشورة

- من المهم لمقدمي الرعاية الصحية تقديم المشورة للمراهقين.
- ويهدف التثقيف الصحي الى الحدّ من المخاطر الجنسية بين المراهقين.
- ونذكر على سبيل المثال النقاش حول وسائل منع الحمل بما في ذلك وسائل منع الحمل في حالات الطوارىء، مخاطر الحمل والأمراض؛ واكتساب المهارات لمناقشة المخاطر الجنسية مع الشركاء.
- يمكن توزيع كتيبات ومواد التثقيف الصحي على المراهقين.
- ومن المهم أيضا إشراك أولياء الأمور وخاصة خلال مرحلة الطفولة وتشجيعهم على إجراء محادثات مناسبة تنموياً مع أطفالهم تستمر حتى نهاية فترة المراهقة : عن الجنس؛ وغيرها من المواضيع الحساسة.
- و تؤكد الدراسات أيضاً على أهمية التثقيف الصحي وبرامج التوعية في المدارس والمجتمع أو حتى الأماكن الدينية.

اللقاحات

- ينبغي أن تعطى اللقاحات المتعلقة بالصحة الإنجابية مثل إلتهاب الكبد (ب) ولقاحات فيروس الورم الحليمي البشري للمراهقين.

الفحص

- ويشمل الفحص الكشف عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الإتصال الجنسي؛ والكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم.

وصف ملخص للتوصيات الدولية لفحص المراهقين من الأمراض التي تنتقل عن طريق الإتصال الجنسي:

- يجب اجراء فحص الكلاميديا لدى المراهقات الناشطات جنسياً
- كما يجب اجراء فحص السيلان Gonorrhea لدى المراهقات الناشطات جنسياً
- وينبغي أن يقدُم المراهقين على إجراء كشف عن عدوى فيروس نقص المناعة البشرية
- فحص سرطان عنق الرحم: من المستحسن أن تبدأ المراهقات الناشطات جنسياً بالقيام بفحص مسحة عنق الرحم ابتداء من سن الـ ٢١. يجب تكرار الفحص كل ٣ سنوات للكشف عن الأمراض التي تنتقل عبر الإتصال الجنسي

الفصل الثالث

صحة المرأة في حالات الازمات
العنف والصحة النفسية

الجزء السادس

صحة المرأة في حالات الازمات / مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الإنجابية في حالات الأزمات

١. مقدمة

- إن مجموعة خدمات (Minimum Initial Service Package) MISP للصحة الإنجابية في حالات الأزمات هي مجموعة من الأنشطة ذات الأولوية التي يتم تنفيذها أثناء بداية حالة الطوارئ (صراعات أو كوارث طبيعة). وعند تطبيق هذه الخدمات في الأيام الأولى من حالة الطوارئ، فإنها تنقذ حياة الأشخاص وتقي من الأمراض، ولاسيما بين النساء والفتيات. لكن إهمال الصحة الإنجابية في حالات الطوارئ يؤدي إلى عواقب وخيمة: كالوفيات التي يمكن الوقاية منها بين الأمهات والأطفال، العنف الجنسي وما يلي ذلك من حالات الحمل غير المرغوب وعمليات الإجهاض غير الآمنة، وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية.
- مجموعة خدمات MISP هي معيار للجهات الفاعلة الإنسانية، حيث أنها تحدد أيّا من مكونات الصحة الإنجابية هي الأكثر أهمية فتمنع الوفاة والإعاقة، ولاسيما بين النساء والفتيات، في بيئات الطوارئ.
- ومع أنه ينبغي أن تكون خدمات الصحة الإنجابية متاحة لجميع السكان بمجرد أن يستقر الوضع، فإن تقليل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، الوقاية من العنف الجنسي، تقديم الرعاية للناجيين من العنف الجنسي، ضمان عمليات الولادة النظيفة والوصول إلى رعاية التوليد الطارئة في الأيام الأولى من الأزمة، كل هذه تمثل أولوية لأن هذه الأفعال ستنقذ حياة الأشخاص وتقي من الأمراض.
- تقدم أيضا الحزمة معلومات وتوجيهات لمناصرة الصحة الجنسية والانجابية للمراهقين/ت ولتنفيذ تدخلات الصحة الجنسية والانجابية التي تشمل المراهقين/ات.
- كما أن مجموعة خدمات MISP تبني الأساس لخدمات صحة إنجابية شاملة فيما يستقر الوضع وحين يتم تنفيذ كل مكونات مجموعة خدمات MISP.

٢. الهدف

- إن هدف مجموعة خدمات MISP هو أن تقلل من نسبة الوفيات والاعتلال والإعاقة بين المجموعات السكانية المتأثرة بالأزمات، ولاسيما النساء والفتيات والمراهقين/ات.
- وقد تكون هذه المجموعات السكانية من اللاجئين، أشخاص مشردين داخلياً أو مجموعات سكانية تستضيف لاجئين أو أشخاصاً مشردين داخلياً.

٣. لماذا تمثل مجموعة خدمات MISP أولوية؟

- في حين أنه لا ينبغي تحويل الموارد عن التعامل معاً لتهديدات الصحية الكبيرة الأخرى، فإن تطبيق مجموعة خدمات MISP هو شيء لازم وضروري لتقليل حالات الوفاة والاعتلال التي تتعرض لها النساء والفتيات على وجه خاص.
- توجد أولويات صحية متعارضة متعددة في أية حالة طوارئ، مثل التعامل مع الإسهال، والحصبة، والعدوى التنفسية الحادة، والملاريا وسوء التغذية، لكنه يلزم أيضاً التطرق لجوانب محددة في الصحة الإنجابية، مثلما تم التعبيرعنه في مجموعة خدمات MISP وبدلاً من محاولة تنفيذ مجموعة واسعة من أنشطة الصحة الإنجابية، فإن تقييد نطاق الصحة الإنجابية في مرحلة الطوارئ على مجموعة خدمات MISP يضمن الاهتمام المُرَكّز على الإجراءات الأساسية في حالات الطوارئ حيث تكون الموارد البشرية والمادية نادرة.

٤. ماهي العواقب المحتملة لتجاهل مجموعة خدمات MISP في حالات الطوارئ؟

- إن حياة الأشخاص المشردين، ولاسيما النساء والفتيات، تتعرض للخطر حين لا يتم تطبيق مجموعة خدمات MISP وعلى سبيل المثال، فإن النساء والفتيات يمكن أن يتعرضن لخطر العنف الجنسي عند محاولتهن الحصول على الطعام، والحطب، والمياه، والمراحيض. وقد يكون مأواهن غير مناسب لحمايتهن من المتطفلين أو ربما يتم وضعهن في مكان إقامة يحرمهن من الخصوصية.
- والأشخاص الذين في السلطة قد يستغلون النساء والفتيات الضعيفات عن طريق منع الوصول إلى البضائع الأساسية مقابل الجنس.
- وقد تسمح عدم مراعاة الاحتياطات العامة في بيئة الرعاية الصحية بانتقال فيروس نقص المناعة البشرية للمرضى أو العمال الصحيين.
- وبدون وجود نظام للإحالة لنقل المرضى الذين يحتاجون لخدمات رعاية التوليد الطارئة (على سبيل المثال الفَتْحُ القَيصَرِيّ) إلى منشأة صحية مُجَهّزة، فإن النساء قد يلقين حتفهن أو يعانين من إصابات طويلة).
- وفي حالات الأزمات يكون المراهقون (وخصوصا الفتيات منهم) عرضة للاستغلال الجنسي ويلجأ الكثير من المراهقين/ات وبضمنهم الصغار منهم الى بيع الجنس لتلبية احتياجاتهم واحتياجات عوائلهم وقد يكونون عرضة لخطر التجنيد في القوات المسلحة أيضاً.
- يؤدي أيضا عدم التمكن من الوصول الى معلومات حول الصحة الجنسية والانجابية والتعطل في تلك الخدمات الى زيادة خطورة تعرضهم الى الاستغلال والاساءة الجنسية وفيروس فقدان المناعة والأمراض المنقولة جنسيا والحمل غير المرغوب فيه واجهاضات غير آمنة.
- تقدم مجموعة خدمات MISP ملخصاً للخطوات الأساسية التي يلزم اتخاذها لتجنب هذه العواقب السلبية.

٥. من المسؤول عن تطبيق مجموعة خدمات MISP ؟

- إن موظفي الوكالات الإنسانية هم المسؤولون عن ضمان تنفيذ أنشطة مجموعة خدمات MISP ذات الأولوية.
- أنشطة مجموعة خدمات MISP ليست مقصورة على موظفي الصحة الإنجابية أو حتى القطاع الصحي العام. حيث أن مجموعة خدمات MISP تتداخل في كل القطاعات بالإضافة إلى قطاع الصحة، بما في ذلك الأمن الغذائي، خدمات المياه والصرف الصحي والمأوى.

٦. أهداف وأنشطة مجموعة خدمات MISP والتدخلات الرئيسية للإستجابة للإحتياجات للمراهقين/ات (رسم رقم ١)

- تحديد المنظمات والأفراد لتسهيل تنسيق وتطبيق مجموعة خدمات MISP عن طريق:
  - ضمان تواجد المُنَسِّق العام للصحة الإنجابية وقيامه بمهامه تحت فريق التنسيق الصحي.
  - ضمان تواجد النقاط المحورية للصحة الإنجابية في المخيمات ووجود الوكالات المُنَفِّذة.
  - إتاحة المواد لتطبيق مجموعة خدمات MISP وضمان استخدامها.

مصفوفة خدمات حزمة الحد الأدنى التي تشمل المراهقين/ات

- الترويج لإهتمام برامج الصحة الانجابية بالمراهقين /ت خلال تنفيذ حزمة الحد الأدنى من الخدمات.
- تشخيص المراهقين/ات الأكثر عرضة للإصابة لضمان امكانية حصولهم على خدمات الصحة الانجابية.
- تزويد المراهقين/ات بالمعلومات حول خدمات الصحة الانجابية المتوفرة وأماكن الحصول عليها.

- منع العنف الجنسي وعلاج عواقبه وتوفير المساعدة المناسبة للناجيين عن طريق:
  - ضمان وجود وجهوزية النظم لحماية السكان المشردين، خاصة النساء والفتيات، من العنف الجنسي.
  - ضمان توفر الخدمات الصحية، خاصة الدعم النفسي والاجتماعي، للناجيين من العنف الجنسي.

مصفوفة خدمات حزمة الحد الأدنى التي تشمل المراهقين/ات

- توفير رعاية صديقة للمراهقين/ات في المؤسسات الصحية للناجين من العنف الجنسي.
- تشكيل شبكة متعددة القطاعات لغرض احالة الناجين/ات الشباب من هذا النوع من العنف.
- زيادة الوعي المجتمعي من خلال المراهقين/ات.
- ربط الناجين من العنف الجنسي بالخدمات الصحية.

- تقليل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق:
  - فرض احترام الاحتياطات العامة.
  - ضمان توفر العوازل الطبية المجانية.
  - ضمان سلامة نقل الدم.

مصفوفة خدمات حزمة الحد الأدنى التي تشمل المراهقين/ات

- توفير الحصول على الموانع الذكرية مجاناً وبطريقة غير علنية في المراكز الموجهة للمراهقين/ات.
- التأكد من توفر الخدمات الصحية الصديقة للمراهق/ة، لأولئك الذين يحضرون الى المؤسسات الصحية نتيجة لما يعانون من أعراض للأمراض المنقولة جنسياً.

- منع الوفيات والاعتلال المفرط بين الأمهات والمواليد عن طريق:
  - توفير أدوات ولادة نظيفة لجميع النساء الحوامل والقابلات لتعزيز الولادة النظيفة في المنازل.
  - توفير أدوات الولادة للقابلات (من منظمة الأمم المتحدة للطفولة أو ما يعادلها) لتسهيل الولادة النظيفة والمأمونة في المرفق الصحي.
  - البدء في إنشاء نظام إحالة لعلاج الحالات الطارئة في الولادة.

مصفوفة خدمات حزمة الحد الأدنى التي تشمل المراهقين/ات

- توفير الخدمات الطبية الصديقة للمراهقين في المؤسسات الصحية.
- التنسيق مع الكتلة الصحية والقطاعات الاخرى لتشخيص حالات حمل المراهقات وربطهن بخدمات الرعاية.
- تشجيع اللجوء الى المؤسسات الطبية عند الولادة لجميع الأمهات المراهقات.

- التخطيط لتوفير الخدمات الشاملة للصحة الإنجابية، ودمجها في الرعاية الصحية الأولية، حسب ما تسمح الحالة عن طريق:
  - جمع المعلومات الأساسية التي تحدد مواقع لتقديم الخدمات الشاملة للصحة الإنجابية في المستقبل.
  - تقييم العاملين وتحديد نظم التدريب.
  - تحديد قنوات الشراء وتقييم الاستهلاك الشهري للعقاقير.

مصفوفة خدمات حزمة الحد الأدنى التي تشمل المراهقين/ات

- الاستمرار باعتماد أسلوب تعدد القطاعات لمعالجة الصحة الانجابية لضمان تشخيص وتلبية احتياجات الصحة للمراهقين/ات.

ملاحظة: من المهم تأمين كافة وسائل تنظيم الأسرة لتلبية الاحتياجات، وتأمين العلاج للإلتهابات المنقولة جنسياً للمرضى الذين يتقدمون بعوارض خاصة بها، ومن الضروري تأمين Antiretrovirals لمتابعة علاج المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، بما فيها الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الجنين. كما يجب تأمين الفوط الصحية للنساء والفتيات ضمن الرزم الصحية.

مصفوفة خدمات حزمة الحد الأدنى التي تشمل المراهقين/ات

- حق المراهقين/ات الذين يطلبون موانع الحمل بالحصول على هذه الخدمة بغض النظر عن العمر او الحالة الزوجية.

٧. مؤشرات مجموعة خدمات MISP

رصد حوادث العنف الجنسي

- رصد عدد حوادث العنف الجنسي التي تم الإبلاغ عنها بدون الكشف عن الهوية لوكالات الصحة والحماية وضباط الأمن.
- رصد عدد الناجين من العنف الجنسي الذين ينشدون الرعاية الصحية ويحصلون عليها (الإبلاغ بدون الكشف عن الهوية بالغ الأهمية).

رصد فيروس نقص المناعة البشرية

- إمدادات الاحتياطات العامة: النسبة المئوية للمرافق الصحية ذات الإمدادات الكافية للإجراءات الوقائية العالمية، مثل مواد الحقن التي تستخدم لمرة واحدة والقفازات والملابس الواقية ونظم التخلص الآمن من الأغراض الحادة.
- النقل الآمن للدم: النسبة المئوية للمستشفيات في مستوى الإحالة التي يوجد بها اختباراً لفيروس نقص المناعة البشرية لفحص الدم وإستخدامها بشكل ثابت.
- تقدير التغطية من العوازل الطبية: عدد العوازل الطبية التي يتم توزيعها في فترة زمنية محددة.

رصد تنسيق الأمومة المأمونة

- تقدير التغطية من عُدّة الولادة النظيفة.
- عدد ونوع مضاعفات الولادة التي يتم علاجها على مستوى الرعاية الصحية الأولية ومستوى الإحالة.
- عدد حالات وفيات الأمهات والمواليد في المرافق الصحية.

رصد التخطيط للتنسيق للخدمات الشاملة للصحة الإنجابية

- المعلومات الأساسية التي يتم جمعها.
- المواقع التي يتم تحديدها لتقديم الخدمات الشاملة للصحة الإنجابية في المستقبل.
- تقييم العاملين وتحديد نظم التدريب.
- تحديد قنوات الشراء وتقييم الاستهلاك الشهري للعقاقير.
- المصادر المادية

ملاحظة: ملحق رقم أ، رصد تنفيذ مجموعة خدمات MISP: قائمة مرجعية.

٨. ماهي الإمدادات اللازمة لتطبيق مجموعة خدمات MISP وأين يمكن لأي وكالة أن تجدها؟

- تشتمل مجموعة خدمات MISP على مجموعة عُدد سابقة التغليف تحتوي على أدوية وإمدادات تهدف لتسهيل تنفيذ خدمات الصحة الإنجابية ذات الأولوية في المرحلة المبكرة من الأزمة.
- صندوق الأمم المتحدة للسكان هو المسؤول عن تجميع وتسليم عُدد الصحة الإنجابية هذه.
- وحيث أن المشاكل اللوجستية شائعة في بيئات الأزمات، فإنه ينبغي على الوكالات أن تستعد عن طريق تضمين إمدادات الصحة الإنجابية بداخل النظام الكلي لشراء الإمدادات الطبية.

ملاحظة: ملحق رقم ب، عدة الصحة الانجابية وملحق رقم ج CheatSheet

مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى (MISP) للصحة الإنجابية

الهدف الأول

التأكد من قيام قطاع/مجموعة الصحة بتحديد الوكالة التي ستقود تنفيذ خدمات MISP

- مسؤول الصحة الإنجابية يقوم بوظيفته
- إجتماعات مناقشة تنفيذ الصحة الإنجابية تنعقد
- مسؤول الصحة الإنجابية يقدم التقارير لقطاع/مجموعة الصحة
- مجموعات مستلزمات الصحة الإنجابية موجودة ويتم إستخدامها

RH Kit* 0

الهدف الثاني

منع العنف الجنسي ومساعدة الناجين

- تم وضع نظام حماية محل التنفيذ خاصة للنساء والفتيات
- الخدمات الطبية متاحة للناجين كذلك الدعم النفسي الإجتماعي
- المجتمع على علم بالخدمات

RH Kit* 3 | RH Kit* 9

الهدف الثالث

الحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية

- يتم تنفيذ عمليات نقل دم آمنة ومعقولة
- يتم ممارسة الاحتياطات المعيارية
- العوازل الطبية المجانية متوفرة

RH Kit* 1 | الإحتياطات المعيارية لمجموعات المستلزمات 1-12 | RH Kit* 12

الهدف الرابع

منع الوفيات والمراضة المفرطة بين الأمهات والمواليد

- خدمات رعاية التوليد والمواليد في الحالات الطارئة متوفرة
- تم تأسيس نظام إحالة يعمل ٢٤ ساعة في اليوم طوال أيام الأسبوع
- تم توزيع مجموعات مستلزمات الولادة النظيفة على المولدين التقليديين والنساء ظاهرات الحمل
- المجتمع على علم بالخدمات

RH Kit* 12 | RH Kit* 11 | RH Kit* 10 | RH Kit* 9 | RH Kit* 8 | RH Kit* 6 | RH Kit* 2

الغاية الأكبر

الحد من الوفيات والمراضة والإعاقات بين السكان المتأثرين بالأزمات (اللاجئون/ المشردون داخلياً أو السكان المضيفين)

الهدف الخامس

التخطيط لخدمات صحة إنجابية شاملة مدمجة بداخل الرعاية الصحية الأولية

- تم جمع البيانات الأساسية
- تم تحديد المواقع لتقديم صحة إنجابية شاملة في المستقبل
- تم تقييم قدرات العاملين ووضع خطط التدريب
- تم طلب المعدات والإمدادات

RH Kit* 7 | RH Kit* 5 | RH Kit* 4

*مجموعة مستلزمات الصحة الإنجابية

رسم توضيحي رقم ا: أهداف الـ MISP

ملحق رقم أ

رصد تنفيذ مجموعة خدمات MISP: قائمة مرجعية

- تحديد المنظمات والأفراد الذين يسهلون مجموعة خدمات MISP
  - المنسق العام للصحة الإنجابية يعمل تحت فريق التنسيق الصحي
  - توجد نقاط محورية للصحة الإنجابية في المخيمات بالإضافة إلى الوكالات المنفذة
  - المواد اللازمة لتطبيق مجموعة خدمات MISP متاحة ومستخدمة
  - تم جمع المعلومات الديموغرافية والصحية الأساسية:
    - إجمالي السكان
    - عدد النساء في سن الإنجاب (١٥ إلى ٤٩ سنة، النسبة المقدرة هي ٢٥٪ من السكان)
    - عدد الرجال النشطين جنسيا (النسبة المقدرة هي ٢٠٪ من السكان)
    - معدل الولادات الإجمالي (النسبة المقدرة هي ٤٪ من السكان)
    - معدلات الوفيات حسب الأعمار (بما في ذلك وفيات المواليد من ٠ إلى ٢٨ يوم)
    - معدلات الوفيات حسب نوع الجنس
- منع وعلاج عواقب العنف الجنسي
  - توجد نظم منسقة متعددة القطاعات لمنع العنف الجنسي
  - توجد خدمات صحية سرية لعلاج حالات العنف الجنسي
  - تم تدريب (إعادة تدريب) العاملين على منع العنف الجنسي والاستجابة له
- منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية
  - توجد مواد كافية لممارسة الاحتياطات العامة
  - تم شراء وإتاحة العوازل الطبية
  - توفير الأخصائيون الصحيون لنشر والإطلاع على الاحتياطات العامة وممارستها
- منع الوفيات والاعتلال المفرط بين الأمهات والمواليد
  - عُدة الولادة النظيفة متوفرة ويتم توزيعها
  - احسب عدد عُدة الولادة النظيفة المطلوبة لتغطية حالات الولادة لمدة ٣ أشهر (العدد المقدر للسكان) × ٠،٠٤×٠،٢٥
  - أدوات القابلات متوفرة في المركز الصحي
  - تقييم مستشفى الإحالة ودعمها بالعدد المناسب من العاملين المؤهلين والمعدات والإمدادات
  - نظام الإحالة لحالات التوليد الطارئة يعمل ٢٤ ساعة في اليوم، ٧ أيام في الأسبوع
- التخطيط لتوفير خدمات صحة إنجابية شاملة
  - تم جمع المعلومات الأساسية (الوفيات، انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، انتشار وسائل منع الحمل)
  - تم تحديد مواقع لتقديم الخدمات الشاملة للصحة الإنجابية في المستقبل
  - تم تقييم العاملين وتحديد نظم التدريب
  - تم تحديد قنوات الشراء وتقييم الاستهلاك الشهري للعقاقير

ملحق رقم ب

عدة الصحة الانجابية

وعُدة الصحة الإنجابية مصممة لتستخدم لمدة ٣ أشهر لعدد متفاوت من السكان، ويعتمد ذلك على مجموعة العُدة المطلوبة وتنقسم العُدة إلى ثلاث مجموعات كما يلي:

المجموعة رقم ١: ٦ عدد فرعية تستخدم على مستوى المجتمع المحلي والرعاية الصحية الاولية
ل ١٠٠٠٠ شخص / ٣ أشهر

رقم العدة	اسم العدة	رمز اللون
العُدة صفر	العُدة الفرعية الإدارية	برتقالي
العُدة ١	العُدة الفرعية للعازل الطبي (الجزء ألعازل الطبي الذكري + الجزء بالعازل الطبي النسائي)	أحمر
العُدة ٢	العُدة الفرعية للولادة النظيفة (فردية الجزء أ للولادة الفردية + لاستخدام القابلات)	أزرق داكن
العُدة ٣	العُدة الفرعية لما بعد الاغتصاب	وردي
العُدة ٤	العُدة الفرعية لوسائل منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم وعن طريق الحقن	أبيض
العُدة ٥	العُدة الفرعية للأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي	فيروزي

المجموعة رقم ٢: ٥ عدد فرعية تستخدم على مستوى المجتمع المحلي والرعاية الصحية الاولية
ل ٣٠٠٠٠ شخص / ٣ أشهر

رقم العدة	اسم العدة	رمز اللون
العُدة ٦	عُدة فرعية للولادة (مرفق صحي)	بني
العُدة ٧	عُدة فرعية للجهازالرحمي (اللولب)	أسود
العُدة ٨	عُدة فرعية لعلاج مضاعفات الإجهاض	أصفر
العُدة ٩	عُدة فرعية لخياطة التمزقات (المهبلية وتمزقات عنق الرحم) والفحص المهبلي	أرجواني
العُدة ١٠	عُدة فرعية للولادة بالشفط (يدوي)	رمادي

ملحق رقم ج

Cheatsheet – حزمة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الانجابية في حالات الأزمات

	الأزمة	ما بعد الأزمة
	معدل الوفيات الأولي أكثر من ١ لكل ١٠٠٠٠ كل يوم	يعود معدل الوفيات إلى مستوى الجماعات السكانية المحيطة
مجال الأنشطة	مجموعة خدمات الحد الأدنى (MISP) للصحة الأنجابية	خدمات شاملة للصحة الإنجابية
تنظيم الأسرة	• توفير وسائل منع الحمل لتناسب الطلب عليها مثل العوازل الذكرية والأقراص والحقن والوسائل الرحمية.	• تحديد مصادر وسائل منع الحمل والحصول على الإمدادات. • توفير تدريب العاملين. • تأسيس برامج شاملة لتنظيم الأسرة. • تثقيف المجتمع.
العنف القائم على أساس نوع الجنس	• تنسيق آليات منع العنف الجنسي مع قطاعات/مجموعات الصحة والحماية وغيرها. • توفير الرعاية السريرية للناجين من الإغتصاب. • إبلاغ المجتمع بالخدمات المتوفرة.	• توسعة الرعاية الطبية والنفسية الاجتماعية والقانونية للناجين. • الوقاية والتعامل مع الأنواع الأخرى من العنف القائم على أساس نوع الجنس مما يشمل العنف الأسري والزواج بالإكراه/المبكر وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث. • تثقيف المجتمع. • إشراك الرجال والفتيان في برامج العنف القائم على أساس نوع الجنس.
رعاية الأمهات والمواليد	• التأكد من توافر خدمات رعاية التوليد ولامواليد في حالات الوارئ. • تأسيس نظام إحالة يعمل على مدار ٢٤ ساعة لحالات التوليد الطارئة. • توفير مجموعات مستلزمات الولادة النظيفة للنساء اللواتي يظهر عليهن الحمل وللقابلات. • إبلاغ المجتمع بالخدمات المتوفرة.	• توفير رعاية ما بعد الولادة. • رعاية ما قبل الولادة. • تدريب المولدين المهرة. (القابلات والممرضات والأطباء) على تنفيذ رعاية التوليد والمواليد في حالات الطوارئ. • زيادة قدرة الوصول إلى الرعاية الأساسية والشاملة للتوليد والمواليد في حالات الطوارئ.
الأمراض ذات الإنتقال عبر الإتصال الجنسي، بما يشمل الوقاية من علاج فيروس نقص المناعة البشرية	• ضمان سلامة ممارسات نقل الدم. • تيسير وإنفاذ الالتزام بالاحتياطات المعيارية. • توفير العوازل الطبية مجاناً. • توفير علاج المتلازمات كجزء من الخدمات السريرية الروتينية للمرضى الوافدين للرعاية. • توفير العلاج في أسرع وقت ممكن للمرضى اللذين يحتاجون للعقاقير المضادة للفيروسات الرجعية بما يشمل منع إنتقال العدوى من الأم الى الطفل.	• تأسيس خدمات شاملة لمنع أمراض الانتقال عبر الاتصال الجنسي والتعامل معها، بما يشمل تتبع الشركاء ونظام مراقبة أمراض الانتقال عبر الاتصال الجنسي. • التعاون كما يلزم في تأسيس خدمات شاملة معنية بفيروس نقص المناعة البشرية. • توفير الرعاية والدعم والعلاج للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية. • زيادة الوعي بشأن خدمات الوقاية من ورعاية وعلاج أمراض الانتقال عبر الاتصال الجنسي ومنها فيروس نقص المناعة البشرية.

الجزء السابع
العنف والصحة النفسية

ا. العنف المبني على النوع الاجتماعي

بروتوكول سريري لضحايا العنف المبني على النوع الاجتماعي

أ. تعريف العنف المبني على النوع الاجتماعي

أي عمل من أعمال العنف ينتج عنه أو يحتمل أن ينتج عنه إصابات أو آلام جسدية، جنسية أو نفسية للمرأة، ويشمل كذلك التهديدات أو كل فعل اجباري أو حرمان تعسفي من الحرية سواء كان ذلك في الحياة العامة أو الحياة الخاصة.

ب. الأهداف

- اكتشاف حالات ضحايا العنف المبني على النوع الجنسي من خلال التقصي والتعرف على بعض الادلة والمؤشرات لحصول العنف.
- معالجة جميع الكدمات أو الصدمات والامراض والأعراض الناتجة عن العنف.
- إعطاء الشعور بالامان و التواصل مع الضحايا.
- تقديم المشورة و الدعم المعنوي.
- الأخذ بعين الاعتبار مخاوف المرأة والتأكد من ضمان سلامتها بعد مغادرتها المركز.
- حفظ المعلومات في الملف مع المحافظة على السرية الطبية.
- الاحالة للمؤسسات او الجمعيات المختصة.

ت. الأدلة أو المؤشرات لوجود العنف

فيما يلي عرض لبعض العوارض التي تشير إلى إحتمال تعرض المريضة للعنف. وهذه العوارض لا تشكل دلالة حتمية، لكن تواجدها يستدعي سؤال المريضة بشكل مباشر؛ صدمات، كدمات، جروح، كسور، رضوض قد تكون متكررة (رضوض قديمة وجديدة و بألوان مختلفة) او لا تتناسب مع التبريرالمعطى لطريقة حدوثها.
رضوض على الثدي او البطن خاصة اذا كانت المرأة حامل، حروق عقب السجائر.

- **أعراض مزمنة**: آلام مختلفة و متكررة في الجسم: وجع رأس ، وجع بطن، آلام المفاصل، آلام بالحوض ...
- **أمراض نفسية - جسدية**: رفّة قلب، دوخة، أعراض بالجهاز الهضمي
- **أعراض بالجهاز التناسلي**: اضطرابات العادة الشهرية، إجهاض متكرر، ولادات مبكرة، عدم متابعة للحمل ...
- **أمراض نفسية**: كآبة، قلق، مشاكل نوم، رغبة او محاولة الانتحار، عدم القدرة على التركيز، النسيان ، ادمان المخدرات او الكحول.
- **تصرفات غير اعتيادية**: تأخر بطلب المساعدة الطبية بعد الحادث.
- **إنفعالات غير طبيعية**: ردات فعل مبالغ بها أو حتى مطموسة، إنكار مستفيض لوجود العنف، غياب متكرر عن المواعيد، عدم الالتزام بطريقة العلاج، خوف غير طبيعي من التأخير، التهرب من التواصل النظري، تغذية غير سليمة لها أو لأولادها، تعرض الأولاد للعنف.

ث. طريقة التقصي

- من الافضل البدء بجمل تمهيدية مثلاً: بالاضافة الى المشاكل الصحية، إننا في هذا المركز نسأل جميع النساء عن إحتمال تعرضهن للعنف، لأن الاساءة والعنف منتشران.

- كذلك نتمنى بسؤالنا الروتيني أن نزيد من وعي الناس حول هذه المشكلة وأن نشجعهم على التحدث عنها. تأكدي بأن جميع المعلومات التي ستخبريني بها ستبقى سرية.
- هل في حياتك علاقة مع أي شخص تتعرضين خلالها للضرب أو أي اذى جسدي أو تهديد كلامي؟
- غالباً ما يحدث سوء تفاهم مع الأشخاص المحيطين بنا؛ عندما يحصل خلاف في المنزل، هل تخافين من ردة فعل زوجك تجاهك أو تجاه أولادك؟
- خلال الحمل هل تعرضت لضرب، ركل أو أي نوع من الأذى الجسدي من قبل أحد الأشخاص؟ في حال كان الجواب نعم، ممن وكم مرة؟
- هل أنت على علاقة مع شخص يسيطر أو يحاول أن يسيطر عليك: مع من تتكلمين أو إلى من تلجئين، إلى أين تذهبين، ماذا تفعلين؟ كيف تتصرفين بأموالك، ما هي طبيعة علاقتك مع أهلك وعائلتك؟

ج. دور الأشخاص العاملين بالمركز

الممرضة

- الشروع بالتقصي والإستطلاع المبدئي عن وجود العنف.
- القيام بالإستطلاع المبدئي على إنفراد (يمكن الطلب من الأشخاص المرافقين للمرأة الإنتظار في قاعة الإنتظار مع التوضيح بأن هذا إجراء روتيني).
- التقصي عن وجود العنف وذلك بسؤال جميع المستفيدات أسئلة مباشرة . مثلا: هل تتعرضين من قبل أحد الأشخاص للتهديد، السيطرة، التحكم أو الإيذاء؟
- إذا تبين وجود عنف:
  - دعيها تعلم أن لديها الفرصة للتكلم عن هذا الموضوع بخصوصية، وأن هذه المحادثة سوف تكون سرية.
  - حاولي تقدير حالة الأمان التي تعيشها كالسؤال مثلاً: "هل أنت بأمان هنا".
  - راقبي حركات المريضة: هل هناك تردد، أو إنفعالات متقلبة... فمن الممكن أن تغادر المكان قبل إجراء الكشف.
  - إذا إطمأنت و بقيت في قاعة الإنتظار:
    - أعلمي الطبيب واستشيري المرشد الإجتماعي.
    - دوّني المعلومات بتجرد، مع ذكر تفاصيل الإساءة.

إذا أقرّت المريضة بوجود خطر: أرسلي الحالة لمرشد إجتماعي وأعلمي الطبيب.

- إذا لم يتبين وجود عنف ولا آثار جروح أو أذى؛ إنتبهي لوجود مؤشرات للإساءة؛ في حال وجودها يفضل التقصي على إنفراد من قبل المرشد الاجتماعي.
- إذا انكرت وجود عنف أو رفضت تدخل المرشد الإجتماعي، ولكن الشك لا يزال موجوداً، أعلمي الطبيب والمرشد الاجتماعي بملاحظاتك.
- بالنسبة للمريضة التي تصر على إنكار وجود العنف ولكنك ما زلت تشكين بوجوده، فعليك توجيه النصائح التالية:
  - الاجتماع مع المرشد الإجتماعي.
  - الاتصال بالمركز بحال تعرضها للعنف لاحقاً.
  - تزويدها بارقام مراكز تعنى بالعنف.
  - لا تدوني "إحالة بسبب العنف" على الملف.

إذا تبين وجود عنف؛ على الممرضة أن:

- تأيد مشاعر المعنفة؛ وتدعها تعلم أنها ليست مسؤولة عن الإساءة
- تعبر عن اهتمامها بسلامتها
- تعلمها بأنه من الأفضل إحالتها للمرشد الإجتماعي
- تعلم الطبيب
- تدون المعلومات بتجرد

المرشد الإجتماعي

- تتم المقابلة في غرفة خاصة
- يدرس المرشد الإجتماعي وضع المريضة، ويقيّم المخاطر والمجازفات، يعطيها المشورة والدعم ويحيل للجهات المختصة .
- يتأكد من المريضة بخصوص أي من المرافقين يفضل عدم تواجدهم عند التحدث عن العنف. تدون المعلومة في الملف.
- إذا كان للمعنفة أولاد، يمكن للمرشد الإجتماعي إحالتهم لإختصاصيين للتأكد من سلامتهم ولتقييم صحتهم النفسية عند الحاجة.
- تناط هذه المهمة بالممرضة قدر الإمكان في حال عدم تواجد عامل إجتماعي.

دور الطبيب

- يقيّم ويعالج الجروح والصدمات. كل النساء المعنفات يتلقين فحص طبي شامل يتضمنه: صور أشعة عند الضرورة، للبحث عن أدلة لكسور قديمة أو جديدة.
- من الافضل افتراض وجود عنف منزلي عند التعامل مع كل مريضة والتنبه لوجود المؤشرات .
- عندما تلفت المرضة الانتباه لوجود العنف:
  - تفهّم مشاعر المريضة والتأكيد على أنها ليست الملامة على العنف.
  - الاستفسار عن كيفية محافظتها على سلامتها وعن إحتمال وقوع العنف قريبا.
  - إخبارها بأن المرشد الإجتماعي سوف يجيب عن تساؤلاتها ويمكن إحالتها لأخصائيين.
- إذا لم تعترف المريضة بتعرضها للعنف، ولكن الأطباء والممرضات يشكون بوجوده من الجروح/ العوارض، يحاول الطبيب تسهيل الاعتراف "جروحك تقلقني، جروح مثل هذه غالباً ما يتسبب بها اساءة او عنف. هل ممكن أن يكون هذا ما حدث لك؟" او " نحن نرى الكثير من النساء المعنفات والمساعدة متاحة".
- إذا تم الاعتراف بالعنف للطبيب، أعلم الممرضة وتحال المريضة للمرشد الاجتماعي؛ تدون المعلومة في الملف.
- إذا كانت الجروح ظاهرة، من الممكن تصويرها بموافقة المريضة وحفظ الصور لاستعمالها كأدلة في المستقبل.
- إذا كان للمريضة إساءة واضحة أو مشكوك بها ولكنها لا تستطيع التكلّم عنها، يجب استشارة المرشد الإجتماعي.
- تدوين القصة والفحص الطبي مع الإنتباه الى تسجيل الملاحظات بموضوعية، و بأنه تم استشارة او تحويل المريضة الى مرشد اجتماعي.
- من الممكن استعمال رسم بياني للجسم لإظهار مكان وانواع العدوان الجسدي مع وصف تفصيلي لكل نوع.

٢. الإدارة السريرية للناجين من الاغتصاب

أ. الأهداف

- تعريف العنف الجنسي والكلمات ذات الصلة.
- معالجة المراهق الذي وقع ضحية العنف الجنسي (جسدياً ونفسياً)
- تقديم المشورة للمراهق حول طرق الوقاية من العنف الجنسي.

ب. المقدمة

- تتعرّض الفتيات أكثر من الفتيان للعنف الجنسي ولا يقوم الفتيان بالابلاغ عن العنف الجنسي كالفتيات.
- التعرّض للاغتصاب يكون عادة من قبل شخص يعرف الضحية: فرد من الأسرة؛ شخص حميم، معارف أو أشخاص مقربين منه.
- إن أقل من ٢٥٪ من حالات الاغتصاب تكون من قبل أشخاص غرباء.

ت. تعريف العنف الجنسي / الاعتداء الجنسي

- يتم تعريف الاعتداء الجنسي كمحاولة متعمدة للمس الآخر جنسياً دون موافقته، ويشمل: الجماع الجنسي (الاغتصاب) واللواط (علاقة عبر الفم والاعضاء التناسلية أو الشرج والأعضاء التناسلية) والملاطفة.
- الاعتداء والعنف الجنسي يعني أي نوع من النشاط الجنسي الذي لا يوافق عليه الشخص الآخر، بما في ذلك:
  - اللمس غير اللائق.
  - الاختراق عن طريق المهبل، الشرج أو الفم .
  - الجماع الجنسي دون الموافقة.
  - الاغتصاب.
  - محاولة الاغتصاب.
  - التحرش الجنسي بالأطفال.
- الاعتداء والعنف الجنسي يمكن أن يكون لفظي أو بصري أو أي شيء يجبر الشخص على المشاركة في علاقة جنسية غير مرغوب بها أو اهتمام جنسي. مثال على ذلك:
  - استراق النظر. [شخص يراقب أفعال جنسية خاصة]
  - الاستثارة. [شخص يعرض نفسه / نفسها علناً]
  - سفاح القربى. [العلاقة الجنسية بين أفراد الأسرة]
  - التحرش الجنسي.
- ويمكن أن يحدث في حالات مختلفة:
  - من قبل شخص غريب في مكان معزول.
  - من قبل شخص تم التعرف عليه أثناء موعد أو لقاء.
  - من قبل شخص تم التعرف عليه في المنزل.

ث. تعريف الاغتصاب

- علماً بأن الاعتداء الجنسي هو مصطلح واسع يستخدم لوصف الفعل العنيف الذي ينطوي على الاتصال الجنسي غير التوافقي وغير المرغوب فيه، بدءا من التقبيل، الملاطفة إلى محاولة الاغتصاب والاغتصاب.
- يعتبر الاعتداء الجنسي من مشاكل الصحة العامة، والتي يمكن أن تؤثر على أي شخص.
- الإناث هن أكثر عرضة من الذكور.
- نحو ٥٠٪ إلى ٨٠٪ من الاعتداءات الجنسية تكون مرتكبة من قبل شخص قريب من الناجي. ومع ذلك، فان أقل من ربع الناجين من الاعتداء الجنسي يقومون بابلاغ الشرطة.
- أما الاغتصاب فهو ما يحدث دون موافقة الضحية ويشمل

استخدام القوة أو التهديد لاختراق المهبل أو شرج الضحية عن طريق ادخال القضيب، اللسان، الأصابع أو أي شيء، أو يمكن أن تشمل أيضا إدخال القضيب عبر فم الضحية .

- يعتبر هذا الاختراق، اغتصاباً بالمعنى القانوني لدى الضحايا دون سن الرشد سواء كان مراداً أم لا.
- كما أنه يمكن أيضا إعتبار الجماع دون استخدام القوة "اغتصاباً" عندما تكون الضحية غير قادرة على إعطاء الموافقة بسبب المرض العقلي أو التخلف العقلي أو التسمم.
- الاغتصاب هو جريمة عنف وعادة ما يحكم على الجاني/المعتدي بعقوبات بحال تم احضاره إلى المحكمة.
- ويعتبر القانون الجنائي اللبناني الاعتداءات التالية موازية للاغتصاب:
  - رجل ألزم امرأة أخرى غير زوجته على الجماع الجنسي بالقوة أو التهديد.
  - الجماع الجنسي مع امرأة غير الزوجة، بحال لم تستطع تلك المرأة الدفاع عن نفسها بسبب مرض جسدي أو عقلي.
  - الجماع الجنسي مع قاصر أقل من ١٨ عاما، بحيث يعتبر سن ال ١٨ سن الرشد.

ج. مضاعفات الاغتصاب على المدى البعيد

- الاغتصاب هو تجربة مؤلمة تحوي العديد من الآثار السلبية على الناجين من ناحية الصحة العقلية والجسدية والجنسية والإنجابية على حد سواء وعلى المدى القريب والبعيد.
- تساعد الإدارة الشاملة والمبكرة لإحتياجات الناجين من الاغتصاب وادراك العوارض المزمنة على الوقاية من المضاعفات الطبية والنفسية المستمرة الطويلة الأمد (جدول رقم ١).

جدول رقم ١: مضاعفات الاغتصاب على المدى البعيد

المضاعفات الجسدية	المضاعفات النفسية
- ألم مزمن (للحوض والظهر)	- تعاطي الكحول والمخدرات
- ألم عضلي Fibromyalgia	- قلق
- صداع	- اكتآب
- أعراض القولون العصبي	- اضطرابات الأكل
- حالة صحية عامة ضعيفة	- اضطراب ما بعد الصدمة
- ضعف جنسي	- اضطرابات النوم
- اضطرابات جسدية	

ح. عرض الحالة

- قد يعاني ضحايا الاعتداء الجنسي من شكاوى طبية متنوعة. يأتون لطلب العناية الطبية لتقييم حالة العنف الجنسي، أو يأتون طلباً لرعاية روتينية أو تقييم طبي أو سلوكي قد لا يكون مرتبطاً بالاعتداء الجنسي.
- وتشكّل معظم الشكاوى مؤشرات محتملة للاعتداء الجنسي وهي غير محددة.
- أمّا الشكاوى التي تصف تحديداً الاتصال الجنسي غير اللائق أو التحرش تتضمن نزيف شرجي أو نزيف بالأعضاء التناسلية و/أو التهابات منقولة جنسياً التي لا تتواجد بالعادة في فترة ما حول الولادة.

خ. التقييم

- ويهدف تقييم المراهق بعد تعرضه للعنف الجنسي التالي:
  - تحديد الإصابات والحالات التي تستدعي العلاج.
  - الكشف أو تشخيص الأمراض المنقولة جنسياً.
  - تقييم والحدّ من مخاطر الحمل.
  - توثيق النتائج التي من الممكن استعمالها كدلائل شرعية.

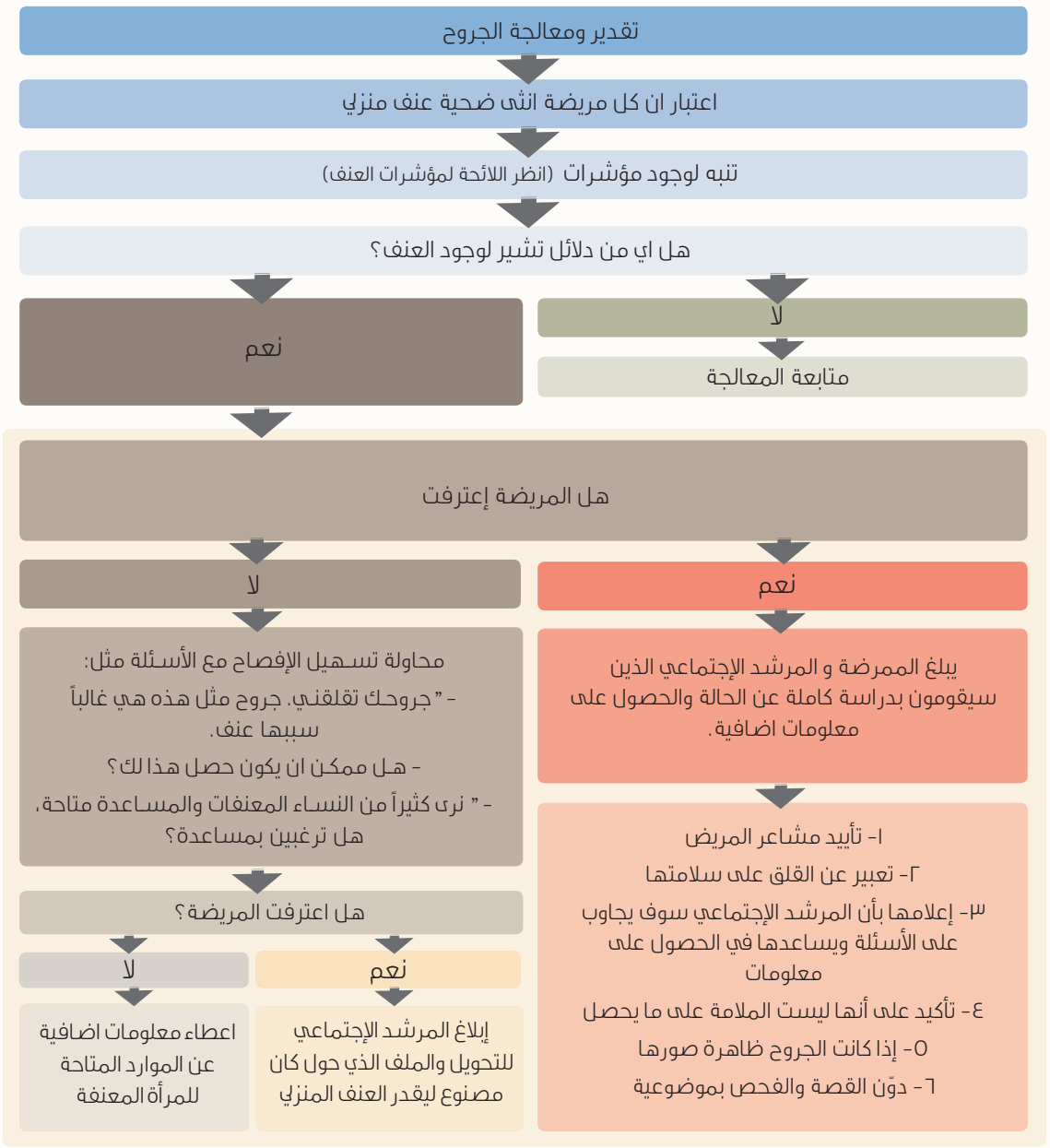
د. التقدير

- ينبغي أخذ التاريخ الطبي المفصل واجراء الفحص الجسدي الكامل.
- ومن المستحسن أن يكون دون حضور أي من أفراد الأسرة الآخرين.

ذ. الإدارة

- ويشمل هذا المبدأ التوجيهي الإدارة السريرية الشاملة للناجيات من الاغتصاب على أساس التوصيات المبنية على الأدلة من المنظمات الدولية والجمعيات العلمية، مع الأخذ بعين الاعتبار السياق اللبناني والمبادئ التوجيهية الوطنية المتاحة ذات الصلة.
- يمكن استخدام هذا المبدأ التوجيهي من قبل مختلف مقدمي الرعاية الصحية، منهم الأطباء (أطباء الطب الشرعي، أطباء الطوارئ، أطباء الأمراض النسائية وأطباء العائلة، أطباء الأطفال والطب العام) والممرضات والقابلات والأخصائيين الاجتماعيين والعاملين في مجال الصحة النفسية في المرافق الصحية، بالإضافة إلى مديري والموظفين الإداريين للمرافق الصحية.

ر. دور الطبيب (رسم رقم ٢)



رسم توضيحي رقم ٢: تقييم حالة العنف المحتمل

٣. الإدارة الفورية للناجيات من الاغتصاب

- تكون الإدارة فورية لضحايا الاغتصاب خلال ٧٢ ساعة من الاعتداء لأن هذا هو أفضل وقت لتقديم الرعاية الوقائية وجمع الأدلة الكافية. ومع ذلك، لا يزال من الممكن تقديم بعض الخدمات الوقائية خلال ١٢٠ ساعة (٥ أيام).
- تهدف الادارة الفورية فضلاً عن جمع كافة الأدلة الى :
  - تحديد وعلاج الإصابات الحادة
  - توفير الرعاية الطبية والنفسية والدعم القانوني
  - ضمان إحالة كافية (إذا لزم الأمر) ومتابعة للناجي.

أ. المقاربة العامة

- معظم ضحايا الاغتصاب يلومون أنفسهم على ما حدث لهم وقت الاعتداء. يشعرون بالقلق من معرفة أقاربهم والناس بالاعتداء الحاصل، ومن تعرضهم للأمراض المنقولة جنسياً وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية HIV نتيجة الاعتداء وكذلك من إمكانية حصول الحمل (عند الإناث في سن الإنجاب).
- يجب على العاملين في مجال الرعاية الصحية توفير الرعاية للناجين من الاغتصاب دون حكم مسبق. ومن المهم جداً عدم لومهم.
- ننصح العاملين بالاستماع بعناية لاحتياجاتهم ومخاوفهم للتمكن من الاستجابة الفورية، وضرورة إطمئنانهم بأنه سيتم الحفاظ على السرية التامة.
- النصائح الواجب اتباعها من قبل العاملين في الرعاية الصحية عند التعامل مع الناجين من الاغتصاب:
  - عدم التأخر في توفير الرعاية.
  - إظهار التعاطف والرحمة أثناء الرعاية.
  - عدم اظهار حكم مسبق.
  - الاستماع لهم وعدم الضغط عليهم بالاجابة أو الكشف عن المعلومات.
  - عدم العجلة، إتاحة الوقت الكافي أثناء المقابلة والفحص.
  - التفاهم ومحاولة معالجة المخاوف.
  - تقديم المعلومات الكافية وربطها بالخدمات والدعم الاجتماعي حسب الحاجة.
  - احترام الخصوصية والسرية.
  - ضمان موافقة الناجي (والوصي القانوني) بكل خطوة من الرعاية.

ب. الإعداد

- يمكن توفير الرعاية لضحايا الاغتصاب في المرافق المختلفة بما في ذلك المستشفيات (في غرفة الطوارئ أو أقسام أخرى من المستشفى)، في مراكز الرعاية الصحية الأولية أو في عيادات الأطباء، يجب أن تكون هذه المراكز سهلة الوصول، تضمن أجواء وبيئة آمنة، تحافظ على الخصوصية وأن تكون مجهزة جيدا لتوفير هذه الخدمة (جدول رقم ٢).
- نذكر أبرز خصائص البيئة المثالية؛ تجدون قائمة المعدات والتجهيزات والأدوية والوثائق التي يجب أن تكون متاحة في هذه المراكز في الملحق رقم ١.

جدول رقم ٢: خصائص البيئة المثالية لتوفير الرعاية للناجين من الاغتصاب

- غرفة فحص خاصة، وليس مقصورة ذات ستائر حتى ولو في غرفة الطوارئ
- توافر سرير للفحص النسائي، الانتباه الى كيفية وضع السرير حتى يتمكن مقدم الرعاية الصحية للفحص من جانب المريض الأيمن
- غرفة ذات حرارة معتدلة (لا باردة ولا حارة)
- غرفة تضمن الخصوصية السمعية والنظرية (بحال التعرّي)
- توافر أغطية سرير نظيفة ولباس لكل مريض
- توافر مرافق لغسل اليدين
- توافر حمام ومرحاض للمريض
- توافر باب ذو قفل لمنع الدخول أثناء الفحص
- توافر هاتف
- توافر طاولة أو مكتب حيث يمكن وضع الأدلة التي تم جمعها
- توافر منطقة انتظار للأسرة و/أو الأصدقاء
- توافر المعدات والتجهيزات والأدوية والوثائق على النحو المبين في الملحق رقم ١

ت. مقدمي الخدمة

- يُعتبر الطب الشرعي من المهن التقليدية المثالية للتعامل مع الحالات الجنائية كالاغتصاب.
- وبالرغم من ذلك، فيمكن للعاملين في مجال الرعاية الصحية في المستشفيات أو في مراكز الرعاية الأولية أو العيادات الخاصة توفير الرعاية للناجين من الاغتصاب فقط بعد خضوعهم لتدريب خاص. وهذا يشمل الأطباء (أطباء الطوارئ وأطباء الأمراض النسائية، أطباء الأسرة والطب العام وأطباء الأطفال) والقابلات والممرضات والعاملين في مجال الصحة النفسية وكذلك الأخصائيين الاجتماعيين.

ث. التقييم الطبي

- ينبغي إجراء تقييم طبي في غرفة خاصة. وينبغي أن يكون الطاقم الطبي فقط على صلة بالموضوع (عادة ما يكون مع الطبيب وصي: كقابلة أو ممرضة).
- بحال كان رجل الامن أم الشرطي موجوداً، ينبغي أن يطلب منه البقاء خارج الغرفة. ومن المهم الحصول على موافقة الناجي بكل خطوة من خطوات التقييم الطبي. تجدون استمارة الموافقة في الملحق رقم ٢.
- وتشمل المكونات الرئيسية للتقييم الطبي ما يلي:
  - التاريخ الطبي العام.
  - تاريخ الاعتداء.
  - الفحص البدني الدقيق بما في ذلك توثيق الإصابات الجسدية.
  - جمع الأدلة الجنائية.
  - علاج الإصابات الجسدية.
  - تقييم العلاج والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.
  - تقييم الحمل والوقاية.
  - الدعم النفسي والإرشاد.
  - الإحالة.
  - المتابعة وإعداد التقارير.
- من المهم الكشف الفوري عن الإصابات الخطيرة ومعالجتها على الفور. ملىء الاستمارة الطبية وتدوين التاريخ والفحص البدني (بما في ذلك الصور التوضيحية) جنباً إلى جنب مع خطة الإدارة تجدونها في الملحق رقم ٣.

ج. التاريخ الطبي العام

- جمع المعلومات عن حالة الناجية الطبية بشكل عام والتركيز بالاخص على ما يلي:
  - موانع اعطاء حبوب منع الحمل الطارئة (مثل تخثر الدم، سرطان الكبد، سرطان الثدي وارتفاع ضغط الدم)
  - الأدوية المستخدمة
  - تاريخ آخر دورة شهرية
  - تاريخ التحصين ضد الكزاز والتهاب الكبد "ب"
  - تاريخ الحمول و وسائل منع الحمل المستخدمة حاليا
  - تاريخ و وقت آخر لجماع جنسي توافقي

ح. تاريخ الاعتداء

- من ضروري جمع تفاصيل الاعتداء الجنسي لتقييم درجة الصدمة، مما يساعد أيضا على تقييم مخاطر الحمل والأمراض المنقولة جنسياً. يجب جمع المعلومات التالية:
  - ظروف الاعتداء، بما في ذلك التاريخ والوقت والمكان، أي استخدام للأسلحة والعنف، القيود أو التهديدات.
  - وصف المعتدين وعددهم وعلاقتهم بالضحية.
  - المخدرات أو الكحول المستخدمة من قبل المعتدي.
  - أنواع الاتصال الجنسي الفعلي أو المحاولة (عن طريق الفم، الشرج، المهبل، اللمس، استخدام الأشياء، الاتصال بالسائل المنوي، استخدام الواقي الذكري).
  - حركة الناجين بعد الاعتداء من الممكن أن تقلل من جمع عينات الطب الشرعي (تغيير الملابس والاستحمام والتبول أو التغوط، وتنظيف الأسنان، تناول الطعام، استخدام الحقن الشرجية، تغيير أو إزالة التامبون، واستخدام الفوط الصحية).
  - فقدان الوعي أو فقدان ذاكرة الناجي/ة.
  - نزيف من جانب المعتدي أو الناجي قد يكون ذات صلة في تقييم مخاطر انتقال فيروس التهاب الكبد أو فيروس نقص المناعة البشرية.
  - أي نشاط جنسي بالتراضي قبل أو بعد الاعتداء بما في ذلك تفاصيل عن موقع الاتصال (عن طريق الفم، الأعضاء التناسلية، الشرجية) واستخدام الواقي الذكري.

خ. الفحص البدني (جدول رقم ٣)

- الطلب من الناجي أن يخلع ملابسه (في القسم الخاص من الغرفة) ويعطى له / لها لباس لارتدائه بدلا من ذلك تأكد من وضع ورقة تحت الناجي، في حين تعريه، لالتقاط أي دليل يسقط منه.
- العناصر الرئيسية للفحص البدني هي:
  - ينصح بالفحص البدني الكامل (من الرأس إلى أخمص القدمين) البدء بأجزاء الجسم غير الحميمة مثل فروة الرأس والعينين والأذنين حتى اكتساب ثقة الناجي. ويبين الجدول أدناه كيفية اجراء الفحص البدني بالتفصيل.
  - الكشف الكامل للجلد من كدمات وجروح، تورم وطراوة. احتمال وجود رضوض خارج الاعضاء التناسلية أكثر من الرضوض حول الشرج. وعادة ما تكون الرضوض

عبارة عن كدمات وعلامات الرباط على الكاحل والمعصم والرقبة، أو ترك بصمات اليد، بصمات الأصابع، علامات الضرب بالحزام والعضّ. يعتمد الفحص باتباع اختصار TEARS:

- T- Tears تمزّق في الأنسجة بما في ذلك التصدع.
- E- Echymoses كدمات.
- A- Abrasion خدوش.
- R- Redness احمرار.
- S- Swelling تورم.

◂ توثيق جميع هذه الإصابات سواء على الرسم التوضيحي أو بأخذ الصور.

– استكمال فحص الحوض والأعضاء التناسلية:

- لدى الضحايا الإناث: ينبغي فحص الثديين والأعضاء التناسلية الخارجية والمهبل بعناية. المواقع الأكثر تعرضاً للإصابة هي لجام الشفر الفرجي Posterior fourchette، الشفرين الصغيرين، غشاء البكارة والحفرة الزورقية لفتحة المهبل Fossa navicularis. ويمكن إجراء فحص لعنق الرحم للكشف الدقيق عن مدى الاصابة.
- لدى الضحايا الذكور: الكشف عن أي إحمرار، إنسلاخ، إزرقاق أو تمزّق في القضيب أوكيس الصفن و البحث عن أي علامات للمصّ. ينبغي أن يتم التركيز على حشفة القضيب Glans وعلى لجامه Frenulum.

– يجب أن يتم فحص الشرج بحال كان الاعتداء عبر اختراقه. ومن المهم أيضا التحقق من تراخي عضلة الشرج أو ارتخائها.

جدول رقم ٣: تفصيل اجراء الفحص البدني

أجزاء الجسم	وصف الفحص البدني
فروة الرأس	– البحث عن تورم أو طراوة
العيون	– التحقق من وجود نزيف الملتحمة. فحص غشاء العين الخارجي وداخل الجفون – التحقق من وجود تجمع دموي حول العين
الآذان	– التحقق من وجود كدمات على الأذن أو خلف الاذنين أو وجود دم في قنوات الأذن
العنق	– التحقق من وجود طراوة أو شعور بعدم الحركة – التحقق من وجود كدمات أو علامات الرباط بالحبل
الصدر والظهر	– التحقق من وجود طراوة، كدمات، علامات عضّ على الظهروالصدر والثديين
البطن	– جس البطن للبحث عن أي طراوة أو أية كتل
الأطراف	– التحقق من وجود كدمات، علامات رباط، تمزق أو جروح – التحقق من وجود ألم، طراوة، من حركات الذراعين والساقين
فحص الاعضاء التناسلية لدى الإناث	– استخدام وضعية الولادة للفحص (أما لدى الاطفال فتستخدم وضعية مختلفة) – فحص الفخذين من الداخل، الشفرين الكبيرين والعجان. تحقق من وجود طراوة، كدمات خدوش أو تمزقات – فحص الشفرين الكبرة و الصغرة، مدخل المهبل والحفرة الزورقية. لا ينبغي أن يتم الفحص اليدوي دون ارتداء كفوف إلا لأسباب طبية – يتم الفحص بالمنظار speculum اذا لزم الامر (على سبيل المثال نزيف مع عدم وجود مصدرمحدد أو لجمع الأدلة الجنائية) – ملاحظة: ان الكشف بالمنظار ممنوع لدى المراهقين والأطفال

فحص الاعضاء التناسلية لدى الذكور	- فحص الفخذين من الداخل، جميع جهات القضيب الاكليل، القلفة، الحشفة القضيب، كيس الصفن والعجان - التحقق من وجود خدوش، كدمات، تمزقات، احمرار والتهاب
فحص الشرج	- يمكن فحص الإناث خلال الفحص النسائي، أما عند الذكور فيتم أثناء الاستلقاء على الظهر أو في وضعية الجانبية بثني الركبة تجاه الصدر أو بعد الانحناء على طاولة الفحص - التحقق من وجود خدوش، تمزقات أو كدمات على العجان، أو وجود تراخي في الشرج. فصل طيات الشرج للتحقق من أي تهتك - لا ينصح بالفحص بواسطة الاصابع الاّ بحال الشك بوجود أجسام غريبة داخل الشرج

د. التقييم المخبري

- يجب طلب الفحوصات المخبرية التالية:
  - اختبارالحمل: لدى الإناث في سن الإنجاب.
  - اختبارات للكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً:
    - لا تطلب هذه الاختبارات بشكل روتيني (لأنها مكلفة، ليست موجودة في جميع المختبرات والنتائج تحتاج الى الوقت)
    - لا تعد هذه الاختبارات ذات جدوى بحال تلقي الناجين علاج وقائي لمنع الأمراض المنقولة جنسياً.
    - هي مهمة لدى الناجين الذين يرفضون أخذ العلاج الوقائي وتشمل:
      - زرع للسيلان N.gonorrhea و الكلاميديا C.Trachomatis بأخذ العينات من جميع المنافذ وأي موقع من الاتصال (المهبل، الشرج، البلعوم والفم).
      - أخذ عينة من الافرازات وزرعها للبحث عن داء المشعرات. كما يمكن فحصها لتقصي التهابات المهبل البكتيرية أو الفطريات.
    - وتبعا للأفراد يجب اجراء الاختبارات المصلية لفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد ب والزهري .
- من المستحسن اجراء اختبار الأمراض المنقولة جنسيا والإختبارات المصلية الأخرى في حال قرر الناجون الابلاغ عن الاعتداء إلى المحكمة.
- أهمية هذا تكمن في حقيقة أن عقوبات الجاني / المعتدي سوف تزداد إذا نتج عن الاغتصاب أية إصابة بالأمراض المنقولة جنسياً.
- لا يطلب التقييم الشعاعي بشكل روتيني ولكن يمكن اجراؤه تبعاً لنتائج التاريخ الطبي والفحص البدني.

ذ. التقييم الطبي الشرعي (جدول رقم ٤)

- يجب اجراؤه لدى الناجيات من الاغتصاب ولكنه ليس إلزامياً.
- تتطلب موافقة الناجين المسبقة.
- يتم اجراؤه مع الفحص البدني.
- يتم جمع العديد من العينات من مواقع متعددة، بما في ذلك شراشف نقل الناجي وأية علامات عليها.
- أخذ صور للإصابات الجسدية وغيرها من الأدلة ذات الصلة والمهم هو الحصول على وثيقة موافقة الناجي.

ويتضمن **الملحق رقم ٤** المكونات لعدة الاغتصاب المقترحة من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان، مع إضافة معدات / لوازم تستخدم للتقييم الطبي الجنائي في حالات وجود الحد الأدنى من الموارد.

يشمل جمع الأدلة الجنائية ما يلي:

- الكشف على الجسم
  - فحص ملابس الناجية تحت ضوء واضح قبل خلعها والتأكد من جمع الملابس كدليل وإعطاء الناجي/ة لباس آخر.
  - جمع عينات من الأماكن التي تحتوي على اللعاب أو السائل المنوي على مستوى الجلد لتحليل الحمض النووي. إذا كانت السوائل جافة جدا وشائكة على الجلد، يمكن استخدام القطن ذي الرؤوس المعقمة والرطبة.
  - تمشيط شعر عانة الناجي/ة وفروة الرأس للتأكد من وجود شعيرات غريبة أو غيرها من البقايا. ينبغي أيضا جمع الشعر المقتلع. (ما لا يقل عن ٢٠ إلى ٢٥ شعرة من الموقع).
  - مسح وأخذ عينات من تجويف الفم خاصة إذا جرى القذف هناك. ضع المسحة الجافة بين الأسنان وبين أسنان ولثّة الفك السفلي بما أن السائل المنوي يميل إلى التجمع هناك.
  - أخذ مخلفات وقصاصات الأظافر، بحال طلبت.
  - أخذ عينات الدم / البول للتقصي عن السموم بحال تم الشك بذلك. يمكن اجراء اختبار الكحول أو المواد غير القانونية {الفلونيترازيبام Flunitrazepam (الروهيبنول Rohypnol المعروف بمخدر الاغتصاب)، غاما هيدروكسي بوتيرات، الكلورال هيدرات، كيتامين وغيرها من البنزوديازيبينات} التي يتم البحث عنها بحال عانت الناجية من فقدان الذاكرة بأي وقت قريب من حادثة

الاعتداء أو بان عليها أية علامات أو أعراض موحية أنها كانت مخدرة. ومع ذلك، ليست هذه الاختبارات متاحة بسهولة في معظم المختبرات.

- فحص فتحة الشرج والعجان والفرج.
- فحص وجمع عينات لتحليل الحمض النووي من الجلد حول فتحة الشرج والعجان والفرج مستخدماً مسحات القطن ذات الرؤوس المبللة بالماء المعقم.
- فحص المهبل والشرج.
- للفحص المهبلي (في حال كانت الضحية إمرأة بالغة وليست عذراء)، يجب إستعمال المنظار الطبي مع محلول ملحي أو مياه نظيفة بما أن باقي مواد التزليق يمكن أن تؤثر على الأدلة الجنائية.
- جمع السوائل من المهبل للتحقق من وجود سائل منوي.
- جمع عينات نهاية المهبل و من داخل عنق الرحم لفحص الحمض النووي.
- ترك العينات لتجف في درجة حرارة الغرفة. يمكن أيضاً جمع عينات لفحص الفوسفاتيز الحمضي الذي يساعد بالكشف عن وجود حيوانات منوية. ان عدم وجود أي حيوانات منوية قد يظهر بحال كان المعتدي قد أجرى عملية قطع قناة المني، أو إن كان قليل النطاف، أوبحال استخدام الواقي الذكري.
- جمع عينات من فتحة الشرج – بحال لزم – للبحث عن الحيوانات المنوية وتحليل الحمض النووي.

– عند جمع العينات، يمكن لأخصائي الرعاية الصحية استخدام مصباح وودز أو الأشعة فوق البنفسجية الذي يمكنه الكشف عن بقايا السائل المنوي أو أجسام غريبة على الجلد.

– يجب وضع جميع العينات التي تم جمعها في العدّة المناسبة وينبغي أن تصنّف بشكل واضح وأن يوضع عليها رمز سري (لا يجب وضع الأحرف الاولى لأسماء الناجين).

– يجب إحكام إغلاق الأكياس أو الحاويات المستخدمة بشريط لاصق.

– ويتم فحص العينات في مختبرات متخصصة.

جدول رقم ٤: الادلة التي يتمّ جمعها ومعدات الجمع

الأدلة التي يتم جمعها	معدات الجمع	اعتبارات خاصة
ملابس الناجين	كيس ورقي	يجب أن تجفف الملابس على درجة حرارة الغرفة. لا تستخدم أكياس البلاستيك فقد تعزز نمو البكتيريا في الدم أو السائل المنوي
مخلفات الأظافر	ظرف منفصل	
جدائل الشعر	ظرف منفصل	
مسحة من تجويف الفم	ظرف منفصل	تجفيف بالهواء
شعر العانة	ظرف منفصل	
مسحة من المهبل	ظرف منفصل	تجفيف المسحة بالهواء
مسحة من الشرج	ظرف منفصل	تجفيف المسحة بالهواء
عينات الدم والبول	حاويات محددة	يمكن تخزينها في الثلاجة لمدة 0 أيام.

٤. إعتبارات خاصة بالطفل الناجي

- يجب أن تؤخذ هذه الإعتبارات أثناء المقابلة الاولى عند القيام بالفحص البدني.
- من الضروري تقييم المضاعفات الطبية الشديدة أولاً والتي يجب التعامل معها بسرعة أوالتي قد تتطلب دخول المستشفى.
- وتشمل هذه المضاعفات التشنجات والقيء المستمر، والصرير أثناء التنفس، والخمول أو فقدان الوعي، أو عدم القدرة على الشرب.

خلال المقابلة

– الطلب من أحد الوالدين أو الوصي القانوني التوقيع على إستمارة الموافقة للكشف على الطفل وجمع الأدلة الجنائية.

– إذا كان الوالد أو الوصي القانوني هو الجاني المشتبه به، يقوم ممثل عن الشرطة، أو المحكمة أو أحد المكلفين من حماية الاحداث بالتوقيع على الإستمارة.

- إبقاء الوالدين أو الوصي القانوني خارج الغرفة أثناء المقابلة لأنهم أحياناً قد يكونون هم المعتدين. طلب حضور مساعد آخر مختص خلال المقابلة.
- يمكن استشارة الطفل بمن يفضل البقاء معه خلال المقابلة.
- يجب الجلوس على مستوى واحد من الطفل والحفاظ على التواصل البصري.
- البدء ببناء الألفة واعطاء الشعور بالأمان: إسأل الطفل عن مواضيع محايدة مثل المدرسة، الأصدقاء، أفراد العائلة، والأنشطة المفضلة لديه.
- استعمل الأسئلة المفتوحة، مثل "لماذا أنت هنا اليوم؟" تجنب الأسئلة الموحية. استخدم أسئلة ذات الاجابة بنعم أم لا عندما تحتاج إلى توضيحات إضافية.
- الاستماع الى الطفل وعدم قطع حبل أفكاره.
- الحصول على معلومات عامة عن حالة العائلة في المنزل، وتفاصيل عن الاغتصاب (تاريخ آخر حادثة، سواء تكررت، المعتدي، الخ..) وتفاصيل عن أي شكاوى جسدية لدى الطفل (نزيف، عسر بول، الخ...)

خلال الفحص البدني

- لا تفحص الطفل بالرغم عنه إلا بحال تطلبت حالته الطبية ذلك. لا يجب أبدا تقييد أو إجبار طفل خائف على استكمال الفحص البدني.
- اشرح للطفل ما سيحدث خلال الفحص البدني. حاول إيضاح كيفية إجراء الفحص على دمية والسماح للطفل بالمشاركة في ذلك.
- تشجيع الطفل على طرح الأسئلة حول أي شيء يشعره بالقلق أو لا يفهمه.
- يمكن فحص الأطفال الصغار في حضن الأم. وينبغي إعطاء الاطفال الأكبر سناً اختيار الجلوس على كرسي أو على حضن الأم، أو الاستلقاء على السرير.
- الاعتبارات الخاصة عند إجراء الفحص البدني للأطفال تشمل الوزن، والطول، ومرحلة البلوغ.

- عند الفتيات:
  - إسأل ما إذا كانت قد بدأت الحيض لأنها قد تكون معرضة للحمل .
  - تحقق من البكارة من خلال وضع الطرف الخلفي للشفرين بين السبابة والإبهام وسحبه بلطف خارجا ونزولا. البحث عن أي جروح جديدة أو ملتئمة لغشاء البكارة أوالغشاء المخاطي المهبلي. ليست كمية غشاء البكارة المتبقية أو حجم الفوهة المهبلية بمؤشرات دقيقة للدلالة على حدوث إختراق.
  - لا تجري فحص مهبلي يدوي (أي بإدخال الأصابع في فتحة المهبل لتقييم حجمه).
  - ابحث عن أية إفرازات مهبلية. يمكن جمع العينات المهبلية عند الفتيات غير البالغات باستعمال مسحة قطن ذات رؤوس معقمة وجافة.
  - لا تستخدم المنظار لفحص الفتيات غير البالغات. فالعملية مؤلمة للغاية ويمكن أن تسبب بإصابات خطيرة.
- عند الذكور :
  - تحقق من وجود إصابات في لجام القلفة، أو أي افراز شرجي أو بولي. يجب أخذ العينات بحال وجدت.
  - فحص فتحة شرج الطفل في وضعية الاستلقاء أو الاستلقاء الجانبي. تجنب وضعية ثني الركبة على الصدر، لأن المهاجمين غالباً ما يستخدموها.
  - دوّن مواقع الخدوش أو الجروح الشرجية على الرسم التخطيطي.
  - ابحث عن ردّة فعل أو توسع للشرج (فتحة الشرج عند الضغط الجانبي على الأرداف) يمكن أن يكون مؤشراً على اختراق الشرج، ولكن يمكن أن يكون سببه الإمساك.
  - لا تجري فحص يدوي لتقييم حالة ارتخاء عضلة الشرج.

٥. العلاج

- تشمل المعالجة الطبية للناجين من الاغتصاب مداواة الإصابات الجسدية والوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة جنسياً، وأخذ الأدوية المناسبة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ولمنع الحمل. يضم الملحق رقم ٥ جدولاً ملخصاً لهذه التدخلات لكل من البالغين والأطفال.

أ. علاج الإصابات الجسدية

- عالج أي إصابات جسدية موجودة، بما في ذلك الكسور، و إصابات الأنسجة اللينة والرضوض الأخرى.
- تنظيف الخدوش والجروح.
- تقييم الجروح النظيفة وبحال إحتاجت الى تقطيب يجب إنجازه في غضون ٢٤ ساعة ومن بعدها يفضل تركها للشفاء.
- يجب عدم تقطيب الجروح الملوّثة بل إعطاء المضادات الحيوية ومسكنات الألم.
- بحال وجود خدوش أو جروح على الجلد أو الغشاء المخاطي يجب إعطاء أدوية الكزاز بحال لم يكن الناجي/ة ملقحاً. لتقرر

ما إذا وجب إعطاء التيتانوس (ذات الحماية الفاعلة) و / أو الغلوبولين المناعي للكزاز (ذات الحماية السلبية)، يجب التأكد مما يلي (جدول رقم ٥):

جدول رقم 0: لقاح الكزاز في حالات الإغتصاب

الجروح النظيفة والطفيفة، وتمّت الاصابة بأقل من ٦ ساعات	جميع الجروح الأخرى
الناجي غير متأكد من أخذه اللقاح: يجب اعطاء لقاح التيتانوس	الناجي غير متأكد من أخذه اللقاح: يجب اعطاء كل من لقاح التيتانوس والغلوبولين المناعي.
تلقى الناجي أقل من ٣ جرعات من لقاح الكزاز: يجب اعطاء لقاح التيتانوس	تلقي الناجي أقل من ٣ جرعات من لقاح الكزاز: يجب اعطاء كل من لقاح التيتانوس والغلوبولين المناعي.
تلقى الناجي ٣ جرعات من لقاح الكزاز أو أكثر في وقت سابق: لا حاجة لاعطائه لقاح التيتانوس ما لم تمض ١٠ سنوات على جرعة اللقاح الأخيرة	تلقي الناجي ٣ جرعات من لقاح الكزاز أو أكثر في وقت سابق: لا حاجة للتيتانوس ما لم تمض ٥ سنوات على جرعة اللقاح الأخيرة.

- إذا أعطي اللقاح والغلوبولين المناعي في نفس الوقت، من المهم استخدام إبر ومحاقن منفصلة على مواقع مختلفة. إنصح الناجين باستكمال جدول التطعيم (الجرعة الثانية بعد ٤ أسابيع، والجرعة الثالثة بعد ٦ أشهر إلى سنة).

ب. وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ (Emergency Contraception- EC)

- ينبغي أن تقدم وسائل منع الحمل الطارئة لجميع الإناث اللواتي نجين من الاغتصاب اذا كان اختبار الحمل سلبياً.
- ان احتمال حصول الحمل بعد الاعتداء الجنسي عالي. فإنّ نسبة الحمل المرتبطة بالضحايا التي تتراوح أعمارهم بين الـ ١٢ و ٤٥ سنة هي ٤,٧٪ تقريباً.
- قبل وصف وسائل منع الحمل الطارئة، يتم إجراء اختبار الحمل لضمان عدم وجود حملاً متقدماً.
- يمكن أن تقلل وسائل منع الحمل الطارئة خطر حدوث حمل اذا تم استعمالها خلال ١٢٠ ساعة من ممارسة الجنس غير الآمن، وكلما بدأنا بها باكراً تكون النتيجة أفضل.
- تقلل وسائل منع الحمل الطارئة خطر حدوث حمل بنسبة ٨٩٪ إذا اخذت خلال ٧٢ ساعة.
- بما أن التوقيت هو أمر بالغ الأهمية، يجب أن يقوم مقدّم الرعاية الطبية من استعمال وسائل منع الحمل الطارئة ويكون قادراً على الاستجابة الفورية.
- يمكن أن تكون "الإحالة" سببا للتأخير لذلك يجب تجنبها.
- تعتبر الحبوب الطارئة المكونة من البروجستيرون فقط الخيار الأول لأنها أكثر فعالية من الحبوب المركبة من الاستروجين والبروجسترون وآثارها الجانبية أقل.
- حبوب منع الحمل الطارئة لا تضر أو تنهي الحمل إن وجد، وبالتالي لا تعتبر كوسيلة إجهاض.
- ينصح أخذ جرعة واحدة من Levonorgestrel 1,5 mg، لأنها فعالة بقدر جرعتين من 0.75 mg بينهما ١٢ الى ٢٤ ساعة.
- في حال عدم توفر Levonorgestrel يمكن اعطاء العلاج المركب من الاستروجين والبروجسترون مصاحبا بمضاد للقيء.
- بحال عدم توفر حبوب منع الحمل الطارئة، يمكن إستعمال اللولب الرحمي لتوفير الناجية بوسيلة منع حمل مستمرة.

ت. الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً (Sexually Transmitted Infections- STI)

- إن تشخيص معظم الالتهابات بين ضحايا الاعتداء الجنسي هي: داء المشعرات، البكتيريا المهبلية، السيلان والكلاميديا.
- تكون فترات الحضانة لبعض الأمراض المنقولة جنسياً كما يلي: الزهري (من ١٠ إلى ٩٠ يوما)، السيلان (من ٢ إلى ٣٠ يوما) والكلاميديا (من ٧ إلى ١٤ يوما).
- لذلك ينبغي ان تعطى المضادات الحيوية الوقائية على الفور في غضون الـ ١٢٠ ساعة الأولى بعد الاغتصاب.
- التقييم الأولي لضحايا الاغتصاب يشمل ما يلي:
  - الزرع أو اجراء اختبارات الحمض النووي الموافق عليها من قبل الـ FDA للـ N. gonorrhoeae و C. trachomatis للعينات التي يتم جمعها من مواقع الاختراق أو محاولة الاختراق. على أن تتكرر في غضون أسبوع الى ٢ من الاعتداء.
  - فحص الافرازات المهبلية وزرعها للبحث عن نوع البكتيريا المهبلية، الفطريات وداء المشعرات.
  - الاختبارات المصلية لفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد ب والزهري. على أن يتكرر بعد ٦ و ١٢ و ٢٤ أسبوعا من الاعتداء إذا كانت نتائج الاختبارات الأولية سلبية.

- يوصى بالعلاج الوقائي الروتيني بعد الاعتداء الجنسي (جدول رقم ٦) في حال كانت المتابعة متعذرة لدى بعض الناجين وبهدف الإطمئنان الشخصي على الضحايا.
- يتم إقتراح النظام التالي كعلاج وقائي:
  - أن يتم التلقيح بعد التعرض للاعتداء بالتهاب الكبد (ب) من دون اعطاء الغلوبولين المناعي HBIG، أثناء الفحص الأولي وتليه الجرعات التالية بعد شهر أو ٢ والاخيرة بعد ٤ أو ٦ أشهر من الجرعة الأولى.
  - أن يعطى النظام الشامل لمضادات الميكروبات التالية الكلاميديا، السيلان، المشعرات، والبكتيريا المهبلية.

جدول رقم ٦: العلاج الوقائي الروتيني بعد الاعتداء الجنسي

الأنظمة العلاجية الموصى بها
Ceftriaxone 125 mg IM جرعة واحدة
مع Metronidazole 2 g orally جرعة واحدة
مع Azithromycin 1g orally جرعة واحدة
أو Doxycycline 100 mg مرتين في اليوم لمدة ٧ ايام

- أثبتت الدراسات أن العلاج بعد الاعتداء بمضادات الفيروسات، zidovudine، يقلل خطر التعرض لعدوى فيروس نقص المناعة البشرية. بما ان خطر اكتساب هذه العدوى من مرة احدة بعد الاعتداء الجنسي منخفض نسبياً، يجب أن يكون القرار وفقا لتقدير المخاطر فردياً.

الأمراض المنقولة جنسيًا

- يوصى جميع الناجيات من الاغتصاب بأخذ العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية الشاملة كجزء من الإدارة الطبية لمنع الأمراض المنقولة جنسياً.
- في حال تأخُر أخذ الدواء، هناك إحتمال كبير بفوات الاوان لأن العديد من الناجيات لن يعودوا للزيارة أو المتابعة.
- إن خطر مواجهة الأمراض المنقولة جنسياً نتيجة الاغتصاب هو كالتالي: داء المشعرات (٧ ٪)، البكتيريا المهبلية (٧ ٪)، داء السيلان و الكلاميديا (٣ إلى ١٦ ٪). هذه هي الأمراض التي غالباً ما تشخّص عند الناجين من الاغتصاب.
- يجب الكشف على الناجين الذين يرفضون الخضوع للعلاج الوقائي بعد أسبوع من التقييم الأولي للكشف عن أي عدوى منقولة.
- يلخص الجدول رقم ٧ المعالجة الشاملة للأمراض المنقولة جنسياً سواء للبالغين أو للأطفال.
- وينصح دائما بإختيار العلاج الأسرع من أجل ضمان إمتثال المريض. على سبيل المثال، يمكن وصف مزيج من حبوب Cefixime 400 mg و Azythromycin 1 g مع Metronidazol 2 g.

  بحال وجود حمل يمكن تبديل علاج الكلاميديا ب Erythromycin 500 mg عبر الفم أربع مرات يوميا لمدة ٧ أيام أو Amoxicillin 500 mg ثلاث مرات يوميا لمدة ٧ أيام وتجنّب الـ Metronidazol في أول أشهر الحمل.

جدول رقم ٧: علاج الأمراض المنقولة جنسياً الشامل

الكبار	الأطفال (أقل من ١٢ سنة وأقل من ٤٥ كغ)
▪ Ceftriaxone 250 mg بالعضل أو Cefixime 400 mg عبر الفم للسيلان و ▪ Azythromycine 1 g عبر الفم (جرعة واحدة) أو Doxycycline 100 mg عبر الفم مرتين يوميا لمدة سبعة أيام للكلاميديا و ▪ Metronidazole 2 g عبر الفم (جرعة واحدة) لداء المشعرات	▪ Ceftriaxone 125 mg بالعضل أو Cefixime 8 mg/Kg بالفم (جرعة واحدة) و ▪ Azythromycine 20 mg/Kg عبر الفم (جرعة واحدة) أو Erythromycin 50 mg/Kg عبر الفم أربع مرات يوميا لمدة سبعة أيام و ▪ Metronidazole 5 mg/Kg عبر الفم ثلاث مرات يوميا لمدة سبعة أيام

عدوى التهاب الكبد ب:

- لا توجد أية معلومات عن حالات الإصابة بفيروس التهاب الكبد ب (HBV) بعد حالات الاغتصاب.
- ومع ذلك، فالإلتهاب الكبدي الوبائي موجود في السائل المنوي والإفرازات المهبلية وينتقل عن طريق الاتصال الجنسي.
- يجب على ضحايا الاغتصاب تلقي **لقاح التهاب الكبد ب في غضون ١٤ يوما من الاعتداء.**
- ويوصى بالتلقيح للوقاية من إلتهاب الكبد ب من دون إعطاء الغلوبولين المناعي (HBIG) لمنح الحماية الكافية ضد هذا الالتهاب.
- إذا كان المعتدي مصاب بفيروس التهاب الكبد ب، يوصى عندئذ باعطاء الغلوبولين المناعي.
- يجب أخذ جرعتين متتابعتين من لقاح التهاب الكبد ب بعد شهر ثم بعد ستة أشهر من الجرعة الأولى.
- لا يكون اللقاح ضروريا بحال كان المريض قد تلقى لقاح التهاب الكبد ب سابقاً ولديه مناعة قوية.

عدوى فيروس نقص المناعة البشرية:

- يستند العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية على تقييم المخاطر وينبغي أن تتمّ خلال ٧٢ ساعة من الاعتداء.
- نسبة الاصابة بالعدوى أثناء العملية الجنسية بالتراضي هي من ٠،٥ إلى ٣٪ عبر الشرج، و من ٠،١ إلى ٠،٢٪ عبرالمهبل وأقل بحال ممارسة الجنس الفموي.
- من المرجح أن تكون نسبة خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية أعلى بعد الاغتصاب إذا كان المعتدي مصاب به، بسبب احتمال وجود رضوض ونزيف.
- بما إن مخاطر نسبة الإصابة بالعدوى بعد الإغتصاب من قبل معتد مجهول هي منخفضة، فيمكنها أن تزيد من خلال التالي:
  - بحال إعتدى ذكر على آخر، يتوقع أن تكون نسبة خطر الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية أعلى.
  - بحال حصول الإغتصاب في منطقة أو بلد ذات إنتشار عالي لفيروس نقص المناعة البشرية، يزيد إحتمال أن يكون المعتدي مصاباً.
  - بحال وجود مهاجمين متعددين، يفترض أن يزيد من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، لأن أي من المهاجمين قد يكون مصاباً.
  - بحال كان الاعتداء شرجياً، قد يكون أكثر عرضة لنقل فيروس نقص المناعة البشرية.
  - بحال وجد المعتدي أو الناجي مع رضوض أو نزيف أو جروح في الأعضاء التناسلية.
- يعتمد تقييم الخضوع للعلاج الوقائي لفيروس نقص المناعة البشرية بعد الاغتصاب على حالة المعتدي أو الناجي المصاب (بحال سابق معرفة).

يجب على الناجين من الاغتصاب الخضوع للعلاج الوقائي PEP في الحالات التالية:

- فترة الاعتداء لا تتعدى الـ ٧٢ ساعة
- عدم إصابة أو معرفة الفرد ان كان مصاباً بمرض نقص المناعة
- بحال احتكاك الأغشية المخاطية أو الجلد المتشقق بالسوائل المحتملة الناقلة للعدوى
- بحال كان المعتدي مصاباً بفيروس نقص المناعة البشرية أو الحالة غير مشخصة مسبقاً

الحالات التي لا تتطلب الخضوع للعلاج الوقائي PEP هي التالية :

- بحال كان الناجي مصاباً بفيروس نقص المناعة البشرية قبل الاعتداء
- بحال تم التأكيد أن الفيروس سلبي عند المعتدي
- بحال التعرض لسوائل جسمية غير ناقلة لفيروس نقص المناعة البشرية مثل الدموع، اللعاب، البول والعرق
- بحال تعدّت فترة الاعتداء الـ ٧٢ ساعة

- إتبع الإرشادات التالية عند بدء الخضوع للعلاج الوقائي لفيروس نقص المناعة البشرية PEP:
  - ينصح بالخضوع لإختبار أساسي شامل لفيروس نقص المناعة البشرية ولكنه ليس شرطاً مسبقاً لبدء المعالجة الوقائية.
  - ينصح بإتباع تدبير ونظام وقائي لفيروس نقص المناعة البشرية يتألف من نوعين مختلفين من العقاقير المضادة للفيروسات المناعية، ولكن يفضل أخذ ثلاثة أنواع من العقاقير.

- يتألف العلاج الوقائي الأساسي لفيروس نقص المناعة البشرية عند البالغين والمراهقين من:
  - Tenofovir TDF + (Emtricitabine FTC أو Lamuvidine 3TC)

  بالإضافة إلى:
  - Lopinavir/ritonavir (LPV/r) أو Azatanavir/ritonavir(ATV/r).
- أما الادوية التالية فتعتبر خيارات بديلة:
  - Raltegravir RAL, Darunavir+ritonavir(DRV/r) أو Efavirenz EFV

يضمّ الجدول رقم ٨ مختلف الأدوية والجرعات التي يمكن استخدامها للعلاج الوقائي PEP لفيروس نقص المناعة البشرية عند البالغين والمراهقين.

- يتألف العلاج الوقائي الأساسي PEP لفيروس نقص المناعة البشرية للأطفال دون ١٠ سنوات من: 3TC + AZT ويمكن اعتبار 3TC + ABC أو 3TC +TDF أو (FTC) كعلاج بديل. ويوصى ب LPV/r كدواء ثالث لهذه الفئة العمرية.
- يمكن إعتبار جرعة واحدة يومياً كبديل عند البالغين. ما زالت المعلومات لدى الأطفال والمراهقين غير قطعية.
- مدة العلاج الوقائي PEP هي ٢٨ يوماً.
- ينبغي تفسير الآثار الجانبية للأدوية للناجين، وكذلك التشديد على أهمية الإلتزام بالعلاج.
- ينبغي إعادة إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية بعد ٣ أشهر.
- في حال رفض الناجين الخضوع للعلاج الوقائي ينصح بزيارة مراكز الاستشارة والفحص الطوعي.

جدول رقم ٨: جرعات أدوية العلاج الوقائي ضد فيروسات نقص المناعة البشرية بعد الاغتصاب لدى المراهقين والبالغين

الاسم	الجرعة
Tenofovir (TDF)	300 mg مرة واحدة يوميا
Lamivudine 3TC	150 mg مرتين يوميا أو 300 mg مرة واحدة يوميا
Emtricitabine FTC	200 mg مرة واحدة يوميا
Lopinavir/ritonavir LPV/r	400 mg (LPV) /100 mg (r) مرتين يوميا أو 800 mg (LPV) / 200 mg (r) مرة واحدة يوميا
Azatanavir/ritonavir ATV/r	300 mg (ATV) + 100 mg (r) مرة واحدة يوميا
Raltegravir RAL	400 mg مرتين يوميا
Darunavir+ritonavir DRV/r	800 mg (DRV) + 100 mg (r) مرة واحدة يوميا أو 600 - 800 mg (DRV) + 100 mg (r) مرتين يوميا
Efavirenz EFV	600 mg مرة واحدة يوميا

٦. التقييم والدعم النفسي

- تتعرض الناجيات من الاغتصاب لخطر ظهور أعراض نفسية على المدى القصير والبعيد.

أ. الأعراض النفسية التي تظهر على المدى القصير من الإغتصاب

الخوف والكوابيس، مشاكل النوم، الغضب والخجل، الشعور بالعار والذنب أو مزيج من الإثنين. مباشرة بعد الاعتداء، يتغيّر سلوك الناجي من الثرثرة، التوتر، البكاء، والإرتجاف، إلى الصدمة والإنكار والنزاهة المفرطة، والهدوء أو الإبتسام. لا تشير ردود الأفعال المذكورة الأخيرة إلى عدم الإهتمام، بل تعكس التجنب والإرهاق البدني، أو آليات التكيف التي تتطلب السيطرة على العاطفة. يمكن أن يصبّ الناجي غضبه على مقدمي الرعاية الصحية في بعض الأحيان . قد يجد الناجون صعوبة بإستئناف بعض العادات الحياتية والعلاقات الجنسية. يمكن لتعافي الناجي أن يتعرقل بحال لومه من أفراد العائلة والأصدقاء والمسؤولون ، وعادة ما يعرف ب"الاغتصاب الثاني".

يتعافى معظم الناجين في نهاية المطاف؛ فالدعم الاجتماعي والنفسي، بما في ذلك المشورة تعتبر من المكونات الأساسية للرعاية الطبية لضحايا الاغتصاب. ويستعيد معظم ضحايا الاغتصاب صحتهم النفسية من خلال الدعم العاطفي وتفهّم من يثقون بهم، والمستشارين الإجتماعين، ومجموعات الدعم.

ب. الأعراض النفسية التي تظهر على المدى الطويل للاغتصاب

إضطراب ما بعد الصدمة PTSD خاصة عند النساء. تشمل الأعراض تكرار المعانات (الذكريات ، والأفكار الدخيلة والصور المزعجة)، والتهرّب وفرط التيقظ (صعوبات في النوم، وسرعة الإنفعال، ومشاكل في التركيز). يمكن أن تستمر الأعراض لاكثر من شهر لتضعف الأداء الاجتماعي والمهني بشكل كبير.

يستطيع مقدمو الرعاية الصحية إستخدام تدابير الحس السليم مثل الطمأنينة، والدعم الشامل وأخذ موقف غير إتهامي لومي من أجل تخفيف عواطف الذنب والقلق المكثفة التي يعاني منها الناجي في المرحلة الصعبة. ويتم تفسير وشرح الأثار النفسية والاجتماعية الممكنة، كما يمكن إحالة الناجي إلى أخصائي الدعم النفسي والإجتماعي.

لا يمكن دائما تحديد الآثار النفسية في الزيارة الأولى لذلك من المهم إجراء جلسات متابعة. في حال وجود آثار نفسية شديدة (الذكريات المستمرة، إضطراب في النوم، خوف يؤدي إلى التهرّب) أو أية آثار تستمر خلال وبعد جلسات المتابعة فهذا يستدعي لإحالة الناجي إلى طبيب أو أخصائي نفسي. ويمكن لأعضاء العائلة والأصدقاء توفير الدعم الحيوي.

٧. الإحالة

الإحالة إلى الخدمات المناسبة أمر بالغ الأهمية عند التعامل مع ضحايا الاغتصاب، منها:

- المستشفيات : في حال تطلب مداواة الإصابات الجسدية .
- مختبر الطب الشرعي أو غيره من المختبرات لتوفير الخدمات المتخصصة.
- مراكز الدعم النفسي والاجتماعي.
- البرنامج العالمي لمحاربة فيروس نقص المناعة البشرية ومكافحة الإيدز.
- مراكز المشورة والفحوصات الطوعية: أطلق البرنامج العالمي لمحاربة فيروس نقص المناعة البشرية خدمات المشورة والفحوصات الطوعية (VCT)، تجدون قائمة بالمراكز الصحية والمنظمات غير الحكومية (الجدول رقم ٩) التي تقدم المشورة المجانية الخاصة والسرية بالإضافة إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشرية لجميع الأفراد. يتلقى الأفراد خلال هذه اللقاءات المعلومات اللازمة حول فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى المنقولة جنسياً، ثم يحصلون على مشورة ما قبل إجراء الإختبارات، ومن ثم يقومون بإجراء إختبار سريع لفيروس نقص المناعة البشرية ١ و ٢ ويحصلون على مشورة ما بعد الإختبار. في حال كان الفحص إيجابياً، يحال الفرد إلى الخدمات الإجتماعية والصحية الملائمة من قبل هذه المراكز والمنظمات غير الحكومية.

جدول رقم ٩: قائمة المراكز الصحية

قائمة المراكز الصحية / المنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات المشورة والاختبار المجاني VCT	رقم الهاتف
جمعية أنوار المحبة	01-391397 (9am-4pm) 03-821101 (24hrs/7days)
صليب إغاثة الأرمن (ARC)	01-253793/4/5 (9am-4pm)
كاريتاس لبنان (الدعم الاجتماعي)	01-499767/8/9 01- 502550/1/2 (8am-2pm)
حلم	70/123687
شباب ضد المخدرات (JCD)	09-638242 (9am-4pm) 09-932549 (9am-4pm)
الجمعية اللبنانية لتنظيم الأسرة (LFPA)	01-302752 (9am-4pm)
سكون	01-202714
Soins Infirmiers et Développement Communautaire (SIDC)	01/480714 / 01/482428 (8am-4pm) من الاثنين الى الجمعة
L'Escale Drop-in Centre (DIC)	01 491705 (11am-7pm)
فكر إيجابيا Think Positive	76-843064 (9am-9pm)

*للائحة المفصّلة راجع الفصل التاسع - الجزء الثامن عشر - ملحق رقم V

٨. المتابعة (جدول رقم ١٠)

- يجب أن ينصح الناجون من الإعتداء الجنسي بالحصول على تقييم طبي إذا بانت عوارض الأمراض المنقولة جنسياً لديهم، كما يجب الإمتناع عن النشاط الجنسي لغاية إنتهاء فترة العلاج الوقائي، وأخذ موعد للمتابعة والمراجعة بعد أسبوع أو إثنين من الإعتداء.
- عادة ما تكون نسبة إمتثال الناجي بالمتابعة منخفضة ؛ لذلك من المهم إختصار مدة جلسة المتابعة والتطرق لأسبابها، والحصول على دعم عائلة وأصدقاء الضحية لتحسين الامتثال.
- يجب إجراء إختبار الحمل (حتى ولو كانت المريضة قد تلقت علاج منع الحمل الطارئ بعد الجماع). كما يجب على الناجيات اللواتي رفضن أخذ العلاج الوقائي أن يخضعن لفحوصات السيلان، والكلاميديا، والمشعرات والبكتيريا المهبلية بعد أسبوع من التعرض للاعتداء. تُطلب هذه الفحوصات عند الذين يشعرون بأعراض مؤقتة، أو عند الذين يطلبون إجراء هذه الفحوصات.

جدول رقم ١٠: متابعة الناجين من الاغتصاب

الفترة	الأنشطة
من أسبوع الى ٢	- تقييم الحمل وتقديم المشورة - تقييم الالتزام بالعلاج الوقائي PEP والاعراض الجانبية - نصح الناجي باللجوء إلى مراكز تقديم المشورى والخضوع للفحص الطوعي لفيروس نقص المناعة البشرية بحال عدم أخذ الـ PEP - التأكد من التزام الناجي بأخذ العلاج - بحال عدم أخذ مضادات الالتهاب، الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً، إنصح الناجي بزيارة مركز طبي للمشورة واجراء اختبار فيروس نقص المناعة - تقييم الحالة العقلية والعاطفية، الاحالة والعلاج حسب الحاجة
من ٤ إلى ٦ أسابيع	- تقييم الحمل وتقديم المشورة - بحال عدم أخذ مضادات الالتهاب، الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً، إنصح الناجي بزيارة مركز طبي للمشورة واجراء اختبار فيروس نقص المناعة - تقييم الحالة العقلية والعاطفية، الاحالة والعلاج حسب الحاجة - إعطاء جرعة تذكيرية من لقاح الكزاز والتهاب الكبد ب (بحال لزومها)
١٢ أسبوع (ثلاثة أشهر)	- تقييم وجود أمراض منقولة جنسياً والمعالجة - تقييم حالة الحمل (بحال لزومها) - إجراء اختبار للزهري في حال عدم أخذ العلاج الوقائي - إنصح الناجي بزيارة مركز طبي للمشورة وإجراء اختبار فيروس نقص المناعة - تقييم الحالة العقلية والعاطفية، الاحالة والعلاج حسب الحاجة
٦ أشهر	- إعطاء جرعة تذكيرية من لقاح الكزاز والتهاب الكبد ب (بحال لزومها)

٩. الإبلاغ والنواحي القانونية

- الابلاغ إلزامي في حالات الاغتصاب التي تحصل للأطفال / القاصرين دون سن ١٨ وفقا لقانون العقوبات اللبناني.
- ولا يكون الابلاغ إلزامياً في الحالات التي تحصل للبالغين إلا بعد موافقتهم المسبقة. تجدون ملخص للقوانين ذات الصلة بهذا الموضوع.

– القانون ٢٤٠ (٢٠١٢/١٠/٢٢) – تعديل القانون ٢٨٨ (١٩٩٤/٢/٢٢) – القوانين الطبية

- المادة ٧ الفقرة ١٣:وجب على الأطباء الإبلاغ عن حالات الاعتداء الجنسي والاغتصاب إلى السلطات القانونية بعد الحصول على موافقة الضحية الخطية.
- المادة ٧ الفقرة ١٤: وجب على الأطباء الإبلاغ عن حالات الاعتداء الجنسي والاغتصاب إلى السلطات القانونية في حال كانت الضحية قاصراً.

– القانون الجنائي١٩٤٣

- القانون ٣٩٩ و ٤٠٠: يعاقب أي موظف لا يقوم بالابلاغ عن أي فعل إجرامي شهده خلال ساعات عمله. ينطبق هذا القانون بحال عدم الحاجة إلى موافقة الضحية الخطية.

– القانون ٤٢٢ (حماية القاصرين):تنص المادة ٢٦ على أن الإبلاغ عن أية حالات تضع حياة القاصر في خطر لا يعتبر خرقا للسرية المهنية أو أخلاقيات العمل والوظيفة.

يشمل الملحقين رقم ٦ و ٧ نماذج للشهادات الطبية للبالغين والأطفال (أنظر قسم الملاحق في آخر الفصل).

١٠. المراجع

1. Bates C. Evaluation and management of adult sexual assault victims. UpToDate. 2014. Retrieved from www.uptodate.com.

2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR. 59 ;2010 (RR 116 – 1 :(12.

3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Guidelines. 2014. Pre-dissemination Peer Review. Retrieved from http://www.cdc.gov/std/treatment/-2014/2014std-guidelines-peer-reviewers2014-20-08-.pdf.

4. Ellison S, Subramanian S, Underwood R. The General Approach and Management of the Sexual Assault Patient. Missouri Medicine. 409-403 :(5)105 ;2008.

5. International Rescue Committee. Clinical Care for Sexual Assault Survivors. 2008.

6. Lahoti S, Mcclain N, Girardet R, Mcneese M, Cheung K. Evaluating the child for sexual abuse. American Family Physician. 892-63:883 ;2001.

7. Luce H, Schrager S, Gilghrist V. Sexual Assault of Women. American family Physician. :(4)81 ;2010 495-489.

8. National AIDS Program. National Guidelines for Antiretroviral Treatment. 2013.

9. World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees. Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. 2004.

10. World Health Organization. Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV and the Use of Co-Trimoxazole Prophylaxis for HIV-Related Infections among Adults, Adolescents and Children: Recommendations for a Public Health Approach. December 2014 Supplement to the 2013 consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection.

11. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization. 2013.

12. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization. 2003.

II. الملاحق

الملحق رقم ١- المتطلبات اللازمة لتوفير الرعاية للناجين من الاغتصاب

تحديد الخصائص وقائمة المعدات واللوازم والأدوية والوثائق لإدارة الناجين من الاغتصاب

التجهيزات
غرفة خاصة وهادئة مع إمكانية الوصول إلى المرحاض
سهولة الوصول إلى مكنة تعقيم المعدات (Autoclave)
سهولة الوصول إلى المختبرات
تأمين جوارير محكمة الاقفال للحفاظ على سرية الملفات
المعدات
طاولة الفحص (مناسبة للفحص النسائي)
ضوء
منظار أذن
ميزان لقياس الوزن والطول مع جدوال النمو للاطفال
سماعة
مجهر
عدسة مكبرة/منظار مهبلي
كاميرا
أجهزة إنعاش
أدوات طبية معقمة للتقطيب
مواد استهلاكية
منظار مهبلي (من البلاستيك، للاستعمال الواحد ، وحجم للبالغين)
مشط لجمع الاجسام الغريبة على منطقة العانة
الحقن/الإبر (بشكل فراشة للأطفال) وانابيب لجمع الدم
شرائح زجاجية لجمع عينات رطبة أو جافة (للحيوانات المنوية)
مسحات ذات رؤوس قطنية / شاش لجمع العينات
حاويات لنقل المسحات الى المختبر
ورق لجمع الاجسام المتساقطة أثناء خلع ملابس الناجية
متر لقياس حجم الكدمات/ الخدوش
أكياس من الورق لجمع الأدلة
شريط لاصق لحاويات/ وأكياس جمع الادلة
لوازم الاحتياطات العالمية (قفازات، علبة للتخلص الآمن من المواد الملوثة والحادة، صابون)
حقن وإبر
غطاء (مريول، ثياب، شرشف) لتغطية الناجي خلال الفحص
فوط صحيّة
إختبارات الحمل
حاسبة الحمل

الأدوية واللقاحات
أدوية للأمراض المنقولة جنسيا
العلاج الوقائي لفيروس نقص المناعة البشرية بعد الاغتصاب PEP
وسائل منع الحمل الطارئة
لقاح الكزاز والمصل المناعي
لقاح التهاب الكبد ب
أدوية تخفيف الألم (باراسيتامول)
أدوية مهدئة (ديازيبام)
مهدئ للأطفال (ديازيبام)
التخدير الموضعي لعملية التقطيب
المضادات الحيوية لعلاج الجروح
الوثائق الإضافية
بروتوكول إدارة الناجين من الاغتصاب
الرسوم البيانية الطبية مع الصور التوضيحية
استمارات تدوين الرعاية بعد الاغتصاب
استمارات الموافقة
كتيبات تثقيفية للرعاية بعد الاغتصاب (موجهة للناجين)

الملحق رقم ٢- نموذج الموافقة

أنا الموقع أدناه، _____ ، أعطي الإذن بالقيام بما يلي لـ _____

_____ (اسم العامل الصحي وصفته) - (وضع اختيار واحد وعدم ترك أي فراغ):

إجراء فحص طبي	نعم ☐	لا	☐
فحص للحوض	نعم ☐	لا	☐
القيام بمنظار للمهبل (إذا لزم الأمر طبيا)	نعم ☐	لا	☐
جمع الأدلة، كعينات السوائل من الجسم، جمع الملابس، تمشيط الشعر، خدوش أو وقصاصات من الأظافر	نعم ☐	لا	☐
سحب الدم	نعم ☐	لا	☐
تقديم الأدلة والمعلومات الطبية للشرطة و /أو المحاكم بشأن حالتي. تقتصر هذه المعلومات بنتائج هذا الفحص وأية رعاية مقدمة ذات صلة	نعم ☐	لا	☐
أخذ الصوراللازمة للإصابات الجسدية التي عثر عليها أثناء الفحص.	نعم ☐	لا	☐

وأنا أفهم أن باستطاعتي رفض أي فحص لا أرغب بالخضوع له.

توقيع المريض/ الوصي عنه: _____

توقيع الموظفين: _____

التاريخ: (يوم /شهر/ سنة) _____

الملحق رقم ٣ - نموذج الفحص والتاريخ الطبي

سرّي	الرمز
نموذج الفحص و التاريخ الطبي	
١. معلومات عامة	
الجنس	العمر
تاريخ/ووقت المعاينة (يوم /شهر/ سنة) و(الساعة والدقائق 00:00)	تمت المعاينة بوجود (الرجاء ذكر اسم المترجم بحال كان موجوداً)
٢. الحادثة	
تاريخ الحادثة : (يوم /شهر / سنة)	وقت الحادثة: (00:00 الساعة)
وصف الحادثة (كما وصفها الناجي)	

العنف الجسدي	نعم	لا	النوع والموقع على الجسم
نوع العنف (الضرب، العض، شد الشعر، الخ)			
استخدام القيود			
استخدام السلاح (الصورة)			
المخدرات/ الكحول			

الاختراق	نعم	لا	غير متأكد	الوصف: عن طريق الفم، المهبل، الشرج
قضيب				
إصبع				
آخر (حدد)				

تحديد التالي	نعم	لا	غير متأكد	المكان: عن طريق الفم، المهبل، الشرج، وغيرها
القذف				
استخدام الواقي				

٣. العلامات والعوارض الحالية

تدوين الألم، النزف، إفرازات المهبل أو الشرج، أية علامات أوعوارض أخرى

بعد الحادثة ، هل قام الناجي بال

التقيء؟	☐ نعم	☐ لا	التبول؟	☐ نعم ☐ لا
التبرز؟	☐ نعم	☐ لا	مضمضة الفم؟	☐ نعم ☐ لا
تنظيف الأسنان بالفرشاة ؟	☐ نعم	☐ لا	تغيير الملابس؟	☐ نعم ☐ لا
الاغتسال أو الاستحمام؟	☐ نعم	☐ لا	استعمال التامبون أو الفوط الصحية؟	☐ نعم ☐ لا

سري	الرمز
٤. التاريخ الطبي	
تاريخ الحيض و/ الولادات	
الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل ☐ نعم ☐ لا	الطريقة
آخر دورة شهرية (يوم /شهر / سنة)	حدوث حيض أثناء الاعتداء ☐ نعم ☐ لا
وجود حمل ☐ نعم ☐ لا	عدد أسابيع الحمل
نهاية الحمل الأخير (الولادة ، ولادة جنين ميت، فقدان الحمل) (يوم /شهر / سنة)	

المشاكل الصحية الحالية
(وتشمل تاريخ تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، نوعه)
الحساسية :
الأدوية الحالية :

اللقاحات	تاريخ التلقيح	غير ملقح	غير معروف	ملاحظات
الكزاز				
التهاب الكبد ب				

حالة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	غير معروف	معروف	آخر اختبار	ملاحظات

٥. الفحص الطبي

المظهر العام (الملابس، الشعر، الإعاقة الجسدية أو العقلية الواضحة)			
الحالة النفسية (الهدوء، البكاء، القلق، التعاون، الاكتئاب، وغيرها)			
الوزن :	الطول :	مرحلة البلوغ :	
النبض:	ضغط الدم:	معدل التنفس:	الحرارة:

النتائج: وصف الموجودات وتدوينها على الرسم التخطيطي ، تحديد مواقع الجروح والكدمات والعلامات ... تدوين النوع ، الحجم واللون والشكل والعلامات الاخرى، عدم تفسير الأسباب، ذكر الكدمات السابقة والندوب وغيرها.

الرأس والوجه	الفم والأنف
العيون والآذان	الرقبة
الخصر	الظهر
البطن	الارداف
الذراعين واليدين	الساقين والقدمين

سري	الرمز

فحص الأعضاء التناسلية		
الفرج/كيس الصفن	مولج وغشاء البكارة	الشرج
المهبل/القضيب	عنق الرحم	الفحص اليدوي للرحم/ والشرج

وضعية المريض (الاستلقاء على الظهر، نصف جالس، ثني الركبة على الصدر، الاستلقاء على الجنب ، في الحضن بحال كان طفلا)

لفحص الاعضاء التناسلية :	لفحص الشرج :

٦. الاختبارات التي أجريت

النوع والمكان	تم فحصها / إرسالها إلى المختبر	النتيجة

٧. الدليل المرفوع		
النوع والمكان	تم فحصها / إرسالها إلى المختبر	النتيجة

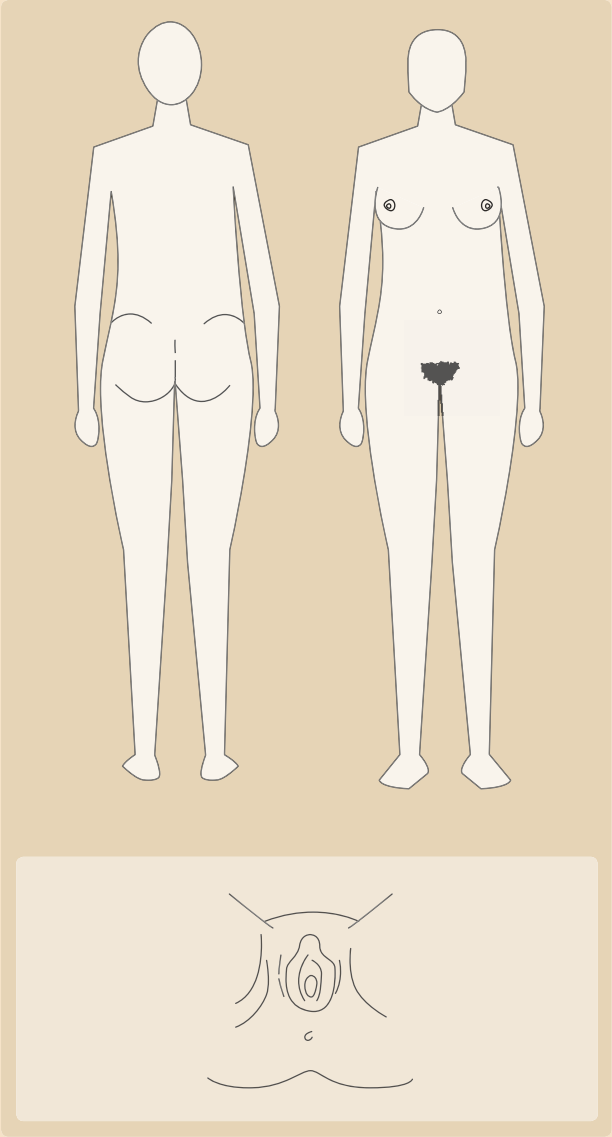
تاريخ آخر جماع بالتراضي (فقط بحال تم أخذ عينات لتحليل الـ DNA)	
آخر جماع بالتراضي قبل أسبوع من الاعتداء	التاريخ: (يوم /شهر / سنة)

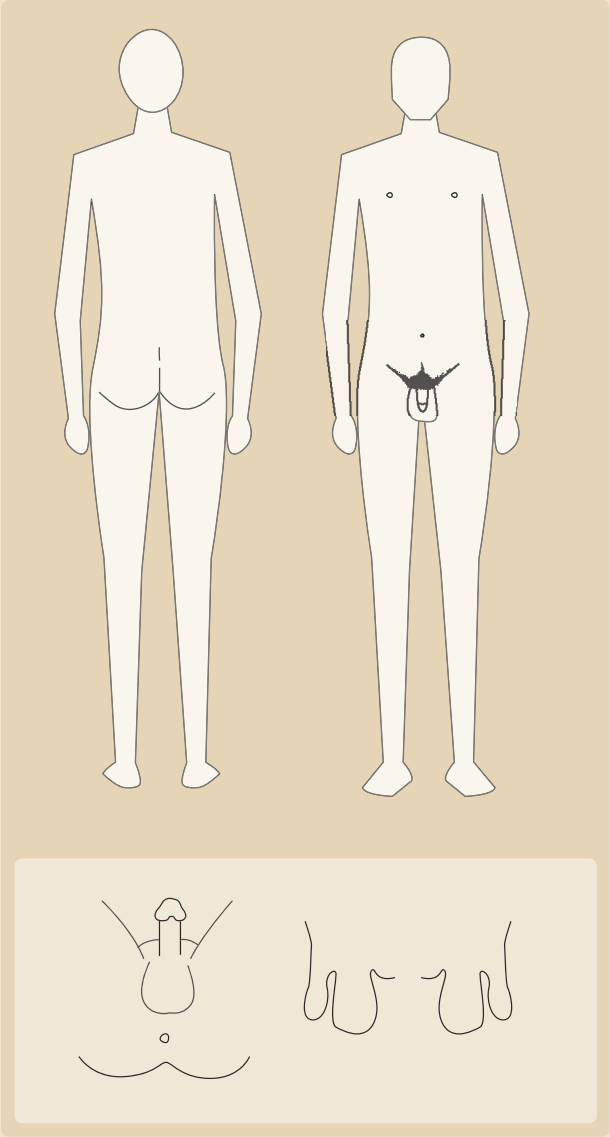
٨. العلاج المعطى			
العلاج	نعم	لا	ملاحظات
الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا / العلاج			
وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ			
علاج الجروح			
الوقاية بإعطاء الكزاز			
لقاح إلتهاب الكبد ب			
العلاج الوقائي لفيروس نقص المناعة PEP			
آخر			

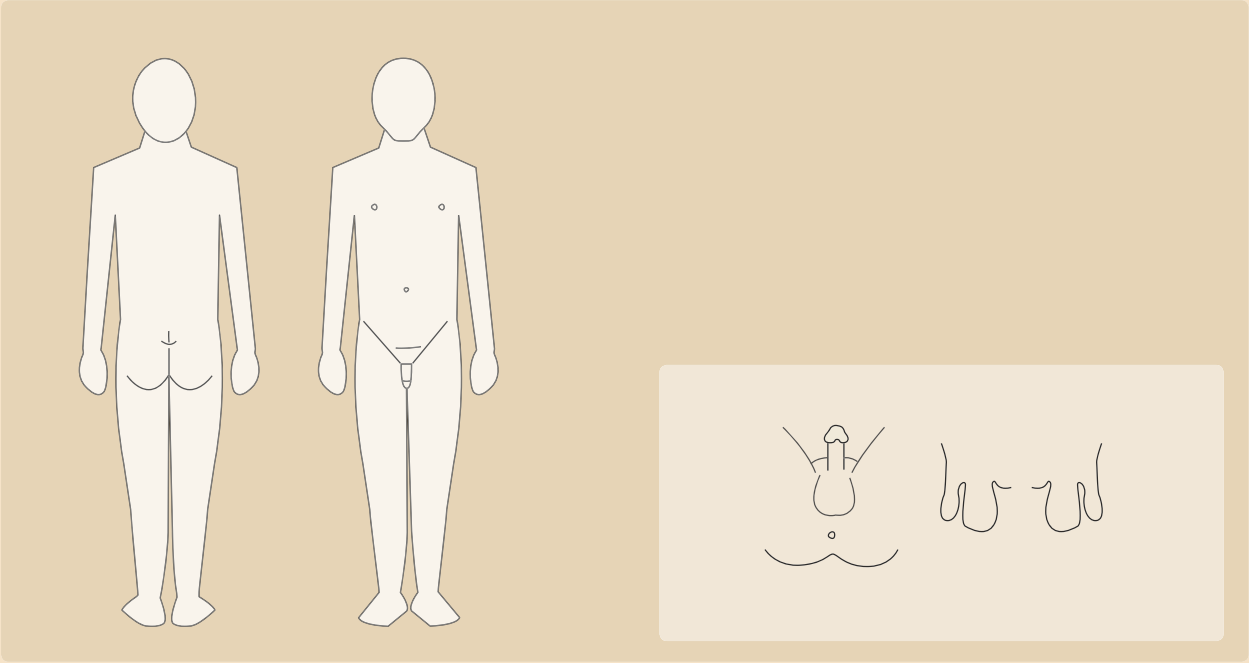
سري	الرمز

٩. تقديم المشورة، الإحالات، والمتابعة		
الحالة النفسية العامة		
يخطط الناجي لتبليغ الشرطة أو قد تم الابلاغ :	☐ نعم	☐ لا
الشرح :		
لدى الناجي مكان آمن للجوء اليه	☐ نعم	☐ لا
لدى الناجي من يرافقه	☐ نعم	☐ لا
تم تقديم المشورة:		
الاحالات :		
المتابعة المطلوبة :		
تاريخ الزيارة القادمة		
اسم مقدم الرعاية الصحية	التوقيع	
صفته	التاريخ	

١٠. ملاحظات حول المتابعة
تاريخ الزيارة اسم وتوقيع مقدم الرعاية الصحية
تاريخ الزيارة اسم وتوقيع مقدم الرعاية الصحية
تاريخ الزيارة اسم وتوقيع مقدم الرعاية الصحية







الملحق رقم ٤ – الحد الأدنى المطلوب لعدة الاغتصاب

العدة الحالية للاغتصاب المتوفرة من UNFPA	مقترحات لمحتوى عدة الاغتصاب
الأدوية	الأدوية
Levonorgestrel 0.75 mg علبة من حبتين – علاج حبتين دفعة واحدة Azithromycine 250 mg capsule 15ml محلول بزجاجة Azithromycine 200mg/5ml Cefixime 200 mg tablet Cefixime (trihydrate) 30ml بودرة لمحلول بزجاجة 100mg/5ml	Levonorgestrel 0.75 mg علبة من حبتين – علاج حبتين دفعة واحدة Azithromycine 250 mg capsule 15ml محلول بزجاجة Azithromycine 200 mg / 5 ml Cefixime 200 mg tablet Cefixime (trihydrate) 30ml بودرة لمحلول بزجاجة 100mg/5ml
العلاج الوقائى بعد الاغتصاب	العلاج الوقائى بعد الاغتصاب
Zidovudine 300 mg + Lamivudine 150 mg مرتين باليوم لمدة ٢٨ يوما للبالغين حبوب Zidovudine 100 mg Lamivudine 150 mg	عقارين : Tenofovir 300 mg + Lamivudine 300 mg مرة يوميا لمدة ٢٨ يوم أو Tenofovir 300 mg + Emtricitabine 200 mg مرة يوميا لمدة ٢٨ يوم ثلاث عقاقير: Tenofovir 300 mg+ Emtricitabine 200 mg + Efavirenz 600 mg مرة يوميا لمدة ٢٨ يوم للأطفال : Zidovudine 60 mg/Lamivudine 30 mg + Lopinavir / Ritonavir 100 mg/25 mg
الأجهزة الطبية	الأجهزة الطبية
فحص الحمل	فحص الحمل
المبادئ التوجيهية للعلاج	المبادئ التوجيهية للعلاج
الإدارة السريرية للناجين من الاغتصاب	الإدارة السريرية للناجين من الاغتصاب
	استمارات التدوين والرسوم البيانية الجسم
	استمارات الموافقة
	معدات للفحص الطبي الشرعي
	منظار
	مسحات قطن معقمة
	شرائح زجاجية
	ماء معقم
	حاويات معقمة لجمع العينات
	أكياس ورق
	مغلفات
	كاميرا

الملحق رقم ٥ – العلاج الطبي للناجين من الاغتصاب

الحالة	دواعي الاستعمال	العلاج		المتابعة المرجوّة
		البالغين	الأطفال	
السيلان	علاج وقائي خلال ٧٢ ساعة من الاعتداء	Ceftriaxone 250 mg بالعضل أو Cefixime 400 mg/5 ml ٨ ملغ /كغ مرة واحدة عبر الفم	Ceftriaxone 125 mg بالعضل أو Cefixime 100 mg مرة واحدة عبر الفم	لا داعي للمتابعة بحال تم أخذ العلاج الوقائي
الكلاميديا	علاج وقائي خلال ٧٢ ساعة من الاعتداء	Azythromycine 1g مرة واحدة عبر الفم أو Doxycycline 100 mg عبر الفم مرتين لمدة ٧ أيام	Azythromycine 200 mg/5 ml ٢٠ ملغ / كغ مرة واحدة عبر الفم أو Erythromycin 50 mg/Kg عبر الفم أربع مرات يوميا لمدة ٧ أيام	لا داعي للمتابعة بحال تم أخذ العلاج الوقائي
داء المشعرات	علاج وقائي خلال ٧٢ ساعة من الاعتداء	Metronidazole 2g مرة واحدة عبر الفم		لا داعي للمتابعة بحال تم أخذ العلاج الوقائي
الزهري		لا يوجد	لا يوجد	اجراء اختبار VDRL للمتابعة
فيروس نقص المناعة	علاج وقائي بعد الاغتصاب تبعا لتقييم المخاطر خلال ٧٢ ساعة	Tenofovir TDF + Lamivudine 3TC 300 mg/300 mg حبة باليوم مع Lopinavir / ritonavir 300 mg /100 mg حبة باليوم لمدة ٢٨ يوم ATV/r كعقار ثالث	AZT + 3TC 60 mg/30 mg (حبة واحدة مرتين باليوم أو حتى ثلاث حبات مرتين باليوم تبعا للوزن) كأفضل علاج وقائي بعد الاغتصاب ABC+ 3TC أو FTC أو 3TC يمكن اعتبارهم كبدائل LPV/r 100 mg/25 mg حبتين قبل الظهر وحبة بعد الظهر مرتين يوميا تبعا للوزن وهو العقار الثالث المفضل	اعادة اختبار HIV بعد ثلاثة أشهر
التهاب الكبد ب	يوصى بلقاح التهاب الكبد ب بحال عدم وجود مناعة سابقة	الجرعة الاولى من لقاح الكبد ب	الجرعة الاولى من لقاح الكبد ب	تباعد الجرعة الثانية بشهر الى ٢ عن الجرعة الاولى والثالثة بعد الاولى بستة أشهر
الوقاية من الحمل	اعطاء حبوب منع الحمل الطارئة خلال ٧٢ ساعة ولكن يمكن اعطاؤها قبل ١٢٠ ساعة	Levonorgestrel 1.5 mg جرعة واحدة	غير موصى به الا بحال البلوغ لدى الاناث	اعادة اختبار الحمل بعد أسبوعين للتأكد

الكزاز	اعطاء لقاح الكزاز بحال وجود خدوش على الجلد خاصة عندما يكون الناجي غير ممنع أو بحال تم أخذ اللقاح منذ أكثر من ١٠ سنوات. إعطاء المصل المناعي بحال وجود جروح من دون سابق مناعة أو وجود مناعة بأقل من ثلاث سنوات.	المتابعة لاخذ الجرعات التذكيرية بعد أربع أسابيع وستة أشهر.

الملحق رقم ٦ – الشهادة الطبية للبالغين

أنا الموقع أدناه: (الاسم الكامل) _____

الصفة (تحديد الوظيفة) _____

وبهذا التاريخ والوقت (اليوم، الشهر، السنة والوقت) _____

أفيد بأني كشفت على السيد/ة، الآنسة (الاسم الكامل) _____

من مواليد (اليوم ، الشهر ، السنة) _____

و سكان (العنوان السكني) _____

_____

_____

وهو/هي تفيد بأنها كانت ضحية اعتداء جنسي بتاريخ (اليوم والشهر والسنة) _____

في (المكان) _____

من قبل (الشخص المعروف أو المجهول الهوية) _____

السيد/ة ، الآنسة _____ تعاني من العلامات التالية:

الفحص العام (وصف السلوك، الحرمان ، الحماس، الهدوء، الخوف، البكم، البكاء الخ)

_____

الفحص البدني (وصف مفصل للآفات، الموقع، مدى الاصابة، اصابات حالية أو سابقة، الخطورة)

_____

فحص الأعضاء التناسلية (علامات فض الغشاء الحالي أو السابق ، الكدمات والخدوش ، التمزقات، الخ)

_____

فحص الشرج

_____

الفحوصات الأخرى التي نفذت والعينات التي تمّ أخذها

_____

تقييم مخاطر الحمل

_____

إن غياب الجروح لا يعني عدم وجود اعتداء جنسي.

وقد أعطيت هذه الشهادة بطلب من صاحبها في هذا اليوم وسلّمت إليه كدليل من الأدلة.

توقيع الطبيب

الملحق رقم ٧ - الشهادة الطبية للأطفال

أنا الموقع أدناه: (الاسم الكامل) _____

الصفة (تحديد الوظيفة) _____

و بهذا التاريخ والوقت (اليوم، الشهر، السنة والوقت) _____

أفيد بأني كشفت على الطفل (الاسم الكامل) _____

بطلب من (اسم الاب، الام أو الوصي الشرعي) _____

من مواليد (اليوم ، الشهر ، السنة) _____

و سكان (العنوان السكني للأهل أو الطفل) _____

_____

_____

أثناء اللقاء، أخبرني الطفل بما يلي (تكرار كلمات الطفل بأقرب ما يمكن)

_____

_____

أثناء اللقاء، أخبرني (ذكر اسم الشخص المرافق للطفل) ما يلي:

_____

_____

الطفل/ة _____ ي/ تعاني من العلامات التالية:

الفحص العام (وصف السلوك، الحرمان ، الحماس، الهدوء، الخوف، البكم، البكاء الخ)

_____

الفحص البدني (وصف مفصل للآفات، الموقع، مدى الاصابة، اصابات حالية أو سابقة، الخطورة)

_____

فحص الأعضاء التناسلية (علامات فض الغشاء الحالي أو السابق ، الكدمات والخدوش ، التمزقات، الخ)

_____

فحص الشرج

_____

الفحوصات الأخرى التي نفذت والعينات التي تمّ أخذها

_____

تقييم مخاطر الحمل

_____

ان غياب الجروح لا يعني عدم وجود اعتداء جنسي.

وقد أعطيت هذه الشهادة في هذا اليوم وسلّمت إلى (اسم الاب ، الام أو الوصي الشرعي) كدليل من الأدلة.

توقيع الطبيب

الفصل الرابع

الأمومـــة المأمونـــة

الجزء الثامن

الأمومـــة المأمونـــة

١. المشورة قبل الحمل

هناك العديد من العوامل التي يجب تقييمها قبل الحمل، وهي تتضمن (جدول رقم ١):

جدول رقم ١: تقييم ما قبل الحمل
الإسم: تاريخ الولادة:
التاريخ الطبي
تاريخ العائلة
التاريخ الوراثي
التاريخ الطبي الشخصي
الأدوية المتناولة حاليا
تناول المخدرات والعقاقير والكحول والتدخين ....
النظام الغذائي
الفحص السريري
الفحوصات المخبرية
تعداد كامل للدم (CBC,plts.)
فئة الدم
زمرة الدم Rh (عند الحاجة)
الحصبة (Rubella titer)
التهاب الكبد الوبائي ب (Hepatitis B)
فيروس نقص المناعة (HIV)
Toxoplasma (IgG)
تحليل البول وزرعه
المسحة المهبلية (Pap. Smear)
فحوصات اضافية حسب تقييم الطبيب

المتابعة

توفير المشورة للمستفيدات عن فوائد الخطوات التالية:

- تحديد وقت الاخصاب من خلال تسجيل تاريخ دقيق للدورة الشهرية.
- محاولة التوقف أو الامتناع عن التدخين والكحول خلال فترة محاولة الحمل.
- السيطرة على أية أوضاع مرضية سابقة.
- تشجيع الزوج على مرافقة زوجته خلال زيارات رعاية الحامل قبل الولادة.
- اختيار مقدمي الخدمات الصحية ومكان الولادة.

٢.رعاية الحامل

يعتبر التشخيص المبكر للحمل مُهماً لوضع خطة متابعة الحامل، ويجب ان تتضمن هذه الخطة جميع احتياجات الحامل وأسرتها: الطبية، الغذائية، النفسية–الاجتماعية والتثقيفية.

كما يجب ان تتم مراجعة الخطة وفق تطورالحمل، كذلك يجب توفير الرعاية للحامل بشكل منتظم ولدى حدوث أي طارئ على مدار الساعة.

أ. المشورة

مناقشة الأمور التالية:

- الرعاية المتوفرة في العيادة.
- التسلسل المتوقع لمراحل الحمل.
- الإجراءات المتعلقة بصحة الجنين.
- برنامج الزيارات:
  - ٥ زيارات بالحد الأدنى للحمول السليمة (Low risk) بحسب وزارة الصحة العامة اللبنانية.
  - قد يرتفع عدد الزيارات إلى أكثر من ذلك (٧ الى ١٢ زيارة) بحسب الحاجة.
- الممارسات الصحية السليمة خلال فترة الحمل.
- العلامات والأعراض التي يجب اعلام الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية بها (النزيف، تدفق الماء، آلام في الحوض، آلام المسالك البولية، أوجاع حادة في الرأس).
- خطة الولادة ورعاية المولود.
- النظام الغذائي السليم.
- التمارين الرياضية.
- عدم التدخين.
- كلفة الولادة.
- مشاركة الأسرة وتحديدا الزوج.

ب. الزيارة الأولى

الزيارة الأولى: وعادة ما تكون عند التأكد من الحمل، أو خلال الأسابيع الأولى (من ٥ الى ٨ أسابيع)

معلومات شخصية
الاسم
العمر (تاريخ الولادة)
العنوان
رقم الهاتف
اسم الزوج
الوضع المهني
المستوى التعليمي
ممارسة الرياضة
النظام الغذائي
تعاطي التدخين والكحول وغيره
التاريخ الطبي
السل
أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم
أمراض كلى مزمنة

أمراض سرطانية
السكري
النوبات العصبية
مرض الخلية المنجلية (Sickle Cell)- التلاسيميا
الحساسية (البنسلين وغيره)
عمليات جراحية سابقة
اعطاء أو تلقي دم
مضاعفات تخدير سابقة
الأدوية الحالية
التاريخ العائلي
ارتفاع ضغط الدم
أمراض سرطانية
داء السكري
أمراض الكلى
تشوهات خلقية- اعاقة
زواج قربى Consanguinity
حالات\اضطرابات نفسية\عصبية
حمول التوأمة
الفحوصات المخبرية
تعداد كامل للدم Plt= MCV= Hct= Hb= (CBC)
تحليل البول
فحص فئة وزمرة الدم (ABO & Rh)
Toxoplasmosis IgG
Rubella IgG
Hepatitis B sAg
فحص السكري
إن كانت تحمل عوامل خطر: - BMI ≥ 30 kg/m^2 قبل الحمل - سكري حمل سابقاً - اضطرابات معروفة في انتظام معدل السكر.
فحوصات ما قبل الزواج
تعداد كامل للدم (CBC,plts)
تحليل البول
الكشف عن داء الزهري (السفلس)
فيروس نقص المناعة والإلتهابات المنقولة جنسيا (بناء على طلب الطبيب).
معلومات حول الحيض
تاريخ آخر حيض
الحيض السابق

الانتظام

الكمية والأيام

سن البلوغ

الاستعمال السابق لوسائل تنظيم الاسرة

فحص الحمل المنزلي ونتيجته (ان وجد)

تاريخ الحمول السابقة

ارتفاع الضغط الحملي

سكري الحمل

حمل عنقودي

توأم أو أكثر

مواليد ذات اوزان منخفضة <2500غ – موانع النمو (اذا وجدت)

مواليد ذات أوزان مرتفعة 4500 غ

تنافر فئات الدم

تشوهات خلقية \ اعاقة

مضاعفات للمواليد

تعسر الولادة

ولادة قيصرية (السبب؟)

إنعاش او علاجات أخرى للمواليد

إكتئاب بعد الولادة

وفيات ما حول الولادة (كذلك وفيات لاحقة)

أي حدث غير متوقع (وجع- نزف-غيره حدد)

التاريخ الولادي

عدد الحمول السابقة:

تاريخ (سنة - شهر)

نتائج الحمل (ولادات مكتملة-مبكرة- حمل خارج الرحم- وأنواع الاجهاض)

أوزان المواليد

الجنس

مدّة الارضاع الطبيعي دون سواه

الفحص السريري

فحص عام

المؤشرات الحيوية الحرارة: النبض: التنفس: ضغط الدم:

الوزن (كلغ)

الطول (م)

فحص الجلد

الصغيرة

فحص مؤشرات فقر الدم

(شحوب الوجه - الأظافر - العيون - الفم واللسان - صعوبة التنفس)

العنق (الغدة الدرقية - اللوزتين)

فحص الثديين

فحص القلب والصدر

دوالي - Varicosities

فحص الحمل

فحص البطن

نبض الجنين

ارتفاع الرحم (بالسنتمترات)

فحص نسائي

للتأكد من عدم وجود أي حالات مرضية قد تضر الحمل - وقد تستدعي الحاجة أيضا اجراء فحص المسحة المهبلية.

المشورة في الزيارة الأولى

- سؤال وجواب \ التخطيط للزيارة المقبلة.
- النظام الغذائي.
- الالتزام بالأدوية الموصوفة (حمض الفوليك والحديد حسب الحاجة).
- ممارسة الحياة اليومية بشكل طبيعي.
- التوعية حول العلاقة الجنسية الآمنة.
- التوعية حول: الرياضة، العمل، السفر، صحة الأسنان، استعمال الأدوية، الإحتكاك بالحيوانات....
- التوعية حول وقف كل أنواع التدخين بما فيها النارجيلة وشرب الكحول وغيرها من المواد الخطرة.
- تزويد الحامل بمعلومات عن المؤشرات الخطرة : الآلام في البطن، الحوض، المسالك البولية، النزيف، وغيرها من الحالات الطارئة حيث تزود بعناوين وأرقام هاتف من يجب ان تكلمهم في هذه الحالة.
- التوعية حول السلامة العامة خاصة إستعمال حزام الأمان في السيارة.
- الطلب من الحامل مراقبة وتسجيل أول حركة للجنين.
- وضع برنامج لزيارة الحامل، كذلك كيفية نقلها الى المستشفى للولادة.
- إعطاء الحامل الوقت الكافي للمناقشات الحرة.
- الطلب من الحامل إحضار زوجها أو أحد أفراد عائلتها في الزيارة المقبلة وذلك لمشاركة فرد من العائلة لتقديم الدعم للحامل خلال فترة حملها.
- التشجيع وتأمين لقاح الأنفلونزا في موسم اللقاح بغض النظر عن مرحلة الحمل.
- تحديد موعد الزيارة الثانية في خلال ٤ الى ٦ أسابيع بحسب الحالة.
- تدوين كل هذه الملاحظات ضمن بطاقة تسجيل الحامل وفي دفتر المواعيد في المركز الصحي.

ت. الزيارات اللاحقة: (حسب التوصيات السابقة)

إعطاء الحامل بطاقة تسجيل فردية والطلب منها احضارها خلال الزيارة الثانية (الأسبوع ١١).

- شهرياً حتى ٢٨ أسبوعاً
- كل أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع بين الـ ٢٨ و ٣٦ أسبوعاً
- أسبوعياً ابتداءً من الـ ٣٦ أسبوع حتى الولادة

المراقبة عند كل زيارة

الفصل الأول

نبض الجنين (ممكن تحديده ابتداء" من حوالي الأسبوع ١٠ الى ١٢)

قياس الوزن

معدلات الزيادة في الوزن

قياس ضغط الدم

إنتفاخ الأطراف/القدمين

تقدير عمر الحمل

فحص البول العيادي (Dipstick) للزلال والسكر

قياس الرحم

الإلتزام بالأدوية الموصوفة (حديد، حامض الفوليك وغيره)

النظام الغذائي

أي شكاوى صحية (وجع الرأس والظهر، اللعية والغثيان، الإمساك).

الحالة النفسية، الاسرية، العلاقة الجنسية.

في الاسبوع ١١ الى ١٤ من الحمل:
- إجراء صورة صوتية لقياس سماكة الرقبة عند الجنين: (Nuchal thickness)
- فحص الدم الثنائي (Free β-hCG + PAPP-A) لتقصي عدم توازن الصبغيات (Aneuploidy)

في حال وجود معدلات غير طبيعية للفحص الثنائي طلب :

صورة صوتية + مشورة لأخذ عينات من زغابة المشيمة (Chorionic villus sampling) أو اجراء الـ Amniocentesis في الفصل الثاني

الفصل الثاني

حركة الجنين (حوالي الأسبوع ١٩ للحمل الأول، و١٧ غير ذلك) وكل زيارة

نبض الجنين

فحص الدم الثلاثي
- الأسبوع ١٥ الى ١٦
- المكون من: βhCG, Estriol, AFP
- لتقصي متلازمة "داون"، وتشوهات القناة العصبية.

في حال وجود معدلات غير طبيعية للفحص الثلاثي:
صورة صوتية، ومشورة لإجراء Amniocentesis.
يجرى إجراء الـAmniocentesis للحوامل فوق ٣٥ سنة أيضاً، أو حسب تقييم الطبيب للحالة.

صورة صوتية تفصيلية لتشخيص الجنين (Anomaly Scan) حوالي الأسبوع ١٨ الى ٢٠.

فحص الدم بعد ساعة من تناول السكر بمعدل ٥٠ ملغ غلوكوز (1hr Glucose).
إذا كانت النتيجة أكثر من ١٣٥ (ملغ/دسل)، يجب إجراء فحص تحمل السكر بعد ثلاث ساعات (OGTT).

مشورة الحامل حول آلآم الظهر، الحوض، الإمساك، وعسر الهضم.

الفصل الثالث

حركة الجنين.

أي عوارض:
نزيف/تبقع
طلق مبكر
عوارض ما قبل الإرتجاج Pre eclampsia (وجع رأس، غشاوة بالنظر، تورم/انتفاخ، زيادة وزن مفرطة)

نبض الجنين.
بين ٢٨ و ٣٢ أسبوعاً: - فحص الدم (Htc - Hb) - فحص الاجسام المضادة (IndirectCoomb's) في حال كانت زمرة الدم سلبية (-Rh).
بين ال ٣٥ و٣٧ أسبوعاً: زرع (Group B strep)، من قناة المهبل وفتحة الشرج (إذا أمكن).
إجراء فحص نسائي في الأسبوع ٣٧ الى ٣٨.
المشورة حول إنذار الطلق (تدفق السائل الأمنيوسي، تقلصات الرحم – كل ٥ دقائق لمدة ساعة، نزف، طلق مبكر، عوارض ما قبل الإرتجاج Pre eclampsia، انتفاخ/تورم، تكرار التبول.

ث. ملخص الاجراءات المتعلقة بفترة الحمل

جدول ٢: ملخص الاجراءات المتعلقة بفترة الحمل

الاسبوع ١١ الى ١٤	صورة صوتية Nuchal thickness + فحص الدم الثنائي (Free β-hCG + PAPP-A)
الاسبوع ١٥ الى ١٦	فحص الدم الثلاثي (Triple Screen) المكون من (AFP+Estriol+β hCG) (في حال عدم إجراء الفحص الثنائي سابقاً أو إستكمالاً له)
الاسبوع ١٨ الى ٢٠	صورة صوتية تفصيلية لتشخيص الجنين (Anomaly Scan)
الاسبوع ٢٤ الى ٢٨	فحص الدم بعد ساعة من تناول ٥٠غرام من السكر (One hr post glucose challenge)
الاسبوع ٢٨ الى ٣٠	كشف الاجسام المضادة (في حال الزمرة السلبية - Rh) (Indirect Coombs)
الاسبوع ٣٥ الى ٣٧	اجراء زرع لإفرازات المهبل (Group B Strep) باخذ عينات من مدخل واواسط المهبل، (وفتحة الشرج اذا أمكن) اعادة فحص الدم (CBC) والبول.
يمكن الإكتفاء بالصورتين المذكورتين أعلاه في حالة الحمل العادي.	

ج. المشورة خلال الزيارات اللاحقة للحمل

- الالتزام بالعلاجات والعادات السليمة.
- عوارض الطلق المبكر أو مضاعفات الحمل (Preeclampsia) .
- الاحالة (تحديد اسم المركز بوضوح).
- مناقشة صيرورة الحمل وفترة الطلق (العوارض، مكان الولادة، حضور الزوج أو أحد أفراد الأسرة).
- التمارين التحضيرية للولادة، طرق لاماز، دور الاب، Skin to skin- Baby friendly .
- الإرضاع من الثدي، مباعدة الولادات، تنظيم الاسرة.
- زيارة المتابعة ما بعد الولادة.

ح. التغذية والعلاجات خلال الحمل

- النصائح المتعلقة بزيادة الوزن خلال الحمل تعتمد على مؤشر الوزن (BMI) المعادل (للوزن بالكلغ)/ مكعب الطول (م٢) أنظر جدول رقم ٣.

جدول رقم ٣ : زيادة الوزن خلال الحمل

الوزن (قبل الحمل)	المؤشر BMI	الزيادة المسموح بها في الفصلين الثاني والثالث (غ/أسبوع)	الزيادة المسموح بها طيلة فترة الحمل (كلغ)
نحيفة (underweight)	<18.5	450	12-18
معتدلة (normal weight)	18.5 – 24.9	450	11-16
زيادة وزن (overweight)	25 – 29.9	270	7-11
بدانة (obese)	>30	220	5-9

– **احتياجات الحديد** (أنظر الى المقطع المتعلق بفقر الدم جدول رقم 0)

- مجموع حاجة الحديد خلال الحمل: ١٠٠٠ ملغ
- معدل ٣٠ ملغ حديد أساسي يوميا، أي ما يعادل:
  - ١٥٠ ملغ Ferrous Sulfate
  - ٣٠٠ ملغ Ferrous Gluconate
  - ١٠٠ ملغ Ferrous Fumarate

– **احتياجات حامض الفوليك (Folic Acid)**

- ٤٠٠ ميكروغرام يوميا.
- ٤ ملغ يوميا قبل حدوث الحمل بمدة شهر على الأقل، وخلال الحمل للحماية من التشوهات العصبية عند الجنين (Neural tube defects)

– **احتياجات اضافية** (بحسب تقييم الطبيب)

- كالسيوم ٦٠٠ ملغ عند الحوامل إذا كانت الوجبات الغذائية لا تؤمن الكمية اللازمة من الكالسيوم .
- فيتامين د (٤٠٠ وحدة دولية) Vitamin D 400 IO- وفيتامين ب ١٢ (٢ ميكروغرام) للحوامل اللواتي يعتمدن نظام غذائي نباتي.

خ.اللقاحات خلال الحمل: (جدول رقم ٤)

- **لقاح الحصبة – الحصبة الألمانية و أبو كعب MMR: لا يُعطى خلال الحمل.**
- إنفلونزا: إبرة بالعضل للحوامل خلال موسم الإنفلونزا (تشرين أول–آذار)، وللحوامل المعرضات لإلتهابات رئوية، بسبب حالة حساسية مزمنة أو ربو مزمن.
- السحايا: لا تتغير الدواعي من جراء الحمل. يتم استشارة وزارة الصحة العامة.
- الكزاز: في حالات غياب اللقاح الأولي/أو التذكيري للعشر سنوات الماضية. جرعتين بالعضل بتباعد شهر الى ٢ والثالثة بعد ٦ الى ١٢ شهرمن ذلك.

– التذكيري Booster: جرعة واحدة كل ١٠ سنوات بعد إتمام الأولى.

– في حال التعرض، اجراء جرعة بالعضل من Ig.

جدول رقم ٤: اللقاحات خلال الحمل

VACCINE	BEFORE PREGNANCY	DURING PREGNANCY	AFTER PREGNANCY	TYPE OF VACCINE
Hepatitis A	Yes, if indicated	Yes, if indicated	Yes, if indicated	Inactivated
Hepatitis B	Yes, if indicated	Yes, if indicated	Yes, if indicated	Inactivated
Human Papillomavirus (HPV)	Yes, if indicated, through 26 years of age	No, under study	Yes, if indicated, through 26 years of age	Inactivated
Influenza IIV	Yes	Yes	Yes	Inactivated
Influenza LAIV	Yes, if less than 50 years of age and healthy; avoid conception for 4 weeks	No	Yes, if less than 50 years of age and healthy; avoid conception for 4 weeks	Live
MMR	Yes, if indicated, avoid conception for 4 weeks	No	Yes, if indicated, give immediately postpartum if susceptible to rubella	Live
Meningococcal: • polysaccharide • conjugate	If indicated	If indicated	If indicated	 Inactivated Inactivated
Pneumococcal Polysaccharide	If indicated	If indicated	If indicated	Inactivated
Tdap	Yes, if indicated	Yes, vaccinate during each pregnancy ideally between 27 and 36 weeks of gestation	Yes, immediately postpartum, if not received previously	Toxoid/ inactivated

Tetanus/Diphtheria Td	Yes, if indicated	Yes, if indicated, Tdap preferred	Yes, if indicated	Toxoid
Varicella	Yes, if indicated, avoid conception for 4 weeks	No	Yes, if indicated, give immediately postpartum if susceptible	Live

د. الحمل و الصيام

هل الصيام آمن خلال الحمل؟

لم تثبت الدراسات أي تأثير سلبي للصوم على الحامل أو على الجنين ولكن لكل امرأة وضعها الخاص.

تعتبر المرحلة الأولى من الحمل (أي الأشهر الثلاثة الاولى) المرحلة الأصعب كونها مرحلة تكوين الجنين فإذا كانت الحامل تعاني من "الوحام" عليها التنبّه لأن الصيام، وخصوصاً لفترة طويلة يمكن أن يزيد من حدوث:

- نوبات ألم الرأس
- ارتفاع نسبة حمض المعدة
- التعب
- الدوخة والإغماء

لذا لا بد من إستشارة الطبيب الخاص.

نصائح مفيدة للحامل خلال شهر الصوم

- أن لا تخرج في الطقس الحار الا للضرورة.
- أن تأخذ قسط من الراحة خلال النهار.
- أن تواظب على تناول السحور وتؤخره قدر الإمكان.
- أن تكثر من شرب الماء ٨– ١٠ أكواب بالإضافة إلى السوائل والحليب ما بين الإفطار والسحور.
- الإفطار على تمر، لقدرته على إعادة مستوى السكر في الدم إلى معدله الطبيعي ولمساعدته على تفادي الإمساك.
- تناول البروتين الحيواني (حليب ومشتقاته – بيض ولحوم على أنواعها) بالإضافة إلى الفاكهة والخضار الطازجة لتعويض الفيتامينات والأملاح المعدنية.
- الحد من تناول النشويات والدهون وأيضاً الكبيس، البهارات، القهوة، الشاي، المياه الغازية والحلويات على أنواعها.
- أن تكسر صيامها عند الإفطار بشكل تدريجي : تمر ومياه معدنية تليها وجبة خفيفة وذلك لأن الصيام يبطئ عمل الجهاز الهضمي فكان لا بد من التدرج في إدخال الطعام وذلك لتفادي مشاكل سوء الهضم.

إذا شعرت الحامل بأي عوارض غريبة خلال صيامها لا بد أن تسأل طبيبها عن مدى خطورة حالتها كما عليها التأكد من عدم تأثير صيامها على الجنين؛ فربما لا تشعر هي بالتعب ولكن يبقى على الطبيب التأكد أن الجنين بخير.

الاتصال بالطبيب في حال

- شعرت الحامل بالدوار (الدوخة) أو الإغماء أو الضعف أو التعب. يجب أن ترتاح لمدة نصف ساعة لمراقبة ما إذا كانت حالتها ستتحسن. بحال عدم لمس أي تغيير في هذه الفترة، يجب التحدث مع الطبيب.
- إنتاب الحامل حالة الغثيان (أواللعيان) أو بدأت بالتقيؤ (الإستفراغ).
- لاحظت الحامل إنقباضات مثل الألم. يمكن أن يكون ذلك مؤشر لولادة مبكرة وعليها الإتصال بالطبيب على الفور.
- لم تكتسب الحامل وزناً أو بحال خسرت من وزنها.
- أصيبت الحامل بالصداع (وجع الرأس) أو أي آلام أو إرتفاع في درجة الحرارة.

كيفية جعل الصيام خلال الحمل سهلاً؟

- التخطيط للأيام بحيث تستطيع الحامل الحصول على فترات منتظمة من الراحة.
- تجنّب المشي لمسافات طويلة وحمل أو رفع أغراض ثقيلة.
- المحافظة على البرودة– قد تصاب الحامل بالجفاف بسرعة.
- تخفيف المهمات المنزلية و عدم الاجهاد الجسدي.
- تناول الطعام باعتدال وحكمة عند الإفطار.

في العموم، يجب أخذ الأمور ببساطة وسهولة وتقبّل أي مساعدة. مع أن بقية أفراد العائلة والصديقات قد يرغبن بالسهر، على الحامل أن تهتم بأن يكون شهر رمضان أكثر هدوءاً والعمل على أن يكون وقتاً للراحة أيضاً.

اذا ما زالت الحامل غير متأكدة مما إذا باستطاعتها الصيام أم لا، فيجب أن:

- تتحدث مع طبيبها وأن تدعه يجري لها فحصاً عاماً قبل البدء بالصيام.
- أن تفكّر في محاولة تجريبية بالصوم يوماً أو يومين. ومراقبة كيف سيمرّ عليها الصيام ثم معاودة زيارة الطبيب.

مراحل الحمل خلال الصوم

- **المرحلة الأولى** : و تمتد خلال الأشهر الثلاثة الأولى، و تعرف بمرحلة الوحام، و فيها تتعرض المرأة الحامل لعوارض الغثيان والتقيؤ والدوار والقلق وغير ذلك من عوارض ناتجة عن زيادة هرمون الحمل.

فإذا كانت هذه العوارض ظاهرة بشكل كبير لدى المرأة الحامل يستحسن أن تمتنع عن الصيام.

- **المرحلة الثانية** : و تبدأ من الشهر الرابع حتى السادس، و يمكن ان تتعرض الحامل لعوارض مثل إرتفاع أو هبوط السكر، الضغط، فقر الدم، و في هذه الحالة يفضل ألا تصوم المرأة الحامل .

- **المرحلة الثالثة** : و يقصد بها الأشهر الثلاثة الأخيرة، و هي أيضا كالأشهر السابقة، يمكن أن تتعرض الحامل خلالها للعوارض نفسها من فقر دم وسكري وضغط إلى الإرهاق الذي يسببه الوزن الزائد للجنين، والأورام في الأطراف، وكل ذلك يحول دون قدرة المرأة الحامل على الصوم.

توزيع جرعات الدواء في رمضان

إذا كنا نتحدث عن الأدوية الإضافية التي تعطى للحامل كالكالسيوم، فيجب على الحامل أن تتناوله مباشرة بعد الفطور باعتبار أنها لن ترقد للنوم قبل ٦ ساعات يتخللها الكثير من النشاط والحركة .

أما الحديد فمن المستحسن أن تأخذه المرأة الحامل قبيل السحور.

أما إذا تحدثنا عن أنواع أخرى من الأدوية كدواء الضغط أو السكري وغيرهما، فهذا يعني أن الحامل تعاني من مشكلات صحية و لا يفترض بها الصوم منذ البداية .

الرياضة للحامل خلال الصوم

قد يكون الأمر ممكناً في الفترة الأولى من النهار و لكن في إطار حركات رياضية خفيفة .

لأن أي نشاط رياضي يفترض حرق سعرات حرارية يجب تعويضها عن طريق الأكل والشرب؛ و هذا مستحيل خلال فترة النهار أي في فترة الصوم؛ لذا يستحسن تجنب ممارسة الرياضة خلال الصوم .

استشارة الطبيب دائما قبل بدء الصوم لتجنب حدوث أية مضاعفات سلبية.

٣. مضاعفات الحمول والولادات السابقة

من الضروري التقصي عن مضاعفات سابقة للحمل أو الولادة والبحث عن التالي:

- الإجهاض ومضاعفاته.
- انسداد الشرايين.
- ضغط الدم، تشنج حملي /(Eclampsia) طليعة الارتعاج (Pre-eclampsia).
- سكري الحمل.
- وضعية الجنين.
- ولادات متعسرة.
- تمزق من الدرجة الثالثة.
- نزيف شديد في المرحلة الثالثة من الحمل.
- إستخدام أدوات لتسهيل الولادة (شفاط Vaccum – ملقط Forceps).
- فصل المشيمة يدويا.
- الولادات القيصرية.
- التهاب وحمى النفاس (Puerperal sepsis).
- المصورات الذيفانية (Toxoplasma) .
- الحصبة الالمانية (Rubella titer) .
- أمراض الكبد المعدية (Hepatitis B) .
- المسحة المهبلية.
- فيروس نقص المناعة.

أ. تعريف مخاطر الأمومة

ان كل حامل، وبغض النظر عن وضع الحمل، تواجه، وبدرجات مختلفة، نوعا ما من مخاطر الأمومة. أثبتت الدراسات أن ٤٠٪ من كل النساء الحوامل يتعرضن الى مضاعفات مختلفة. حوالي ١٥٪ منهن يحتجن إلى العناية الطبية لتخطي تلك المضاعفات التي قد تهدد حياتهن وحياة الجنين. هذه المضاعفات في غالبيتها تقع بصورة مفاجئة وغير متوقعة.

ب. إعادة تقييم المخاطر \ المضاعفات

ان تحديد \ تقييم مخاطر الحمل \ الأمومة لا يعتبر طريقة فعّالة لمنع حصول وفيات قرابة موعد الولادة، لأنه يقتصر على تصنيف الحمل بين عالي وقليل الخطورة بناء" على معلومات ديمغرافية اجتماعية (المستوى التعليمي– العمر– عدد الأولاد– الطول..). علما" بأن الكثير من النساء الحوامل اللواتي يصنف حملهن على أنه عالي الخطورة لا يتعرضن لأي مضاعفات وبالتالي تكون النتيجة (False positive) كما أنه من الممكن ان تكون النتيجة (False negative). وعليه، يعتبر تقييم خطورة الحمل بالطريقة المذكورة وسيلة غير أخلاقية اذا ما توافرت معها الخدمات التي تضمن الجودة النوعية، و ذاك نظرا" لاحتمال تحول أي حمل من قليل الخطورة إلى عالي الخطورة في أي وقت كان.

إن دور مراكز رعاية الصحة الإنجابية، إضافة الى تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية، لا ينحصر على تصنيف الحوامل في فترة حملهن بين حمل عالي الخطورة أو قليل \ متدني الخطورة، بل يتعداه ليشمل التالي:

- تشجيع وتسهيل إستقطاب النساء الى النظام الصحي من خلال ضمان تأمين الخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها (Accessibility).
- ضمان إستمرارية تلك الخدمات من خلال دمج خدمات الصحة الانجابية بخدمات الرعاية الصحية الأولية.
- تحسين الصحة العامة من خلال توفير الخدمات الوقائية اللازمة (حديد– لقاح الكزاز...). كذلك الكشف عن الأمراض المنتقلة جنسيا"(STIs) ومعالجتها حيث أنها قد تؤدي إلى تدهور الصحة الانجابية.
- تثقيف النساء وعائلاتهن حول مخاطر ومضاعفات الحمل والولادة، و بالتالي أهمية الكشف المبكر عن هذه المضاعفات.
- الكشف المبكر عن أية مضاعفات أو مخاطر يمكن ان

تتعرض لها المرأة الحامل كذلك المشاكل التي يمكن أن تتعرض لها النساء والفتيات بشكل عام (المراهقة – العقم...)

- إعتماد نظام الإحالة الى المراكز المختصة للواتي يتعرضن لمضاعفات خطرة وتحفيز المستفيدات وعائلاتهن على الإلتزام بتلك الإحالات.

أخيرا، وبالرغم من توفر أفضل الوسائل للعناية بالحامل خلال فترة حملها، ما زالت بعض الحوامل يقضين بسبب مضاعفات الحمل، في ظل غياب الخدمات الصحية الأساسية التي إذا تم الحصول عليها في الوقت المناسب تمكننا من إنقاذ حياة هؤلاء الأمهات والأجنة.

٤. مضاعفات الحمل

أ. الغثيان والتقيؤ (Nausea and Vomiting) (الرسم رقم ١)

تعريف الـ Hyperemesis gravidarum

- إستمرار التقيؤ.
- خسارة الوزن بنسبة أكثر من ٥٪.
- علامات الجفاف.
- وجود الـ Ketones في البول.
- إضطراب في معدل الـ Electrolytes.

رسم توضيحي رقم ١: أسباب وعلاج غثيان الحمل

اللعية والغثيان

أسباب غير متعلقة بالحمل:

- صداع الشقيقة
- إضطرابات الجهاز الهضمي
- إلتهابات الكلى
- اضطرابات التمثيل الغذائي (metabolic disorders)

علاج مختص

أسباب متعلقة بالحمل

(- وجود حمل عنقودي؛ توائم؛...)

نقص في الوزن، جفاف، سوء تغذية، أم غيره؟

نعم

إحالة للإستشفاء + إجراء الفحوصات التالية:

- BUN, creatinin, SGOT, SGPT, electrolytes, amylase, TSH

لا

- مشورة
- حمية
- تحاشي المسببات (روائح، أطعمة، رطوبة، حرارة، غيره)
- دعم نفسي \ عاطفي
- تناول الجنجر المغلي والرقائق المملحة
- تناول فيتامين B6
- مضادات للّعية عند اللزوم

- **مضادات الغثيان:**

– تناول فيتامينات الحمل لمدة ٣ أشهر قبل الحمل ممكن أن تخفف قوة غثيان الحمل أو تمنع حصولها.

– يجب التدرج في علاج الغثيان حسب الترتيب التالي:

- فيتامين B6 (pyridoxine): ١٠ الى ٢٥ ملغ كل ٨ ساعات.
- Antihistamines:
  - Navidoxine (Meclizine + Vit B6): ٢٥ الى ٥٠ ملغ يومياً حسب الحاجة.
  - Doxylamine: ١٢,٥ ملغ صباحاً و بعد الظهر؛ و٢٥ ملغ قبل النوم.
- phenothiazine (Phenergan): ٢٥ ملغ كل ٤ الى ٦ ساعات PO/IV .
- metoclopramide (Primperan): ١٠ ملغ كل ٨ ساعات؛ ٣٠ دقيقة قبل الطعام.
- ondansetron (Zofran): ٨ ملغ كل ٨ ساعات PO/IV للحالات المستعصية.

– في حال وجود إنخفاض في معدل الـ TSH (Hyperthyroidism) المترافق مع حالة غثيان الحمل، يجب عدم إعطاء علاج لتخفيض عمل الغدة الدرقية إلا في حال إثبات حالة مرضية في الغدة.

ب. فقر الدم

جدول رقم 0: فقر الدم خلال الحمل

تعريف فقر الدم خلال الحمل
– Hb أقل من 11.0 g/dl (Hct أقل من ٣٣٪) في الفصلين الأول والثالث من الحمل
– Hb أقل من 10.5 g/dl(Hct أقل من ٣٢٪) في الفصل الثاني من الحمل
– Hb أقل من 10 g/dl(Hct أقل من ٣٠٪) بعد الولادة
الأسباب
– أنظر الرسم رقم ٢
تعريف نقص الحديد
– Ferritine أقل من 10 الى 15 µg/l
فحص تعداد الدم CBC
في الزيارة الأولى للحمل و في الأسبوع الـ٢٨
فحص مخزون الحديد Ferritine (يستلزم العلاج في حال انخفاض معدل الـ Ferritine إلى ما دون 30 µg/l)
ليس إلزامياً عند جميع الحوامل
يجب إجراؤه في الحالات التالية:
– في حال وجود فقر دم
– في حال معرفة وجود أمراض فقر الدم Hemoglobinopathies
– قبل إعطاء علاج الحديد بالوريد
– في حال وجود عوامل خطر لنقص في الحديد رغم عدم وجود فقر دم؛ مثل:
– تاريخ سابق لفقر دم
– تعدد الحمل (ثلاث مرات أو أكثر)
– حمل بعد أقل من سنة من الحمل السابق
– النظام الغذائي النباتي

- الحمل في سن مبكرة
- نزيف سابق حديث
- في حال وجود عوامل خطر لنزيف
- شهود يهوه

العلاج في حال وجود فقر دم بسبب نقص الحديد

المعالجة بإعطاء 100-200 mg يومياً من الحديد الأساسي

يجب إستكمال العلاج بالحديد بعد تصحيح معدل الـ Hb لمدة ثلاثة أشهر ثم ستة أشهر بعد الولادة لإعادة مخزون الحديد إلى المعدل الطبيعي

(يعتبر العلاج بالحديد في حال وجود فقر دم سوي أو صغير الكريات؛ تشخيصي في الوقت عينه؛ إذ يجب التوصل إلى إرتفاع في معدل الـ Hb بعد أسبوعين؛ وإلا فإنه يجب إجراء فحوصات أخرى)

العلاج في حال وجود نقص في مخزون الحديد غير مترافق مع فقر دم

المعالجة بإعطاء 65 mg يومياً من الحديد الأساسي

مع إعادة فحص الـ Hb وفحص مخزون الحديد Ferritine بعد ٨ أسابيع

لا داع لإعطاء علاج الحديد في حال عدم وجود فقر دم أو نقص في الحديد

العلاج بالحديد عن طريق الوريد

- إبتداءً من الفصل الثاني من الحمل
- في حال وجود نقص في مخزون الحديد وعدم التجاوب مع العلاج الفموي بالحديد (إحتمال وجود عدم إمتصاص - malabsorption) أو عدم تحمله

تحويل الحامل عند اختصاصي أمراض الدم

في حال وجود عوارض قوية مترافقة مع فقر دم حاد Hb <7g/dlb أو في حال عدم التجاوب مع العلاج بالحديد أو في الحالات الأخرى من فقر الدم غير المترافقة مع نقص الحديد

نقل دم

في حال كان :

- Hb < 6 g/dl (خطر مضاعفات عند الجنين)
- وجود عوامل خطر لنزيف؛ وجود Imminent cardiac compromise؛ ...

المشورة

- يجب توعية جميع النساء الحوامل على ضرورة تحسين نوعية وطريقة الغذاء لتحسين امتصاص الحديد
- في حال تناول العلاج بالحديد يجب:
- أخذ الدواء على معدة فارغة؛ ساعة قبل الطعام مع مصدر لفيتامين ج مثل كوب من عصير الليمون اتجسين إمتصاص الحديد
- تفادي أخذ الدواء غي الوقت نفسه مع أخذ أدوية أخرى خاصة مضادات الحموضة

مخاطر فقر الدم المترافق مع نقص الحديد

ولادات مبكرة؛ انخفاض الوزن عند الولادة؛ وفيات ما حول الولادة؛ ....

رسم توضيحي رقم ٢: أسباب فقر الدم حسب حجم الكريات الحمراء

أسباب فقر الدم حسب حجم الكريات الحمراء (MCV)

MCV أكثر من ١٠٠	MCV بين ٨٠ و ١٠٠	MCV أقل من ٨٠
Macrocytic (MCV greater than 100 fL)	**Normocytic (MCV 80–100 fL)**	**Microcytic (MCV less than 80 fL)**
▪ Folic acid deficiency anemia ▪ Anemia associated with vitamin B_{12} deficiency ▪ Drug-induced hemolytic anemia (eg,zidovudine) ▪ Anemia associated with reticulocytosis ▪ Anemia associated with liver disease ▪ Anemia associated with ethanol abuse ▪ Anemia associated with acute myelodysplastic syndrome	▪ Hemorrhagic anemia ▪ Early iron deficiency anemia ▪ Anemia of chronic disease ▪ Anemia associated with bone marrow suppression ▪ Anemia associated with chronic renal insufficiency ▪ Anemia associated with endocrine dysfunction ▪ Autoimmune hemolytic anemia ▪ Anemia associated with hypothyroidism or hypopituitarism ▪ Hereditary spherocytosis ▪ Hemolytic anemia associated with paroxysmal nocturnal hemoglobinuria	▪ Iron deficiency anemia ▪ Thalassemias ▪ Anemia of chronic disease ▪ Sideroblastic anemia ▪ Anemia associated with copper deficiency ▪ Anemia associated with lead poisoning

ت. تقصي (Group B Streptococcus)

- طريقة الفحص: مسحة (Swab) مهبلية ثم شرجية بين ٣٥ و٣٧ أسبوعاً من الحمل.
  - من الممكن إستعمال نفس الأداة للمسح المهبلي والشرجي أو أداتين مختلفتين.
  - لا داعي لإستعمال الـ Speculum.
- في حال وجود هذه البكتيريا في زرع البول؛ يجب التعامل مع الحامل كأنها تحمل هذه الجرثومة مهبلياً وإعطائها العلاج المناسب خلال الولادة بغض النظر عن نتيجة المسحة المهبلية (حيث لا يوجد داعٍ لإجرائها في هذه الحالة).
- الحالات التي تستدعي والحالات التي لا تستدعي العلاج (أنظر جدول رقم ٦):

جدول رقم ٦: الحالات التي تستدعي والحالات التي لا تستدعي علاج الـ Group B streptococcus

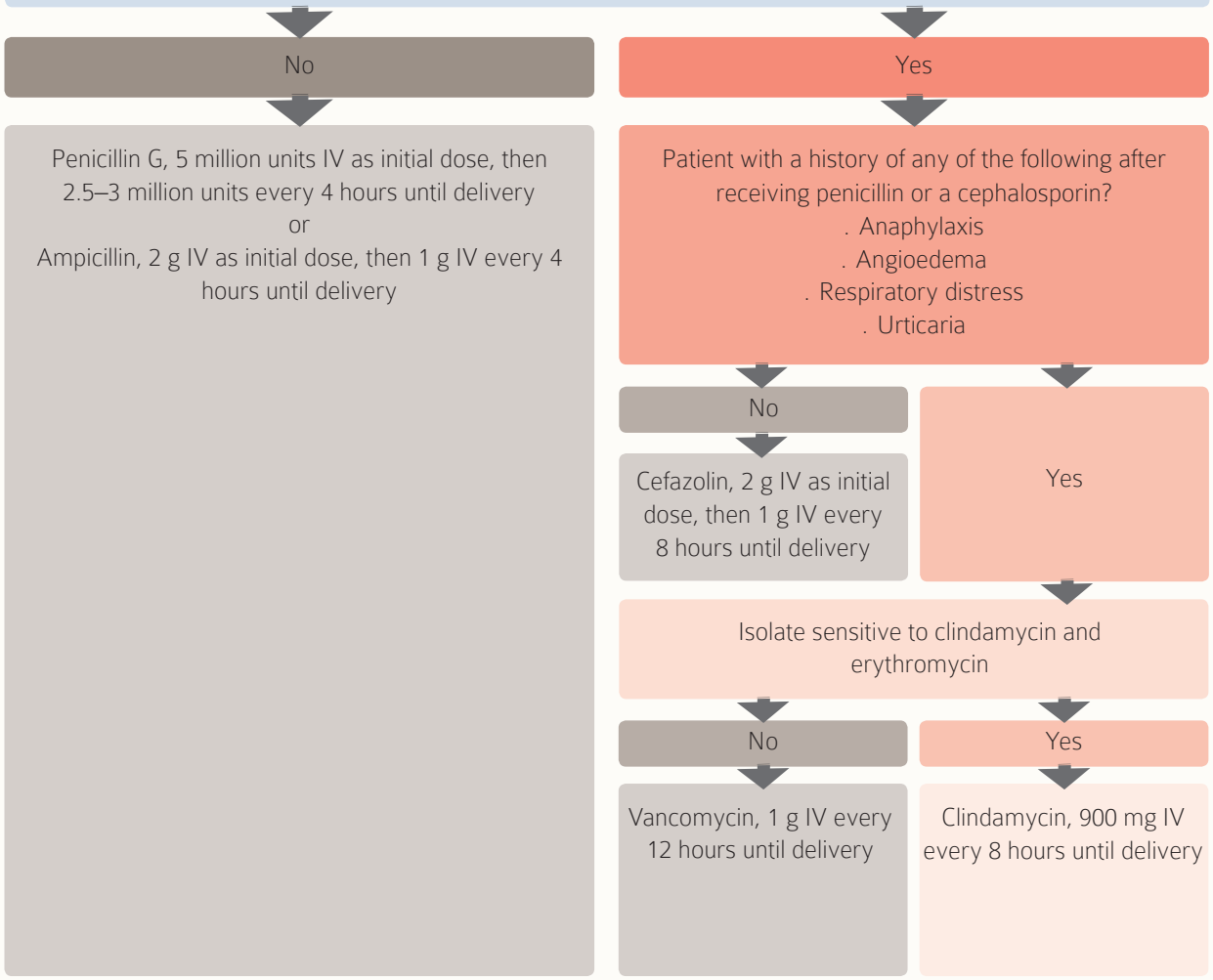
Intrapartum GBS Prophylaxis Indicated	Intrapartum GBS Prophylaxis not Indicated
Previous infant with invasive GBS disease GBS bacteriuria during any trimester of the current pregnancy	Colonization with GBS during a previous pregnancy (unless an indication for GBS prophylaxis is present for current pregnancy)
Positive GBS screening culture during current pregnancy* (unless a cesarean delivery, is performed before onset of labor on a woman	GBS bacteriuria during previous pregnancy (unless another indication for GBS prophylaxis is present for current pregnancy)

Intrapartum GBS Prophylaxis Indicated	Intrapartum GBS Prophylaxis not Indicated
with intact amniotic membranes) Unknown GBS status at the onset of labor (culture not done, incomplete, or results unknown) and any of the following: • Delivery at less than 37 weeks of gestation† • Amniotic membrane rupture greater than or equal to 18 hours • Intrapartum temperature greater than or equal to 100.4°F (greater than or equal to 38.0°C)‡ • Intrapartum NAAT§ positive for GBS	Cesarean delivery performed before onset of labor on a woman with intact amniotic membranes, regardless of GBS colonization status or gestational age Negative vaginal and rectal GBS screening culature result in late gestation* during the current pregnancy, regardless of intrapartum risk factors

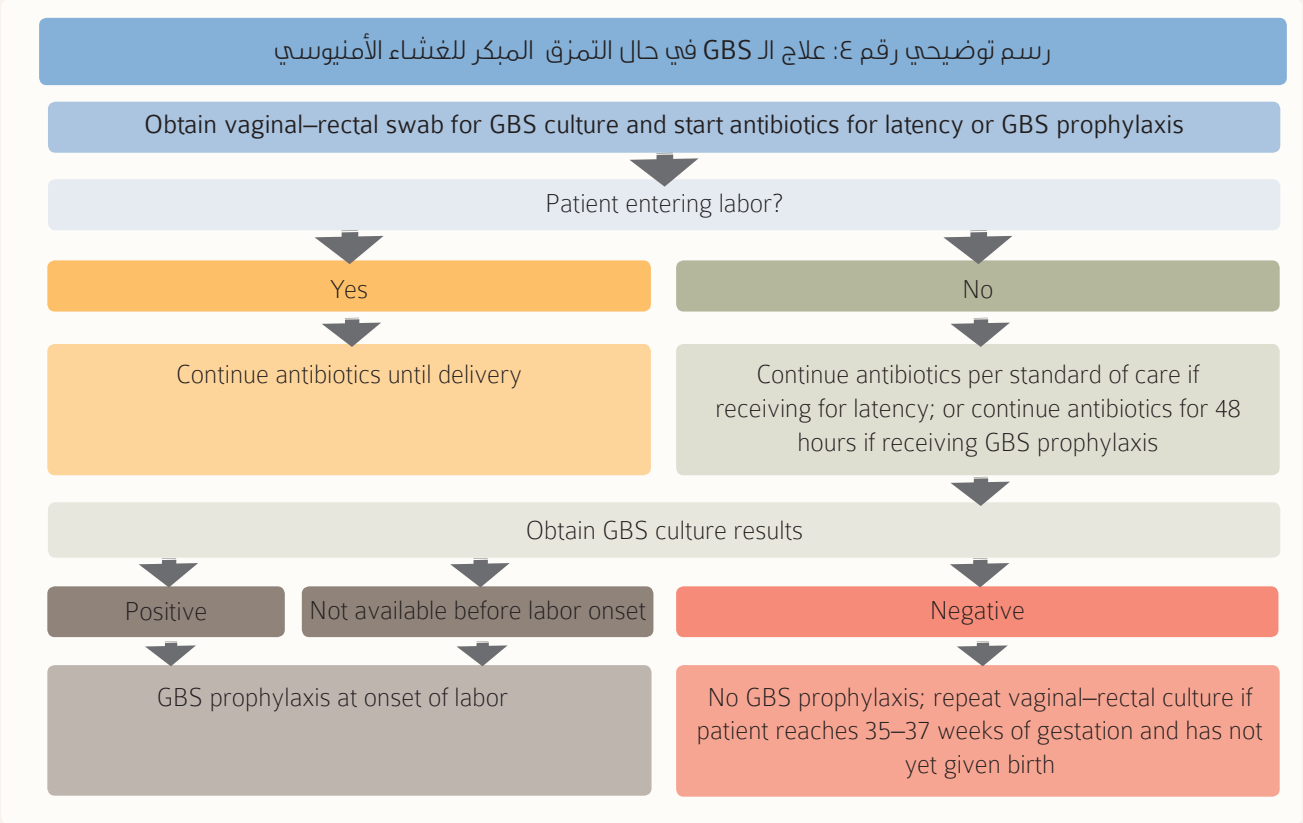
Abbreviations: *GBS, group B streptococci; NAAT, nucleic acid amplification test.*

طريقة العلاج :

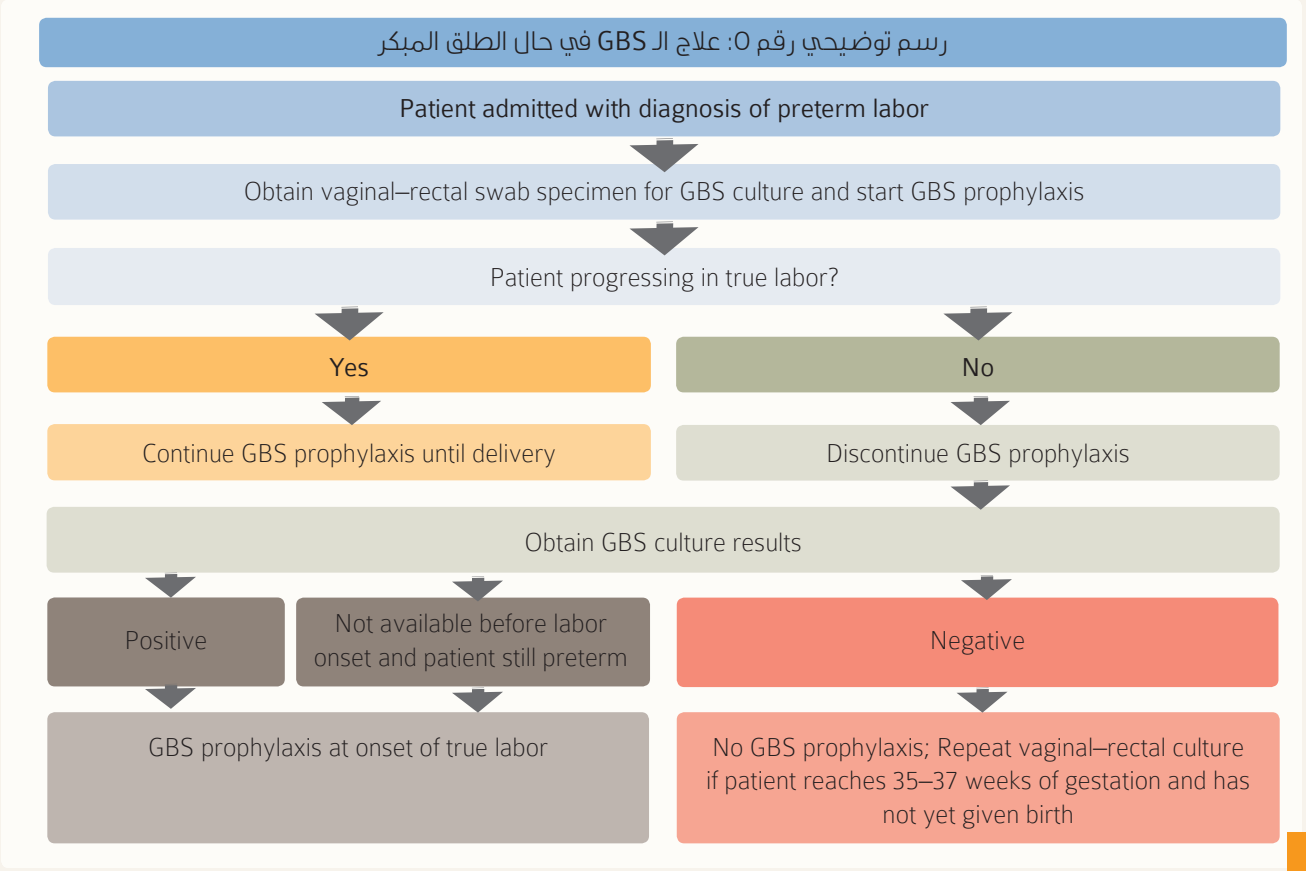
رسم توضيحي رقم ٣: طريقة علاج الـ GBS



- في حال تمزق الغشاء الأمنيوني المبكر (Preterm premature rupture of membranes): (رسم رقم ٤)



- في حال وجود طلق مبكر (preterm labor): (رسم رقم ٥)



ث. الإلتهابات والحمل Infections in Pregnancy

الإيدز وإيجابي المصل (HIV positive)

يجب اجراء فحوصات الكشف عن مرض الايدز في الزيارة الأولى من الحمل إلا في حال رفض الحامل ذلك.

- يجب اعادة الفحص قبل الأسبوع ٣٦ اذا كان الفحص الأول سلبياً في حالة كون الحامل من الحالات الخطرة والمعرضة للاصابة بالايدز.
- إعطاء علاج Highly Active Anti Retroviral Therapy والاستمرار به بعد الولادة.
- إعطاء علاج الـ Zidovudine خلال الولادة.
- المتابعة خلال الحمل:
  - بالتوازي مع إختصاصي
  - viral load كل شهر إلى شهرين حتى الأسبوع الـ ٣٦.
  - فحص CD4 count.
  - فحوصات الكبد و Lactate بشكل دوري.
  - فحص سكري الحمل.
  - إجراء فحوصات اضافية Hepatitis C, Toxoplasmosis, Varicella Zoster, Measles
  - اعطاء لقاح الكبد الفيروسي ولقاح الانفلونزا.
- يجب إجراء فحص viral load قبل الأسبوع الـ ٣٦ من الحمل:
  - إذا كانت النتيجة أقل من1000 copies/ml : من الممكن إجراء ولادة طبيعية.
  - إذا كانت النتيجة أكثر من 1000 copies/ml : يجب إجراء ولادة قيصرية في الأسبوع الـ ٣٨ بغض النظر عن العلاج.

الهربس

- تكون ٠,٢ الى ٧,٤ ٪ من الحمول إيجابية للهربس.
- لا داعي لإجراء فحص تقصي للهربس في غياب وجود عوارض عند المرأة الحامل.
- هناك مضاعفات خطيرة ومميتة للمواليد إذا تمت الإصابة بالهربس.
- عند وجود الإصابة المرئية، يجب معالجة الحامل بمضادات الفيروس.
- ولادة قيصرية عند وجود عوارض الفيروس وقت الولادة.
- العلاج: أنظر جدول رقم ٧.
- في حالة الإصابة الأولية يجب إعطاء دواء Acyclovir 400 mg ثلاث مرات يوميا لمدة عشرة ايام.
- في حالات الإلتهابات الشديدة يجب إعطاء العلاج بالوريد 10 g/Kg من الوزن لمدة عشرة ايام.
- للوقاية من المرض يجب إعطاء علاج 400 mg ثلاث مرات يومياً إبتداءً من الأسبوع الـ ٣٦ لحين الولادة.
- نسبة إنتقال المرض للجنين ٣٠ الى ٦٠ بالمئة.
- في حال الإصابة الفعالة أو الولادة المبكرة يجب إجراء عملية قيصرية.
- **علاج الهربس لا يضر المراة المرضعة**

جدول رقم ٧: علاج الهربس خلال الحمل

Indication	Acyclovir	Valacyclovir
Primary or first-episode infection	400 mg orally, three times daily, for 7–10* days	1 g orally, twice daily, for 7–10* days
Symptomatic recurrent episode	400 mg orally, three times daily, for 5 days or 800 mg orally, twice daily, for 5 days	500 mg orally, twice daily, for 3 days or 1 g orally, daily, for 5 days
Daily suppression	400 mg orally, three times daily, from 36 weeks estimated gestational age until delivery	500 mg orally, twice daily, from 36 weeks estimated gestational age until delivery
Severe or disseminated disease	5–10 mg/kg, intravenously, every 8 hours for 2–7 days, then oral therapy for primary infection to complete 10 days	

**Treatment may be extended if healing is incomplete after 10 days.*

Adapted from Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006 [published erratum appears in MMWR Recomm Rep 2006;55:997]. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 2006;55(RR–11):1–94.

داء المقوسات Toxoplasmosis

- يتعرض تلت (٣/١) النساء لهذه الطفيليات عبر تناول اللحم النيء أو الاحتكاك ببراز القطط.
- تؤدي إصابة الجنين الى: صغر وزن، انكماش الدماغ، التهابات الشبكية.
- نسبة الإصابة عند الجنين مرتفعة أكثر في الفصل الثالث بينما درجة الأضرار جراء الإصابة مرتفعة أكثر في الفصل الأول من الحمل.
- الفحوصات: يجب إجراء فحصي: Toxoplasmosis IgM & IgG في الزيارة الأولى للحمل.
- تتم قراءة نتائج الفحوصات المخبرية كالتالي:

	Ig M negative	Ig M positive
IgG negative	لا يوجد مناعة و لا إصابة يجب إعادة الفحص دورياً	إصابة حديثة أو False positive يجب إعادة الفحص بعد ٢-٣ أسابيع (في مختبر مختص): إرتفاع في معدل الـ IgG يدل على إصابة حديثة. أنظر الخانة السفلى
IgG positive	يوجد مناعة ولا يوجد إصابة لا داع لإعادة الفحص	إحتمال وجود إصابة حديثة أو قديمة يجب إعادة فحص الـ IgG بعد ٢-٣ أسابيع(في مختبر مختص): إرتفاع في معدل الـ IgG يدل على إصابة حديثة. عندها يجب إجراء فحص IgG avidity: إذا كانت الـ avidity منخفضة فإن الإصابة قد تمّت خلال الأشهر الخمس الأخيرة يجب التحويل لدى إختصاصي

الإرشادات لتفادي الإصابة بالـ Toxoplasmosis خلال الحمل في حال عدم وجود مناعة:

- طهي اللحوم والدجاج والإبتعاد عن تناولها نيئة.
- تقشير الفاكهة والخضار وغسلها جيداً أو طهيها.
- الإبتعاد عن القطط وغسل اليدين جيداً في حال الإحتكاك بها.
- في حال إثبات إصابة الأم أو يوجد إحتمال عالٍ لإصابتها:
  - العلاج: 1g Spiramycine كل ٨ ساعات
  - التحويل عند إختصاصي طب جنيني أو أمراض جرثومية.
  - إجراء صورة صوتية موجهة للجنين (Targeted ultrasound).
  - إجراء amniocentesis بعد الأسبوع ١٨ الى ٢٠ لمعرفة إذا كان الجنين مصاباً.
- في حال إثبات إصابة الجنين:
  - العلاج الثلاثي: Sulfonamide, Folinic acid Pyrimethamine حتى الولادة.

Rubella

- كلما كانت الإصابة في المراحل الأولى للحمل، كلما زادت مخاطر تشوهات الجنين حتى الاسبوع العشرين.
- الفحص الإستقصائي: Rubella IgG عند كل حامل في الزيارة الأولى للحمل إلا إن كان تلقيها للقاح موثقاً.
- في حال Rubella IgG إيجابي: يوجد مناعة ولا داعي لإعادة الفحص حتى في حال الإحتكاك بشخص مصاب.
- في حال Rubella IgG سلبي: لا يوجد مناعة. في هذه الحال يجب تفادي الإحتكاك بشخص مصاب وفي حال حصول ذلك يجب إجراء:
  - Rubella IgM بعد التعرض مباشرة ثم بعد أسبوعين (ثم بعد ٤ أسابيع إذا اقتضت الحاجة).
  - إحتمال تضرر الجنين بعد الأسبوع الـ ٢٠ نادرة.
- **في حال عدم وجود مناعة يجب إعطاء اللقاح بعد الولادة (لا يؤثر على المولود في حال الرضاعة).**
- **يجب تفادي الحمل لمدة شهر بعد اللقاح.**

ج. الطلق المبكر(Preterm Labor)

- يحدث بين الاسبوع ٢٠ حتى ٣٧ من الحمل.
- يؤدي الى ولادة مبكرة في أقل من ١٠ ٪ من الحالات.
- التشخيص:
  - وجود طلق منتظم مع تغير في توسع عنق الرحم (Cervical dilatation) وقصره (Effacement).
  - أو وجود طلق منتظم مع توسع عنق الرحم أكثر من ٢ سم.

يعتبر علاج وقف الطلق (Tocolytics) ممنوعاً في الحالات التالية:

- وفاة الجنين.
- وجود تشوه جنيني غير قابل للحياة.
- تخطيط نبض الجنين غير طبيعي.
- تسمم الحمل (Pre-aclampsia / Eclampsia).
- نزيف عند الحامل أو عدم إستقرار المؤشرات الحيوية.
- إلتهاب أغشية السائل الأمنيوسي Chorioamnionitis.
- تمزق مبكر لأغشية كيس الجنين Preterm premature rupture of membranes.
- وجود موانع طبية عند الأم لتلقي العلاجات من هذا النوع.

- علاج وقف الطلق (Tocolytics): (بين ٢٠ و٣٤ أسبوعاً)
  - Calcium channel blockers.
  - Beta-adrenergic receptor agonist.
  - NSAIDs (Indomethacin).
- Corticosteroids للمساعدة على نضوج رئتي الجنين (بين الـ٢٤ و ٣٤ أسبوعاً):
  - Betamethasone: 12mg إبرة بالعضل كل ٢٤ ساعة لمدة يومين.
  - Dexamethasone: 6mg إبرة بالعضل كل ١٢ ساعة لمدة يومين.

ح. سكري الحمل

- يؤدي الى مضاعفات خطيرة عند الجنين: تشوهات، إجهاض، أو بدانة.

عوامل الخطورة

- عمر الحامل (٣٠ عاما وما فوق).
- سكري خلال الحمل السابق.
- البدانة.
- ارتفاع ضغط الدم.
- سكر في البول خلال الحمل الحالي.
- ولادة سابقة لجنين بوزن ٤ كلغ وما فوقه.
- مولود ميت (Stillbirth) .
- تاريخ أسري من السكري.

التقصي (Screening)

- 50g غلوكوز (فحص دم بعد ساعة من تناول السكر– 1 hour Glucose challenge test) في الحالتين:
  - عند أول زيارة، مع إعادة بين ٢٤–٢٨ أسبوع، في حالات الحمول العالية الخطورة (بدانة BMI أكثر من ٣٠، إسقاط الحمل، تاريخ أسري، سكري بول في الحمل الحالي، مواليد كبار الوزن)
  - بين ٢٤ الى ٢٨ أسبوع في الحمول العادية.

التشخيص

- بحال كانت النتيجة GCT ≥135mg\dl ما يعادل (7mmol\L) يعتبر الفحص غير طبيعي.
- في هذه الحال يجب إجراء فحص دم 3 hrs GTT/OGTT على ثلاث ساعات متتالية بعد تناول 100 g غلوكوز بعد ٣ أيام من وجبات عادية ونشاط عادي. تكون معدلات نتائج الفحص كما يلي:
  - Fasting > 95 mg/dl
  - 1hour > 180 mg/dl
  - 2hours > 155 mg/dl
  - 3hours > 140 mg/dl

بحال وجود نتيجتين أو أكثر فوق المعدل الطبيعي يدل على سكري الحمل.

- أو إجراء فحص 2 hrs OGTT بعد تناول 75 g غلوكوز (للتقصي والتشخيص معاً في آن واحد):
  - Fasting > 92 mg/dl
  - 1hour > 180 mg/dl
  - 2hours > 153 mg/dl

بحال وجود إحدى النتيجتين فوق المعدل الطبيعي يدل على سكري الحمل.

- العلاج: الحمية الغذائية ومراقبة السكر.
- مراقبة السكر وفق المعدلات التالية:
  - على الريق 60-95 mg/dl.
  - قبل الأكل 60-105 mg/dl.
  - بعد الأكل بساعة 140 mg/dl >.
  - ساعتان بعد الأكل 120 mg/dl<.

في حال وجود نتائج غير طبيعية، إحالة الحامل للمتابعة وللمعالجة بالأنسولين.

- مراقبة الحمل:
  - Non-Stress Test أسبوعيا بدءاً من الأسبوع ٢٨، ومرتين في الأسبوع بدءاً من ٣٤ أسبوع.
  - Contraction Stress Test اذا كانت نتيجة الـ NST غير مطمئنة.
  - Biophysical Profile.
  - صورة صوتية كل ٤–٦ أسابيع (حجم الجنين، وزنه...)
- الولادة:
  - من الممكن إقتراح ولادة قيصرية على الحامل في حال تعدى وزن الجنين التقديري الـ ٤٥٠٠ غ.
  - إذا كان سكري الحمل مضبوطاً ولا توجد عوامل خطورة ليس من الضروري إجراء الولادة قبل الأسبوع الـ٣٩.
- بعد الولادة: يجب إجراء فحص سكر الدم بعد ٦ إلى ١٢ أسبوع من الولادة ثم كل ٣ سنوات.

خ. ارتفاع ضغط الدم خلال الحمل

- يقسم الى خمس فئات:

ما قبل الارتجاج – Eclampsia/Preeclampsia

- يكون بعد الأسبوع ٢٠
- الضغط الانقباضي (Systolic BP) يساوي 140 mmHg أو أكثر
- أو الضغط الانبساطي (Diastolic BP) يساوي 90 mmHg أو أكثر

يؤخذ الضغط مرتان بفرق ٤ ساعات

بالتزامن مع:

- زلال في البول (Proteinuria) 300mg / 24 ساعة أو أكثر
- أو Protein/creatinin ratio في البول 0.3 أو أكثر
- أو Urine dipstick for protein 1+ أو أكثر (فقط في حال عدم توافر وسائل الفحص الأخرى)

أو: (في حال غياب إرتفاع زلال البول مع إرتفاع حديث للضغط)

- الصفائح (Platelets) أقل من 100.000/mcL

- فشل كلوي: إرتفاع معدل الزلال Creatinine إلى 1.1 mg/dl أو أكثر
  أو إرتفاع هذا المعدل إلى الضعف في غياب أي مرض في الكلى

- إرتفاع معدل انزيمات الكبد (Transaminases) إلى ضعف المعدل الطبيعي

- وذمة رئوية (Pulmonary edema)

- عوارض عصبية أو بصرية

Preeclampsia with severe features:

- الضغط SBP أكثر من 160 mmHg أو DBP أكثر من 110 mmHg
- الصفائح (Platelets) أقل من 100.000/mcL
- إرتفاع معدل أنزيمات الكبد (Ttransaminases) إلى ضعف المعدل الطبيعي أو إستمرار ألم في الجهة العلوية اليمنى من البطن
- وذمة رئوية (Pulmonary edema)
- عوارض عصبية أو بصرية

إرتفاع الضغط المزمن – Chronic Hypertension

إرتفاع الضغط قبل الأسبوع الـ ٢٠ أو قبل الحمل

إرتفاع الضغط المزمن مترافق مع Preeclampsia مستجدة
chronic hypertension with superimposed preeclampsia

أنظر الى المقطع المتعلق بحالة ما قبل الإرتجاج أعلاه

ارتفاع ضغط الدم الحملي Gestational Hypertension

إرتفاع الضغط بعد الأسبوع الـ ٢٠ غير مترافق مع علامات الـ Preeclampsia

إرتفاع الضغط بعد الولادة

حتى ٦ أسابيع بعد الولادة

عوامل الخطورة Risk factors

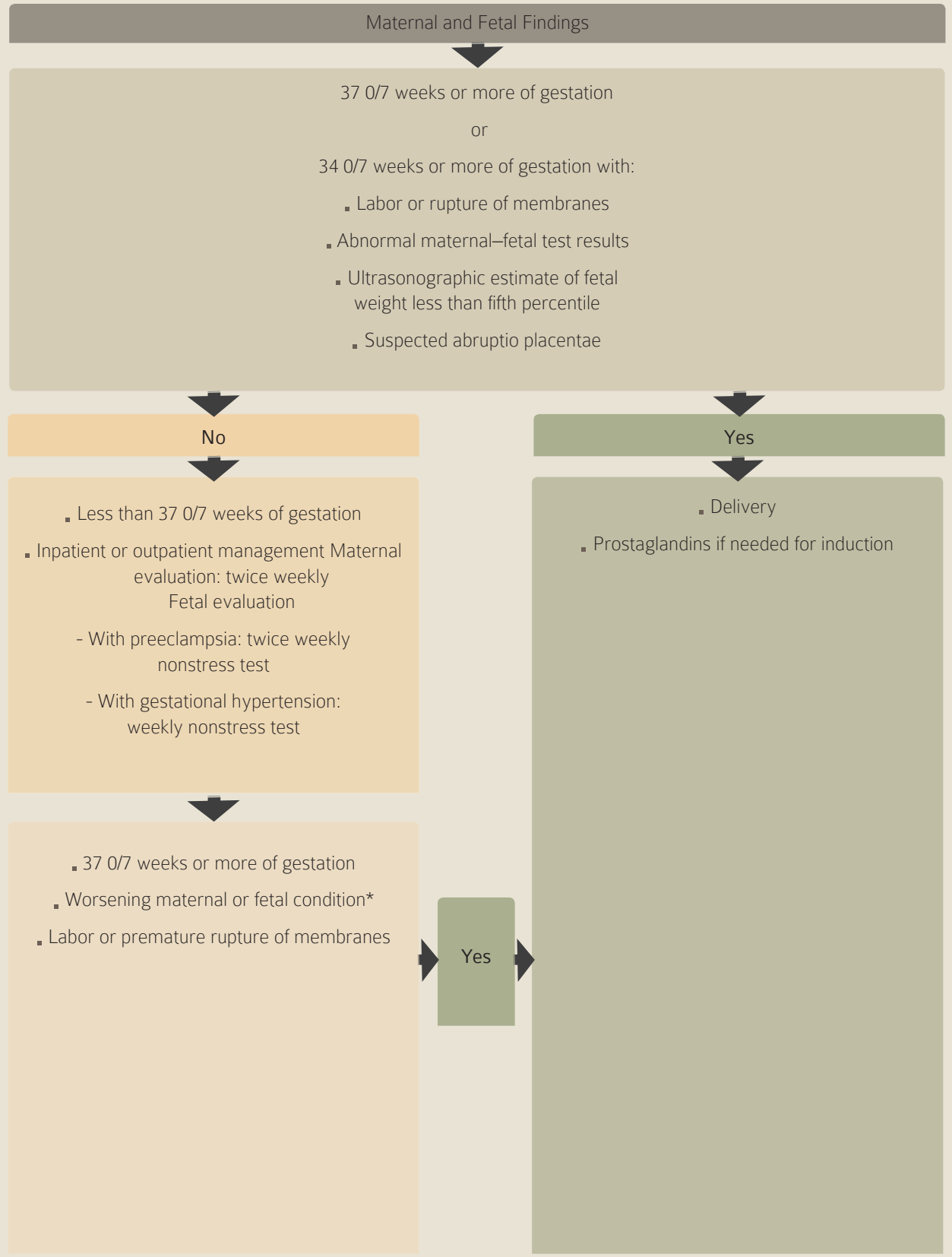
- العمر المتقدم (فوق ٤٠ سنة).
- حمل أولي (Primigravid).
- حمل توأم (Multiple Pregnancy).
- سكري.
- ضغط دم مزمن.
- إصابة سابقة ب Preeclampsia.
- أمراض في الأوعية الدموية.
- مرض الذئبية (Lupus).
- تاريخ عائلي لـ Preeclampsia.
- البدانة.
- الحمل عبر طريقة طفل الأنبوب.

الاجراءات لمراقبة الحمل

عند تشخيص إرتفاع الضغط يجب إجراء التالي:

- الفحوصات المخبرية:
  - فحص دم: CBCD, LDH, Creatinin, Uric acid, Liver enzymes.
  - فحص بول 24 hours Urine collection : Protein/Creatinin Ratio أو Proteinuria.
- البحث عن عوارض الخطورة (ألم رأس، ألم في الجزء العلوي من البطن، مشاكل بصرية، ضيق في التنفس، إنخفاض حركة الجنين....)
- تقييم وضع الجنين:
  - صورة صوتية لتقدير وزن الجنين، تقييم كمية السائل الأمنيوسي (Amniotic fluid index).
  - NST و Biophysical profile في حال كان التخطيط (NST) غير مطمئن.
- المراقبة خلال الحمل:
  - مراقبة الضغط.
  - مراقبة حركة الجنين Daily kick count.
  - التوعية حول عوارض الخطورة المذكورة أعلاه وضرورة إعلام الطبيب بها حين حصولها.
  - NST مرة أسبوعياً في حال إرتفاع الضغط.
  - NST مرتان أسبوعياً في حال Preeclampsia.
  - Biophysical profile في حال كان التخطيط (NST) غير مطمئن.
  - صورة صوتية لتقييم وزن ووضع الجنين مرة كل ٣ أسابيع وتقييم كمية السائل الأمنيوسي مرّة أسبوعياً.
  - إجراء فحص البروتين في البول مرة أسبوعياً إن كان سلبياً؛ ومتى أصبح إيجابياً لا داعي لتكراره.
  - تكرار فحص: CBCD, Creatinin, Liver enzymes مرة أسبوعياً.
  - لا داعي لحمية غذائية خاصة ولا داعي لتخفيف كمية الملح المتناولة.
  - لا يوجد فائدة من الراحة السريرية.
- الحالات التي تستدعي الإستشفاء والتوليد:
  - بلوغ الـ ٣٧ أسبوع.
  - الشك في وجود Abruptio placenta.
  - بلوغ الـ ٣٤ أسبوع مع أحد العوامل التالية:
    - طلق مبكر أو تمزق مبكر لأغشية كيس الجنين PPROM.
    - وزن الجنين التقديري أقل من 5 percentile .
    - إنخفاض كمية السائل الأمنيوسي (Oligohydramnios /AFI<5 بشكل مستمر).
    - نتيجة Biophysical profile 6/10 أو أقل.

رسم توضيحي رقم ٦: طريقة التعاطي مع إرتفاع ضغط الحمل أو ما قبل الإرتجاج بدون عوامل خطورة



رسم توضيحي رقم ٧: طريقة التعاطي مع حالات ما قبل الإرتجاج قبل الـ ٣٤ أسبوع

- Observe in labor and delivery for first 24–48 hours
- Corticosteroids, magnesium sulfate prophylaxis, and
- antihypertensive medications
- Ultrasonography, monitoring of fetal heart rate, symptoms, and laboratory tests

Contraindications to continued expectant management

- Eclampsia
- Pulmonary edema
- Disseminated intravascular coagulation
- Uncontrollable severe hypertension
- Nonviable fetus
- Abnormal fetal test results
- Abruptio placentae
- Intrapartum fetal demise

Yes → Delivery once maternal condition is stable

Are there additional expectant complications?

- Greater than or equal to 33 5/7 weeks of gestation
- Persistent symptoms
- HELLP or partial HELLP syndrome
- Fetal growth restriction (less than fifth percentile)
- Severe oligohydramnios
- Reversed end-diastolic flow (umbilical artery Doppler studies)
- Labor or premature rupture of membranes
- Significant renal dysfunction

Yes → Corticosteroids for fetal maturation
Delivery after 48 hours

Expectant management

- Facilities with adequate maternal and neonatal intensive care resources
- Fetal viability–33 6/7 weeks of gestation
- Inpatient only and stop magnesium sulfate
- Daily maternal–fetal tests
- Vital signs, symptoms, and blood tests
- Oral antihypertensive drugs

- Achievement of 34 0/7 weeks of gestation
- New-onset contraindications to expectant management
- Abnormal maternal–fetal test results
- Labor or premature rupture of membranes

Yes → Delivery

د. النزف خلال الحمل

الإجهاض في الفصل الأول من الحمل (قبل الاسبوع الـ١٣)

- **الاجهاض التلقائي** (Spontaneous Abortion): يعرف بنهاية الحمل وإسقاط جنين غير قابل للحياة قبل الأسبوع الـ١٣.
- **انواع الاجهاض والعوارض**

جدول رقم ٨: أنواع الإجهاض والعوارض

النوع	التعريف	العوارض و الفحوص
المهدد (Threatened)	نزيف مهبلي دون خروج أنسجة من المهبل	- الفحص النسائي: نزيف/دم من عنق الرحم المغلق، لاوجود للأنسجة - التأكّد من عدم وجود أسباب أخرى في عنق الرحم، حمل عنقودي (Molar) أو منتبذ (Ectopic) - الفحوصات المخبرية المطلوبة : CBC معدل βhCH في الدم - صورة صوتية
المحتّم (Inevitable)	إجهاض "مهدد" ولكن مع توسع لعنق الرحم	اجهاض "مهدد" ولكن مع توسع عنق الرحم الفحوصات المخبرية المطلوبة: Blood type, Rh, CBC
الجزئي (Incomplete)	نزيف شديد، تقلصات رحمية، مرور أنسجة من المهبل، توسع عنق الرحم	قد تؤدي العوارض الى دوخة، سقوط (Orthostatic dizziness) و (Syncope). الفحوصات المخبرية المطلوبة: Blood type, Rh, CBC
الكامل (Complete)	مرور كامل للأنسجة، تقلّص جيد للرحم وعنق الرحم	الفحوصات المخبرية المطلوبة: Blood type, Rh, CBC
الصامت (Missed)	بقاء الأنسجة بعد توقف نبض الجنين	العوارض: عدم إزدياد حجم الرحم أو عدم سماع نبض الجنين الصورة الصوتية تؤكد التشخيص الفحوصات المخبرية المطلوبة: Blood type, Rh, CBC

- **العلاجات :**

جدول رقم ٩: علاجات الإجهاض

العلاج الدوائي	Misoprostol 800 mcg (جدول ٩)	- عبر المهبل - يعاد مرة أخرى حسب الحاجة بعد فترة لا تقل عن ٣ ساعات خلال أسبوع - بالإضافة للمسكنات - إجراء صور صوتية متتالية للتأكد من خلو الرحم من رواسب الإجهاض أو إعادة فحص الدم في حال عدم توفر الصورة
	Anti-D Immunoglobulin	- في حال كانت فئة الدم سلبية - خلال ٧٢ ساعة من التشخيص
العلاج الجراحي	Suction and curetage	- يجب إختيار الحل الجراحي في حال النزيف، عدم إستقرار المؤشرات الحيوية، الإلتهابات، .... - يفضل العلاج الجراحي في حال فقر الدم، إضطرابات في سيلان الدم، مشاكل صحية في القلب والشرايين، .... - من الأفضل إعطاء جرعة واحدة من مضادات الإلتهابات Doxycycline 200 mg ساعة قبل الإجراء

- **المشورة:**

– لا يوجد ضرورة للإنتظار قبل معاودة محاولة الحمل، هذا بعد التأكد من خلو الرحم من رواسب الإجهاض.

– في حال النية بإستعمال وسائل منع حمل، من الممكن البدء بها فور التأكد من خلو الرحم من الرواسب، إن كانت حبوب منع حمل أو لولب.

– الفحوصات لمعرفة سبب الإجهاض غير ضرورية قبل حصول إجهاضين متتالين على الأقل.
– العلاجات الوقائية لتفادي تكرار الإجهاض غير مثبتة الفعالية. العلاج بالأسبيرين لا يفيد إلا في حالة Antiphospholipid syndrome، والعلاج بالـ Progesterone لم تثبت فعاليته إلا في حالات الإجهاض المتكرر (أكثر من ٣ إجهاضات).

جدول رقم ١٠: علاج الإجهاض الدوائي بالـ Misoprostol

	1st Trimester	2nd Trimester	3rd Trimester
800 µg	**Induced abortion** 800µg pv or sl 3 hrly (max x3 within 12hrs)		
600µg	**Missed abortion** 800µg pv 3 hrly (max x2) or 600µg sl 3 hrly (max x2)		
400µg	**Incomplete abortion** 600µg po single dose or 400µg sl single dose		
	Cervical ripening pre-instrumentation 400µg pv 3 hrs or sl 2-3 hrs before procedure	**Induced abortion/ Interruption of pregnancy** 400µg pv or sl 3 hrly (max x5)	
200µg		**Intrauterine foetal death 13-17 wks** 200µg pv 6 hrly (max x4)	
100µg		**Intrauterine foetal death 18-26 wks** 100µg pv 6 hrly (max x4)	
25µg			**Intrauterine foetal death** 25µg pv 6 hrly or 25µg po 2 hrly
			Induction of labour 25µg pv 6 hrly or 25µg po 2 hrly
		Care with previous uterine scar and caesarean section	

الإجهاض في الفصل الثاني من الحمل (بين الأسبوع ١٣ و ٢٦)

- العلاج:

العلاج الدوائي

- Misoprostol (٤٠٠ مكغ) مهبلياً أو تحت اللسان كل ٣ ساعات حتى ٥ مرات. في حال عدم خلو الرحم كلياً من الرواسب من الممكن الإستراحة لمدة ١٢ ساعة من الدواء ثم معاودته
- أو Misoprostol: ٦٠٠ الى ٨٠٠ مكغ مهبلياً كجرعة أولية ثم ٤٠٠ مكغ أو تحت اللسان كل ٣ ساعات (أكثر فعالية)
- في حال عدم توفر الـ Misoprostol، من الممكن إستعمال Oxytocin ٢٠ الى ١٠٠ وحدة بالوريد على فترة ٣ ساعات ثم إيقافه لمدة ساعة ثم معاودته ببطء دون تخطي ٣٠٠ وحدة خلال ٣ ساعات

Anti-D Immunoglobulin

- في حال كانت فئة الدم سلبية، خلال ٧٢ ساعة من التشخيص

العلاج الجراحي

Dilation and Evacuation - D&E

- تفضل على العلاج الدوائي في هذه المرحلة من الحمل، بعد تحضير عنق الرحم لتفادي أذيته
- يجب إعطاء مضاد إلتهابات لكل المرضى اللواتي سيخضعن لعلاج جراحي: Doxycycline (١٠٠ ملغ) بالفم ساعة قبل العملية ثم ٢٠٠ ملغ بعد الإجراء.

- في حال نية إستعمال وسائل منع حمل، من الممكن البدء بها فور التأكد من خلو الرحم من الرواسب، إن كانت حبوب منع حمل أو لولب.

النزيف في الفصلين الثاني والثالث

التاريخ:

تقييم نزيف الدم والتقصي عن صدمة أو ألم حاد

التقييم:

- المؤشرات الحيوية
- نبض الجنين، وتقلصات الرحم
- صورة صوتية لتقييم الجنين والخلاص
- لا يجب إجراء فحص نسائي قبل التأكد من عدم وجود "هبوط المشيمة" (Placenta previa)

الفحوصات المخبرية:

- Blood type, Hb, Hct
- تحليل بول (وجود دم، زلال)
- PTT, PT، الصفائح (platelets), INR, FSP عند وجود نزيف شديد، او عند الشك بانسلاخ المشيمة (Placental Abruption).
- يمكن فحص تجلط الدم في المركز – عند الضرورة – بواسطة أنبوب فحص الدم (Red-top-tube).
- فحص Apt مزج الدم المهبلي مع كمية مماثلة من ٢٥٪ (NaOH) لتميز دم الجنين (يبقى احمر) من دم الأم (يصبح بني).
- KBT (انظر سابقا).

ذ. انسلاخ المشيمة (Placental Abruption)

ويحدث بشكل جزئي او كامل، و ذلك بعد الأسبوع الـ٢٠.

العوامل:

- ضغط الحمل: Preeclampsia, Chronic Hypertension.
- الوزن الصغير للجنين.
- إرتفاع كمية السائل الأمنيوسي.
- تمزق أغشية كيس الجنين المبكر Preterm ruptured membranes.
- تعدّد الأجنّة.
- تاريخ سابق لإنسلاخ المشيمة.
- تعدد الولادات.
- تقدم عمر الحامل.
- صدمة (Trauma).
- التدخين والكوكايين.
- وجود ليفة في الرحم.
- إضطرابات تخثر الدم Thrombophilias.

التشخيص:

- نزف مهبلي (قد يكون محصورا – Concealed – في ٢٠٪ من الحالات).
- ألم فجائي في البطن والرحم، تقلصات رحمية.
- دم في السائل الامنيوسي.
- علامات Distress Fetal عند مراقبة الجنين.
- احتمال طلق مبكر أو إنقباض متواصل في الرحم.
- الصورة الصوتية قد تساعد على التشخيص.

العلاج:

- في حال كان الجنين في عمر قابل للحياة: يجب التوجه فوراً للولادة. إذا لم تكن الولادة الطبيعية آنية يجب التوجه إلى الولادة القيصرية.
- في حال يوجد نزيف حاد يجب إتباع الإجرائات الخاصة بحالات النزيف (التعويض بالسوائل ونقل الدم حسب الحاجة...)
- في حال كان الجنين في عمرغير قابل للحياة يجب إتباع الإجرائات الخاصة بحالات النزيف وإتخاذ القرار حسب حالة الأم.

ر. التهابات المسالك البولية

- مشكلة شائعة خلال الحمل.
- أكثر شيوعا في حالات تقدم العمر، سكري الحمل، التهابات سابقة، تواتر العلاقات الجنسية، التهابات الكلي.
- تقسم إلى ٣ أنواع:
  - وجود بكتيريا في البول غير المصحوب بعوارض (Asymptomatic bacteriuria).
  - إلتهاب المثانة الحاد (Acute cystitis).
  - إلتهاب الحويضة و الكلى (Pyelonephritis).

الفحوصات المخبرية

- يجب طلب زرع بول عند الزيارة الأولى للحمل وفي الفصل الثالث لإكتشاف وجود بكتيريا في البول غير المصحوب بعوارض (Asymptomatic bacteriuria).
- وجود عوارض مرافقة لإلتهابات البول كالحرارة، ألم الخاصرة، الغثيان،... فهو يؤدي إلى تشخيص إلتهاب الحويضة والكلى (Pyelonephritis).

التشخيص

- نمو البكتيريا في الزرع بنسبة أكثر من 10^5 Colony Forming Unit (CFU).

العلاج

- العلاجات في حالتي وجود بكتيريا في البول غير المصحوب بعوارض (Asymptomatic bacteriuria) وإلتهاب المثانة الحاد (Acute cystitis) :

Cephalexin (Keflex)	٥٠٠ ملغ يعطى ٤ مرات يومياً
Erythromycin	٢٥٠ الى ٥٠٠ ملغ يعطى ٤ مرات يومياً
Nitrofurantoin	٥٠ الى ١٠٠ ملغ يعطى ٤ مرات يومياً
Amoxicillin-clavulanic acid (Augmentin)	٢٥٠ ملغ يعطى ٤ مرات يومياً
Fosfomycin (Monurol)	ظرف ٣ غ يعطى مرة واحدة
Ampicillin	٥٠٠ ملغ يعطى ٤ مرات يومياً

- مدة العلاج: ٧ الى ١٠ أيام، علماً أن بعض الدراسات أثبتت أنه من الممكن الإكتفاء بالعلاج لمدّة أقصر (يوم واحد، ٣ أيام أو خمسة أيام).
- العلاج في حالة إلتهاب الحويضة والكلى (Pyelonephritis): Cephalosporines أو Gentamycin ثم تعديل العلاج حسب نتيجة زرع البول. لكن هذه الحالة تستدعي إجمالاً الإستشفاء وإعطاء سوائل بالوريد.
- يوجد الكثير من حالات البكتيريا المقاومة للـ Ampicillin وبالتالي يفضل عدم إستعماله.
- في حال وجود بكتيريا الـ Group B streptococcus في زرع البول، يجب التعامل مع الحامل كأنها تحمل هذه الجرثومة مهبلياً وإعطائها العلاج المناسب خلال الولادة بغض النظر عن نتيجة المسحة المهبلية (حيث لا يوجد داع لإجرائها في هذه الحالة).
- في حال تكرار إلتهابات البول خلال الحمل يجب إعطاء علاج وقائي: Nitrofurantoin (١٠٠ ملغ) مرة واحدة قبل النوم.
- يجب إعادة فحص البول (الزرع) بعد أسبوع إلى أسبوعين من إنتهاء العلاج.

ز. الحالات التي تتطلب اهتماما خاصا

الولادة المبكرة (انظر الإضافة)

- لا تزال الولادة قبل الأوان تشكل السبب الأول للوفيات عند حديثي الولادة. حوالي ربع هذه الحالات يتسبب بها تمزق الأغشية، والربع الآخرسببه مضاعفات خلال الولادة أو الوضع أو لسبب طبي.
- تحديد الخطر وتوعية الحامل الى علامات الولادة المبكرة يبدو غير كاف لمنع حدوث هذا الأمر. الاستراتيجية الجديدة للتعامل مع هذه الحالات هي : استعمال المضادات الحيوية (Antibiotics) و الكورتيزون كعوامل وقائية للنساء الحوامل اللواتي حصل معهن ولادات مبكرة في مراحل سابقة.

ولادة بعد الأوان Post term Gestation

- حوالي ٣ الى ١٢ ٪ من حالات الحمل تمتد لما بعد الأسبوع الـ٤٠ من الحمل (٢٩٤ يوم أو أكثر من اليوم الأول لآخر دورة شهرية)، وتعتبر كولادات بعد الأوان.
- معظم هذه الحالات تنتج عن عدم قدرة الحامل على تحديد التاريخ الدقيق لآخر دورة شهرية، ولكن ما يحدث أن بعض النساء تمتد فترة حملهن دون سبب ظاهر، وهذا يعرض الجنين للخطر.
- في هذه الحالات يجب التأكد من طول مدة الحمل ابتداء" من آخر دورة شهرية، أو إجراء صورة صوتية لتحديد ذلك. يجب إجراء الفحوصات التالية بين الاسبوعين ٤١ و ٤٢ من الحمل:
  - فحص عنق الرحم.
  - تصوير صوتي لتقييم حجم السائل الأمنيوسي.
  - تخطيط دقات قلب الجنين.
  - Biophysical profile.

التوأم

وجود حمل بتوأم يتطلب عناية خاصة، لذا يجب ان تتبع الزيارات نمط معين:

- زيارة كل أسبوعين حتى الأسبوع ٢٠ من الحمل، ومن ثم كل أسبوع.
- فحص عنق الرحم عند اللزوم (فحص نسائي أو صورة صوتية).
- تقييم الجنين إذا أظهرت الفحوصات السابقة أي خلل بالنمو.
- الإحالة في حال حصول أي تطور أو مشاكل في الحمل.
- لا يوجد منفعة من إعطاء علاجات وقف الطلق أو الـ Progesterone بشكل وقائي.
- ضرورة إجراء صورة صوتية مبكرة لتحديد نوع التوأمة (Chorionicity and Amnionicity).
- يجب عدم إجراء Cerclage في حالة الحمل بتوائم.
- يجب إعطاء Corticosteroids وقائياً بين الأسبوع ٢٤ و٣٤ من الحمل في حال وجود إحتمال لولادة مبكرة خلال أسبوع.
- في حالة الحمل من نوع – Monochorionic Monoamniotic، من الممكن إجراء الولادة بين الأسبوع ٣٢ و٣٤.
- في حالات الحمل من نوع Monoamniotic يجب إجراء ولادة قيصرية.
- في حالات الحمل من نوع Diamniotic بعد الأسبوع ٣٢ و في حال كان الجنين الأول (الأقرب إلى عنق الرحم) بوضعية الرأس، من الممكن إجراء ولادة طبيعية بغض النظر عن وضعية الجنين الثاني.

٥. المشورة بين الحامل والطبيب او القابلة

أ. العناية بعد الاجهاض

تستعمل عبارة "العناية بعد الاجهاض" من قبل المجتمع الدولي للصحة الانجابية للاشارة الى خدمات محددة خاصة لدى النساء اللواتي يعانين من جميع المشاكل المتعلقة بالإجهاض التلقائي أو المتعمد.

ويتم التعرف على المضاعفات الناجمة عن الاجهاض التلقائي والمتعمد وغير الآمن في جميع أنحاء العالم بإعتباره السبب الأساسي الذي يشكل قلقاً على الصحة العامة وكونه احدى الأسباب التي تدفع المرأة للبحث عن العناية في حالات الطوارىء. وتقدّر منظمة الصحة العالمية أن ٦٧،٠٠٠ امرأة يتوفون كل عام من جراء مضاعفات الإجهاض غير المعالجة أو المعالجة بطرق غير كافية. ويمثل ذلك ١٣٪ من جميع الوفيات المرتبطة بالحمل.

الحالات السريرية لرعاية فترة ما بعد الإجهاض

- الإصابات من إجراء الإجهاض.
- الإفراغ غير المكتمل للرحم.
- العدوى.
- الصدمة.
- النزف.

- الإلتهاب.
- الإصابة داخل البطن.

ادارة العلاج السريري

١. التقييم المبدئي السريع: العلامات الحيوية، إمكانية التنبيب في حالة الطوارئ، مطابقة الدم ونقله، تغطية واسعة للمضادات الحيوية.

٢. النزيف المستمر:

- طلب صورة صوتية للحوض أو اجراؤها عبر المهبل لضمان إفراغ تجويف الرحم من أي منتجات الحمل، وخاصة في حالات الإجهاض التلقائي المنزلي أو بعد الإجهاض الطبي باستخدام الميزوبروستول Misoprostol.

٣. آلام في الحوض أو أسفل البطن مع أو بدون حمّى:

- استبعاد العدوى بعد الإجهاض، التي يكون معظمها متعلقاً بالرحم، يجب الإبلاغ عن حالات التهاب الصفاق أو حتى تسمم الدم في حال وجود ثقب في الرحم غير مصنف، التهاب حاد، مع / أو دون وجود ترسبات من جراء منتجات الحمل.
- ضرورة العلاج بالمضادات الحيوية ذات التغطية الشاملة عبر الوريد ، بالإضافة إلى تكرار عملية كحت الرحم لضمان تنظيف تجويفه.
- وتشمل الفحوصات عند استقبال المريض العد الكامل للدم CBCD، اختبار CRP، زراعة الدم في حال وجود حمى عالية الدرجة.

٤. آلام الحوض من جهة واحدة مع وجود أعراض حمل مستمرة، بما في ذلك الغثيان والتعب وطراوة الثدي من بين أمور أخرى:

- تحقق من فحص الأنسجة المزالة (Histo-pathological test) خلال التفريغ الجراحي.
- اجراء صورة صوتية للحوض ومستوى المصل الكمي من βHCG لاستبعاد احتمال وجود حمل خارج الرحم، خصوصا إن تم القيام بكحت الرحم في وقت مبكر جدا من الحمل، أو وبشكل نادر جدا لاستبعاد حصول حمل منتبذ (Heterotopic pregnancy).

٥. نزيف لفترة طويلة من جراء إنهاء الحمل بالوسائل الطبية: الحصول على مستوى المصل (الكمي) من βHCG، إلى جانب إجراء صورة صوتية للحوض لإستبعاد الحمل العنقودي.

المتابعة

١. وسائل منع الحمل وعودة الإباضة : قد تبدأ الإباضة في وقت مبكرأي بعد أسبوعين من الإجهاض. لذلك، في حال تجنب حصول حمل ، ينبغي إستعمال وسائل منع الحمل الفعالة باكراً بعد الإجهاض.

٢. المعاينة بعد الإجهاض: في كثير من الأحيان لن نضطر للقيام بزيارة روتينية لتقييم غالبية الإجراءات التي تقام قبل الـ ٥٠ يوما من الحمل، ونوصي بالاستشارة بعد أسبوعين من الإجراء الطبي لمناقشة النتائج المرضية، لنعطي حل سليم في حال الإجهاض المتكرر، ونصائح للزوجين حول وسائل منع الحمل أو الحمل المستقبلي.

ب. مراقبة الحمل الحالي

- توثيق العوارض والأحداث منذ الزيارة الأولى (ألم- نزيف- إفرازات مهبلية- تسرب السائل الأمنيوسي- تقلصات- عوارض فقر دم).
- عوارض أخرى محددة- إنزعاج- ألم الظهر- تشجنات البطن السفلي- الإمساك وعسر الهضم.
- مراقبة التغيرات غير الطبيعية (تورم الأطراف- صعوبة التنفس) والتي تم ذكرها من قبل الحامل نفسها أو زوجها أو أي شخص آخر من العائلة.
- تُسأل الحامل عن حركة الجنين هل تشعر بها، متى؟ نسبة تكرارها؟ تعلم الحامل كيفية التفرقة بين الطلق الصحيح وإنقباضات Braxton Hicks (هي انقباضات غير منتظمة وغير مؤلمة تحدث في المرحلة الثالثة من الحمل تحضر الرحم الى عملية الولادة).
- تُسأل الحامل عن العادات الحياتية المضرة بالصحة (التدخين- الكحول).
- الإلتزام بالدواء الموصوف والتعليمات الطبية كذلك أخذ جرعات الحديد.
- النظام الغذائي.
- متابعة ممارسة الرياضة الخفيفة أو المعتدلة و تفادي الرياضات المجهدة.

ت. نصائح، حوار وتحديد الموعد القادم

- إعادة النصائح المعطاة سابقاً.
- إعطاء النصائح حول الإجراءات المفترض إتخاذها في حال بدء الولادة أو تدفق السائل الأمنيوسي.
- نصائح حول الإرضاع الطبيعي.
- إعطاء الوقت الكافي للإستيضاحات والإستفسارات.
- تحديد موعد مقبل.
- في حال تأخر الولادة عن الأسبوع ٤١ يجب الاتصال بالطبيب المعاين لاجراء اللازم (يجب تدوين التاريخ المتوقع للولادة على بطاقة الحامل).
- تحديد موعد زيارة ما بعد الولادة (Post partum visit) وإعطاء تعليمات حول الإرضاع الطبيعي ووسائل منع الحمل.

ث. الفحوصات الأكثر شيوعا لتقييم وضع الجنين

١. تقييم حركة الجنين (Assessment of fetal movement)

٢. Non-Stress test

٣. Biophysical profile and its modifications

- تجرى هذه الفحوصات للتأكد من سلامة الجنين حيث أن ظهور نتيجة جيدة يعني أنه لا خطر على سلامة الجنين خلال الأيام السبعة القادمة، أما النتيجة السلبية والتي يمكن ان تكون (False positive)، يمكن تأكيدها من خلال الوضع السريري للحامل وكذلك عبر إعادة الفحوصات للتأكد من النتيجة.
- يطلب الطبيب هذه الفحوصات في حال كان هناك حمل معقد (توأم أو أكثر)، وفي حال كانت الأم تعاني من حالات مرضية خطرة وذلك للتأكد من سلامة الجنين او الأجنة. وقد يطلب الطبيب تكرار هذه الفحوصات خلال مدة الحمل وذلك ابتداء من الاسبوع ٢٦ الى ٢٨.

تقييم حركة الجنين:

- يطلب الطبيب من الحامل ان تعد حركات الجنين خلال النهار، فان ١٠ حركات واضحة خلال مدة ساعتين تعتبر مؤشر ايجابي. اما اذا لم يتحرك الجنين كفاية خلال الساعتين يلجأ الطبيب الى Biophysical fetal assessment..

Non stress test

- يقاس نبض الجنين من خلال ترجام (Transducer) خارجي.
- يجرى الفحص لمدة ٢٠ دقيقة، عادة.
- يقاس تسارع دقات قلب الجنين لتبلغ ذروة السرعة بفرق ١٥ دقة في الدقيقة لمدة ١٥ ثانية من الخط المعدلي واليه.
- تكون النتائج طبيعية \ مطمئنة اذا تسارعت دقات قلب الجنين: إثنين أو ثلاث مرات لتبلغ الذروة و ذلك لمدة ١٥ ثانية خلال ٢٠ دقيقة، حتى وان كانت الحامل تشعر بحركة خفيفة للجنين.
- للحصول على نتائج دقيقة لهذا الفحص، يجب ان يجري بعد الاسبوع ٢٨ من الحمل.

Biophysical Profile

- يعتمد هذا الفحص على Non stress test بالاضافة الى أربعة ملاحظات مبنية على الصورة الصوتية.
- والمكونات الخمسة للـ Biophysical Profile هي:

١. Reactive non stress test

٢. **حركة تنفس الجنين:** حركة أو أكثر من التنفس المنتظم لمدة ٣٠ ثانية خلال ٣٠ دقيقة.

٣. **حركة الجنين:** ٣ حركات أو أكثر لجسم أو أطراف الجنين خلال ٣٠ دقيقة.

٤. **عزم الجنين**–Fetal tone: حركة أو أكثر لتمدد وثني أطراف الجنين.

٥. **كمية حجم السائل الأمنيوسي**–Quantification of amniotic fluid volume: تقاس الكمية في جيب من السائل الامنيوسي حوالي ١ سم في مستويين عاموديين.

٦. في هذا الفحص تظهر النتيجة من خلال نقاط تعطى لكل واحد من المؤشرات الخمسة المذكورة أعلاه:

(٢) موجود – (٠) غير موجود:

المجموع من ٨ الى ١٠ نقاط: نتيجة مطمئنة.

المجموع ٦ : نتيجة متكافئة ويجب اعادة الفحص خلال ١٢ الى ٢٤ ساعة.

المجموع أقل من ٤: مقلق ويجب القيام بفحوصات أخرى والتحضير للولادة.

في حال وجود نقص للسائل الأمنيوسي يجب إعادة هذا الفحص مهما كانت النتيجة.

BPP score	Interpretation	Management
8-10	No fetal asphyxia	Repeat testing at weekly interval
6	Chronic asphyxia	If >36weeks- deliver
4	Chronic asphyxia	If ≥36 weeks deliver, if ,32 weeks repeat testing in 4-6 hours.
0-2	Certain asphyxia	Test for 120 min—Persistent score ≤4---deliver regardless of gestational age.

Component	Normal (2 points)	Abnormal (0 points)
Fetal Breathing Movements	One or more episodes of fetal breathing lasting at least 30 seconds within 30 minutes.	No episodes of fetal breathing movements lasting at least 30 seconds during a 30 minute period of observation.
Gross Body Movement	3 or more discrete body or limb movements within 30 minutes	Less than 3 body or limb movements in 30 minutes
Fetal Tone	One or more episodes of active extension and flexion of a fetal extremity OR opening and closing of the hand within 30 minutes	Slow extension with no return or slow return to flexion of a fetal extremity OR no fetal movement

Component	Normal (2 points)	Abnormal (0 points)
Amniotic Fluid Volume *	A single deepest vertical pocket of amniotic fluid measures greater than 2 centimeters. is present	A single deepest vertical pocket of amniotic fluid measures 2 centimeters or less
Non-stress test (NST)**	Reactive	Nonreactive

***Amniotic Fluid Volume** Measured as the vertical measurement , in centimeters, of the single deepest pocket of amniotic fluid with a transverse measurement of 1 cm or more wide without fetal small parts or umbilical cord . [2]

** **Reactive** Two or more fetal heart rate accelerations that peak (but do not necessarily remain) at least 15 beats per minute above the baseline and last at least 15 seconds from baseline to baseline during 20 minutes of observation

****Nonreactive** Less than two accelerations of fetal heart rate as described above after 40 minutes of observation [1]

Modified Biophysical Profile

- يعتمد هذا الفحص على Non-stress Test كمؤشر للتأكد من صحة الجنين والتحقق من السائل الأمنيوني كدليل على سلامة وظيفة المشيمة.
- يعتبر الفحص طبيعياً في حال كان NST طبيعياً وقياس الكمية في جيب من السائل الامنيوسي أكثر من ٢ سم في المستوى الأكثر عمقاً بشكل عمودي.
- ويعتبر الفحص غير طبيعي في حال عدم توافر أحد الشرطين.

ج. خصائص المركز الصحي المتخصص لاحالة الحامل

- يجب ان يتوفر في المركز المساحة الكافية والطاقم الطبي المتخصص لمعالجة المرأة.
- يجب ان تتوفر فيه المعدات اللازمة التي تؤهله لإستقبال الحالات الخاصة مثلاً: غرفة العناية الفائقة لحديثي الولادة.
- يجب على مركز الاحالة أن يقلص عوامل الخطر الى أدنى درجة ممكنة، وأن يتم نقل المريضة بطريقة متطورة وبرفقة فريق طبي متخصص.
- يجب أن تدون كل المعلومات على سجلات خاصة وأن ترسل من المركز المحول إلى المركز المحول إليه.
- مراكز التحويل وأسماء الاطباء المداومون يجب أن تكون معروفة وموضوعة في مكان ظاهر في المركز.
- يجب ان تحفظ الملفات في المركز وأن يكون هناك تبادل المعلومات.

٦. الحمل في فترة المراهقة

أ. عواقب الحمل لدى المراهقات

جدول رقم ١١: عواقب الحمل لدى المراهقات

المخاطر الطبية	المخاطر النفسية
زيادة حالات إنخفاض الوزن عند حديثي الولادة	الانقطاع عن المدرسة/الجامعة
زيادة نسبة وفيات حديثي الولادة	احتمال أكبر للعيش في الفقر
زيادة نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة بالمقارنة مع البالغين	فرص مهنية محدودة
نقص في زيادة وزن الأمهات	الانفصال عن والد الطفل
ولادة مبكرة	الطلاق
إرتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل	الحمل المتكرر
فقر الدم	يكون الطفل أكثر عرضة للأذى أو للإهمال
	يكون الطفل أكثر عرضة للإضطرابات الصحية والإدراكية
	زيادة حدوث إكتئاب ما بعد الولادة

ب. متابعة فتاة مراهقة حامل

يكون التعامل مع المراهقة الحامل مماثلاً، إلى حد كبير، للتعامل مع النساء البالغات ولكن مع وجود بعض الإختلافات التي سيتم تسليط الضوء عليها خلال الآتي:

السيرة الطبية:

المعلومات الشخصية والديموغرافية.

تاريخ الولادات السابقة.

تاريخ العائلة الطبي .

التاريخ الجراحي.

التاريخ الوراثي.

تاريخ التحصين أو اللقاحات.

تاريخ الدورة الشهرية والأمراض النسائية.

تاريخ الحمل الحالي.

المعلومات النفسية.

الفحص البدني: على المراهقات الحوامل الخضوع لفحص طبي كامل بما في ذلك إجراء فحص الحوض مع إيلاء إهتمام خاص لحجم الرحم وشكله. وينبغي أن يتم أخذ ضغط الدم والطول والوزن.

تشخيص الحمل: عادة ما يتم تشخيص الحمل مع قياس مستويات β hCG سواء في البول أوالدم.

معالجة الحمل:

المتابعة: يصور الجدول أدناه المتابعة الأسبوعية للحمل بناء على حزمة الصحة الإنجابية لوزارة الصحة العامة اللبنانية وتشمل المكونات الأساسية:

- الإستشارات الطبية: عادة ما تجرى هذه من قبل أطباء التوليد في المراكز الصحية . يجب أن تجري الحامل ٤ زيارات على الأقل قبل الولادة.

الغذاء: بشكل عام، و في حال حصول حمل خلال سن المراهقة، تزيد الإحتياجات الغذائية التي تصاحب التغيرات المتوقعة مع البلوغ، مما يجعل المراهقات الحوامل عرضة لنقص التغذية. إن التغذية الكافية أثناء الحمل ضرورية لتحسين صحة الأم والجنين والرضّع. وينبغي نصح المراهقات الحوامل بالتالي:

- مكملات حمض الفوليك من ٤٠٠ الى٨٠٠ ميكروغرام يومياً، من الافضل البدء بتناولها قبل الحمل بشهر واحد والاستمرار بها خلال الأشهر الثلاث الأولى من الحمل.
- مكملات الحديد
- تناول الكالسيوم خلال فترة المراهقة مهم لتمعدن العظم وكثافته . الكمية الكافية من الكالسيوم للمراهقات الحوامل هي ١٣٠٠ ملغ في اليوم.
- تناول الفيتامينات التي تحتوي على 150 µg (ميكروغرام) من اليود.

المشورة: من المهم جدا التعامل مع المراهقة الحامل بطريقة سرية ومن دون أي حكم مسبق. وهذا أمر مهم جدا إذا كانت المراهقة وحيدة. يجب على مقدم الرعاية الصحية شرح عواقب الحمل وتقديم المشورة لها بمشاركة الشريك وأولياء أمرها لمناقشة الخطوات المقبلة. مشاركة الأخصائي الإجتماعي (إذا كان متوفراً في المرفق الصحي) مهم لتوفير الدعم النفسي في الوقت المناسب وبشكل مستمر.

ت. منع الحمل عند المراهقين

في الماضي، تم الإبلاغ عن عدة إستراتيجيات لمنع الحمل في صفوف المراهقات. جوهر هذه الإستراتيجيات هو زيادة الوعي أساسا عند المراهقين (من فتيان وفتيات) فيما يتعلق بالسلوك الجنسي الصحي. وتتلخص الإستراتيجيات المقترحة الرئيسية بالتالي:

- توفير المعلومات الكافية عن وسائل منع الحمل وتشجيع الآباء على تثقيف الأطفال والمراهقين بما يخص التطور الجنسي والمسؤولية الجنسية.
- جعل وسائل منع الحمل متاحة: من خلال التأكد من استطاعة المراهقين الحصول عليها بما في ذلك وسائل منع الحمل في حالات الطوارىء .
- التثقيف الجنسي يبدأ في المدارس. البرامج التي تهدف إلى خفض الحمل بين المراهقين الأكثر نجاحا" هي تلك التي تستهدف المراهقين الأصغر سناً وغير الناشطين جنسيا بعد.
- تشجيع الإمتناع عن الممارسة الجنسية: من خلال تشجيع المراهقين على تأجيل النشاط الجنسي المبكر. ومع ذلك فشلت الدراسات التي أجريت حتى الآن في إثبات فعالية برامج العفة من خلال تأخير الجماع الأول أو منع الحمل.
- تقديم المشورة للمراهقين الذكور عن الصحة الجنسية ووسائل منع الحمل الفعالة لمنع الحمل والأمراض المنقولة جنسيا.
- التنمية الإجتماعية للشباب : تهدف تطوير المهارات الإجتماعية والنفسية للمراهقين من أجل تجنب السلوكيات العالية المخاطر مثل النشاط الجنسي المبكر. وتستند هذه على وقائع تشير بأن المراهقين الذين يتأخر لديهم النشاط الجنسي عادة ما تكون تطلعاتهم التعليمية عالية، ولديهم أقران مماثلين ويتمتعون بعلاقة صحيحة مع أولياء الأمور.

٧. رعاية ما بعد الولادة

- تبدأ الرعاية بالأم مباشرة بعد الولادة وذلك للتأكد من سلامة الجهاز التناسلي ولتوعيتها حول العناية بالأعضاء التناسلية الخارجية، المبولة، الثديين وغيرها.
- كذلك ليتمكن مقدموا الرعاية من كشف أي مشاكل مرضية، وليتأكدوا من تعافي المرأة و قدرتها على العناية بنفسها وبالمولود بالطريقة السليمة. وتتراوح فترة الاستشفاء بين ٤٨ الى ٩٦ ساعة (للولادة القيصرية)، دون احتساب يوم الولادة.
- توقيت الزيارة: بعد أسبوعين للولادة الطبيعية، و خلال الأسبوع الأول للقيصرية (للتأكد من إلتئام الجرح).
- تكمن أهمية هذه الزيارة بأنها تعزز علاقة مقدم الخدمة بالمستفيد (الطبيب – الأم) مما يؤدي إلى إلتزام اكبر بنصائح وتوجيهات الطبيب.

خلال الزيارة يتم تحديد التالي

- التاريخ المرحلي ويتضمن:
  - الحالة الصحية.
  - مجريات ما بعد الولادة.
  - الإرضاع الطبيعي.
  - التأقلم مع الوضع الجديد لجهة:
    - الوضع الاجتماعي المستجد.
    - الوضع العاطفي– الجنسي.
    - العلاقة بين الأم والمولود.
    - العلاقة مع الزوج.
- العلامات المبكرة لاكتئاب ما بعد الولادة.
- وسائل منع الحمل والمباعدة بين الولادات.

الفحص السريري

- الوزن.
- ضغط الدم.
- الثديين.
- البطن (جرح الولادة إذا كانت قيصرية).
- الحوض.
- شق العجان وتقلص الرحم (Episiotomy, Uterine contraction).

الفحوصات المخبرية

- المسحة المهبلية.

احتياجات الأم بعد الولادة

في الفترة التي تلي الولادة مباشرة تكون الأم بحاجة الى:

- المعلومات والمشورة حول:
  - العناية بالطفل.
  - الإرضاع الطبيعي .
  - التغييرات الجسدية بما في ذلك العلامات الخاصة ببعض المضاعفات الناجمة عن الحمل.
  - العناية الشخصية.
  - الحياة الجنسية بعد الولادة.
  - التغذية السليمة.
- الدعم والمساندة من:
  - العاملين الصحيين.
  - العائلة.
  - الزوج.
- العناية الصحية والاكتشاف المبكر لبعض المضاعفات الناجمة عن الولادة:
  - الوقت الكافي للعناية بالطفل.
  - المساعدة لتحمل مسؤولية الأمومة.
  - التأقلم الأجتماعي مع الوضع الجديد في العائلة والمجتمع.
  - الحماية من العنف أو الضغط النفسي (في بعض الحالات).
  - في هذه المرحلة تشعر الأم أيضا بالخوف والقلق من الأمور التالية:
    - المسؤولية الجديدة تجاه المولود.
    - تغير الحياة الزوجية الحميمة/أو الجنسية.
    - العزلة الأجتماعية.

تمارين كيغل (Kegel's Exercises)

- هي تمارين لعضلات الحوض تتضمن شد ورخي لعضلات الحوض التي تدعم الرحم، المثانة وغيرها من أعضاء الحوض، ومن أفضل الطرق لتعلم هذه التمارين هي "التظاهر بقطع / حبس البول أو الغائط" وعليه يجب أن تكون كل انقباضة حادة بدون شد عضلات الردف أو الفخذ، على أن تكون مدة كل انقباضة ثانيتين ثم ٤، ٦، ٨، و١٠ ثوان وهكذا حتى تصبح العضلات أقوى، يلي ذلك استراحة لمدة ١٠ ثوان بين الانقباضة والأخرى.

وينصح بالقيام بثلاثين انقباضة كل يوم ويتوقع ظهور تحسن خلال ٦ الى ٨ أسابيع.

- و من الحالات التي تستوجب هذه التمارين:
  سلس البول.
  مرحلة ما بعد الولادة.
- كما تمارسها السيدة عموماً في حياتها لتقوية عضلات الحوض الداخلية.

الفصل الخامس

تنظيـــــم الأســـــرة

الجزء التاسع

تنظيم الأسرة

ا. مقدمة

أ. أساس العمل لمقدمي خدمات تنظيم الأسرة

يجب أن يكون هدف خدمات تنظيم الأسرة هو تمكين الأزواج من أن يقرروا بحرية وبروح من المسؤولية عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات، والحصول على المعلومات والوسائل اللازمة للقيام بذلك، وكفالة إتخاذ إختيارات مدروسة وإتاحة طائفة كاملة من الوسائل المأمونة والفعالة، فنجاح برامج تثقيف السكان وتنظيم الأسرة في بيئات متنوعة يدل على أن الأفراد الواعين في كل مكان يستطيعون التصرف، بل ويتصرفون، بروح من المسؤولية في ضوء احتياجاتهم الخاصة واحتياجات أسرهم ومجتمعاتهم.

ب. الأهداف

تتمثل الأهداف فيما يلي :

- مساعدة الأزواج على تحقيق أهدافهم الإنجابية في إطار يساعد على توفير الصحة المثلى والتحلي بالمسؤولية ورفاه الأسرة، وإحترام كرامة جميع الأشخاص وحقهم في إختيار عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات وتوقيت إنجاب الأطفال.
- منع حالات الحمل غير المرغوب فيه وتقليل حدوث حالات الحمل التي تنطوي على مخاطرة كبيرة والإعتلال والوفاة.
- جعل خدمات تنظيم الأسرة ذات النوعية الجيدة في المتناول، ومقبولة مع تيسير الحصول عليها لجميع من يحتاجونها ويريدونها، مع المحافظة على السرية.
- تحسين نوعية خدمات إسداء المشورة والمعلومات والتثقيف والاتصال والإرشاد في مجال تنظيم الأسرة .
- زيادة مشاركة الرجل في الممارسة الفعلية لتنظيم الأسرة وأقسام المسؤولية.
- تشجيع الرضاعة الطبيعية من أجل تعزيز المباعدة بين الولادات.

ت. الإجراءات/ المقاربات

في السنوات المقبلة، يجب ان تبذل في جميع برامج تنظيم الأسرة جهوداً كبيرة لتحسين نوعية الرعاية . وينبغي ان تتضمن البرامج تدابيراً منها ما يلي :

- الإقرار بأن الطرق المناسبة للأزواج تتباين حسب الأعمار وعدد المواليد وحجم الأسرة المفضل وعوامل أخرى، وكفالة بأن تكون لدى النساء والرجال المعلومات اللازمة وأن يتاح لهم استخدام أوسع طائفة ممكنة من الطرق المأمونة والفعّالة لتنظيم الأسرة، بغرض تمكينهم من ممارسة الاختيار الحر والواعي.

وتبعاً للجزء ١ و ٢ من الفصل السابع من برنامج عمل مؤتمر القاهرة ICPD:

- توفيرالمعلومات الكاملة والدقيقة التي يتيسّر الحصول عليها عن مختلف طرق تنظيم الأسرة، بما في ذلك المخاطر الصحية لهذه الطرق وفوائدها وآثارها الجانبية المحتملة وفعاليتها في منع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغير ذلك من الأمراض المنقولة بالإتصال الجنسي.
- جعل الخدمات أكثر أمنا" وأرخص ثمنا" وأكثر ملاءمة وأقرب منالا" للمستفيدين، وذلك عن طريق تعزيز النظم اللوجستية،

بكفالة توفير إمدادات كافية ومستمرة من وسائل منع الحمل الأساسية وذات النوعية العالية، وينبغي كفالة الخصوصية والسرية.

- توسيع نطاق التدريب الرسمي وغير الرسمي وتحسين نوعيته في مجال الرعاية الصحية الإنجابية/الجنسية/ تنظيم الأسرة بالنسبة لجميع مقدمي الرعاية الصحية والقائمين على التعليم والإدارة في مجال الصحة، بما في ذلك التدريب في مجال الاتصالات الشخصية وتقديم المشورة.
- ضمان توفير الرعاية اللاحقة بشكل ملائم، بما في ذلك العلاج من الآثارالجانبية لإستخدام وسائل منع الحمل .
- بالإضافة الى التدابير الكمية المتعلقة بالأداء ، ينبغي إيلاء المزيد من الإهتمام بالتدابير النوعية التي تأخذ في الاعتبار وجهات نظر المستفيدين الحاليين والمحتملين من الخدمات، عن سبيل المثال النظم الفعالة للمعلومات الإدارية والأساليب الفعالة لإجراء الدراسات الاستقصائية من أجل تقييم الخدمات في الوقت المناسب.
- ينبغي ان تركز برامج تنظيم الأسرة، ضمن إطار الصحة الإنجابية عموما، على التثقيف في مجال الرضاعة الطبيعية وخدمات الدعم التي يمكن ان تساهم في الوقت نفسه في تحقيق المباعدة بين الولادات، تحسين صحة الأم والطفل وتخفيض نسبة الاجهاضات.

ث. زيارة/معاينة المستفيدة

التاريخ الصحي الاجتماعي

التحقق من تفاصيل تاريخ المستفيدة الشخصي والعائلي :

- نمط الحيض.
- كمية تدفق الدم.
- عسر الحيض.
- المشاكل الناتجة عن الاستخدام السابق لوسائل تنظيم الأسرة (إن وجدت).
- التورم الليفي الكيسي.
- حب الشباب.
- تحقق من مدى تعرض المستفيدة للإصابة بالحالات التي تتعارض مع إستخدام بعض وسائل منع الحمل (أوجاع الرأس (الشقيقة)، تجلط الدم، مشاكل الكبد).
- التاريخ الأسري.

حدد العوامل النفسية والسلوكية بما فيها :

- حالات نفسية (اكتئاب، توتر، تعصيب).
- التدخين (وخاصة بعمر الـ ٣٥ سنة وما فوق).
- تقييم مدى الحاجة في إختيار وسيلة تنظيم الأسرة المناسبة ومتابعة إستخدامها.
- العوامل الأسرية (رأي الزوج، عدد الأولاد).
- مهنة الزوجة.
- التعامل مع وسائل سابقة (إن وجدت).

الفحص السريري

إجراء الفحص السريري بما فيه الفحص النسائي (إذا أمكن)، والتركيز على:

- قياس ضغط الدم.
- الغدة الدرقية.
- فحص الثدي (كتل، أورام).
- تشوّهات عنق الرحم التي تتعارض مع إستخدام بعض وسائل تنظيم الأسرة (Ectropion).
- حالات الجهاز التناسلي (الأورام الليفية وسواها).

الفحوصات المخبرية

- فحص كامل للدم.
- فحص المسحة المهبلية (Pap Smear).
- فحص البول والزرع عند الحاجة.
- فحوصات أخرى إذا استدعت حالة المستفيدة.

في حال وجود أمراض الأوعية الدموية في تاريخ العائلة :

- إجراء فحص (Profile) الدهون في الدم والسيلان.

في حالة وجود مرض السكري في تاريخ العائلة :

- إجراء فحص السكر في الدم ساعتين بعد تناول الطعام، في حال ازدياد نسبة "السكر" يتم إجراء فحص تحمل السكر.

في حالة وجود إصابة بأمراض الكبد في تاريخ العائلة:

- يتم إجراء فحص وظائف الكبد (Liver function test).

المشورة

يتم تثقيف المستفيدة حول خيارات وسائل تنظيم الأسرة المتوفرة: الطبيعية، التقليدية والحديثة، لجهة فعاليتها، حسنات إستخدامها والآثار الجانبية المحتملة.

التأكد من حرية خيار المستفيدة (وزوجها) وقدرتها على الإلتزام.

المتابعة

تابع المستفيدة خلال الأشهر الثلاثة الأول لتحديد الآثار الجانبية إن وجدت وتقوية الإلتزام إذا كانت الوسيلة ملائمة للمستفيدة. يُعاد التقييم بعد ستة أشهر.

٢. تفاصيل خاصة بوسائل تنظيم الأسرة

EFFECTIVENESS OF FAMILY PLANNING METHODS*

*The percentages indicate the number out of every 100 women who experienced an unintended pregnancy within the first year of typical use of each contraceptive method.

رسم توضيحي رقم ١ . فعالية وسائل تنظيم الأسرة

MOST EFFECTIVE

Less than 1 pregnancy per 100 women in a year

REVERSIBLE

Once in place, little or nothing to do or remember.

- **Implant** — 0.05%
- **Intrauterine Device (IUD)** — 0.2% LNG; 0.8% Copper T

PERMANENT STERILIZATION

After procedure, little or nothing to do or remember. Use another method for first 3 months (Hysteroscopic, Vasectomy).

- **Female** (Abdominal, Laparoscopic, and Hysteroscopic) — 0.5%
- **Male** (Vasectomy) — 0.15%

6-12 pregnancies per 100 women in a year

REVERSIBLE

Get repeat injections on time. Take a pill each day. Keep in place, change on time. Use correctly every time you have sex.

- **Injectable** — 6%
- **Pill** — 9%
- **Patch** — 9%
- **Ring** — 9%
- **Diaphragm** — 12%

18 or more pregnancies per 100 women in a year

REVERSIBLE

Use correctly every time you have sex.

- **Male Condom** — 18%
- **Female Condom** — 21%
- **Withdrawal** — 22%
- **Sponge** — 12% Nulliparous Women; 24% Parous Women
- **Fertility Awareness-Based Methods** — Abstain or use condoms on fertile days. — 24%
- **Spermicide** — 28%

Condoms should always be used to reduce the risk of sexually transmitted infections.

LEAST EFFECTIVE

Other Methods of Contraception: (1) **Lactational Amenorrhea Method (LAM):** is a highly effective, temporary method of contraception; and (2) **Emergency Contraception:** emergency contraceptive pills or a copper IUD after unprotected intercourse substantially reduces risk of pregnancy.

Adapted from World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project.

Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD; Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397–404.

Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion

أ. الوسائل الطبيعية لتنظيم الأسرة Natural Family Planning Methods

مزايا الوسائل الطبيعية	مساوئ الوسائل الطبيعية
لا يوجد تأثيرات جانبية	تتطلب معرفة وتدريب على توقيت الخصوبة (إذا كانت من الأسلوب المعتمد)، أو القدرة على العزل
غير مكلفة	معدلات الفشل عالية اذا ما قيست بالأساليب الأخرى
مقبولة ثقافياً وعقائدياً ومجتمعياً	
ملائمة لكل الذين/اللواتي لا يناسبهم أو لا يرغبون قطعاً بأساليب أخرى للمباعدة بين الولادات وتنظيم الأسرة	

أنواع الوسائل الطبيعية

- الرضاعة الطبيعية.
- إحتساب فترات الخصوبة.
- العزل.

الرضاعة الطبيعية

التعريف

الإرضاع من الثدي وسيلة فعالة اذا أرضعت الأم طفلها بصورة كاملة (Full) او شبه كاملة (Nearly Full) ، بما يمنع عملية الإباضة، تتطلب هذه الوسيلة ثلاث شروط:

١- غياب الطمث

٢- إرضاع كامل/شبه كامل على مدى ٢٤ ساعة

٣- عمر الرضيع أقل من ٦ أشهر

الأنواع

الإرضاع الكامل، وينقسم الى قسمين :

١- الإرضاع الكامل ويعني أن الطفل لا يعطى أيّة أغذية أخرى سائلة او صلبة عدا حليب أمه في الأشهر الست الأولى من العمر

٢- الإرضاع شبه الكامل ويعني أن الأم تعطي لطفلها كميات قليلة أخرى من الأطعمة والمشروبات

الإرضاع الجزئي:

يعني أن المدّة الفاصلة بين رضعات الطفل من حليب أمه متباعدة كما أنه يتناول أطعمة مساندة إضافية، مما يجعل حليب الأم هو الغذاء المساند أو الإضافي وليس الأساسي

الإرضاع المحدود :

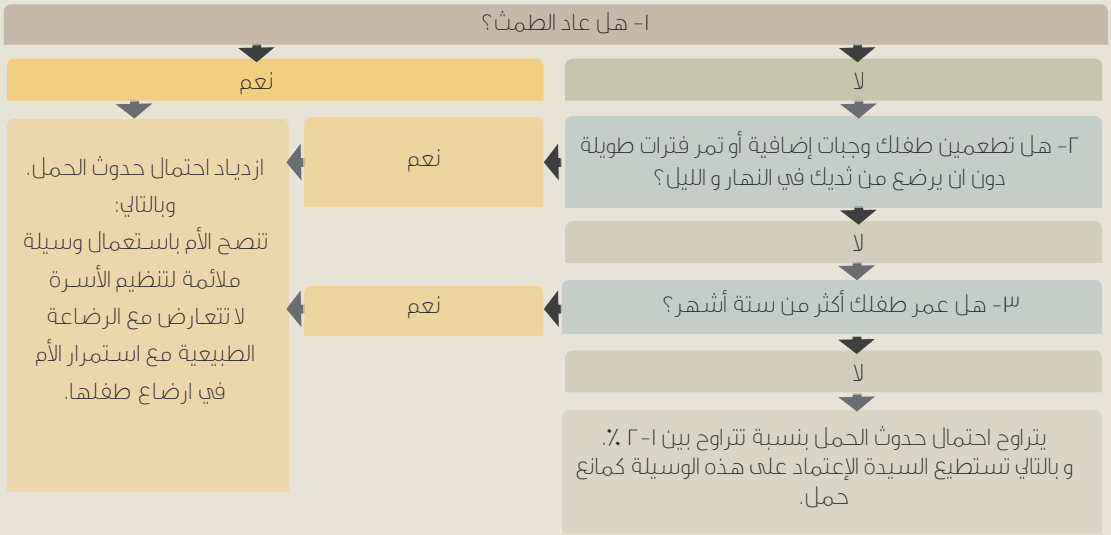
تكون الرضعات في حدها الأدنى وتكون قليلة وغير منتظمة وتأتي إضافة الى الأطعمة الأخرى

حسنات الوسيلة

- متوفرة في متناول جميع المنجبات المرضعات
- نسبة فعاليتها ٩٨٪ في الستة أشهر الأولى بعد الولادة إذا استعملت ضمن الشروط المطلوبة
- توفّر حماية فورية من الحمل بعد الولادة
- تعزز الفوائد الصحية العديدة للطفل في توفير غذاء متكامل وحماية من الأمراض.
- لا تتطلب مواد أو أدوات من قبل المستفيدات أو مقدمي الخدمات
- إنها طريقة مؤقتة إلى حين أن تقرر المستفيدة إستخدام وسيلة أخرى للمباعدة بين الحمول
- مقبولة ثقافياً وعقائدياً واجتماعياً
- تؤثر في خفض نسبة سرطان الثدي، وفقر الدم وترقق العظام عند الامهات
- تحسّن فرص نمو وسلامة الاطفال

المشورة

انقطاع الطمث بالرضاعة الطبيعية Lactational Amenorrhea Method (LAM)



إحتساب فترات الخصوبة

تعريفها

هي وسائل طبيعية من وسائل تنظيم الأسرة، تعتمد على تحديد فترة الخصوبة عند المرأة في يوم محدد من أيام الدورة الشهرية المنتظمة

طرق تحديد فترات الخصوبة

١- طريقة قياس حرارة جسم المرأة.

٢- طريقة فحص إفرازات عنق الرحم او وسيلة " Billings "

٣- طريقة العد الشهري او وسيلة " Ogino "

طريقة العد الشهري او وسيلة "Ogino"

- يتم تسجيل طول الدورة الشهرية لمدة ٦ أشهر متواصلة لتحديد فترة الخصوبة
- اليوم الأول من فترة الخصوبة يحتسب بطرح ١٨ من عدد أيام الدورة الأقصر
- اليوم الأخير من فترة الخصوبة يحتسب بطرح ١١ من عدد أيام الدورة الأطول

سلبيات الوسيلة:

- تتطلب القيام بعملية حسابية دقيقة
- إمكانية تأثر الدورة الشهرية ببعض العوامل الخارجية وبالتالي حصول استثناءات في كل دورة
- صعوبة التطبيق في حال عدم انتظام الطمث
- لا يمكن إستخدامها في حالة الإرضاع لإمكانية عودة الإباضة مع غياب ظهور الطمث

طريقة فحص إفرازات عنق الرحم او وسيلة " Billings "

- على المرأة تقييم إفرازات عنق الرحم بأصابعها
- تحت تأثير الأستروجين تزيد كمية الإفرازات وتصبح أكثر لزاجة حتى يوم تصل فيه إلى القمة
- ثم تتحول هذه الإفرازات إلى قليلة وناشفة تحت تأثير البروجستيرون وتبقى كذلك حتى موعد الدورة التالية
- المجامعة مسموحة ٤ أيام بعد قمة غزارة ولزاجة الإفرازات

طريقة قياس حرارة الجسم

- يتم تحديد اليوم الأول من فترة الخصوبة بإحدى الطريقتين السابقتين أيهما تأتي أولاً
- يتم تحديد اليوم الأخير من فترة الخصوبة بقياس درجة حرارة الجسم
- يتم قياس درجة حرارة الجسم يومياً قبل النهوض وقبل الإتيان بأي نشاط؛ عن طريق الفم لمدة خمس دقائق
- إن إرتفاع الحرارة من ٠,٢ إلى ٠,٥ درجة مئوية يبدأ يوماً إلى يومين بعد الإباضة (نتيجة إرتفاع البروجسترون)
- من الممكن معاودة الجماع ٣ أيام بعد يوم إرتفاع الحرارة

سلبيات الوسيلة

- نسبة الفشل تصل إلى ٢٥٪
- لا تحمي من الإلتهابات المنقولة جنسياً

طريقة العزل او الجماع غير الكامل Coitus Interruptus/Withdrawal

تعريفها

- طريقة العزل او سحب القضيب من المهبل قبل القذف
- تكون نسبة الإخفاق في السنة الأولى عالية (٢٧٪) وتقل بعد الممارسة المنتظمة لتصل الى حوالي ٤٪

حسنات الوسيلة

- لا تتعارض مع الرضاعة
- غير مكلفة
- طريقة إختيارية
- لا تؤثر على الصحة
- متوفرة دائماً
- تسمح بأن يشارك الرجل في المباعدة بين الولادات وتنظيم الأسرة
- إمكانية أقل لحدوث إلتهابات

سلبيات الوسيلة

- قد تكون الحيوانات المنوية في جزء من السائل الذي يسبق القذف وبذلك تكون وسيلة غير مضمونة
- قد يتبقى كمية قليلة من السائل المنوي (المني) في القضيب لعدة ساعات لذا ينصح بالتبول قبل كل جماع

ب. الوسائل أحادية الهرمون المحتوية فقط على هرمون البروجسترون

أنواعها

- الحبوب أحادية الهرمون.
- حقن طويلة الأمد (لمدة ثلاثة أشهر ، شهرين ، شهر).
- الغرسات تحت الجلد.

الحبوب أحادية الهرمون (الحبوب المصغرة)-Progestin-Only Pills (Minipills)

تعريفها

- تحتوي هذه الحبوب على هرمون البروجسترون وحده
- حيث أكثر ما تستعمل للنساء المرضعات واللواتي لا يسمح لهن بالأستروجين
- نسبة الفشل ٧ ٪ في السنة الأولى من إستخدامها

طريقة عملها

- تكبح الأباضة بشكل غير ثابت في كل الدورات
- تؤدي الى تغليظ مخاط عنق الرحم مما يعيق مرور الحيوانات المنوية الى البويضة
- تصبح بطانة الرحم رقيقة وضامرة

أنواعها

- Norgestrel 75 mcg
- Norethindrone 350 mcg
- Desogestrel 75 mcg
- Etynodiol diacetate 500 mcg
- Norethisterone 350 mcg
- Levonorgestrel 30 mcg

حسنات الوسيلة

- المرونة في الاستعمال، حيث تستطيع السيدة التوقف عن استعمالها في أي وقت تشاء وسوف ينتهي تأثيرها عند التوقف عن إستعمالها
- إنخفاض محتواها من البروجسترون بنسبة ٢٥-٣٥٪عما هو في الحبوب المركبة
- إذا كانت المستفيدة مرضعاً فإن نسبة الفعالية تكون بنسبة أعلى من ٩٩,٥ ٪
- إمكانية استعمالها للمستفيدات فوق ٣٥ سنة

- التقليل من خطر حدوث مرض إلتهاب الحوض ومن سرطان المبيض وبطانة الرحم
- التقليل من حدوث التقلصات والآلام الطمثية
- التقليل من خطر حدوث فقر الدم الناتج عن طمث شديد
- إمكانية استعمالها للسيدات اللواتي لا يمكنهن تناول الأستروجين

الاعراض الجانبية

- إضطرابات الدورة الطمثية (النزيف غير المنتظم أو النزيف المتقطع أو حتى إنقطاع الطمث)
- زيادة في الوزن
- إحتقان الثديين
- الإصابة بصداع
- آلام بطنية في منطقة المعدة أو أسفل البطن

موانع الاستخدام المطلقة

- وجود ورم خبيث في الثدي خلال السنوات الخمسة الأخيرة

موانع مؤقتة

- الحمل، أو الشك في أنها حامل
- النزيف المهبلي لأسباب غير محددة
- حالة الإشتباه في وجود ورم خبيث في الثدي

موانع نسبية

- الصفراء
- الحالة المتقدمة من تشمع الكبد
- وجود ورم حميد أو خبيث في الكبد
- وجود نقص في تروية القلب (Current ischemic heart disease)
- وجود جلطة دماغية
- الشقيقة المترافقة بهالة
- Gestational Trophoblastic Neoplasia (GTN)
- إصابة سابقة لسرطان الثدي بأكثر من ٥ سنوات

إرشادات لمستخدمي الوسيلة

- يجب تناول الحبوب في نفس الوقت من كل يوم وبصورة مستمرة
- إذا حدث ونسيت المستفيدة تناول أية حبة في اليوم المقرر فيجب أن تتناولها حالما تتذكر، وتتناول الحبة المقررة في اليوم التالي كالمعتاد، وتمتنع عن الجماع لمدة ٤٨ ساعة أو تلجأ الى وسيلة إضافية لتنظيم الأسرة
- إذا نسيت المستفيدة حبتين، فعليها تناول حبتين ليومين متتاليين، وإكمال بقية العلبة كالمعتاد
- إذا نسيت المستفيدة ثلاثة حبات أو أكثر فيجب أن تتوقف عن الاستخدام ومن المرجح أن يظهر الطمث خلال أيام قليلة
- إذا حدثت حالات قيء للمستفيدة في غضون الساعات الثلاثة الأولى من تناول الحبوب يجب أن تتناول حبة أخرى في نفس اليوم
- إذا أصيبت المستفيدة بإسهال بعد تناول الحبة يجب أن تلجأ الى وسيلة إضافية (مساندة)

توقيت بداية الحبوب

- بين اليوم الأول والخامس من الميعاد
- في أي وقت من الدورة أو في حال غياب الدورة مع التأكد من عدم وجود حمل (مع الإحتياط لمدة ٤٨ ساعة بوسيلة أخرى)
- خلال ٢١ يوم بعد الولادة في حال عدم الرضاعة
- أو بعد ٢١ يوماً من الولادة مع الإحتياط لمدة ٤٨ ساعة بوسيلة أخرى
- بعد ٦ أسابيع من الولادة في حال الرضاعة

- مباشرة بعد الإجهاض الجراحي أو الطبي
- أو بعد أكثر من ٥ أيام من الإجهاض مع الإحتياط لمدة ٤٨ ساعة بوسيلة أخرى

الإنتقال من وسيلة إلى أخرى

- على الأقل يومان قبل إزالة اللولب النحاسي
- في ذات الوقت عند إزالة اللولب الهرموني
- اذا أرادت المستفيدة تغيير استعمال الحبوب "المركبة" إلى حبوب "أحادية"، تأخذ الحبة الأولى ابتداء من اليوم التالي لآخر يوم من حبوب منع الحمل "المركبة"

المشاكل الصحية المتعلقة بالوسيلة

اضطرابات الدورة الطمثية أو النزف غير المنتظم

- ٠.٢-٣ ٪ من النساء تواجهن إنقطاع الطمث
- ٤٠ ٪ من النساء تواجهن طمث منتظم
- ٤٠ ٪ من النساء تواجهن طمث أو خسارة دم غير منظم
- تعتبر هذه الأعراض من أهم التأثيرات الجانبية، وقبل المعالجة يجب تشخيص كل حالة والتأكد من عدم وجود إصابة في الأعضاء التناسلية، واذا تبين وجود أية إصابة فيجب تشخيص ذلك من خلال الفحوصات الضرورية، ومعظم المستفيدات لا يحتجن أي علاج باستثناء تقديم المشورة
- في حال عدم وجود أي حالة مرضية، تطمئن المستفيدة إلى إنتظام الدورة بعد ٢-٣ أشهر
- و في حال انقطاع الطمث؛ يجب دائماً التأكد من عدم وجود حمل

زيادة الوزن:

- لم يتم إثبات أية علاقة بين أخذ الحبوب وزيادة الوزن

الإكتئاب وتغيرات المزاج:

- من الممكن حصول ذلك لكن لم يتم إثبات علاقة سببية بين أخذ هذه الحبوب وهذه العوارض

الصداع والشقيقة:

- لا يوجد علاقة سببية بين استعمال حبوب البروجستيرون والصداع
- إذا كانت السيدة تعاني سابقاً من الشقيقة مع أو بدون هالة aura؛ لا مانع من أخذها هذه الحبوب
- إذا ظهرت أعراض الشقيقة المترافقة مع هالة aura للمرة الأولى خلال فترة أخذ هذه الحبوب؛ على السيدة مراجعة إختصاصي دون الحاجة الى التوقف الفوري عن إستخدام الحبوب

أمراض القلب والشرايين:

- لا يوجد علاقة سببية بين أخذ الحبوب وهذه الأمراض

سرطان الثدي:

- لا يوجد علاقة سببية بين أخذ الحبوب وسرطان الثدي

حب الشباب:

- تقدم المشورة حول أهمية العناية بالبشرة، وإمكانية زوال العارض مع الأشهر الثلاث الأولى

الخصوبة:

- إن هذا النوع من الحبوب لا يؤثر على الخصوبة
- من الممكن أن تحصل الإباضة بعد ٧ إلى ١٧ يوماً من إيقاف الحبوب

مدة الإستمرار بالدواء

- من الممكن أخذ الدواء لفترة ١٢ شهر متواصلة الى حين معاودة الإستشارة
- من الممكن الإستمرار به حتى سن الـ ٥٥

الحقن الطويلة الأمد المحتوية على هرمون البروجستين وحده

تعريفها

مشابهة للحبوب أحادية الهرمون من حيث تركيبها إذ أنها تحتوي فقط على هرمون البروجستيرون

أنواعها

١- DMPA- Depomedroxy Progesteron Acetate 150 mg حقنة بالعضل كل ٣ أشهر

٢- Noristerat 200 mg حقنة بالعضل كل شهرين

طريقة عملها

- منع الإباضة بمنع ذروة LH- (LH Surge)
- تغليظ قوام مخاط عنق الرحم
- تغيرات في بطانة الرحم تمنع تعشيش البويضة
- حدوث تغيرات في حركة قناة فالوب

حسنات الوسيلة

- وسيلة آمنة وفعّالة وسهلة الإستعمال (لا تتطلب تذكرها يومياً)
- يمكن إستعمالها من قبل المستفيدة التي لا تستطيع إستعمال الأستروجين.
- يمكن إستعمالها لدى المستفيدة فوق الـ٣٥ سنة
- معدل الفشل أقل من ١٪
- لا تتعارض مع أوقات الجماع
- لا يتعارض إستعمالها مع المضادات الحيوية وبعض الأدوية
- تخفض من التقلصات والآلام الطمثية
- تخفض من خطر حدوث سرطان المبيض وبطانة الرحم والإلتهاب الحوضي
- لا تؤثر على الرضاعة الطبيعية

الأعراض الجانبية المحتملة للوسيلة

- لا تحمي ضد الإلتهابات المنقولة جنسياً
- تؤدي الى تغيرات في حدوث الطمث والدورة الشهرية
- صداع، غثيان
- حب الشباب
- الشعور بالتوتر واحتقان الثديين
- الطمث يصبح أشد غزارة من المعتاد
- زيادة تدريجية في الوزن

الغرسات

تعريفها

تزرع تحت الجلد و هي مصنوعة من السيلكون المطاطي، توضع بجرح قطعي لا يتعدى ٣ ملم في الذراع تحت الجلد باستخدام التخدير الموضعي، وتوفر الوقاية من الحمل لفترة طويلة (حسب عدد الغرسات بين ٣ و٥ سنوات).

أنواعها

- Norplant: ٦ غرسات/وقاية ٥ سنوات (لا يستعمل حالياً في لبنان).
- Jadelle: غرستان/وقاية ٥ سنوات (غير متوفّر في لبنان).
- Implanon: غرسة واحدة/وقاية ثلاث سنوات (متوفّر في لبنان).

طريقة عملها

- منع الإباضة
- تغليظ مخاط عنق الرحم
- التسبب في ضمور بطانة الرحم

حسنات الوسيلة

- نسبة الحمل خلال خمس سنوات لا تتجاوز ١٪
- قلة الحيض والحماية من فقر الدم
- تخفيف الآم الحيض
- يقلل من الإصابة بسرطان بطانة الرحم
- مفعولها طويل الأمد
- فعاليتها عالية ومؤقتة
- لا تؤدي الى أعراض جانبية مقترنة باستخدام الأستروجين

الأعراض الجانبية للوسيلة

- مشاكل التركيب والإخراج (إحداث جرح في الذراع)
- حدوث التهابات ناتجة عن عدم تطبيق إجراءات التعقيم الصحيحة خلال التركيب
- تغيرات في نمط الحيض/ انقطاع الطمث مؤقتاً
- نزف متقطع بين الدورات
- تغييرات في الوزن
- صداع / غثيان
- آلام في البطن
- احتقان الثديين

موانع الاستعمال

موانع مطلقة:

- إلتهاب الوريد أو تجلط الدم (Thromboembolism)
- نزيف مهبلي غير مشخّص
- أمراض حادة في الكبد
- سرطان الثدي
- أورام في الكبد (خبيثة أو حميدة)

موانع نسبية:

- التدخين
- تاريخ سابق لحمل خارج الرحم
- حالة متقدمة من حب الشباب
- إرتفاع ضغط الدم
- تاريخ من أمراض القلب والشرايين
- حالة متقدمة من الشقيقة
- حالة متقدمة من الكآبة

بداية الاستعمال

- مباشرة في الأيام الخمس الأولى من الطمث. بعد ٧ أيام، تحتاج وسيلة إضافية
- مباشرة بعد نزع اللولب أو الإنتقال من الحبوب
- في ٤ أسابيع الأولى بعد الولادة وبعد ٦ أسابيع عند الرضاعة
- مباشرة بعد الإجهاض

ت. الوسائل ثنائية الهرمون المحتوية على هرموني الأستروجين والبروجسترون

أنواعها

- الحبوب المركبة Combined Oral Contraceptives
- الحلقة المهبلية Vaginal Ring
- اللصقات Patches

الحبوب المركبة Combined Oral Contraceptives

تعريفها

حبوب ثنائية الهرمون (المركبة)- COC، واسعة الإنتشار والإستخدام والتي تستطيع أكثر النساء إستعمالها بصورة عامة بطريقة آمنة وفعّالة وتحتوي على هرموني الأستروجين والبروجسترون بنسب متفاوتة

أنواعها

هذه الحبوب هي أقراص مركبة وتحتوي على هرمونات الأستروجين والبروجسترون وتتمتع هذه الأقراص بفعالية عالية في منع الحمل وهي تؤخذ عن طريق الفم

وتقسم حسب درجة تركيز هرموني الأستروجين والبروجسترون في العبوة الى :

- حبوب ذات المرحلة الواحدة Monophasic وتحتوي على ٢١ حبة من هرمون الأستروجين والبروجستيرون حيث تركيز الهرمونات ثابت في جميع الأقراص
- Biphasic وتحتوي على ٢١ حبة من هرمون الأستروجين والبروجستيرون وبنسب مختلفة
- Triphasic ويحتوي على ٢١ حبة من هرمون الأستروجين والبروجستيرون وبثلاث نسب مختلفة من التركيز

طريقة عملها

- توقف الإباضة
- تَحول دون نضوج بطانة الرحم بحيث تمنع إلتصاق البويضة المخصبة عليها
- تُكثّف إفرازات عنق الرحم بحيث تعيق دخول الحيوانات المنوية
- تُقلّل من إنتقال الحيوانات المنوية إلى قناة فالوب

حسنات الوسيلة

- مانع مؤقت ذو فعالية عالية
- آمن بالنسبة لمعظم النساء
- غير مرتبط بوقت الجماع
- يحمي من سرطانات المبيض، الرحم، والأورام الحميدة في الثدي
- يقلّل من حدوث فقر الدم
- يخفف آلام الطمث
- يخفف من عوارض إضطراب الإباضة (شعرانية، حب الشباب)
- ينظّم الدورة الشهرية
- فعالية مرتفعة من ٩٧ الى ٩٩٪.
- ترتفع نسبة الوقاية كلما زادت مدّة الإستخدام

الأعراض الجانبية المحتملة للوسيلة

من الممكن ظهور بعض العوارض عند بعض مستخدمات هذه الوسيلة، كما يمكن ألا يظهر أي منها:

- صداع
- تقيؤ وغثيان
- تغيرات في الحالة النفسية (همود- إكتئاب)
- زيادة الوزن

- إحتمال إرتفاع بسيط في ضغط الدم (نادرة)
- تغيرات في دورة الطمث (عدم حدوث الطمث، طمث خفيف)
- إحتقان الثديين
- حب الشباب (قد يسوء في بعض الأحيان حسب نوع الحبوب، غالباً ما يتحسن)

موانع الاستعمال

أ-موانع مطلقة:

- الحمل أو الإشتباه بالحمل
- نزيف غير عادي أسبابه غير معروفة
- إعتزام إجراء جراحة
- شك بأمراض خبيثة بالثدي
- مرض شديد بالكبد/إلتهاب الكبد
- أمراض الدم التجلطية (حالية وسابقة)
- إرتفاع ضغط الدم

ب-موانع نسبية

- المدخنات في الـ ٣٥ سنة أو أقل
- ارتفاع خفيف في ضغط الدم
- الشقيقة (Migraines)
- السكري
- البدانة
- المعرضات حديثاً لطمث قليل
- يجب التوقف عن استخدام الحبوب لفترة بين أسبوعين وستة أسابيع قبل إجراء عملية جراحية كبيرة مقررة مسبقاً أو أخذ مسيل للدم من نوع Heparin قبل الجراحة
- إضطرابات الدهنيات

ج-ولا تعتبر من الموانع الحالات التالية

- أورام الثدي الحميدة
- تاريخ عائلي لسرطان الثدي
- مرض الذئبية Lupus في حال غياب Anti-phospholipid antibodies .
- متابعة الحبوب حتى عمر الـ ٥٠ الى ٥٥ سنة في حال غياب أية أمراض وفي حال عدم التدخين
- إرتفاع ضغط الدم المستقر خاصة تحت الـ ٣٥ سنة

إرشادات يعطيها المركز لمستخدمات الوسيلة (Counseling)

أ- التوجه الى المركز في الحالات التالية :

- ألم شديد في البطن.
- ألم شديد في الصدر.
- ألم شديد في الرأس.
- خلل مفاجيء بالرؤية.
- ألم شديد في الساقين.

ب- تذكر أخذ الحبة يومياً.

ت-هذه الحبوب لا تحمي من الإلتهابات المنقولة جنسياً.

ث-يجب الانتباه الى بعض الأدوية التي تخفف من فعالية هذه الحبوب مثل بعض المضادات الحيوية وعلاج الصرع.

ج- الانتباه الى مدة الصلاحية وظروف حفظ وتخزين ملائمة .

من يستطيع استعمال حبوب منع الحمل المركبة؟

- الراغبات في وسيلة للمباعدة بين الولادات.
- النساء اللواتي لا ترضعن أطفالهن بعد الولادة.
- الراغبات بوسيلة لمنع الحمل يمكن وقف مفعولها عند الرغبة في الحمل مجدداً.
- الفترة اللاحقة مباشرة لحدوث الاجهاض للواتي تعرّضن للإجهاض، ومباشرة بعد حدوثه.
- المعرّضات لدورات الحيض المؤلمة أو الكثيرة النزيف.
- للراغبات في تحسين حالة الإصابة بحب الشباب والشعرانية.
- التكيّسات المبيضية(Polycystic Ovary Syndrome).
- للنساء اللواتي لديهن تاريخ عائلي للإصابة بسرطان المبيض.

متى/كيف يتم أخذ الحبوب (مشورة)

- ابتداء من اليوم الأول من تاريخ بدء الدورة الشهرية، أو ضمناً حتى اليوم الخامس.
- العلبة التي تحتوي على ٢١ حبة : تؤخذ حبة يومياً لمدة ٢١ يوماً، ثم الإنتظار سبعة أيام و المباشرة من جديد بتناول الحبوب.
- العلبة التي تحتوي على ٢٨ حبة : تناول جميع الحبوب، حبة يومياً لمدة ٢٨ يومياً وبعدها البدء بعلبة جديدة.
- إذا كانت بداية أخذ الحبوب من بعد اليوم الخامس للدورة، يجب استعمال وسيلة حماية إضافية (الواقي).
- إذا كانت منتقلة من وسيلة هرمونية أخرى، يمكن البدء بالحبوب فوراً.
- بعد الولادة، بين يومي ٢١-٢٨ (إذا كانت غير مرضعة).
- في حالة الإرضاع الجزئي، بعد الأسبوع السادس من الولادة.
- بعد الإجهاض، البدء بالحبوب فوراً.
- بعد وسائل منع الحمل الطارئة، البدء بالحبوب في اليوم التالي.
- في حالة نسيان الحبة ليوم واحد/تأخذ الحبة أسرع ما يمكن، أو حبتين في اليوم التالي.
- في حالة نسيان حبتين، يتم تناول حبة إضافية في كل من اليومين التاليين وينصح باستعمال وسيلة إضافية لمنع الحمل طوال هذه الدورة (إلى ان تبدأ الدورة الشهرية التالية).
- نسيان أخذ حبتين في الأسبوع الثالث، أو نسيان ثلاث حبوب خلال الشهر، يجب البدء فوراً بعلبة جديدة واستعمال وسيلة وقاية إضافية.
- في حال الإستفراغ الشديد ضمن ساعتين من أخذ الحبة، يجب أخذ حبة جديدة، والإستمرار بعدها بتناول الحبوب كالعادة.
- في حالة النزيف المتقطع أثناء الدورة: الإنتظار والإستمرار في تناول الحبوب. وفي الدورة التالية يمكن إعتماد أنواع من الحبوب المركبة التي تحتوي على نسبة أعلى من الأستروجين.

مقارنة بين الحبوب المركبة والحبوب أحادية الهرمون

	الحبوب المركبة	الحبوب الأحادية الهرمون
فعاليتها	٠,١٪ الى ٨٪ نسبة الفشل في السنة الأولى من الإستخدام	٠,٥٪ الى ١٠٪ نسبة الفشل في فترة السنة الأولى من الإستخدام
طريقة عملها	تكبح الاباضة بشكل أساسي	تؤدي الى تكثيف بطانة عنق الرحم
طريقة استعمالها	تؤخذ الحبة بشكل يومي لمدة ٣ أسابيع متتالية مع استراحة في الأسبوع الرابع من الدورة الشهرية	تؤخذ كل يوم حبة دون إنقطاع أو توقف
من يستعملها	المرأة التي لا تعاني من مشاكل عند إستخدام هرمون الأستروجين	المرأة التي تعاني من مشاكل في إستخدام هرمون الأستروجين

	الحبوب المركبة	الحبوب الأحادية الهرمون
حالات النزف	تؤدي الى تنظيم العادة الشهرية	يمكن ان تؤدي الى حدوث نزف متقطع خلال الدورة الشهرية
إرشادات لإستعمالها	يجب إتخاذ بعض الإجراءات الإحتياطية لمنع الحمل، مثل إستعمال وسيلة مساندة في حال نسيان الحبة لمدة تزيد عن ٢٤ ساعة	يجب إتخاذ بعض الإجراءات الإحتياطية لمنع الحمل مثل إستعمال وسيلة مساندة في حال نسيان الحبة لمدة تزيد عن ٣ ساعات
الرضاعة	غير مناسبة للمرضعات	مناسبة للمرضعات ولا تؤثر على إدرار الحليب

- محددات استعمال أنواع الحبوب المركبة

– إذا كانت المستفيدة في طور المراهقة أو شابة :
تعطى الحبوب ذات الاستروجين ذو الجرعة المخفضة او "ثلاثي الطور " (Triphasic) جرعات 0.30 - 0.35 ملغ من الإستروجين.

– إذا كانت المستفيدة تعاني من البدانة والحيض الغزير وعسر الطمث او تشنجات مؤلمة:
تعطى الحبوب المتعلقة بالتنشيط لبطانة الرحم. (جرعة عادية من الأستروجين).

– إذا كان تاريخ المستفيدة الطبي يتضمن أمراض التورم الليفي الكيسي وداء الشقيقة:
تعطى حبوب الأستروجين ذات الجرعة المخفضة عند الضرورة.

– إذا كانت المستفيدة تدخّن، مصابة بضغط الدم او الإكتئاب:
تعطى الحبوب ذو الجرعة المخفضة من البروجسترون.

– إذا كانت المستفيدة مصابة بحب الشباب، لديها بشرة دهنية والحيض لديها غزير:
تعطى الحبوب ذات الجرعة العالية من البروجسترون منخفض الخصائص الذكورة.
(High progestin, of low androgenic progestrone)

الحلقة المهبلية (Vaginal Ring)

تعريفها

حلقة مرنة توضع بالمهبل تحتوي على الأستروجين والبروجسترون، وتبقى لمدة ثلاثة أسابيع

طريقة عملها

تمنع الإباضة

حسناتها

(أنظر الحبوب المركبة)
بالإضافة إلى عدم الإضطرار لأخذ دواء يومي

عوارض جانبية

- إضطرابات في نمط الحيض والدورة الشهرية
- صداع
- طفح، إحمرار في المهبل
- إفرازات مهبلية بيضاء

موانع الاستعمال

(انظر الحبوب المركبة)

كيفية الاستعمال

- ضغط الحلقة بالإصبعين وإدخالها (كالتحميلة النسائية) إلى آخر المهبل في أول أيام الحيض
- إخراج الحلقة بنهاية الأسبوع الثالث
- انتظار أسبوع (للحيض) قبل وضع حلقة جديدة

اللصقات (Patches)

تعريفها

قطعة مربعة مرنة من البلاستيك تحتوي على الأستروجين والبروجسترون توضع أسبوعياً لمدة ثلاثة أسابيع من كل شهر

طريقة عملها

منع الإباضة

حسناتها

مشابهة لحسنات الحبوب المركبة وبنفس الفعالية
بالإضافة إلى عدم الإضطرار لأخذ دواء يومي

الأعراض الجانبية المحتملة

- طفح جلدي مكان اللصق
- تغييرات في نمط الحيض والدورات
- صداع
- غثيان/تقيؤ
- التهابات الجهاز التناسلي

موانع الاستعمال

(أنظر موانع إستعمال الحبوب المركبة)

كيفية الاستعمال

- وضع لصقة أسبوعياً لمدة ثلاثة أسابيع على أي منطقة من الجسم (ما عدا الثديين) ابتداء من اليوم الأول للدورة
- الإنتظار أسبوعاً (لحدوث الحيض) قبل وضع لصقة جديدة

ث. الأجهزة الرحمية (اللوالب)

تعريفها

- اللولب وسيلة ذات فعالية عالية، سهلة الإستعمال، مأمونة تستخدم لفترة طويلة ، ينتهي تأثيرها عند نزعها من الرحم.

أنواعها

هناك أنواع عديدة من اللوالب التي لها نفس الفعالية ، وتستخدم حسب إرتياح الطبيب الى النوع المطلوب، وهي :

- لولب Levonorgestrel (يحتوي على البروجسترون) "MIRENA , SKYLA & Liletta" (يستعمل لولب Liletta للشابات حيث أن حجمه أصغر).
- لوالب الـ NOVAT و Cu NOVAT
- لولب الـ MLCu 250
- لولب الـ MLCu 375
- النحاسي CuT 380 A & CuT380 S
- يختلف لولب "CuT 380 A" عن " CuT 380 S " بأن النحاس موجود في الأول على وسط الذراعين وفي الثاني على طرفي الذراعين.

حسنات الوسيلة

- وسيلة فعّالة إذ تنخفض نسبة الفشل الى ٠,٦٪ لكل ١٠٠ إمرأة في السنة الأولى من الإستعمال .
- يبدأ مفعولها وفعاليتها مباشرة بعد التركيب .
- ليس لها أي تأثير على العملية الجنسية .
- تستعمل للمباعدة بين الولادات لفترات طويلة.
- لا تؤثر على الإرضاع من الثدي .
- لا تؤثرعلى الخصوبة إذ يمكن العودة إلى الإنجاب فور نزعه من الرحم.
- تزيد معدلات النجاح في إستعمال الوسيلة في الحالات التالية :
  - إذا كانت مساحة سطح اللولب كبيرة.
  - ومعدلات سقوط اللولب منخفضة.
  - الإكتشاف المبكر أو الفوري لسقوط اللولب.
  - إذا تمّ تركيب اللولب في أعلى مكان في تجويف الرحم.

الأعراض الجانبية للوسيلة

- يمكن ان تشعر المستفيدة بألم ومغص خلال التركيب ويمكن أن تصاب بنزيف خفيف مع مغص في الأيام القليلة الأولى بعد التركيب.
- النزيف الحاد وألم البطن في اليوم الثالث إلى الخامس من التركيب يمكن أن ينتج عن إنثقاب جدار الرحم .
- النزيف غير المنتظم و/أو آلام الطمث في كل دورة.
- الإفرازات المهبلية الكثيفة في الشهور الأولى من التركيب.
- الألم أثناء الجماع يمكن أن يشير إلى إلتهاب الحوض أو هبوط اللولب.
- إنقطاع الدورة الطمثية أو سقوط اللولب يمكن أن يشير إلى حمل داخل الرحم أو حمل خارج الرحم.
- إذا كان خيط اللولب أقصر أو أطول أو غير محسوس تأكّد من وضع اللولب.

موانع الإستخدام

أ- **الموانع المطلقة:**

- الحمل .
- نزيف رحمي.
- سرطان الرحم وعنق الرحم.
- إلتهابات الحوض الحادة والمتكررة.
- الإلتهابات الجنسية.
- العيوب الخلقية التي تغير من شكل تجويف الرحم.
- الحساسية الشديدة على النحاس.

ب- **الموانع النسبية:**

- الإشتباه بالحمل.
- الإصابة بمرض الإلتهاب الحوضي (PID) الحالي أو خلال العام السابق.
- حالات حمل خارج الرحم سابقة.
- وجود أمراض في صمامات القلب.
- الإصابة بنقص المناعة.
- فقر الدم.

إرشادات لمستخدمي الوسيلة : Counseling

على المستفيدات من قسم الصحة الانجابية واللواتي يستعملن اللولب ان يعرفن التالي :

- يحدث ألم ناتج عن تقلص عضلي لمدة ٢٤– ٤٨ ساعة بعد تركيب اللولب، وإذا تعرضت المستفيدة لهذا الألم يمكنها تناول اقراص مخففة للألم وفي حالات الألم الشديد، تعود المستفيدة الى المركز الصحي.
- يمكن أن تكون هناك إفرازات من المهبل خلال الأسابيع الأولى بعد التركيب، وإذا كانت هذه الإفرازات غزيرة أكثر من اللازم ذات رائحة كريهة يجب على المستفيدة مراجعة العيادة.
- من المرجح أن يصبح نزول الطمث أكثر حدة.
- يمكن أن يطرد اللولب من الرحم تلقائياً.
- يجب على المستفيدة العودة الى العيادة في القسم إذا تعرضت لأي من الأعراض التالية :
  - إذا حدث طرد للولب.
  - إذا لم تحدث دورة الطمث.
  - حمى أو قشعريرة شديدة في الجسم.
  - الشعور بألم في منطقة الحوض.
  - إفراز صديدي في المهبل.
  - نزف غير طبيعي وحاد.
- عندما تقرر الحمل مجدداً، تتوجه المستفيدة الى المركز الصحي خلال الطمث من أجل نزع اللولب.

من يستطيع إستعمال اللولب ؟

يمكن إستعمال اللولب من قبل المستفيدة التي :

- تريد وسيلة طويلة الأمد للمباعدة بين الولادات .
- تريد إستخدام وسيلة لا تتطلب التذكر أو الاستعمال اليومي.
- سبق لها ان أنجبت ولداً واحداً على الأقل، أو حتى غير منجبة.
- أنجبت وترضع بعد الولادة مباشرة.
- لكل مترددة ترغب بإستخدام وسيلة فعّالة، مع عودة الخصوبة مباشرة بعد التوقف عنها.

متى يتم إستعماله

يمكن أن يوصى بتركيب اللولب لكل مستفيدة بعد تلقيها المشورة المناسبة شرط أن لا يكون لديها أي من الموانع الطبية التي تحول دون استخدام الجهاز الرحمي.

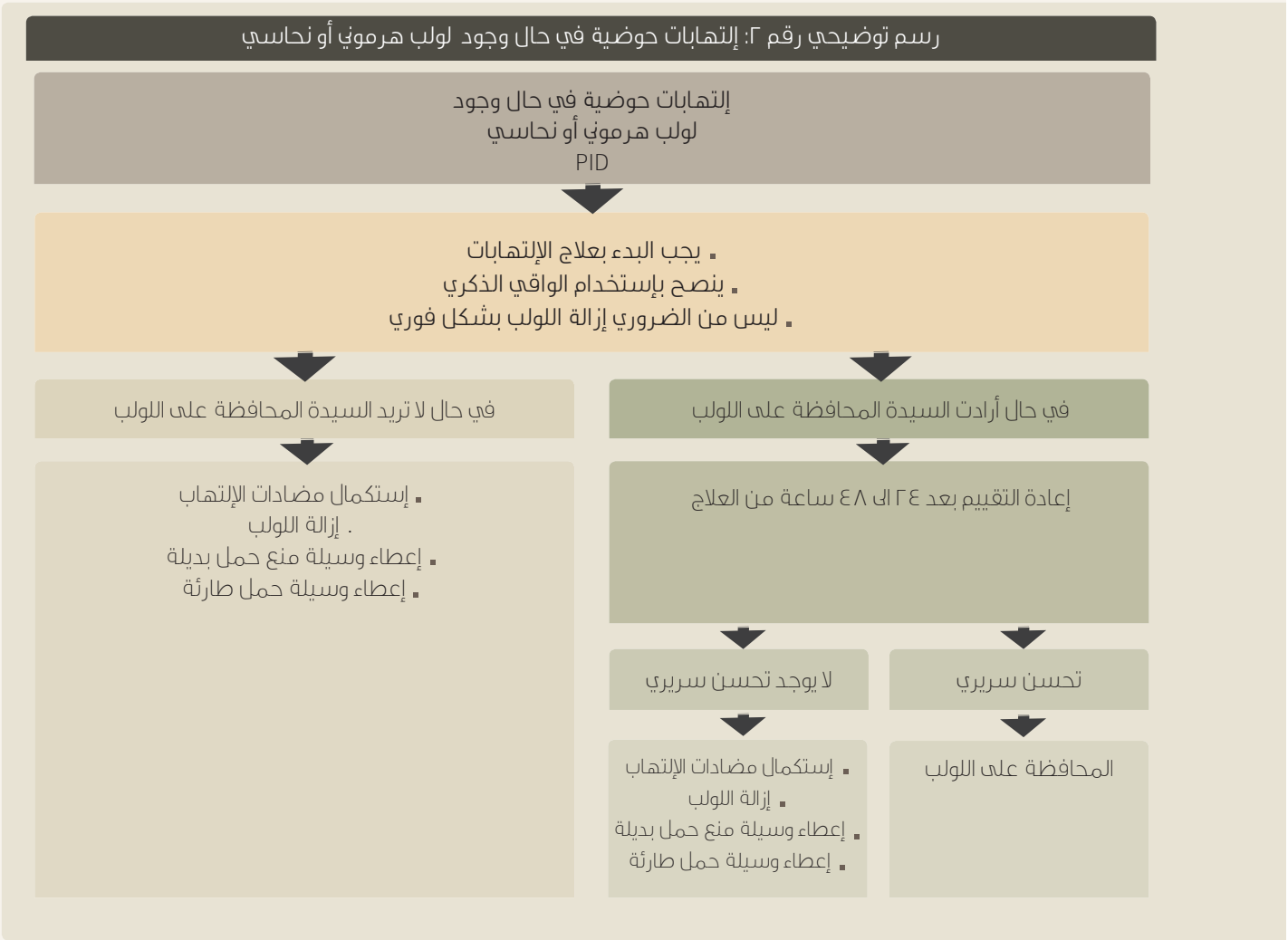
- خلال الطمث أو في أي يوم من أيام الدورة الشهرية شرط التأكد من عدم وجود حمل و/أو أعراض لإلتهابات الحوض أو الجهازالتناسلي.
- بعد ٤٨ ساعة من الولادة الطبيعية والقيصرية أو ضمن مدّة ٤ الى ٦ أسابيع من الولادة حسب رغبة المستفيدة وتقدير مقدم الرعاية (تحت إشراف طبي متدرب).
- بعد الإجهاض التلقائي مباشرة.
- ضمن ٥ أيام في حالة منع الحمل الطارئ.

حل المشاكل الصحية المتعلقة بالوسيلة

أ- **الإلتهابات الحوضية والمهبلية والرحمية:**

- لا تتعرض المستفيدات اللواتي يستخدمن اللوالب الى خطر إضافي بالإصابة بالالتهابات الحوضية (PID).
- في حال حدوث الإلتهابات الحوضية:

رسم توضيحي رقم ٢: إلتهابات حوضية في حال وجود لولب هرموني أو نحاسي



ب- **إنثقاب الرحم:**

- من النادر أن يحدث إنثقاب جدار الرحم (تقدّر نسبة انثقاب الرحم بواحد على ألف) وفي الغالب يحدث ذلك أثناء التركيب.
- تشتمل أعراض إنثقاب الرحم على ما يلي :
  - الشعور بألم حاد خلال التركيب.
  - النزيف بعد التركيب .
  - إختفاء خيط اللولب.
  - عدم القدرة على سحب اللولب.
  - عدم وجود اللولب في مكانه الصحيح بالتصوير الشعاعي أو الصوتي.
- يمكن ان يكون تشخيص إنثقاب الرحم معقداً لأن حالات إنثقاب الرحم غالبا" ما تقع من دون نزيف أو ألم.
- إذا تم إكتشاف إنثقاب الرحم أو الإشتباه في حدوثه يجب :
  - إيقاف عملية التركيب وإخراج اللولب عن طريق سحب الخيط.
  - إبقاء السيدة في حالة راحة تامة، ثم تحويلها الى المستشفى فوراً.

ت- **النقط الدموية، نزول الدم، النزيف، فقر الدم:**

- يتم إستخراج اللوالب بسبب التبقع (Spotting)، النزيف، أو فقر الدم بنسبة ٥ الى ١٥٪ خلال العام الأول من إستخدام اللوالب .
- يمكن ان تعتبر غزارة الطمث و التبقع، والدورات غير المنتظمة من الآثار الجانبية لإستخدام اللولب.

- إنزع اللولب في الحالات التالية :
  - الإلتهاب الحوضي.
  - رغبة السيدة.
  - السقوط الجزئي للولب .

ث- **الحمل مع اللولب :**

- يعتبر الحمل مع اللولب من المضاعفات الرئيسية لدى مستخدمات اللولب، وتحدث ثلث حالات الحمل مع وجود اللولب بسبب الطرد الجزئي أو الكامل الذي لم يتم إكتشافه.
- وعندما يتم إكتشاف حمل لدى المستفيدة التي تستخدم اللولب يجب التأكيد على بقاء المستفيدة تحت الملاحظة الدقيقة إذا شكت من:
  - نزيف من المهبل.
  - الآم حادة في أسفل البطن والحوض.

الاحتمالات:

- إذا كان الحمل في الثلث الأول مع ظهور خيط اللولب، يجب إزالة اللولب.
- اذا كان الحمل داخل الرحم في الثلث الأول مع فقدان خيط اللولب، يجب عدم التدخل في إزالة اللولب .
- اذا كان الحمل داخل الرحم في الثلث الثاني، يجب عدم التدخل في إزالة اللولب.
- يتم إعلام المستفيدة في حالة إزالة اللولب ان نسبة الاجهاض التلقائي تكون مرتفعة. أما إذا رغبت المستفيدة بإستمرار الحمل مع عدم نزع اللولب فعليها أن تعلم بأن زيادة خطر حصول الإجهاض التلقائي لديها يرتفع الى ٣٥٪.
- يتم الفحص لإكتشاف إحتمال حمل خارج الرحم، وإذا ثبت أنه كذلك يجب إزالة اللولب والتعاطي مع حالة الحمل المنتبذ (أنظر سابقاً).

ج- **من علامات حدوث أمر غير طبيعي للولب :**

- عدم حدوث الطمث .
- ظهور أعراض حمل .
- عدم القدرة على تحسّس خيوط الجهاز الرحمي.

ح- **الدلائل على سقوط اللولب:**

- وجود اللولب عند فوهة عنق الرحم أو في المهبل.
- زيادة طول خيط اللولب (طرد جزئي) .
- اختفاء خيط اللولب (طرد كلي).
- عدم القدرة على تحديد مكان اللولب بإستخدام التصوير الصوتي.

ارشادات لمن يصف الوسيلة Counseling

أ- **مبادىء تركيب اللولب**

يشتمل تركيب اللولب على الخطوات التالية:

- توفير المشورة الكاملة للمستفيدة قبل المباشرة بوضع الجهاز، وتوضّح خلالها إجراءات تركيب اللولب.
- إجراء الفحص المهبلي.
- تنظير المهبل وعنق الرحم.
- تطهير المهبل وعنق الرحم.
- قياس عمق الرحم ومطابقته مع أنبوب الادخال.
- تجهيز اللولب في أسطوانة الادخال.
- قص خيوط اللولب بطول ١ سم.

ب- **المتابعة**

زيارة المتابعة للمترددات اللواتي استخدمن اللولب :

- يجب مراجعة الطبيب بعد أول دورة شهرية من تركيب اللولب.
- وبعد ذلك فحص روتيني في السنة الأولى ومن ثم سنوياً وتتضمن زيارة المتابعة فحصاً مهبلياً.
- ويجب مناقشة أي سؤال، أو أية مشكلة لدى المستخدمة تتعلق بالوسيلة.
- يجب معالجة أي التهاب في عنق الرحم أو في المهبل خلال فترة الإستخدام.
- يجب الحرص على تقديم المشورة للمستخدمة بشأن المضاعفات التي يحتمل حدوثها والجهة التي يجب أن تتوجه إليها من أجل الحصول على الرعاية.

Management of Women with Bleeding Irregularities While Using Contraception

رسم توضيحي رقم ٣. إدارة مشاكل النزف لدى النساء تحت تأثير وسائل منع الحمل

If bleeding persists, or if woman requests, medical treatment can be considered.[1]

- **Cu-IUD users**
  - For unscheduled spotting or light bleeding or for heavy or prolonged bleeding:
    - NSAIDs (5-7 days of treatment)
- **LNG-IUD users[2]**
- **Implant users[2]**
  - For unscheduled spotting or light bleeding or heavy/ prolonged bleeding:
    - NSAIDs (5-7 days of treatment)
    - Hormonal treatment (if medically eligible) with COCs or estrogen (10-20 days of treatment)
- **Injectable (DMPA) users**
  - For unscheduled spotting or light bleeding:
    - NSAIDs (5-7 days of treatment)
  - For heavy or prolonged bleeding:
    - NSAIDs (5-7 days of treatment)
    - Hormonal treatment (if medically eligible) with COCs or estrogen (10-20 days of treatment)
- **CHC users (extended or continuous regimen)**
  - Hormone-free interval for 3-4 consecutive days
    - Not recommended during the first 21 days of extended or continuous CHC use
    - Not recommended more than once per month because contraceptive effectiveness might be reduced

If bleeding disorder persists or woman finds it unacceptable

Counsel on alternative methods, offer another method, if desired

Abbreviations: *CHC = combined hormonal contraceptive; COC = combined oral contraceptive; Cu-IUD = copper-containing intrauterine device; DMPA = depot medroxyprogesterone acetate; LNG-IUD = levonorgestrel-releasing intrauterine device; NSAIDs = nonsteroidal anti-inflammatory drugs.* [1]*If clinically warranted, evaluate for underlying condition. Treat the condition or refer for care.* [2]*Heavy or prolonged bleeding, either unscheduled or menstrual, is common.*

Source: *For the full recommendations, see the US Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013 (http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6205.pdf).*

ج. وسائل الحجز أو المنع Barrier Methods

تعتبر وسائل الحجز من أقدم طرق وسائلٍ منع الحمل ، وبالإضافة لمنع الحمل فلها وظيفة ثانوية مهمة وهي منع انتقال الإلتهابات (خاصة الواقي) المنقولة جنسياً.

تعمل هذه الوسائل على منع الحمل من خلال : منع وصول الحيوانات المنوية الى الجزء العلوي للجهاز التناسلي الأنثوي.

الأنواع المتوفرة من وسائل الحجز:

- وسائل ميكانيكية Physical Barrier
  - الواقي الذكري Male Condom
  - الواقي الأنثوي Female Condom (لا يزال استعماله في لبنان محدودا للغاية)
  - غطاء عنق الرحم Cervical Cap
- وسائل كيماوية Chemical
  - مبيدات الحيوانات المنوية Spermicides

وسائل ميكانيكية Physical Barrier

الواقي الذكري Male Condom

طريقة الاستعمال

يستعمل حين يصبح العضو منتصباً وقبل الولوج

أنواعه

- هناك بعض أنواع الواقيات الذكرية مطلية من الخارج بمضادات للحيوانات المنوية وذلك لزيادة فاعليتها
- هناك أنواع أخرى مطلية بمادة السيليكون وذلك لتسهيل انزلاق القضيب داخل المهبل
- وتصنع حالياً معظم الواقيات الذكرية من مادة المطاط

طريقة عمله

- يؤدي الواقي إلى حجز الحيوان المنوي ومنعه من الوصول الى المهبل بعد القذف
- يؤدي الواقي إلى منع الإحتكاك المباشر بين العضو التناسلي عند الرجل والمهبل عند المرأة ممّا يوفر الحماية من الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس
- تتراوح الحماية من الحمل بين ٨٦ و ٩٥٪

حسنات الوسيلة

- التأثير فوري
- لا يتعارض مع الرضاعة
- يستعمل كوسيلة مساندة إضافية
- متوفر دائماً في الصيدليات والسوبر ماركت، إضافة إلى المراكز الصحية التي يخدمها برنامج الصحة الإنجابية
- ليس له آثار جانبية عامة
- ليس له تأثير على الصحة
- لا يحتاج إلى وصفة طبية
- رخيص الثمن
- يحمي من الإلتهابات المنقولة جنسياً
- يكون الذكر هو المحور الرئيسي في إستعماله وهذه ميزة هامة لإشراك الرجل في مسألة تنظيم الأسرة.

الأعراض الجانبية للوسيلة

- تمزق الواقي الذكري أثناء الاستعمال يمكن ان يؤدي الى الحمل
- حك موضعي بسبب الحساسية على المطاط والمضادات المنوية
- إنزلاق الواقي في المهبل

موانع الإستخدام

موانع مطلقة: الحساسية على مادة المطاط لدى الزوجين او أحدهما

إرشادات المركز لمستخدمي الوسيلة Counseling

- يجب فتح غلاف الواقي الذكري بلطف حتى لا يتمزق
- يجب ارتداء الواقي قبل حدوث أي تلامس بين الأعضاء التناسلية لمنع انتقال العدوى من الإلتهابات المنقولة جنسياً، ويوضع الواقي على العضو المنتصب قبل إدخاله في المهبل
- يجب ان يكون المهبل رطباً ، ان المهبل الجاف يسبب تمزق الواقي.
- يسحب الواقي إلى نهاية العضو ويترك مسافة حوالي اسم في مقدمة الواقي، ويجب تفريغ هذه المساحة من الهواء عن طريق الضغط بالسبابة والإبهام للتقليل من فرص التمزق
- يفضل إستخدام المواد الملّينة أو مبيدات الحيوانات المنوية مثل ملين k.y.Jelly من أجل تسهيل الانزلاق داخل المهبل، ولايفضل إستخدام مادة الفازلين او الزيوت المعدنية لأن هذه المواد تزيد من احتمال تمزق الواقي
- يجب السحب قبل ارتخاء العضو، مع الإمساك بحلقة الواقي الذكري بقوة عند قاعدة القضيب حتى لا ينزلق الواقي عنه وينسكب السائل المنوي داخل المهبل
- يمكن استخدام المبيدات للحيوانات المنوية أيضاً مع الواقي الذكري لضمان أقصى قدر ممكن من الفعالية
- يجب التأكيد على ضرورة إستخدام واقٍ ذكري جديد مع كل اتصال جنسي
- يجب عند التخلص من الواقي الذكري فحصه والتأكد من عدم إنثقابه بعد الاستعمال

الواقي الأنثوي Female Condom

تعريفه

يشبه الواقي الذكري في آلية العمل إنما الفرق يكمن في أنه يتم إحتباس السائل المنوي داخل المهبل ويحتوي على حلقة داخل المهبل تمكنه من البقاء، وأخرى عند فتحة المهبل

طريقة عمله

يعمل الواقي الأنثوي على حجز السائل المنوي ومنع انتشاره داخل المهبل ووصوله الى الرحم وطريقة عمله مشابهة لطريقة عمل الواقي الذكري ويؤمن حماية من الحمل تصل من ٨٥ الى ٩٠٪ تقريباً في السنة الأولى

حسنات الوسيلة

- الوقاية من الإلتهابات الجنسية
- الوقاية من الحمل

طريقة الإستعمال

- يتم وضعه ساعات قبل الجماع
- يستعمل مرة واحدة فقط

غطاء عنق الرحم Cervical Cap

تعريفه

غطاء عنق الرحم عبارة عن أداة صغيرة متينة على شكل كوب يوضع على عنق الرحم بحيث يلتصق بعنق الرحم ويسد الطريق على السائل المنوي لاجتياز المهبل

مضادات الحيوانات المنوية Spermicides

تعريفها

المستحضرات المهبلية الهادفة لمنع الحمل

تركيبتها

تتألف مستحضرات مضادات الحيوانات المنوية من عنصرين هما:

- مادة كيماوية تقتل الحيوانات المنوية
- ومادة أخرى عبارة عن قاعدة لتلك المادة الكيمائية، تستخدم لقتل المني عن طريق القضاء على أنسجة تلك الخلايا

طريقة عملها

ان الرغويات ذات تأثير فوري مانع للحمل ويبقى مفعولها مستمر لمدة ساعة على الأقل، كذلك الهلاميات والمراهم أيضاً ذات تأثير فوري مانع للحمل وعندما تستخدم وحدها يبقى مفعولها مستمراً لمدة ساعة واحدة، يبدأ تأثير الحبوب الرغوية بعد ١٠ الى ١٥ دقيقة ولا يستمر مفعولها أكثر من ٣٠ دقيقة بعد الإستعمال

حسنات الوسيلة

- سريعة المفعول
- لا تؤثر على الإرضاع من الثدي
- يمكن ان تستخدم مؤقتاً بإنتظار إستعمال وسيلة أخرى
- لا تؤثر على الصحة العامة للمرأة
- ليس لها أية عوارض جانبية
- سهلة الإستعمال
- تساهم في ترطيب المهبل لتسهيل عملية الجماع
- لا تحتاج إلى أية وصفة طبية او فحوصات سريرية قبل الإستعمال

الأعراض الجانبية للوسيلة

- تعتبر هذه الوسيلة من الوسائل المساندة لأنها ليست على درجة عالية من الفعالية اذا استعملت لوحدها
- يمكن ظهور بعض الحك والاحمرار على القضيب بسبب وجود حساسية معينة على المواد الكيمائية الموجودة في المبيدات
- يمكن ظهور إحمرار وبعض الإلتهاب في المهبل من أثر التغيير في أنواع المبيدات المنوية المستعملة

موانع الاستخدام

موانع مطلقة :

- وجود عوائق ميكانيكية (Physical) يتعذر على المرأة إستعمال هذه الوسائل
- وجود حساسية لدى المرأة يتعذر عليها استعمال المضادات الكيمائية

موانع نسبية :

- عدم رغبة أحد الزوجين في استخدامها
- وجود بعض الامراض لدى الزوجة يكون فيه الحمل اذا حدث خطورة على صحة المرأة
- الأزواج الذين يرغبون بإستعمال وسيلة ترتفع فيها درجة الأمان
- الأزواج الذين يرغبون بإستعمال وسيلة لا ترتبط بوقت الجماع

إرشادات مقدمي الخدمات لمستخدمي الوسيلة

- توضع الجرعة الموصى بها من المادة المانعة للحمل، عالياً في المهبل ثم الانتظار بعض الوقت قبل الجماع، حتى يكون المبيد المنوي قد إنتشر على نحو كاف في الجزء العلوي من المهبل وحول عنق الرحم
- تستخدم كمية إضافية من المبيد المنوي في كل مرّة يتكرر فيها الجماع
- يفترض الإنتظار لفترة تتراوح بين ١٠ الى ١٥ دقيقة بعد استخدام الأقراص أو الكبسول (التحاميل) المكونة للرغوة والتي تذوب داخل المهبل، و٢ الى ٣ دقائق بالنسبة للمراهم والهلام
- ضرورة إستخدام كمية إضافية من المبيدات اذا لم يتم الإتصال الجنسي خلال ساعة واحدة من الإستخدام الأول
- الامتناع عن غسل المهبل بعد الجماع لمدة ساعتين على الأقل ليكون مفعولها كافياً

ح. الوسائل الجراحية – التعقيم الجراحي الطوعي[1] Surgical Voluntary Sterilization

تعريفها

يؤدي منع الحمل الجراحي الطوعي أو الإختياري إلى تعطيل وظيفة الإنجاب لدى أحد الزوجين بشكل دائم بطريقة إصطناعية، ويسمح بإجراء عمليات التعقيم بعد موافقة الزوجين. ويتميز التعقيم الجراحي عن بقية طرق منع الحمل أنه وسيلة لا رجوع عنها مبدئياً، لذلك يجب توعية الزوجين وتقديم المشورة الصحيحة لهما حول كيفية إجراء هذا التعقيم كي يتخذا القرار المناسب بوعي ومعرفة وإدراك، وبذلك نجنّب الزوجين الندم والقلق والحيرة النفسية.

أنواعها

- ربط او " قطع الأنابيب" عند المستفيدة.
- ربط او قطع الأسهرين (القناة الدافقة) عند الرجل.

وهذه الوسائل تتم عادة في الإطار الإستشفائي وليس في المراكز الصحية. ولذلك لن يتم التوسع في وضعها وشرح حسناتها وآثارها الجانبية.

خ. وسائل منع الحمل الطارئة

أنواعها

- حبوب منع الحمل الطارئة
- اللولب النحاسي

حبوب منع الحمل الطارئة:

أنواعها:

- حبوب تحتوي على الأستروجين والبروجسترون؛ كل حبة تحتوي على Levonorgestrel 0.5 mg و Ethinyl estradiol 100 mcg. تؤخذ حبة كل ١٢ ساعة للوصول إلى إجمالي ٤ حبات. يجب أن تؤخذ الحبة الأولى خلال ٧٢ ساعة من الجماع.
- حبوب تحتوي على البروجسترون؛ Levonorgestrel 750 mcg. حبة واحدة تؤخذ في أسرع وقت ممكن دون تجاوز الـ ٤٨ ساعة من الجماع؛ ثم حبة أخرى بعد ١٢ ساعة.
- حبوب تحتوي على selective progesterone receptor modulator؛ Ulipristal 30 mg . حبة واحدة تؤخذ في أسرع وقت ممكن خلال الأيام الخمس التي تلي الجماع.
- إذا حصل تقيؤ خلال ٣ ساعات من أخذ الحبوب يجب إعادة البروتوكول.

طريقة عملها

- تعمل على تأخير الإباضة
- تساعد على منع الحمل إذا أُخذت لحد ٧٢ ساعة من الجماع، ولـ ٥ أيام كحد أقصى، بفعالية تراوح بين ٧٥ الى ٩١٪.

العوارض الجانبية

- نزيف متقطع لمدة يومين
- غثيان- صداع- دوخة- وآلام في البطن.

اللولب النحاسي Copper T380:

يجب وضعه حتى سابع يوم بعد الجماع غير المحمي لمنع حدوث حمل.

نسبة نجاحه تتخطى نسبة نجاح الحبوب لدرجة ٩٩٪.

---

[1] *هذه الإجراءات تورد هنا على سبيل الذكر فقط حيث أنها تتم في المراكز الاستشفائية وليس في مراكز الرعاية الصحية الأولية.*

الفصل السادس

مراضة الجهاز التناسلي والتقصي

الجزء العاشر

مراضة الجهاز التناسلي لدى النساء

١. النزيف غير الطبيعي

يعتبر النزيف غير الطبيعي أكثر الحالات شيوعاً لدى النساء، وتتغير مسببات وتقييم النزيف غير الطبيعي وفق سن المريضة. وعليه يجب أن يجري القيام بالفحص البدني والمهبلي الأكثر ملائمة للمرحلة العمرية وفق التالي:

أ. خلال سن الخصوبة

التاريخ

- الدورات الإباضية.
- مضاعفات اللولب أو حبوب منع الحمل.
- فشل المبيضين المبكر.
- أورام حميدة أو خبيثة في الجهاز التناسلي (تليّف، Adenomyosis)
- أمراض مزمنة (مشاكل في الغدد).

الفحص السريري

- تقييم إنتظام الطمث والمدة.
- الفحص السريري والنسائي.

الفحوصات المخبرية

- فحص دم CBC.
- تقصي الإلتهابات الجنسية.
- فحص الحمل.
- فحص زرع خلايا عنق الرحم.
- صورة صوتية عند الإشتباه بكتل أو بأورام.
- فحص الغدد الصماء وفحص تخثر الدم لحالات خاصة.
- فحص عينة من بطانة الرحم إذا كان العمر أكثر من ٣٥ سنة، (أو أكثر من ٢٠ في حالات النزف المزمن).

الأسباب حسب الفئة العمرية

جدول رقم ١ : أسباب النزيف غير الطبيعي حسب الفئات العمرية

بين ١٣ و ١٨ سنة	- السبب الأكثر شيوعاً هو إضطرابات الإباضة - من ١٢ إلى ١٨ شهراً بعد البلوغ يعتبر المحور المهادي-النخامي-الغدد التناسلية غير مكتمل النضوج ويفسر إنعدام الإباضة - يجب التأكد من إحتمال وجود حمل، عنف جنسي، أمراض متناقلة جنسياً - يجب البحث عن علامات تكيّس المبيض - البحث عن إضطرابات في تخثر الدم في حال كان النزيف قوياً لدرجة التسبب بفقر دم أو عدم التجاوب مع العلاج بالحديد

بين ١٩ و ٣٩ سنة	- السبب الأكثر شيوعاً هو متلازمة تكيس المبيض - البدانة تعد من عوامل الخطورة - في هاتين الحالتين هناك إستعداد لتحولات سرطانية في بطانة الرحم. ويجب التفكير في هذا الإحتمال في حال عدم التجاوب مع العلاج الدوائي
بين ٤٠ سنة و سن إنقطاع الطمث	- السبب الأكثر شيوعاً هو إنخفاض عمل المبيضين والمرحلة التحضيرية لإنقطاع الطمث - عوامل الخطورة لسرطان الرحم: ▪ عدم حصول حمل ▪ إرتفاع ضغط الدم ▪ البدانة ▪ عدم إنتظام الدورة الدموية ▪ تاريخ عائلي

المعالجة

جدول رقم ٢: علاج النزيف غير الطبيعي حسب الفئات العمرية

بين ١٣ و١٨ سنة	- حبوب منع الحمل التي تحتوي على: ٢٠-٣٥ ملغ من Ethinyl estradiol - في حال النزيف الشديد من الممكن إعطاء هذه الحبوب بشكل متواصل (من دون توقيف الدواء لمدة أسبوع كل ٢١ يوماً) لعدة أشهر ثم إكماله بشكل عادي. - في حال كان النزيف شديداً لدرجة الحاجة لإستشفاء فيمكن المعالجة بكمية مرتفعة من الأستروجين مع التنبه لإجراء الفحوصات اللازمة إستبعاد وجود إضطرابات في سيلان الدم خاصة Von Willebrand Disease
بين ١٩ و ٣٩ سنة	- مداواة غير جراحية الا في حال وجود كتل أو تليف - اذا كان النزيف حاداً، إبدأ باعطاء جرعة البروجسترون ٢٠-٣٠ ملغ يوميا أو حبوب منع الحمل ٣-٤ مرات في اليوم لمدة ٧ أيام أو حتى يتوقف النزيف، ثم حبة يومياً بعد أسبوع، لمدة ٢١ يوم - حبوب منع حمل، ثلاث حبات يومياً لـ٣ أيام ، ثم حبتين لـ٣ أيام ثم حبة يومياً) - ٢٠ ملغ بروجستيرون من اليوم ١٦-٢٥ من كل شهر - الحديد ٣٢٥ ملغ، ثلاث مرات يومياً (F.Gluconate) - استمرار النزيف بشدة، إحالة للمستشفى - خسارة الوزن والرياضة يساعدان على تحسن عمل المبيض
بين ٤٠ سنة وسن إنقطاع الطمث	- في الحالات الطفيفة حتى المعتدلة، يمكن المعالجة بالهرمونات مثل: حبوب منع الحمل (مع التأكد من عدم وجود موانع لإستخدامها، مثل مشاكل تخثر أو تجلط الدم)، ويعاد التقييم بعد ثلاث الى ست دورات : مع الحذر الشديد لإمكانية حصول جلطات في الأوعية الدموية، وعليه يؤخذ القرار أما بمتابعة الدواء او الإنتقال إلى (بروجستيرون ١٠-٢٠ ملغ) كل يوم لفترة عشرة الى أربعة عشر يوميا. (انظر سابقا) - من الممكن إستعمال اللولب الهرموني - وفي حال حصول نزيف حاد، إحالة للمسستشفى

ب. مرحلة ما بعد انقطاع الطمث Post-menopausal

تزيد إمكانية حدوث سرطان بطانة الرحم بنسبة ١٠٪، لذلك يتوجب القيام بتقييم دقيق.

السجل المرضي للمستفيدة

التركيز على:

- مدة إنقطاع الطمث.
- علامات وعوارض مرحلة إنقطاع الطمث.
- علامات النزيف، هل يحصل بعد الجماع؟ هل هو من الشرج؟ من المستقيم؟ هل هو نزيف تلقائي متعلق بتناول الهرمونات؟ (في حال حدث النزف قبل اليوم ١١، أو حصل تغيير في نمطه أو التبقيع فهو غير طبيعي)، هل تستعمل المريضة هرمونات؟

الفحص السريري

- يجب تقييم المظهر الخارجي للمستفيدة، هل تعاني من زيادة في هرمون الأستروجين (مثلاً من البدانة) أو من نقص في الهرمون (تعاني من الضمور).
- فحص نسائي، هل هناك أي ضمور أو إلتهاب في المهبل؟ قروح مهبلية؟ قروح في عنق الرحم.
- يجب إجراء فحص شرجي مهبلي.
- تحديد أي إعتلال في الشرج أو المستقيم كالبواسير أو الشقوق.
- وجود ضغط مرتفع أو سكري.

الفحوصات المخبرية

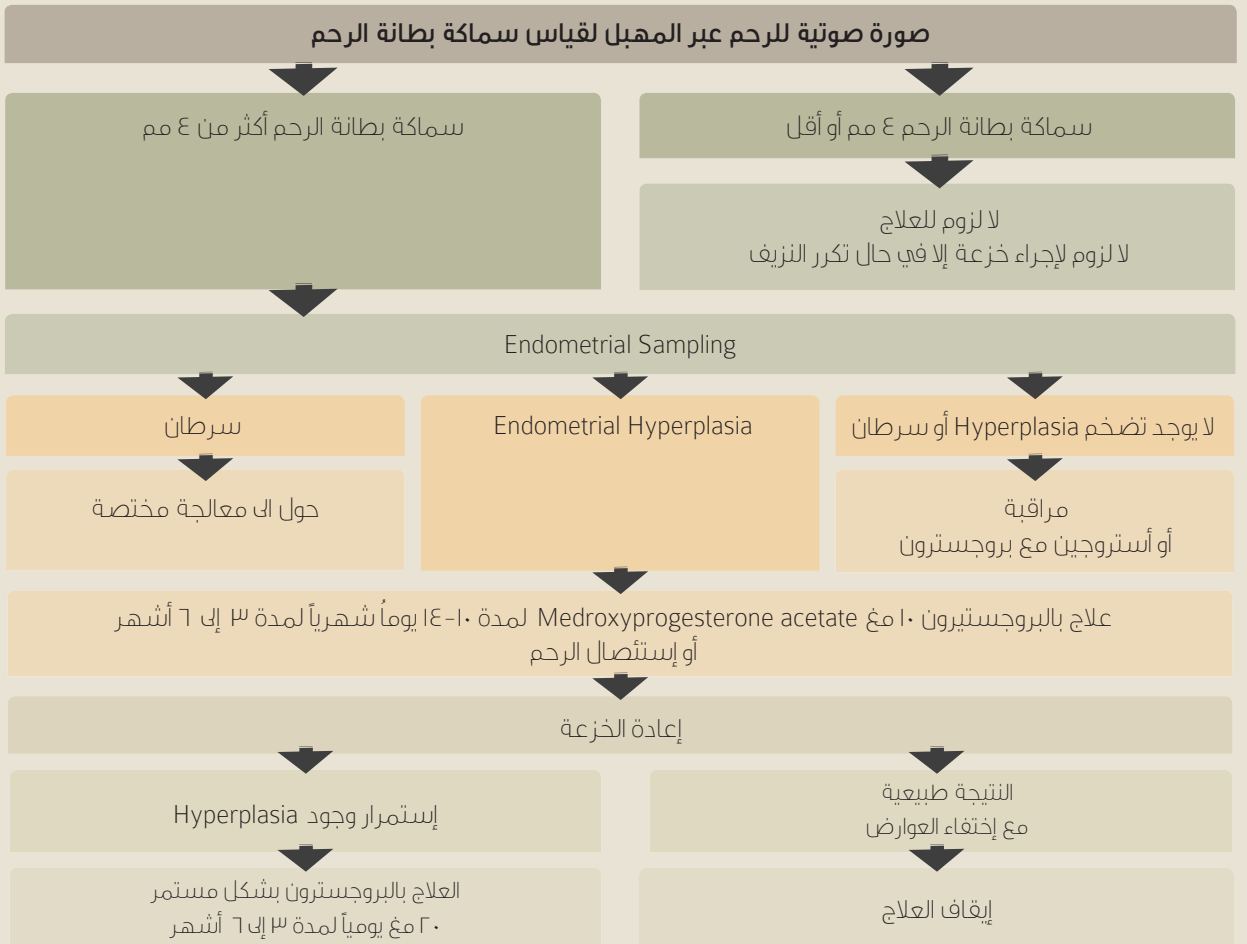
- تعداد كامل للدم.
- المسحة المهبلية.
- صورة صوتية لفحص بطانة الرحم.

يجب إجراء كل هذه الفحوصات إلا إذا تحدّد مصدر النزيف على أنه من الشرج، عنق الرحم أو المهبل.

طريقة المعالجة

تعتمد على نتائج الفحوصات: الجسدية، المخبرية، وبطانة الرحم (رسم رقم ١).

رسم توضيحي رقم ١ : علاج النزيف في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث



٢. إختلال وظيفة القاع الحوضي

- إن النساء اللواتي تلقين إصابات في "دعامة اللفافة الحوضية"(Pelvic fascial support) هن أكثر عرضة للإصابة بإسترخاء القاع الحوضي.

التاريخ

- التحري عن تقطع أو إحتباس البول.
- نتوء كتلة مهبلية.
- إمساك.
- ضغط الحوض أو إمتلاؤه.
- حدوث ولادات متعسرة أو إصابات لدى الولادة.
- سعال مزمن.
- داء الرئة المزمن.
- البدانة.
- التدخين.
- أمراض الأعصاب.
- السكري.
- تناول العقاقير / الأدوية (ACE inhibitors, Ca Channel Blocker, α-Blockers، الكحول).
- أي مرض مزمن (يحدث الوهن).
- السلوك الحياتي (الأعمال المنزلية – الإجهاد في المنزل).

الفحص السريري

- إبحث عن إضطرابات في الوضع الصحي للجهاز التناسلي.
- فحص الحوض لتحري ما يلي:
- فتق المثانة Cystocele.
- فتق الإحليل Urethrocele.
- فتق المخرج Rectocele.
- هبوط الرحم.
- تقييم تقطع البول.
- أي أثر للقروح على عنق الرحم، المهبل أو الناسور.

الفحوصات المخبرية

- الفحوصات اللازمة لمعرفة إذا كانت المستفيدة تعاني من التهابات المسالك البولية.
- فحوصات تتعلق بعمل المبولة.
- فحص المسحة المهبلية.

المعالجة

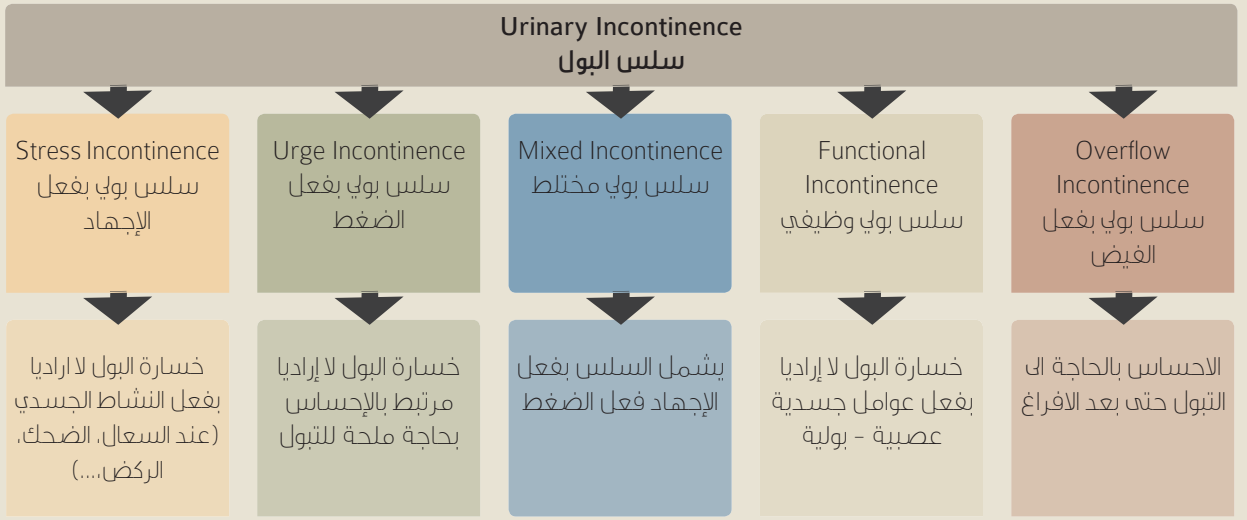
حدد طبيعة الظواهر التالية:

- في حال عدم ظهور عوارض، على المريضة أن تأخذ بعين الإعتبار إجراءات وقائية مثل الآتي:
  - تخفيف الوزن.
  - مداواة السعال.
  - الإمتناع عن التدخين.
  - أستروجين موضعي.
  - تحميلة للمهبل (للقروح العادية).
  - تمارين كيجل (Kegel's Exercises).
- اذا ظهرت على المريضة أعراض مثل نتوء كتلة، تحسس ضغط، تقطع البول أو عسر التغوط:
  - متابعة النصائح المذكورة أعلاه.
- وفي حال ظهور أي دليل لمرض ناشط أو قرحة من الكتلة الناتئة يتوجب التحري عن أي تضخم أو ورم وبالتالي إجراء فحص خلايا وفحص زرع لإستبعاد إحتمال ورم خبيث:
  - المضادات الحيوية والإستروجين الموضعي.
  - الجراحة، ويعتمد هذا الخيار على النشاط الجنسي، الإحتياج للخصوبة ومخاطر معاودة الإنتكاس.
  - وتبقى الجراحة الخيار الأول لترميم مدخل المهبل، مع التحذير من حصول حمل \ ولادة بعد العملية.

٣. سلس البول

تجدون أنواع سلس البول في الرسم رقم ٢ أدناه

رسم توضيحي رقم ٢: أنواع سلس البول



التاريخ المرضي

للتفريق بين الانواع المختلفة، المطلوب:

- التاريخ المرضي. (التهابات المسالك البولية، السكري، أمراض عصبية/نفسية).
- التاريخ الجراحي (جراحة نسائية).
- التاريخ الولادي.
- الأدوية المستخدمة (مدرات البول، مضادات الإكتئاب، المهدئات).

الفحص السريري والمهبلي

- يجب تقييم الحالة العصبية من خلال:
  - متانة حلقة المبولة.
  - فحص حواسي \ حركي.

في المهبل، إبحث عن:

- ضعف في جدران المهبل.
- فتق المثانة.
- فتق المستقيم.
- نقص في الأستروجين.

يمكن أن تقوم بالفحص مستخدما "عود القطن": أولا" تفرغ المستفيدة مبولتها ومن ثم يدخل الطبيب (Q-tip) في الاحليل ويطلب منها ان تسعل:

- اذا انحرف العود بحدود ٤٥ درجة، يعني ذلك أن السيدة تعاني من إنقباض زائد.
- إسحب العود، وأدخل Red Catheter (rubber) وإفحص أي بقايا من البول، إذا وجد أكثر من ١٠٠ مل: هناك فائض.
- يمكنك أيضا أن تطلب من المريضة أن تسعل أو تحبس نفسها أو تضغط نحو باب البدن في وضع القرفصاء ووقوفا للتأكد من وجود السلس.

فحوصات مخبرية

- فحص سكر على الريق (FBS).
- تحليل وزرع البول.
- تخطيط للمبولة (Cystometry).

طريقة التعامل مع المشكلة

ينصح بإستعمال سبل وقائية:

- تجنب تناول الكثير من السوائل.
- التقليل من الكافيين.
- تقييم الحاجة لإستعمال مدرّ البول.
- التبويل في أوقات معينة.
- إعتماد التمارين الحوضية لتقوية العضلات (Kegel).
- خسارة الوزن.

العلاجات (جدول رقم ٣)

- تمارين:
  - تمارين كيغل (Kegel's Exercises) : هي تمارين لعضلات الحوض تتضمن شد ورخي لعضلات الحوض التي تدعم الرحم، المثانة وغيرها من أعضاء الحوض، ومن أفضل الطرق لتعلم هذه التمارين هي "التظاهر بقطع \ حبس البول أو الغائط" وعليه يجب أن تكون كل انقباضة حادة بدون شد عضلات الردف أو الفخذ، على أن تكون مدة كل انقباضة ثانيتين ثم ٤، ٦، ٨، و١٠ ثوان وهكذا حتى تصبح العضلات أقوى، يلي ذلك استراحة لمدة ١٠ ثوان بين الانقباضة والأخرى. وينصح بالقيام بثلاثين انقباضة كل يوم ويتوقع ظهور تحسن خلال ٦–٨ أسابيع.
  - تمارين تقوية القاع الحوضي (Biofeedback) لحالات السلس بفعل الإجهاد والسلس المختلط.
- دوائية:
  - Alpha-adrenergic agonists
  - Anticholinergic agents
  - Antispasmodic drugs
  - Tricyclic antidepressants
  - Estrogen
  - Alpha-adrenergic blockers
  - Botulinum toxin
- جراحية.

جدول رقم ٣ : علاج سلس البول

Stress Incontinence سلس بولي بفعل الإجهاد	- التمارين الحوضية - الجراحة: Bladder neck suspension Periurethral bulking therapy Midurethral slings Artificial urinary sphincter
Urge Incontinence سلس بولي بفعل الضغط	- التغيير في النمط الغذائي - التغيير في نمط الحياة اليومية - التمارين الحوضية - الأدوية - الجراحة (تقنيات جديدة): Sacral nerve modulation Injection of neurotoxins such as botulinum toxin Bladder augmentation
Mixed Incontinence سلس بولي مختلط	- التمارين الحوضية - الأدوية Anticholinergic drugs - الجراحة
Functional Incontinence سلس بولي وظيفي	- علاج السبب الأساسي
Overflow Incontinence سلس بولي بفعل الفيض	- تمييل المبولة

٤. آلام الحوض Pelvic pain

- هناك العديد من الحالات المسببة لآلام الحوض سواء كانت نتيجة أمراض نسائية أو غيرها.

تاريخ المريضة الطبي

- الحيض/الحمل.
- الإنجاب.
- آلام البطن سابقا"/جراحات سابقة.
- التحري عن نمط الألم، اذا كان حاداً، مزمناً أو متقطعاً.
- إلتهابات جنسية.

الفحص السريري

- اذا كان الألم حاداً (Acute)، متطوراً ومرتبطاً بنزيف أو بإلتهاب أو تسمم في الدم (Sepsis) أو صدمة، يتم إجراء فحوصات مخبرية مثل: فحص كامل للدم، فحص الحمل وفحص البول.

يتم التحويل إلى الجراحة أو يؤخذ بعين الإعتبار ما يلي:
- إلتهاب في البول.
- إلتهاب المعدة والأمعاء.
- نوبة مرض المنجلية (Sickle cell crisis)
- إجهاض، حمل منتبذ (Ectopic).
- Ovarian torsion إلتفاف المبيض.

اذا كان الألم مزمناً (Chronic):
- إضطرابات معوية، عضلية (أغلب الأسباب).
- اذا كانت حدوده الخاصرة: يلحظ داء حصر البول.
- اذا إنحصر في منطقة الحوض: يتم التركيز على الحوض (إلتهابات جنسية، تكيسات، تليف).
- إضطرابات نفسية (Psychosomatization) (نفس –جسدية).

المتابعة

- يتم متابعة المستفيدة وفق التشخيص المحدد.
- يرافق المعالجة توفير المشورة.

تتضمن المعالجة ما يلي:
- حبوب منع الحمل /البروجسترون لإحداث إنقطاع الحيض لفترة ٣–٦ شهور.
- مضادات الإكتئاب.
- مضاد للإلتهاب.
- NSAIDs.
- معالجة إدراكية/سلوكية (Cognitive-Behavioral).

اذا فشلت المعالجة الطبية وتم التقييم النفسي– الاجتماعي: تحوّل المريضة للتقصي الجراحي (المنظار).

٥. التليّف الرحمي

أورام حميدة في عضلة الرحم.

تاريخ المريضة الطبي

- تقييم الدورة الحيضية وكمية الدم، أي نزيف غير طبيعي في الرحم، وأوجاع الحوض في أسفل الظهر.
- تؤخذ بعين الاعتبار العلامات والأعراض التالية:
- إزدياد مستمر في حجم الرحم، إحتمال ورم خبيث.
- التحري عن الأمراض النسائية التي قد نتج عنها النزيف الحيضي.
- النزيف خارج أيام الحيض.
- عسر الحيض.
- أعراض ضغط الحوض.
- أعراض أمراض المثانة والبول.
- الإجهاض المتكرر.
- الإمساك.
- إزدياد حجم البطن.

إذا وجد إزدياد متدرج في حجم الرحم، متابعة المريضة وطمأنتها بأن لا ضرورة للخوف من خطر الإصابة بالسرطان.

الفحص السريري

- التحري عن التكديرات الناعمة الشاذة في الرحم.
- التأكد من عدم وجود حمل.
- التصوير الصوتي.

الفحوصات المخبرية

- فحص كامل للدم والصفائح.
- فحص الحمل.
- فحص الغدة الدرقية.
- فحوصات التخثّر، في حالة النزيف الشديد.

العلاج

- تعتمد المتابعة على تقييم الطبيب لكل حالة، في معظم الأحوال تكون المعالجة وفق الأعراض، المراقبة، الهرمونات أو باجراء جراحة.

الهرمونات

- جرعة بروجستيرون ١٠ ملغ \ اليوم، مرة أو مرتين يومياً في حالة النزيف الشديد لمدة ١٥ الى ٢٥ يوم من الأيام الأولى من الدورة الشهرية أو الأيام العشر الأولى من كل شهر لمدة ٣ أشهر. في الحالات العادية تعطى ١٠ ملغ يوميا من يوم ١٥ الى ٢٥ من الدورة. قد تخفف من كمية النزيف ولا تؤثر على حجم الليفة.
- حبوب منع الحمل المركبة قد تخفف من كمية النزيف ولا تؤثر على حجم الليفة.
- اللولب الهرموني: قد يخفف من كمية النزيف ولا يؤثر على حجم الليفة. يستعمل في حال كانت الليفة غير مؤثرة على بطانة الرحم.
- NSAIDs مضادات الالتهابات اللاستيرويدية تعطى من اليوم الثالث الى الثامن من الدورة قد تخفف من كمية النزيف ولا تؤثر على حجم الليفة.
- برهنت GnRH analogs ان بإستطاعتها تصغير حجم الورم، ولكن يجب ان تستعمل فقط لأوقات محدودة.
- Ulipristal acetate (synthetic selective progesterone receptor modulator).
- في حال فشل هذه العلاجات يجب اللجوء الى العملية الجراحية لإستئصال الأورام العضلية أو الرحم، (حسب الوضع الإنجابي) بعد التشاور مع المستفيدة.

المراقبة

عدم وجود عوارض، المتابعة الدورية أو عند الضرورة.

الجزء الحادي عشر

تدني الخصوبة / العقم

١. التعريف وأسبابه

- عدم الانجاب هو عدم قدرة الزوجين على الحمل بعد ١٢ شهراً من الجماع من دون إستخدام وسائل منع الحمل وبالرغم من ممارسة العلاقة الجنسية بينهما بانتظام.
- العقم هو حالة شائعة و يؤثر على ١٥٪ من الأزواج في جميع أنحاء العالم. .
- تدني الخصوبة / العقم يشكل تحدياً لمراكز الرعاية الأولية لجهة تحديد أسبابها وتقديم المشورة اللازمة للزوجين ومقاربة الجوانب النفسية والعاطفية والعائلية التي يعانون منها.

٢. التقييم

التاريخ الطبي

ويتضمن معلومات عن الزوج والزوجة:

- العمر
- الممارسة الجنسية: نوعية وتوقيت الممارسة.
- فِهم الزوجين للإخصاب والحمل.
- تاريخ المشاكل الطبية والجراحية.
- مشاكل طبية/صحية آنية، مزمنة.

التاريخ الطبي للمرأة	
تاريخ المشاكل الطبية	خاصة تاريخ مشاكل في الغدة الدرقية أو غدة الحليب ... أو إلتهابات متكررة أو الإلتهابات المنقولة جنسياً
تاريخ العمليات الجراحية	خاصة عمليات البطن والحوض
عادات إجتماعية	التدخين، الكحول، .....
تاريخ الأمور النسائية	- سن البلوغ - الدورة الشهرية (الإنتظام، الكمية، الآلام المرافقة، .....) - تاريخ لنمو شعر زائد - إلتهابات نسائية متكررة - تشوهات تكوينية في الجهاز التناسلي - تاريخ لعمليات قحط رحمي
تاريخ الحمول السابقة إن وجدت	- إن كانت نتيجة حمل طبيعي: المدة التي إستغرقتها السيدة لتحمل - إن كانت نتيجة حمل بالوسائل البديلة: التقنية التي اعتمدت، العلاجات ومدتها، عدد المحاولات ونتائجها، .... - المشاكل الطبية خلال الحمل والولادة - حالة المواليد، الوزن عند الولادة، ...
الجماع	- التواتر والتوقيت - الآلام المرافقة (آلام في البطن أو في المهبل، ....) - الحياة الجنسية والعاطفية للشريكين
التاريخ النفسي- الإجتماعي والغذائي	

التاريخ الطبي للرجل	
تاريخ المشاكل الطبية	تاريخ الإلتهابات المنقولة جنسيا النكاف بعد البلوغ التعرض للإشعاعات المعالجة بالمواد الكيمائية الدوالي
تاريخ العمليات الجراحية	خاصة أية عمليات جراحية سابقة في الخصيتين تاريخ لعدم نزول الخصيتين فتحة دونية للقضيب
عادات إجتماعية	التدخين، الكحول، ...
تاريخ الحصول عل أولاد	من علاقة أخرى أو مع ذات السيدة نتيجة حمل تلقائي أم بمساعدة طبية
الجماع	القذف المتأخر قصور جنسي
التاريخ النفسي - الاجتماعي والغذائي	وظيفة الزوج التعرض للأشعة، للحرارة أو للمواد السامة

الفحص السريري

للمرأة:

- قد يشير توزيع الشعر، ونمو الجسم والثديين إلى احتمال وجود خلل هرموني أو قصور في النمو كما في حالة ضعف الغدد التناسلية او تضخم الأنسجة في الغدة الكظرية (Adrenal)، أو نقص إفراز الغدة الدرقية، أو إضطراب الإباضة، أو إرتفاع معدل الهرمون المنبّه لإفراز الحليب.
- ومن خلال إجراء فحص كامل للحوض، يمكن إكتشاف ضمور الرحم، أو أية أورام ملحقة به، أو أية إصابات لعنق الرحم، كما يساعد على تحديد إذا كان الألم أثناء الجماع مشكلة يجب علاجها أو آلام الميعاد (Endometriosis).

للرجل:

- يمكن لفحص الخصائص الجنسية أن يحدد وجود أي خلل هرموني، مثل ضعف الغدد التناسلية أو متلازمة "كلاينفلتر" (Klinefelter) (الشذوذ الوراثي XXY المرتبط عادة بالعقم).
- الكشف عن وجود تضخم في الثديين "Gynecomastia".
- وجود إفراز من الحلمتين.
- توزيع الشعر حول العضو الذكري وفي أنحاء أخرى من الجسم.
- فحص القضيب قد يكشف عن وجود إنفتاح لمجرى البول تحت القضيب أو ضيق مقدمة القلفة.
- فحص الخصيتين يبين حالات الضمور والأورام، والتكيّسات في الحبل المنوي وإرتفاع الخصيتين، أو سمك الأوعية المنوية، أو تراكم السائل حول الخصيتين، أو على إمتداد الحبل المنوي أو الدوالي.

وقد يبيّن التاريخ الشخصي والفحص السريري أن هناك حاجة لمزيد من التقييم. في هذه الحالة يجب أن يتم التحويل الى إختصاصي.

٣. تقدير ضعف الخصوبة

المرأة

- أمراض المبيض: عدم إنتظام دورات حيض، مما يعني أن "الإباضة غير منتظمة" وهي حالة لا يرجح لها أن تتحسن تلقائيا. ومن ثم تكون الأعراض دلالة على شيخوخة المبيضين سابقة لأوانها، أو قصور تام (انقطاع الطمث)، أو متلازمة تكيسات المبيض.

- مشاكل الرحم: النزف غير العادي وغير المنتظم قد يكون ناتجاً عن وجود تليف أو لحميات في الرحم، إلتهاب الحوض أو غير ذلك من الأمراض النسائية، ومن هنا ينبغي تقييم الحالة بعناية وحرص. التنبه لإحتمال وجود إلتصاقات داخل الرحم.
- إنسداد قناة فالوب: أمراض إلتهاب الحوض لدى الزوجة، أية جراحة سابقة في الحوض.
- شكوى المرأة من عسر الطمث أو من ألم الجماع مما قد يعني أن لديها "Endometriosis" أو حالة أخرى في الحوض.

على مستوى مركز الرعاية الأولية يتم التعامل مع المجالات الواردة أدناه أولاً، ومن ثم الجوانب الأخرى تباعاً حسب توفر الامكانات:

أ. توعية الزوجين.

ب. جمع المعلومات التي لها علاقة بالموضوع.

ت. إجراء فحص سريري شامل.

ث. توفير المشورة الملائمة والإحالة الى المرجع الطبي المختص اذا تطلب الأمر.

ج. التقييم المنهجي لمختلف الأسباب.

ح. إعداد خطة وبدء العلاج على أساس المعلومات المتجمعة وإعتماد إرشاد الأزواج الذين يعانون من مشكلات خطيرة قد تهدد خصوبتهم.

خ. طمأنة الأزواج بإعتماد شرح توضيحي لكل خطوة في العلاج، على فترات يسبق تحديدها.

د. إحالة الأزواج الى إختصاصيين (عند اللزوم) ويجب هنا شرح طبيعة التكاليف المتوقعة على المدى القصير والمدى البعيد، وفرص النجاح المحتملة عند العلاج.

٤. التشخيص والإجراءات

أ. المرأة

فحوصات المرأة	
فحوصات الدم	
من اليوم الثاني إلى الخامس من الدورة الشهرية	FSH, LH, Estradiol, Prolactin
في اليوم الواحد والعشرين	Progesterone
في أي يوم	TSH, CBCD, +/- AMH, ...
التصوير	
في الأسبوع الذي يلي آخر يوم من الميعاد قبل فترة الإباضة المتوقعة	Hysterosalpingography

ب. الرجل

فحوصات الرجل	
فحص المني spermogram	توضع الترتيبات اللازمة مع المختبر قبل إحضار عينة من المني لتقييمها أو إعطاء العينة في المختبر إن كان مجهزاً لذلك أنظر جدول الارشادات اللازمة للحصول على عينة من المني في الأسفل قد يحتاج الأمر الى أكثر من تقييم واحد للتوصل إلى تحديد دقيق لحالة الحيوانات المنوية، ولا سيما إذا كانت النتائج غير حاسمة وتوصي منظمة الصحة العالمية بأخذ عينتين يفصل بينهما أسبوعان على الأقل
فحوصات الدم	تطلب حسب نتيجة التقييم الأولي وفحص المني: FSH, Testosterone (total and free), ...
التصوير	صورة صوتية للخصيتين عند الحاجة

إرشادات لجمع المني لأغراض التقييم

١- الإمتناع عن المعاشرة الجنسية (بمعنى عدم القذف) لمدة ٣ أيام على الاقل
عدم تناول المشروبات الكحولية وتحاشي الإستحمام بالماء الساخن قبل الحصول على العينة مباشرة

٢- يتم الحصول على عينة من المني بطريقة الاستمناء في وعاء صغير جاف ومعقم وعريض الفوهة
1st fraction is most important

٣- أخذ العينة الى المختبر خلال نصف ساعة، على أن لا تتعدى الساعة في أقصى الأحوال. والحرص، خلال نقل العينة، على المحافظة على درجة حرارة معتدلة قريبة من حرارة الجسم. يسجل على الوعاء وقت الحصول على العينة بالضبط، ويكتب الإسم أيضا. وينبغي توصيل العينة إلى المختبر في غضون ساعة واحدة من جمعها

٤- محاولة إبقاء العينة في درجة حرارة مقاربة لحرارة الجسم أثناء نقلها

الحدود الطبيعية لفحص المني:

جدول رقم ٤: الحدود الطبيعية لفحص المني تبعا لمنظمة الصحة العالمية دليل المختبرات ٢٠١٠

WHO laboratory manual for the Examination and processing of human semen
Lower reference limits (5th centiles and their 95% confidence intervals) for semen characteristics
FIFTH EDITION 2010

Parameter	Lower reference limit
Semen volume (ml)	1.5 (1.4–1.7)
Total sperm number (106 per ejaculate)	39 (33–46)
Sperm concentration (106 per ml)	15 (12–16)
Total motility (PR + NP, %)	40 (38–42)
Progressive motility (PR, %)	32 (31–34)
Vitality (live spermatozoa, %)	58 (55–63)
Sperm morphology (normal forms, %)	4 (3.0–4.0)
Other consensus threshold values	
pH	≥7.2
Peroxidase-positive leukocytes (106 per ml)	<1.0
MAR test (motile spermatozoa with bound particles, %)	<50
Immunobead test (motile spermatozoa with bound beads, %)	<50
Seminal zinc (µmol/ejaculate)	≥2.4
Seminal fructose (µmol/ejaculate)	≥13
Seminal neutral glucosidase (mU/ejaculate)	≥20

٥. العلاج

معلومات أساسية عن إمكانيات العلاج

إن علاج المشكلات المرضية المعروفة محدد وواضح في المراجع العامة، سوف نقدم موجزاً مبسطاً للغاية للإستراتيجيات العامة التي تُتبع عند تقديم النصح والمشورة للمرضى (أنظر جدول رقم ٥)

ينبغي أن يتم التقييم الأولي للزوجين على أساس منهجي منظم بهدف إستكمال الشطر الأول من تقييم حالة تدني الخصوبة في غضون دورتين أو ثلاث دورات تقريبا. وفيما يلي جدول زمني مقترح للزيارات:

جدول رقم ٥: الجدول الزمني للزيارات الخاصة بتقدير الخصوبة

الزيارة الأولى

- زيارة قسم الصحة الإنجابية (وتكون مثالية بين اليومين الخامس والعاشر من دورة الحيض)
- من الأفضل الحصول على السجلات الطبية السابقة
- إستكمال التاريخ الطبي والفحص السريري للمرأة والرجل
- مناقشة وإعداد خطة الرعاية

بين الزيارتين الأولى والثانية

- تقييم المني
- الفحوصات المخبرية للرجل والمرأة (وان كان من الأفضل إجراء إختبارات الدم في وقت لاحق)
- الرجل والمرأة يتأكدان من الحصول على السجلات السابقة وذات الصلة
- البدء بتسجيل درجات حرارة الجسم الأساسية والإحتفاظ بسجلات مواعيد الخصوبة

الزيارة الثانية

- اليوم الثاني والعشرين من دورة مدتها ٢٨ يوما
- فحص بروجسترون بالدم
- إختبارات الدم الأخرى حسب المطلوب

بين الزيارتين الثانية والثالثة

- زيارة إختصاصي الأشعة (بين الخامس والعاشر من دورة الحيض في حالة إنعدام النزف)
- تصوير الرحم والبوقين (HSG - Hysterosalpingography) (حسب التقييم)

الزيارة الثالثة

- زيارة قسم الصحة الإنجابية (اليوم السادس والعشرين من دورة مدتها ٢٨ يوما)
  عينة من الغشاء والمبطن للرحم (إذا دعت الحاجة)

الزيارة الرابعة

- زيارة قسم الصحة الإنجابية
- الإستشارة.
- إستعراض جميع السجلات والمعلومات حتى يوم الزيارة

إعتماداً على النتائج السابقة (وبعد مناقشتها مع المريض شخصياً) يقوم الطبيب المعاين بإعداد بعض الابحاث الأخرى، قد تشتمل على ما يلي:

- الفحص بمنظار البطن لأغراض التشخيص (عند الضرورة).
- إعداد الدراسات الهرمونية.
- دراسات المناعة.
- فحص الحيوانات المنوية.
- فحوص أخرى حسب الضرورة.

الجزء الثاني عشر

الصحة الإنجابية للنساء
في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث

في هذا الجزء سنتحدث عن مرحلة إنقطاع الطمث عند النساء، وسبل التعامل معها للوقاية من عوارض النقص في هرمون الأستروجين والعناية بالمرأة بعد هذه المرحلة، ولدعم العناية الصحية المقدمة في قسم الصحة الإنجابية من قبل العاملين الصحيين والأخصائيين.

- تعريف سن إنقطاع الطمث: عند مرور سنة من إنقطاع الطمث الكلي.
- يحدث إنقطاع الطمث الطبيعي للمرأة بين العمر ٤٨ الى ٥٢ سنة، وهناك عدة عوامل تؤثر على بداية هذه المرحلة:
  - عوامل وراثية جينية.
  - تعدد الولادات وإزدياد مؤشر كتلة الجسم (Body Mass Index) يؤخران حدوث هذه المرحلة.
  - التدخين، علاج الإكتئاب بالأدوية، والتعرض الى الإشعاعات الكيمائية يحدث إنقطاعا مبكراً.
  - إستئصال الرحم والمبيضين جراحياً.

١. تأثيرات انقطاع الطمث أي تأثير إنخفاض هرمون الأستروجن في الجسم

يؤدي إنخفاض مستوى الأستروجين في الجسم إلى تأثيرات على كل أعضاء الجسم.

الجهاز العصبي

للأستروجين عدّة مهام في الدماغ، لذلك فإن فقدان هذا الهرمون يحدث تغييرات وظائفية ونظامية في الجسم.

الهبّات الحارة

هي الظاهرة الأكثر حدوثاً نتيجة لنقص الأستروجين في الجسم، ويستمرهذا العارض من ٧ أشهر الى ٥ سنوات بعد إنقطاع الطمث الطبيعي، و في حالات نادرة قد يستمر لمدة ١٥ سنة.

الهبّات الحارة يمكن أن تسبب اضطرابات في النوم، والتي تؤدي بدورها للتعب، العصبية، وعدم القدرة على التركيز.

تغييرات في المزاج

للأستروجين تأثير إيجابي على المزاج وبالتالي سن انقطاع الطمث يرتبط بالشعور بالإكتئاب وتقلبات المزاج.

الصداع (صداع الشقيقة)

يصير الصداع (صداع الشقيقة) أكثر حدّة لدى النساء اللواتي يعانين من هذه العوارض، لأن نظام إفراز الأستروجين والبروجستيرون يصبح مفقودا في الجسم حين بلوغ سن إنقطاع الطمث.

إنخفاض الكولاجين

يؤثر الأستروجين إيجابيا على "الكولاجين" والذي يؤثر بدوره على العظام والجلد، لذلك فان خسارة الكولاجين تكون سريعة في الأعوام الأولى بعد إنقطاع الطمث، (٣٠٪ من كولاجين الجلد يُفقد في أول ٥ سنوات بعد إنقطاع الطمث). معدل خسارة الكولاجين في السنوات العشر الأولى ٢ ٪ سنويا، وهذا النقص يُحدث التجعّدات في الجلد، كما أنه يحدث ضمور في المهبل ووهن في عضلات الرحم، وقد ينتج عن ذلك هبوط في الرحم وتبول لا إرادي.

ضمور في جهازي البول والتناسل

إن النقص في الأستروجن يؤثّر أيضا على الجهاز البولي والتناسلي، إذ تشير الإحصاءات أن ثلث النساء في سن ال٥٠ وما فوق يعانين من مشاكل في الجهاز البولي التناسلي، كنشاف المهبل والإحليل، مما يتسبب بإنزعاجات في المهبل كالحكاك

والجماع المؤلم، إضافةً إلى تزايد الإلتهابات المهبلية وعسر التبول. كما يؤثر نقص الأستروجين على عضلات المثانة وقاع الحوض الذين يصابان بالإرتخاء ويؤدي هذا إلى التبول اللاإرادي وبهبوط الرحم والمثانة.

ترقق العظم

وهو مرض يسبب نقص في كتلة العظم وبالتالي يؤدي إلى كسور في العظم .

إن نقص الإستروجين هو عامل أساسي في خسارة الكتلة العظمية، فقبل إنقطاع الطمث بسنة ونصف السنة، وللمدة نفسها بعد إنقطاعه، تنقص كثافة المواد غير العضوية في نقي العظم بنسبة ٢,٥ ٪ كل سنة، مقارنة بخسارة ٠,١٣ ٪ كل سنة قبل إنقطاع الطمث.

إن بلوغ ذروة كثافة كتلة العظم يكون في فترة العشرين من العمر ومن ثم تبدأ هذه الكثافة بالإنخفاض. عند إنقطاع الطمث تزيد سرعة خسارة الكتلة العظمية لتصبح ٣١٪ كل سنة لمدّة ٥ سنوات. بعد هذه الفترة تصبح نسبة خسارة العظم في الجسم من ١ الى ٢ ٪ كل سنة، مما يؤثر دراماتكياً على تكوين العظم، فتحدث الكسور.

التأثير على القلب

أشارت دراسات عديدة أن النساء في سن ما بعد إنقطاع الطمث يصبحن أكثر عرضة إلى أمراض القلب من النساء في سن ما قبل إنقطاع الطمث، ويعود السبب الى زيادة في الكوليسترول الضار (LDL) ونقص في الكوليسترول المفيد (HDL) مما يؤدي الى تصلب الشرايين.

إن إحدى وظائف الأستروجين قبل إنقطاع الطمث لدى النساء هو زيادة الكوليسترول المفيد والحد من الكوليسترول الضار والكوليسترول عامة.

٢. كيف تتعامل مع فترة "إنقطاع الطمث"

تتمثل الطرق المتبعة حالياً لمعالجة عوارض إنقطاع الطمث بالخطوات التالية:

- تقييم العوارض الموجودة.
- إحتياجات المرأة.
- عوامل الخطر الخاصة بها.
- تاريخ عائلتها المرضي.

٣. تدابير وقائية للنساء في مرحلة ما بعد إنقطاع الطمث

كيف يمكن أن نخفض الزيادة في نسبة الوفيات لدى النساء الأكبر سناً؟

نصح المترددات بالإمتناع عن التدخين للحؤول دون الاصابة بسرطان الرئة وأمراض القلب.

مراجعة عوامل خطر الإصابة بسرطان الثدي.

- التاريخ العائلي للمرض.
- التاريخ الإنجابي.
- التاريخ الإرضاعي.
- العمر عند بدء الطمث.
- العمر عند مرحلة إنقطاع الطمث.
- العمر عند أول انجاب.

والخطوات الوقائية تتضمن القيام دوريا بالفحص الذاتي للثدي وبالفحص لدى الطبيب النسائي، إجراء صورة الأشعة للثدي كل سنة بعد سن الـ ٤٠. (أو خلاف ذلك حسب التاريخ العائلي)

للوقاية من أمراض القلب، من المهم تقييم التالي

- التاريخ العائلي المرضي.
- ضغط الدم.
- الكوليسترول في الدم.
- السكري.
- الغذاء.
- النشاط الجسدي.

كما يجب الإنتباه وتقييم صحة النساء لأمراض أخرى قد تصيبهن مثل سرطان القولون، المبيض، الرحم.

الغذاء

خلال فترة إنقطاع الطمث يرتفع إحتمال زيادة الوزن.

الغذاء المناسب لفترة إنقطاع الطمث هو الغذاء الغنيّ بالفواكه، الخضار، الحبوب الكاملة، مشتقات الحليب الخالية من الدسم والتي لا تحتوي على الدهون المشبعة والسكر. كما أن التأكيد على أكل الدجاج والسمك يفضل على اللحوم الحمراء.

اذا إتبعت السيدة هذه النصائح فإنها تساعد على تخفيض نسبة الكولسترول وضغط الدم والسكري.

- إضافات غذائية

زيادة الكالسيوم وفيتامين د الى الغذاء تساعد على المحافظة على صحة السيدة في مرحلة إنقطاع الطمث. زيادة الكالسيوم في الغذاء يجب أن تبدأ حتى قبل إنقطاع الطمث. التوصية الآن هي أن تتناول السيدة في مرحلة إنقطاع الطمث "١٠٠٠ الى ١٢٠٠ ملغ" من الكالسيوم يوميا.

التمارين الرياضية في فترة انقطاع الطمث

أظهرت كل الدراسات أن القيام بالتمارين الرياضية يخفّض نسبة الإصابة بأمراض القلب وترقق العظم وبالتالي الكسور في العظم لدى السيدات المسنات.

الفحص السريري للنساء في مرحلة إنقطاع الطمث

- الوزن.
- الطول.
- الثديين.
- وجود أية أمراض في المهبل/جفاف.
- أورام في المبيض.
- فتق المثانة.
- فتق المستقيم.

الفحوصات المخبرية

- فحص كامل للدم، والـ Chemistry، والبول.
- صورة شعاعية للثديين.
- المسحة المهبلية.
- فحص الحمل، عند حصول شك في تأخير الميعاد وذلك في المراحل الأولى من إنقطاع الطمث.
- كثافة العظم (٦٥ عاماً وما فوق).

٤. التدخلات العلاجية خلال فترة انقطاع الطمث

تعتمد على الدواعي والعوارض.

إن عوارض إنقطاع الطمث، التاريخ المرضي لعائلة المستفيدة وبالتالي عوامل الخطر التي تؤثر على صحتها ومدى تأثيرها على حياتها، هي التي تحدد التدخل العلاجي، وبناءً على هذه المتغيرات هناك خيارات عديدة للعلاج من بينها:

١. هرمونية: المعالجة بالهرمونات البديلة HRT،
أو Alendronate, Biophosphonate, SERM.

٢. غير هرمونية : هناك العديد من الحبوب التي توفر إضافات غذائية، كالكالسيوم.

٣. علاجات بديلة نباتية، مشتقات الصويا.

بالإضافة إلى:

١- تغيير في نمط العيش وتعزيز العادات الصحية الجيدة.

٢- تحسين نوعية الغذاء والتمارين الرياضية.

٣- الإمتناع عن المنبهات.

يجب ان تؤخذ بالاعتبار الموانع المطلقة والنسبية لاستعمال الهرمونات البديلة:

- تاريخ إصابة بسرطان الثدي.
- تاريخ إصابة بسرطان بطانة الرحم.
- ورم في بطانة الرحم.
- تليف الرحم.
- Endometriosis.
- نزيف مهبلي غير محدد.
- تليف الثديين.
- تاريخ لأمراض القلب الوعائية أو إلتهاب عضلة القلب.
- إرتفاع ضغط الدم.
- إرتفاع الـ Triglyceride.
- تجلّط دموي في العروق.
- أمراض البنكرياس.
- Hepatic Prophyria.
- مرض كبد مزمن.

جدول رقم ٦ : خيارات العلاج للأعراض الناتجة عن الأوعية الدموية فترة إنقطاع الطمث

Treatment Options for Menopausal Vasomotor Symptoms

Treatment	Dosage/Regimen	Evidence of Benefit*	FDA Approved
Hormonal			
Estrogen-alone or combined with progestin			
Standard Dose	Conjugated estrogen 0.625 mg/d Micronized estradiol-17b 1 mg/d Transdermal estradiol-17b 0.0375–0.05 mg/d	Yes Yes Yes	Yes Yes Yes
Low Dose	Conjugated estrogen 0.3–0.45 mg/d Micronized estradiol-17b 0.5 mg/d Transdermal estradiol-17b 0.025 mg/d	Yes Yes Yes	Yes Yes Yes
Ultra-Low Dose	Micronized estradiol-17b 0.25 mg/d Transdermal estradiol-17b 0.014 mg/d	Mixed Mixed	No No
Estrogen combined with estrogen agonist/antagonist	Conjugated estrogen 0.45 mg/d and bazedoxifene 20 mg/d	Yes	Yes
Progestin	Depot medroxyprogesterone acetate	Yes	No
Testosterone		No	No
Tibolone	2.5 mg/d	Yes	No
Compounded bioidentical hormones		No	No
Nonhormonal			
SSRIs and SSNRIs		No	No
Paroxetine	7.5 mg/d	Yes	Yes
Clonidine	0.1 mg/d	Yes	No
Gabapentin	600–900 mg/d	Yes	No
Phytoestrogens		No	No
Herbal Remedies		No	No
Vitamins		No	No
Exercise		No	No
Acupuncture		No	No
Reflexology		No	No
Stellate-ganglion block		Yes	No

Abbreviations: FDA, U.S. Food and Drug Administration; SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitors; SSNRIs, selective serotonin norepinephrine reuptake inhibitors. *Compared with placebo.

جدول رقم ٧: خيارات العلاج للأعراض المهبلية فترة إنقطاع الطمث

Treatment Options for Menopausal Vaginal Symptoms			
Treatment	**Dosage**	**Evidence of Benefit***	**FDA Approved**
Hormonal			
Estrogen Systemic			
○ Standard Dose	Conjugated estrogen 0.625 mg/d Micronized estradiol-17β 1 mg/d Transdermal estradiol-17β 0.0375–0.05 mg/d	Yes Yes Yes	Yes Yes Yes
○ Low Dose	Conjugated estrogen 0.3–0.45 mg/d Micronized estradiol-17β 0.5 mg/d Transdermal estradiol-17β 0.025 mg/d	Yes Yes Yes	Yes Yes Yes
○ Ultra-Low Dose	Micronized estradiol-17β 0.25 mg/d Transdermal estradiol-17β 0.014 mg/d	Mixed Mixed	No No
Vaginal/Local	Estradiol-17β ring 7.5 micrograms/d Estradiol vaginal tablet 25 micrograms/d Estradiol ring 0.05 mg/d Estradiol-17β cream 2 g/d Conjugated estrogen cream 0.5–2 g/d	Yes Yes Yes Yes Yes	Yes Yes
Nonhormonal			
Estrogen agonists–antagonists			
○ Raloxifene and tamoxifen		No	No
○ Ospemifene	60 mg/d	Yes	Yes
Vaginal lubricants		Yes	No
Vaginal moisturizers		Yes	No
Herbal remedies and soy products		No	No

Abbreviation: FDA, U.S. Food and Drug Administration.
*Compared with placebo.

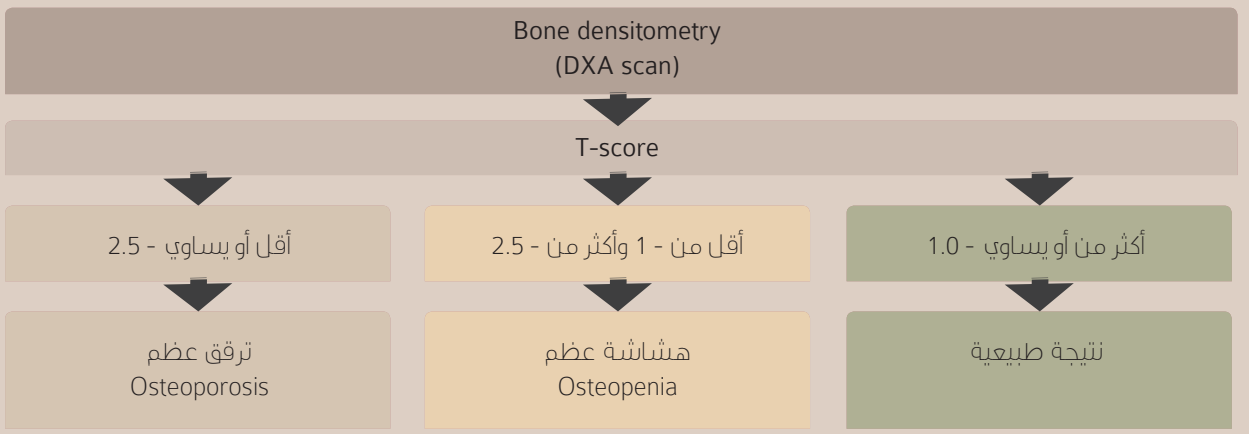
الجزء الثالث عشر

ترقق العظم

١. التشخيص (رسم رقم ٣)

- يكون التشخيص بإجراء Bone densitometry /DXA scan إبتداء من سن الـ ٦٥ أو أبكر في حال وجود عوامل خطر.
- تجرى على مستوى العمود الفقري القطني (Lumbar spine) والورك (Hip).

رسم توضيحي رقم ٣: تصنيف نتائج صورة ترقق العظم



٢. عوامل خطر التعرّض للإصابة بترقق العظام

- فوق سن الخامسة والستين.
- التدخين، الكحول، ...
- الإفراط في شرب الكافيين.
- النقص في معدل الفيتامين د.
- سن إنقطاع الطمث المبكر.
- الإصابة بالكسور سابقاً.
- خسارة تدريجية أو ملحوظة في القامة.
- وجود إصابة بترقق العظام في تاريخ العائلة.
- معالجة أمراض الغدة الدرقية المزمنة.
- تاريخ سابق لجراحة في الجهاز الهضمي وعمليات الـ Gastric bypass.
- إطار جسدي نحيف – (Body frame).
- تلازم الإصابة بالأمراض التالية:
  - فرط نشاط مجاورات الغدة الدرقية (Parathyroid).

– فرط نشاط الغدة الدرقية.
– الأمراض الخبيثة (ورم نخاعي).
– (Cushing's Disease) مرض كوشنغ.
– إستعمال الكورتيزون لمدة طويلة.
– بعض أمراض الروماتيزم والمناعة الذاتية.

العوامل الممكن تغييرها للحد من الإصابة بترقق العظام:

- التوقف عن التدخين.
- الوزن القليل – نسبة الطول.
- الحد من الكحول.
- الحد من الكافيين.
- زيادة التمارين الرياضية.
- زيادة الكالسيوم في الغذاء اليومي.
- زيادة فيتامين "د" في الغذاء اليومي أو من خلال تناول المتممات الغذائية.
- تناول كمية مناسبة من البروتين في النظام الغذائي المتبع.
- الإنتباه إلى إستعمال الأدوية (Heparin, Steroid).

٣. الأدوية الوقائية والعلاجية من ترقق العظم بعد سن إنقطاع الطمث

جدول رقم ٨: الادوية الموافق عليها لعلاج ترقق العظام بعد فترة إنقطاع الطمث

Government-Approved Drugs for Postmenopausal Osteoporosis

Generic (Brand name)	Dose and Route	Indication	Contraindications
Bisphosphonates (oral unless otherwise specified)			
Alendronate (Fosamax)	5 mg/d or 35 mg/wk tablet or oral solution 10 mg/d or 70 mg/wk tablet or oral solution	Prevention Treatment	○ Abnormalities of the esophagus ○ Inability to stand or sit upright for at least 30 minutes ○ Hypersensitivity to any component of this product ○ Hypocalcemia ○ Patients at increased risk of aspiration should not receive Fosamax oral solution
Alendronate + vitamin D_3 (Fosamax Plus D*, Fosavance†)	70 mg + 2,800 IU/wk; 70 mg + 5,600 IU/wk	Treatment	
Risedronate (Actonel)	5 mg/d p.o.; 35 mg/wk; 75 mg in 2 consecutive d/mo; 150 mg/mo	Prevention + Treatment	
Risedronate (Atelvia)	35 mg/wk (delayed release)	Treatment	
Risedronate + calcium carbonate (Actonel with Calcium)	35 mg/wk (day 1) + 1,250 mg Ca for no-risedronate days (days 2–7 of 7-d treatment cycle)	Prevention + Treatment	
Ibandronate (Boniva*)	150 mg/mo; 2.5 mg/d 3 mg every 3 mo I.V.	Prevention + Treatment Treatment	

Generic (Brand name)	Dose and Route	Indication	Contraindications
Bisphosphonates (oral unless otherwise specified)			
Zoledronic acid (Reclast*)	5 mg/2 y I.V. 5 mg/y I.V.	Prevention Treatment	○ Hypocalcemia ○ Creatinine clearance < 35 mL/min and acute renal impairment ○ Hypersensitivity to Zoledronic acid or any components of this product
Parathyroid hormone			
Teriparatide (recombinant human PTH 1-34) (Forteo)	20 µg/d s.c.	Treatment (high Fx risk)	○ Hypersensitivity to teriparatide or to any of its excipients ○ Reactions have included angioedema and anaphylaxis
RANK ligand inhibitor			
Denosumab (Prolia)	60 mg every 6 months s.c.	Treatment	○ Hypocalcemia
Estrogen prescription drugs approved for prevention of postmenopausal osteoporosis			
Conjugated estrogens (Premarin)	0.3, 0.45, 0.625, 0.9, 1.25 mg/d	Prevention	○ Undiagnosed abnormal genital bleeding ○ Known, suspected, or history of cancer of the breast except in appropriately selected patients being treated for meta- static disease ○ Known or suspected estrogen-dependent neoplasia ○ Active deep vein thrombosis, pulmonary embolism or a history of these conditions ○ Active or recent (within the past year) arterial thromboembolic disease (for example, stroke, myocardial infarction) ○ Liver dysfunction or disease ○ Known thrombophilic disorders (eg, protein C, protein S, or antithrombin deficiency) ○ Known hypersensitivity to any of the ingredients in this product ○ Known or suspected pregnancy
Estropipate (Ogen)	0.625 (0.75 estropipate, calculated as sodium estrone sulfate 0.625), 1.25 (1.5), 2.5 (3.0) mg/d (in Canada, only approved for treatment)	Prevention	
17β-estradiol (Alora*)	0.025, 0.05, 0.075, 0.1 mg/d matrix patch (twice weekly)	Prevention	
17β-estradiol (Climara)	0.025, 0.0375, 0.05, 0.075, 0.1 mg/d (0.025 dose not approved in Canada) matrix patch (once weekly)	Prevention	
17β-estradiol (Estrace)	0.5, 1.0, 2.0 mg/d	Prevention	
17β-estradiol (Menostar*)	0.014 mg/d matrix patch (once weekly)	Prevention	
17β-estradiol (Vivelle*)	0.025, 0.0375, 0.05, 0.075, 0.1 mg/d matrix patch (twice weekly)	Prevention	
17β-estradiol (Vivelle-Dot*, Estradot†)	0.025, 0.0375, 0.05, 0.075, 0.1 mg/d matrix patch (twice weekly)	Prevention	
17β-estradiol (Estraderm)	0.05, 0.1 mg/d reservoir patch (twice weekly)	Prevention	

Estrogen-progestin prescription drugs approved for prevention of postmenopausal osteoporosis			
Conjugated estrogens + medroxyprogesterone acetate (continuous-cyclic) (Premphase*)	0.625 mg E + 5.0 mg P/d (2 tablets: E and E+P)	Prevention	○ Undiagnosed abnormal genital bleeding ○ Known, suspected, or history of breast cancer ○ Known or suspected estrogen-dependent neoplasia ○ Active deep vein thrombosis, pulmonary embolism or a history of these conditions ○ Active arterial thromboembolic disease (for example, stroke and myocardial infarction), or a history of these conditions ○ Known liver dysfunction or disease ○ Known thrombophilic disorders (eg, protein C, protein S, or antithrombin deficiency) ○ Known or suspected pregnancy
Conjugated estrogens + medroxyprogesterone acetate (continuous-combined) (Prempro*)	0.3 or 0.45 mg E + 1.5 mg P/d (1 tablet); 0.625 mg E + 2.5 or 5.0 mg P/d (1 tablet)	Prevention	
Ethinyl estradiol + norethindrone acetate (femhrt*, femHRT†)	2.5 µg E + 0.5 mg P/d (1 tablet); 5 µg E + 1 mg P/d (1 tablet)	Prevention	
17β-estradiol + norethindrone acetate (Activella*)	0.5 mg E + 0.1 mg P/d (1 tablet); 1 mg E + 0.5 mg P/d (1 tablet)	Prevention	
17β-estradiol + norgestimate (intermittent-combined) (Prefest*)	1 mg E + 0.09 mg P (2 tablets: E and E+P) 1 E tablet/d for 3 d followed by 1 E+P tablet/d for 3 d continuously	Prevention	
17β-estradiol + levonorgestrel (continuous-combined) (Climara Pro*)	0.045 mg E + 0.015 mg P (22 cm^2 patch, once/wk)	Prevention	

*Available in the United States but not Canada. †Available in Canada but not the United States. Products not marked are available in both the United States and Canada.

Abbreviations: p.o., by mouth; I.V., intravenous; s.c.,subcutaneous; i.m., intramuscular.

Modified from North American Menopause Society. Government-approved drugs for postmenopausal osteoporosis in the United States and Canada. Mayfield Heights (OH): NAMS; 2012. Available at http://www.menopause.org/otcharts.pdf. Retrieved July 2012 ,27. Reprinted with permission from the North American Menopause Society.

الفصل السابع

سرطانات الجهاز التناسلي

الجزء الرابع عشر
أمراض الثدي

أ. التاريخ المرضي للمستفيدة

إن التاريخ المرضي للمستفيدة مهم جداً في هذه الحالة ويجب أن يشمل:

- تاريخ بدء العوارض، ومدتها.
- التاريخ الإنجابي.
- إستعمال الهرمونات.
- العادات الغذائية (تناول الدهون).
- إفرازات من الحلمة.
- تغير في حجم الثديين.
- تغير في جلد الثديين.
- ورم في الثدي.
- وجع في العظم.
- خسارة الوزن.

ب. العوامل الخطرة

- تاريخ سابق للإصابة بسرطان الثدي.
- تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي (القرابة من الدرجة الأولى).
- الحيض في سن مبكرة (دون الـ ١٢ سنة).
- تأخر في انقطاع الحيض (بعد الـ ٥٥ سنة).
- عدم الإنجاب.
- المولود الأول بعد الـ ٣٠ سنة .
- البدانة.
- الوضع الإجتماعي.
- التقدم في العمر (أكثر من ٦٥ سنة).

ت. الفحص السريري

افحص المستفيدة بالنظر وهي جالسة ثم وهي واقفة واضعة يديها على الخصر، إبحث عن:

- التناسق.
- محيط الثديين.
- موقع الحلمة.
- تغيرات في الجلد.
- أية ندوب أو كتل.
- إفرازات من الحلمة.
- إستسقاء في اليدين.
- أورام صلبة تحت الإبط وفوق الترقوة.
- أنسجة أو كتل محسوسة في الثديين.

ث. التقصي والاحالة

الفحص السريري للثدي: يجرى مرة كل ٣ سنوات بين سن الـ ٢٠ والـ ٣٩ سنة.

صورة الاشعة للثدي: تجرى مرة سنوياً إبتداءً من سن الـ ٤٠ (أو خلاف ذلك حسب التاريخ العائلي).

و تتم الإحالة والتشاور بحسب النتائج.

أما بالنسبة للتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) للثدي فهو أداة مفيدة للكشف وتوصيف مرض سرطان الثدي، وتقييم مدى توسّع المرض، وتقييم الاستجابة للعلاج، يستعمل للدلالة على مكان الورم بحال إجراء خزعة وليس للتقصي. يجب أن تكون نتائج التصوير بالرنين المغناطيسي مرتبطة بالتاريخ الطبي، ونتائج الفحص السريري، ونتائج التصوير الشعاعي والصوتي للثدي.

الجزء الخامس عشر

تقصي سرطانات الجهاز التناسلي

ا. سرطان البروستات

أ. غدة البروستات

تختلف باختلاف مراحل العمر: عادة تصيب الإلتهابات الحادة الرجال في سن مبكرة، بينما تصيب الإلتهابات المزمنة الصغار كما الكبار في السن.

أما تضخم بروستات الحميد فهو يصيب حوالي ٨٠٪ من الرجال ويبدأ بعد سن الـ ٤٠ ويزيد مع تقدم العمر. إن سرطان غدة البروستات يمكنه أن يبدأ في سن الـ٤٠ وتزيد نسبة حدوثه مع تقدم العمر، وهو السرطان الأكثر شيوعا عند الرجال بعد سن الـ٦٠ وتجدر الاشارة هنا الى أنه لا يوجد أية علاقة بين التضخم الحميد وسرطان البروستات.

ب. العوارض

من الممكن أن يكتشف صدفة عند الفحص الروتيني للرجال (فحص الاصبع وفحص الدم PSA) وكذلك يمكن أن يسبب عوارض شبيهة بتلك التي يسببها التضخم الحميد في البروستات:

- كثرة التبول،
- ضعف في دفع البول أثناء التبول أو التوقف مرة أو أكثر أثناء التبول،
- الاستيقاظ للتبول عدة مرات.

ويمكن أن يتسبب سرطان البروستات بوجود دم في البول أو حدوث التهابات متكررة بالبول، وقد يسبب أيضا وجود دم في السائل المنوي.

وليس هناك علاقة مباشرة ما بين المراحل المبكرة لسرطان البروستات والقدرة الانجابية ولا القدرة الجنسية، غير أن هنالك العديد من العلاقات غير المباشرة وذلك يعتمد على مدى تقدم مرحلة الورم من جهة وعلى أنواع العلاج المستعملة.

ت. المضاعفات

١. إنسداد مجرى البول، إلتهابات حادة في السائل المنوي ممّا يؤثر على التلقيح والصحة الإنجابية.

٢. منع وصول الحيوانات المنوية إلى الخارج، مسببة العقم: Obstructive Azoospermia

٣. قد يحدث ضعفا في الانتصاب وهذا لا علاقة مباشرة له بالمرض (السرطان) ولكنه يحصل مع تضخم البروستات على أنواعه عند حوالي ١٠٪ من الرجال.

ث. العلاج

معظم أنواع علاج البروستات قد تؤثر على القدرة الإنجابية عند الرجال:

- إستئصال البروستات جراحيا ينتج عنه حالات ضعف جنسي لاسيما عند الإستئصال الكلي لهذه الغدة (Radical Prostatectomy) ونسبة ذلك في أحسن الحالات لا تتعدى ٥٠٪ غير أن أمراً آخر يترتب على المريض ألا وهو القذف الداخلي (Retrograde Ejaculation)، سواء كانت العملية جراحية أو بالمنظار، و ذلك يؤدي إلى عدم القدرة على الإنجاب. يمكن حل تلك المشكلة عن طريق تقنيات الحمل المساعدة.

- علاج سرطان البروستات عن طريق تعطيل هرمون الرجال Androgen Block يسبب ضعف في القدرة على الإنجاب بسبب تأثر عملية توالد الحيوانات المنوية (Depression of Spermatogenesis) إضافة إلى التأثير على القدرة على الإنتصاب ولو أن هذا الأمر الأخير يمكن معالجته بالأدوية، أو في أضعف الأحوال جراحيا (Prosthesis).
- علاج سرطان البروستات بالأدوية الكيمائية (Chemotherapy) أو بالعلاج الإشعاعي (Radiotherapy) يشل القدرة على توالد الحيوانات المنوية (Depression of Spermatogenesis) وبالتالي يسبب عقما كاملا عند الرجال.
- ختاما: نجد ان سرطان البروستات وهو المرض الذي يصيب الرجال في سن متأخرة، و من الممكن ان يكون سبباً لضعف أو فقدان الخصوبة، غير أن علاج هذا المرض بحد ذاته يتسبب في معظم الحالات بفقدان الخصوبة بالإضافة إلى فقدان عدة عناصر من القدرة الجنسية.

  غير أن هذا الأمر يمكن علاجه في بعض الحالات عن طريق الأدوية بالفم أو الحقن بالقضيب وغيرها. مما يحتاج عادة للتحويل إلى مراكز علاجية متخصصة.

٢. تقصي سرطان عنق الرحم

أ. فحص المسحة المهبلية

أنظر ملحق رقم ١ إجراءات الفحص السريري.

بعد اجراء "المسحة المهبلية" (Pap Smear) تصنّف النتائج غير الطبيعية للفحص كالتالي:

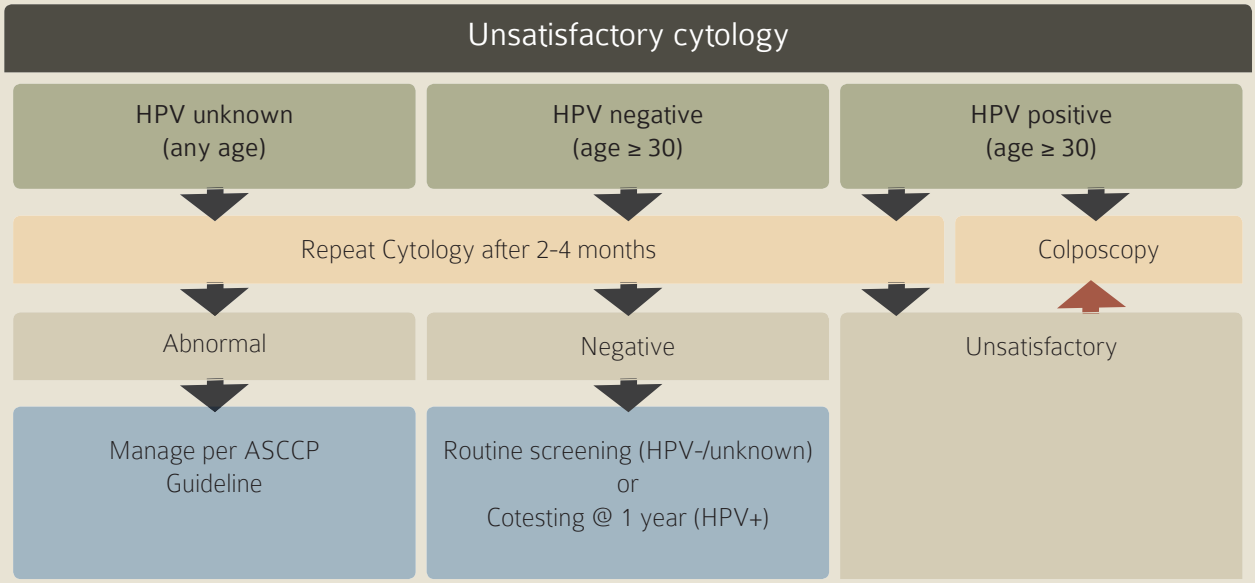
نتائج المسحة المهبلية

- ضمن الحدود الطبيعية
- التهابية
- خلايا سطحية غير طبيعية (Squamous cell abnormalities)
- خلايا غير عادية غير محددة التأثير (Atypical Squamous Cells of undetermined significance - ASCUS)
- تغييرات داخل الخلايا بدرجة منخفضة (Low grade squamous intra epithetiallesion LSIL)
- تغييرات داخل الخلايا بدرجة عالية (High grade squamous intra epithetiallesion HSIL)
- خلايا سرطانية (Squamous cell canimona)

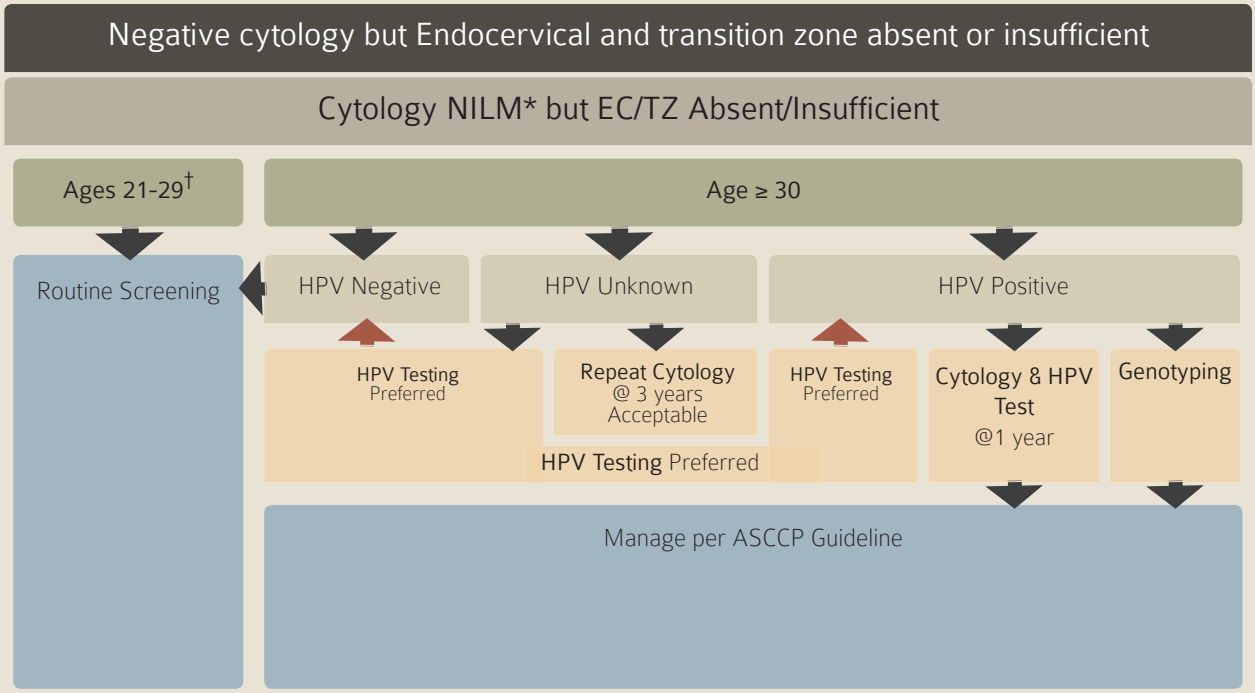
ب. المعايير الجديدة لفحص عنق الرحم حسب الفئات العمرية

قبل سن الـ ٢١	بين سن الـ ٢١ و ٦٥	بعد سن الـ ٦٥
لا داع لإجراء الفحص	يجب إجراء فحص المسسحة المهبلية مرة كل ٣ سنوات	لا داع لإجراء الفحص
بغض النظر عن عمر النشاط الجنسي	بين عمر الـ ٣٠ و ٦٥ سنة: من الممكن إجراء فحص المسحة المهبلية + HPV screening مرة كل ٥ سنوات	هذا في حال كان يجرى بشكل منظم سابقاً وفي ظل غياب عوامل الخطورة. أما في حال كانت السيدة تعاني من نتائج غير طبيعية سابقاً لفحص عنق الرحم فعليها متابعة إجراء الفحص
	في حال استئصال الرحم الكلي أي بالإضافة لإستئصال عنق الرحم لا داع لإستكمال إجراء الفحص إلا في حال وجود نتيجة زرع غير طبيعية في الرحم المستأصل	

ت. معايير التعاطي مع نتائج فحص مسحة عنق الرحم



© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP



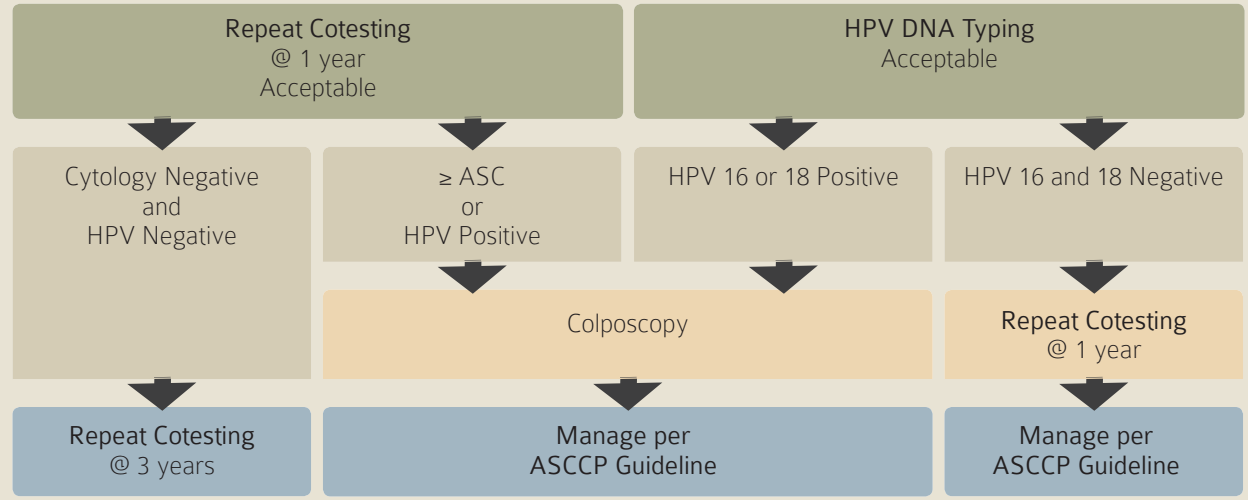
* Negative for intraepithelial lesion or malignancy
† HPV testing is unacceptable for screening women ages 21-29 years

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

1. ASCCP Updated Consensus Guidelines For Managing Abnormal Cervical Cancer Screening Tests And Cancer Precursors (August 2014)

Negative cytology but positive HPV

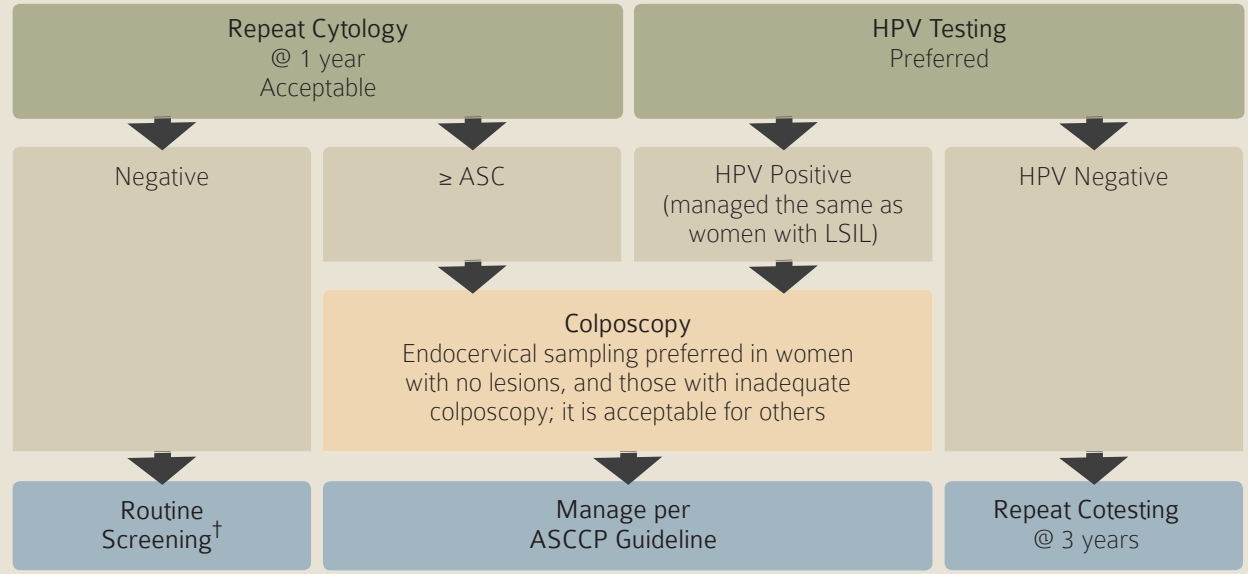
Management of Women ≥ Age 30, who are Cytology Negative, but HPV Positive



© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

ASCUS

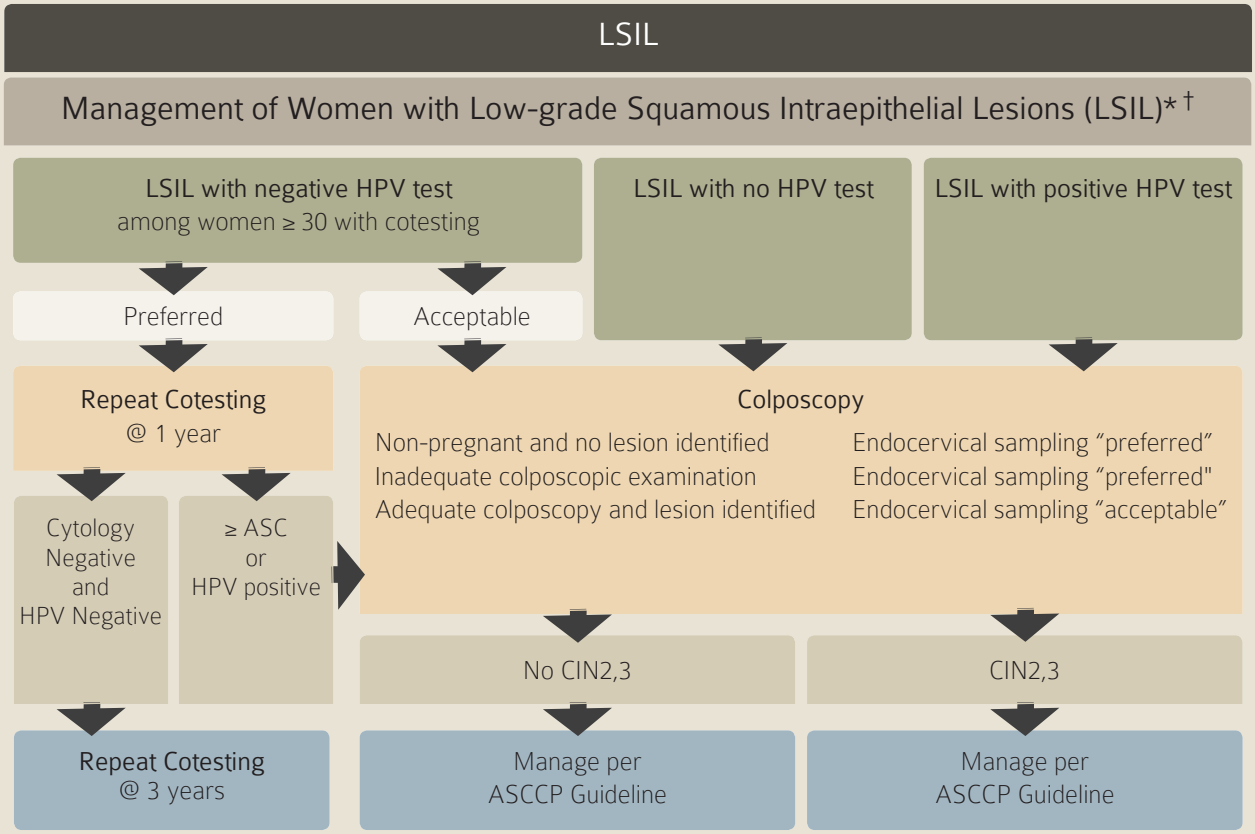
Management of Women with Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US) on Cytology*



* Management options may vary if the woman is pregnant or ages 21-24

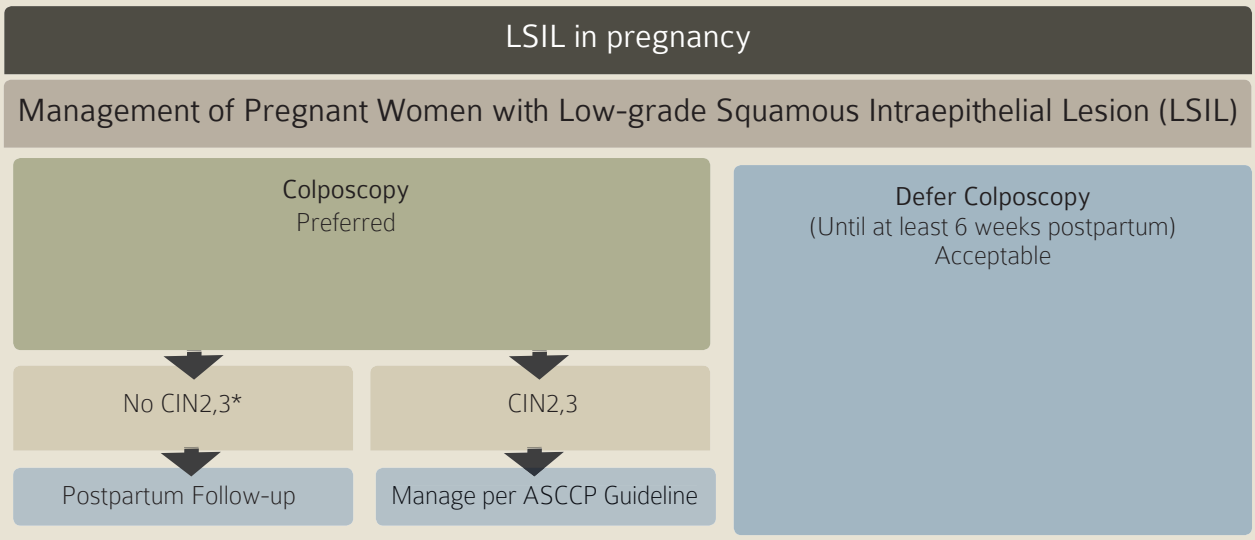
† Cytology at 3 year intervals

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP



* Management options may vary if the woman is pregnant or ages 21-24 years
† Management women ages 25-29 as having LSIL with no HPV test

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP



* In women with no cytological, histological, or colposcopically suspected CIN2,3 or cancer

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

ASC-H

Management of Women with Atypical Squamous Cells: Cannot Exclude High-grade SIL (ASC-H)*

Colposcopy
Regardless of HPV status

- No CIN2,3 → Manage per ASCCP Guideline
- CIN2,3 → Manage per ASCCP Guideline

* Management options may vary if the woman is ages 21-24

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

HSIL

Management of Women with High-grade Squamous Intraepithelial Lesions (HSIL)*

Immediate Loop Electrosurgical Excision†

Or

Colposcopy
with endocervical assessment

- No CIN2,3 → Manage per ASCCP Guideline
- CIN2,3 → Manage per ASCCP Guideline

* Management options may vary if the woman is pregnant, postmenopausal, or ages 21-24
† Not if patient is pregnant or ages 21-24

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

AGC

Initial Workup of Women with Atypical Glandular Cells (AGC)

All subcategories
(except atypical endometrial cells)

→ **Colposcopy** with endocervical sampling and **Endometrial sampling** (if ≥ 35 yrs or at risk for endometrial neoplasia*)

Atypical Endometrial Cells

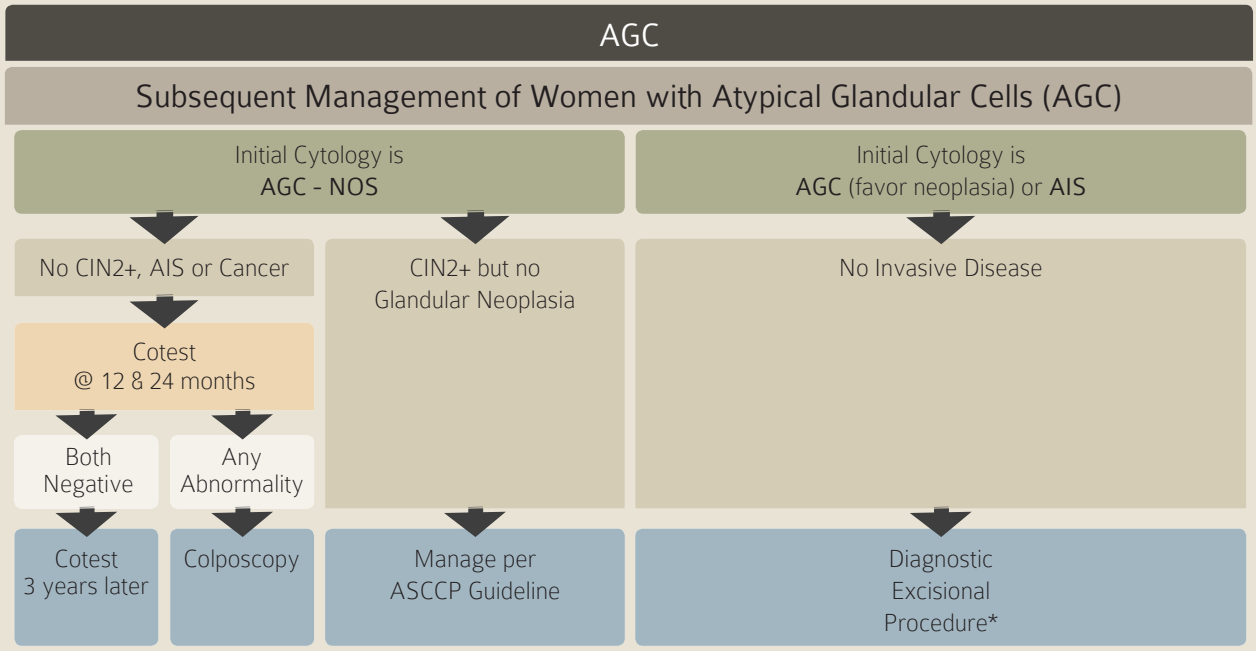
→ Endometrial and Endocervical Sampling

→ No Endometrial Pathology

→ Colposcopy

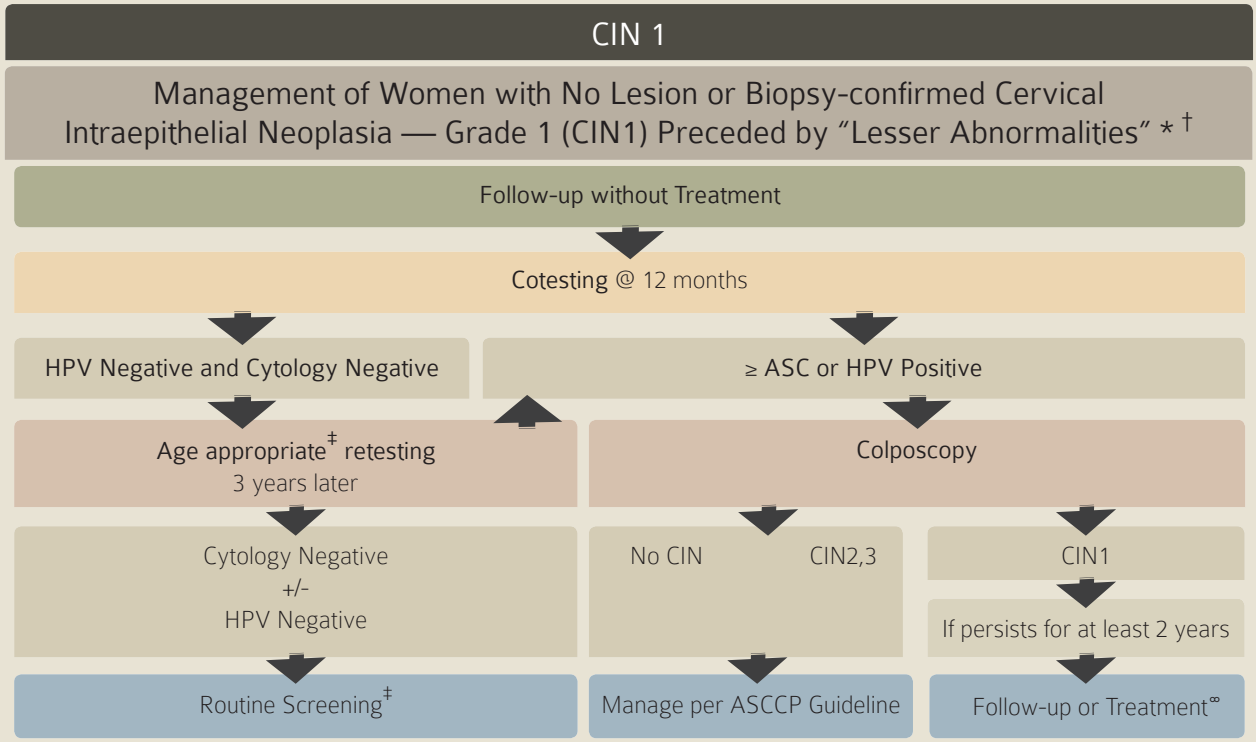
* Includes unexplained vaginal bleeding or conditions suggesting chronic anovulation

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP



* Should provide an intact specimen with interpretable margins.
Concomitant endocervical sampling is preferred

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

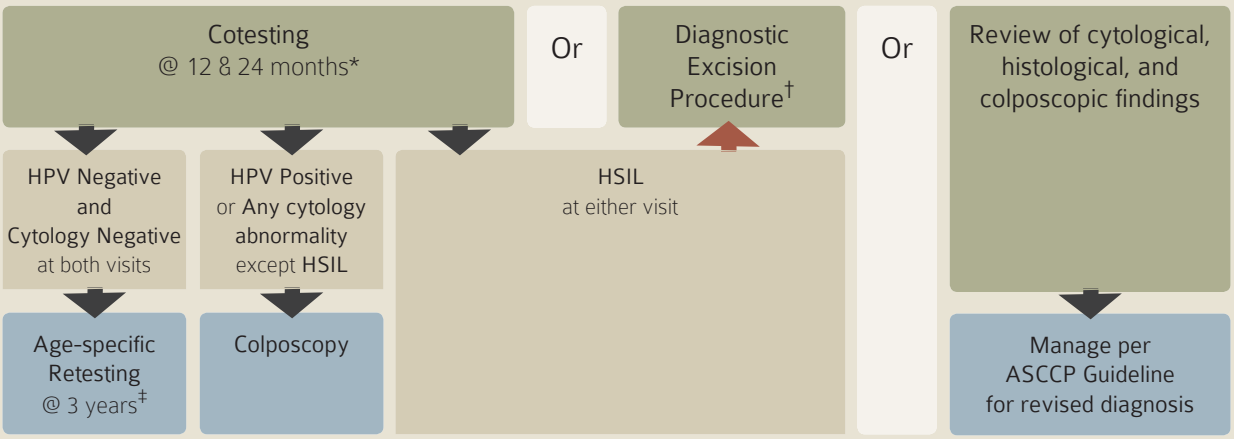


* "Lesser abnormalities" include ASC-US or LSIL Cytology, HPV 16+ or 18+, and persistent HPV
† Management options may vary if the woman is pregnant or ages 21-24.
‡ Cytology if age <30 years, cotesting if age ≥ 30 years
∞ Either ablative or excisional methods.
Excision preferred if colposcopy inadequate, positive ECC, or previously treated.

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

CIN 1
Preceded by ASC-H or HSIL

Management of Women with No Lesion or Biopsy-confirmed Cervical Intraepithelial Neoplasia — Grade 1 (CIN1) Preceded by ASC-H or HSIL Cytology

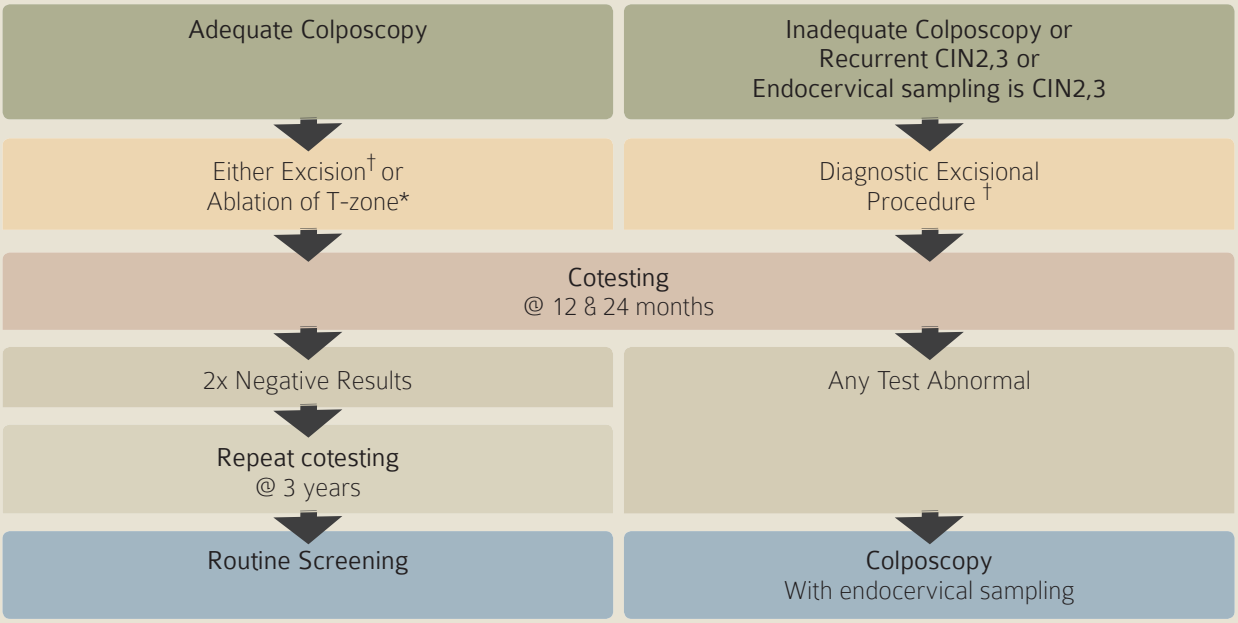


*Only if colposcopy was adequate and endocervical sampling is negative
† Except in special populations (may include pregnant women and those ages 21-24)
‡ Cytology if age < 30, cotesting if age ≥ 30 years

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

CIN 2 and 3

Management of Women with Biopsy-confirmed Cervical Intraepithelial Neoplasia – Grade 2 and 3 (CIN2,3)*

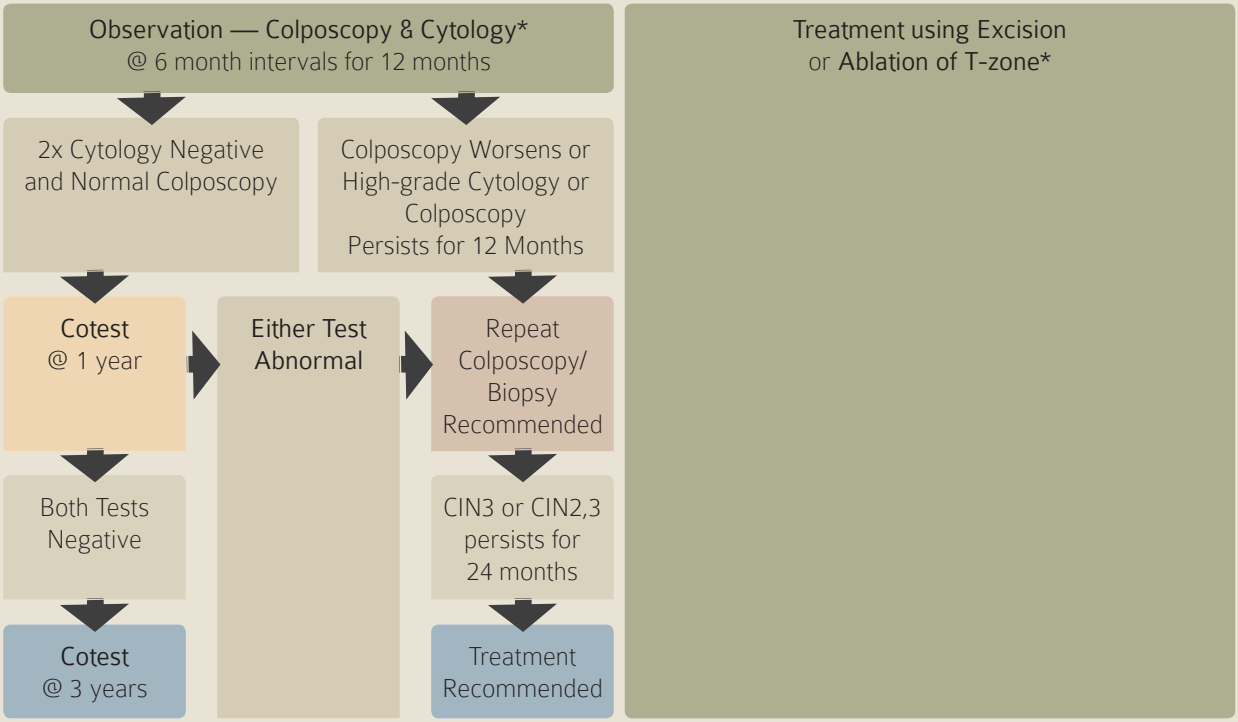


* Management options will vary in special circumstances or if the woman is pregnant or ages 21-24
† If CIN2,3 is identified at the margins of an excisional procedure or post-procedure ECC, cytology and ECC at 4-6mo is preferred, but repeat excision is acceptable and hysterectomy is acceptable if re-excision is not feasible.

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

CIN 2 and 3 in special circumstances

Management of Young Women with Biopsy-confirmed Cervical Intraepithelial Neoplasia — Grade 2,3 (CIN2,3) in Special Circumstances*

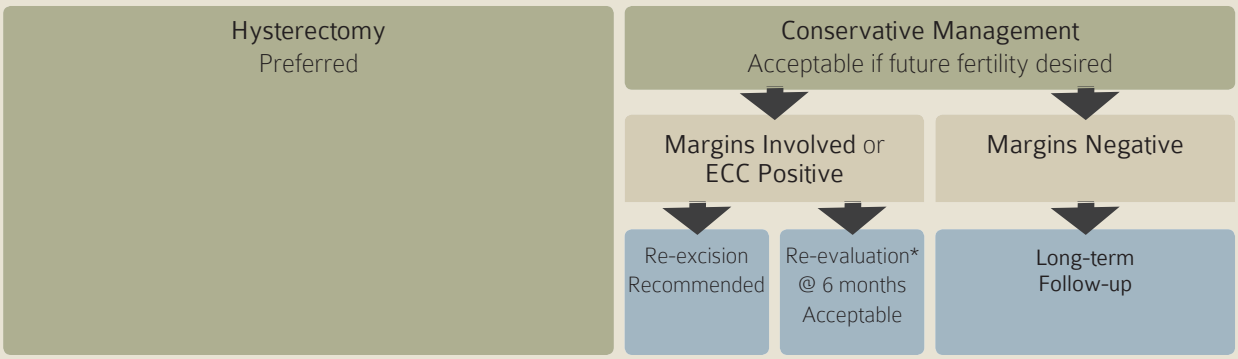


* Either treatment or observation is acceptable, provided colposcopy is adequate. When CIN2 is specified, observation is preferred. When CIN3 is specified, or colposcopy is inadequate, treatment is preferred.

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

Adenocarcinoma In Situ AIS

Management of Women Diagnosed with Adenocarcinoma in-situ (AIS) during a Diagnostic Excisional Procedure



* Using a combination of cotesting and colposcopy with endocervical sampling

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

Terminology

Interim Guidance for Managing Reports using the Lower Anogenital Squamous Terminology (LAST) Histopathology Diagnoses

Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL)*	High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL)*
Manage like CIN1	Manage like CIN2,3

* Histopathology results only

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved.

الفصل الثامن

الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس

الجزء السادس عشر

الإلتهابات المتناقلة عبر الجنس

١. تعريفها

هي إلتهابات مرتبطة مباشرة بالعلاقات الجنسية غير المحمية.

وتتراوح الإصابة بها وفقاً لنوع الإلتهابات وكيفية وتوقيت التعامل معها من قبل الشخص المصاب.

من أهداف قسم الصحة الإنجابية الأساسية، مكافحة هذه الإلتهابات بالتركيز على مسألة التوعية والتثقيف للحد من إنتشارها بين الأفراد ومعالجتها في إطار عدد من الخطوات نذكر بعضها:

تقديم المشورة والتثقيف في المجال الجنسي للأفراد من الجنسين مع التركيز على السلوك السليم في التعاطي مع الجنسانية والعلاقات الجنسية.

تشجيع الوقاية المباشرة من خلال النصح بإستعمال الواقي الذكري أثناء الممارسات الجنسية.

محاولة إكتشاف الإصابة باكراً، وتشخيصها وعلاجها بشكل فعّال ممّا يؤدي الى الحد من إنتقالها، ومضاعفاتها التي قد تؤدي إلى الإعتلال والوفاة.

٢. المكافحة

تتطلب مكافحة الإلتهابات الجنسية وضع إستراتيجيات صحية على المستوى الوطني للحد من تطور هذه الأمراض وتفاقمها، مما ينعكس سلباً بشكل خاص على الأفراد المصابين وعلى المجتمع بشكل عام.

ونقترح أن تتضمن الإستراتيجية المطلوبة العناصر التالية:

أ. الإكتشاف المبكر

يتم إكتشاف هذه الإلتهابات من خلال:

- البحث الاستكشافي (Screening) للمستفيدين في قسم الصحة الإنجابية حتى في حال عدم طلب خدمات مماثلة، كإجراء فحص HIV الإختياري.
- التقصي والسؤال عن التاريخ الجنسي والعوارض المواكبة للإلتهابات المتناقلة جنسياً.

ب. العلاج

ثمة إعتبارات أساسية يجب توفّرها في الأدوية التي توصف لمعالجة هذه الإلتهابات، وهي تتلخّص بالفعالية والأمان.

ت. التثقيف والتوعية (Counseling)

تتم التوعية والتثقيف حول الإلتهابات المتناقلة جنسياً من خلال برنامج إعلامي/تثقيفي، يتضمن كذلك برنامجاً خاصاً لعرض المخاطر الناجمة عن بعض أساليب الحياة كتعدّد الشركاء الجنسيين وتعاطي المخدرات و بالتحديد إستعمال الحقن.

ويتوجه هذا البرنامج الى جميع شرائح المجتمع مع التركيز على الفئات العمرية الأكثر عرضة ولا سيما الشباب منهم، يجب أن تكون التوعية دائما مقرونة بالخدمات التي يجب توفرها من أجل تحقيق الأهداف المرجوة.

٣. تشخيص الاصابة

يعتمد التشخيص لدى الرجال والنساء على:

١. الأعراض المختلفة الخاصة بكل من هذه الإلتهابات.

٢. إجراء الفحص السريري للأعضاء التناسلية الخارجية.

٣. إجراء الفحص المخبري في المركز أو عند التحويل.

٤. تقصي الصحة الجنسية (التاريخ الطبي- السلوكيات- إصابات سابقة).

٤. أنواع الإصابة

أ. مرض إلتهاب الحوض (Pelvic Inflammatory Disease, PID)

تعريفه

هو إلتهاب في الأعضاء التناسلية الداخلية العلوية للمرأة، ويأتي أوّليّاً كمُضاعَفة لعدوى بالحراشف البرعمية – كْلاميديا (Chlamidya) أو بالسَيَلان (Gonorrhea).

وقو يشمل إلتهاب بطانة الرحم، إلتهاب البوق، خراج البوق والمبيض، والتهاب الصفاق

(Endometritis, Salpingitis, Tubo-ovarian abscess, and Pelvic peritonitis).

عوامل الخطورة

- النشاط الجنسي دون إستعمال الواقي الذكري من قِبل الشريك.
- تعدد الشركاء الجنسيين.
- عمر المستفيدة الناشطة جنسياً ٢٥ سنة أو أقل.
- إلتهابات جنسية سابقة.
- عدم الإنجاب (Nulliparity) .
- التدخين، الكحول.

العوارض المصاحِبة (آنية أو سابقة)

- ألم في أسفل البطن (الحوض).
- إرتفاع حرارة الجسم.
- إفرازات مهبلية غير إعتيادية ذات رائحة كريهة.
- ألم و/أو نزيف مهبلي عند المجامعة.
- ألم عند التبول.
- نزيف مهبلي في غير أوقات الميعاد.

معايير التشخيص السريري

التشخيص يعتمد على وجود:

- وجع في أسفل البطن (الحوض) عند أي سيدة ناشطة جنسياً أو معرضة لإلتهابات متناقلة جنسياً في غياب تفسير آخر للألم.

بالإضافة إلى أحد المعايير التالية:

- ألم عند تحريك عنق الرحم أثناء الفحص الطبي النسائي Cervical motion tenderness- علامة الثُريّا Chandelier sign.
- ألم عند الضغط على ملحقات الرحم (Adnexal tenderness).
- ألم عند الضغط على الرحم (Uterine tenderness).

وجود إحدى المعايير التالية أو أكثرها تساعد على دقة التشخيص:

- حرارة الجسم أكثر من ٣٨,٣ درجة مئوية (فموية).
- إفرازات قيح من عنق الرحم.
- وجود عدد كبير من الكريات البيضاء في الفحص المجهري لسائل المهبل.
- إرتفاع معدل الترسيب (ESR).
- إرتفاع بروتين سي التفاعلي (C-reactive protein).
- إثبات مخبري لإلتهاب عنق الرحم ب N. Gonorrhea أو C. Trachomatis.

المعايير الأكثر تحديداً:

- إثبات وجود إلتهاب بطانة الرحم نتيجة زرع الأنسجة جراء خزعة من بطانة الرحم.
- صورة صوتية للحوض عبر المهبل أو صورة رنين مغناطيسي تظهر سماكة وسوائل في قنوات فالوب مع أو بدون وجود سوائل حرة في الحوض أو خراج.
- جراحة بالمنظار.

معايير للتحويل الى المستشفى

- عدم التمكن من إستبعاد تشخيص جراحي طارئ آخر (كإلتهاب الزائدة الدودية).
- وجود خراج داخل قناة فالوب والمبيض.
- الحمل.
- مرض حاد مع إستفراغ وغثيان وإرتفاع في الحرارة.
- عدم التمكّن من متابعة وتحمل العلاج الفموي.
- فشل العلاج بالمضادات الحيوية عن طريق الفم.

الإجراءات المخبرية

- فحص تعداد الدم الكامل ومعدل الترسيب وبروتين سي التفاعلي (CBC, ESR, CRP).
- تحليل البول (Urinalysis).
- فحص إفرازات عنق الرحم بصبغة غرام وعلى عيّنة رطبة (Wet mount, Cervical g-stain) وزرع مخبري للسَيَلان والكلاميديا (Gonorrhea, Chlamydia).
- فحص للحمل.
- فحص لـ HIV (عند اللزوم).

العلاج

يوجد بروتوكولان للعلاج تبعاً للمريض

١- بروتوكول عيادي، (Out patient) الخيارات :

١ Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose (Rocephin®)
بالإضافة إلى: Doxycycline 100 mg orally twice a day for 14 days
مع أو دون: Metronidazole 500 mg orally twice a day for 14 days

٢ Other parenteral third-generation cephalosporin (e.g., ceftizoxime or cefotaxime)
بالإضافة إلى: Doxycycline 100 mg orally twice a day for 14 days
مع أو دون: Metronidazole 500 mg orally twice a day for 14 days

٢- بروتوكول في المستشفى، (In patient) (للاحالة) :

١ Cefotetan 2 g IV every 12 hours
بالإضافة إلى: Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours

٢ Cefoxitin 2 g IV every 6 hours
بالإضافة إلى: Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours

٣ Clindamycin 900 mg IV every 8 hours
بالإضافة إلى:
Gentamicin loading dose IV or IM (2 mg/kg), followed by a maintenance dose (1.5 mg/kg) every 8 hours. Single daily dosing (3–5 mg/kg) can be substituted.

ب. السفلس/الزهري

الفحص السريري: الإشارات المحتملة

- **المرحلة الأولية**

قرحة تناسلية غير ليّنة وغير مؤلمة، تختفي تلقائياً بعد ٣ الى ٦ أسابيع حتى بدون علاج. لكن إختفاء القرحة لا يعني بتاتاً الشفاء، بل إن المرض ينتقل إلى المرحلة الثانية.

- **المرحلة الثانية**

ظهور طفح جلدي غير حاكّ في الكفّين و/أو أخمص القدمين خلال بضعة أسابيع من إنتهاء المرحلة الأولية، مع أو بدون ظهور قروح غير لينة في الأغشية المخاطية في الفم، في المهبل، أو في الشرج.

إحتمال حصول إرتفاع في حرارة الجسم، ألم في الحلق، تورّم في الغدد اللمفاوية، تساقط غير مكتمل لشعر الرأس، صداع الرأس، أوجاع ووهن في العضلات، فقدان وزن...

تختفي عوارض هذه المرحلة تلقائياً خلال فترة أسابيع حتى بدون علاج، لكن في حال عدم الحصول على العلاج المناسب سينتقل المرض إلى المرحلة الكامنة وربما إلى المراحل المتأخرة من السفلس.

- **المراحل الكامنة والمتأخرة**

تبدأالمرحلة الكامنة في حال عدم تلقّي العلاج المناسب، عند إنحسار كل العوارض السابقة، ويمكن أن تدوم لسنوات عدة.

تبدأ المرحلة المتأخرة عادة بعد ١٠ الى ٣٠ سنة من العدوى الأولية، لكنها ذات خطورة بالغة كونها تشمل فقدان تنسيق حركات الجسم، الشلل الجزئي، فقدان البصر، إضطرابات عقلية، أو تضرّر الأعضاء الداخلية، و حتى الموت.

الفحوصات المخبرية

- VDRL / RPR
- Fluorescent Treponema Antigen
- فحص إلتهاب الكبد البائي Hepatitis B و فحص HIV (عند اللزوم).
- فحص المسحة المهبلية من عنق الرحم (Pap smear).
- فحص بول للحمل.

المعالجة

- علاج السفلس المفضل في جميع مراحله، Penicillin G مع إختلاف في مدة العلاج حسب المرحلة.

المرحلة الأولى والثانية	
العلاج الأساسي	Benzathine penicillin G 2.4 Million Units: إبرة في العضل مرة واحدة
المتابعة وإعادة العلاج	إعادة الفحوصات بعد ٦ و١٢ شهراً في حال الحاجة لإعادة العلاج: Benzathine penicillin G 2.4 Million Units: إبرة في العضل مرة أسبوعياً لمدة ٣ أسابيع
في حال الحساسية على البنسلين لغير الحوامل:	Doxycycline 100 mg مرتان بالفم يومياً لمدة ١٤ يوماً أو Tetracycline 500 mg ٤ مرات بالفم يومياً لمدة ١٤ يوماً أو Ceftriaxone 1-2 g بالعضل أو بالوريد يومياً لمدة ١٠ الى ١٤ يوماً
في حال الحساسية على البنسلين للحوامل:	Benzathine penicillin G بعد ازالة التحسّس Desensitization

المرحلة الكامنة (latent syphilis)	
العلاج الأساسي في المرحلة المبكرة (early latent phase)	Benzathine penicillin G 2.4 Million Units: إبرة في العضل مرة واحدة
العلاج الأساسي في المرحلة المتأخرة (late latent phase)	Benzathine penicillin G 2.4 Million Units: إبرة بالعضل مرة أسبوعياً لمدة ٣ أسابيع
الحوامل	في حال عدم أخذ إحدى الجرعات على الحامل إعادة العلاج كله
المتابعة	إعادة الفحوصات بعد ٦، ١٢ و٢٤ شهراً
في حال الحساسية على البنسلين لغير الحوامل:	Doxycycline100 mg مرتان بالفم يومياً لمدة ٢٨ يوماً أو Tetracycline 500 mg ٤ مرات بالفم يومياً لمدة ٢٨ يوماً
في حال الحساسية على البنسلين للحوامل:	Benzathine penicillin G بعد ازالة التحسّس Desensitization

المرحلة الثالثة (tertiary syphilis)	
العلاج الأساسي في حال كان فحص السائل النخاعي طبيعياً	Benzathine penicillin G 2.4 Million Units : إبرة بالعضل مرة أسبوعياً لمدة ٣ أسابيع
في حال الحساسية على البنسلين لغير الحوامل:	المتابعة مع إختصاصي أمراض جرثومية
في حال الحساسية على البنسلين للحوامل:	Benzathine penicillin G بعد ازالة التحسّس Desensitization.

الزهري العصبي (neurosyphilis)	
يستعدي علاجاً خاصاً في المرحلة الثالثة فقط	Aqueous crystalline penicillin G 3-4 Million Units: إبرة بالوريد كل ٤ ساعات لمدة ١٠ الى ١٤ يوماً

في حال الحساسية على البنسلين لغير الحوامل:	Ceftriaxone 2 g إبرة بالعضل أو بالوريد يومياً لمدة ١٠ الى ١٤ يوماً
في حال الحساسية على البنسلين للحوامل:	penicillin G بعد ازالة التحسّس Desensitization

علاج الشريك الجنسي:

في حال حدوث إتصال جنسي في فترة ٩٠ يوماً السابقة للتشخيص	علاج الشريك كما لو أنه مصاب بالسفلس المرحلة الأولى بغض النظر إن كانت نتيجة الفحص سلبية أم لا
في حال حدوث إتصال جنسي في فترة تفيض عن ٩٠ يوماً السابقة للتشخيص	علاج الشريك حسب نتائج الفحوصات.

ت. فيروس الورم الحليمي البشري (Human PapillomaVirus, HPV)

التاريخ المرضي

- تواليل (condyloma) غير مؤلمة.
- تقيّح.
- ألم عند المجامعة.
- التاريخ الجنسي.
- حكاك.
- إفرازات مهبلية.
- الإصابات بإلتهابات أخرى متناقلة جنسياً.
- نمو سريع للتالول خلال الحمل.
- علامات إلتهاب في المهبل.

الفحص السريري

- إبحث عن تورمات أو تواليل
  Exophytic
  Papular
  Verrucous

في الشرج، الفم، بين الشرج والمهبل والمشفرين.
إدبغ ب Acetic acid 5% المناطق المصابة لمدة ٢ الى ٥ دقائق لتبيان وجود ندوب أو جروح دالة على الإصابة.

(الاجراءات) الفحوصات المخبرية

- المسحة المهبلية (Pap smear)
- زرع بعود قطن من عنق الرحم، بطريقة ال بي سي آر (PCR for HPV) المُفرطة الحساسية، أو بطريقة HPV digene الأكثر صِلة وثيقة بالحالة السريرية (more relevant clinically).
- فحوصات لإلتهابات أخرى متناقلة جنسياً في حال الشك (VDRL, RPR, HIV).
- فحص بالمجهر المهبلي (Colposcope) في مرحلة لاحقة عند الإحالة.

العلاج

١.اذا كانت التواليل خارجية:

- إستعمال Trichloroaceticacid (TCA) كل أسبوع إلى أسبوعين، حماية الأنسجة المحيطة بإستعمال Petroleum Jelly.
  - إذا كان الدواء موجعاً إغسل مكان التالول قبل وضعه.
  - متابعة هذا العلاج كل أسبوع أو لحين الشفاء.
  - لا يستعمل هذا الدواء في حالات الحمل وإذا كانت الأغشية المخاطية مصابة.
- كريم Imiquimod 5 %، مرة واحدة يومياً بمعدل ٣ أيام اسبوعياً لـ ١٦ اسبوع.
- إفحص وعالج الشريك الجنسي.
- إذا لم يحصل أي تقدم، الإحالة للقيام بعلاج اللايزر والسائل البارد.

٢. إذا كانت التواليل مهبلية:

- إستعمال Trichloroaceticacid (TCA) أو السائل البارد أو العلاج الجراحي.

٣. إذا كانت الإصابة في عنق الرحم:

الإحالة للتقييم والمعالجة الجراحية.

جدول رقم ا: علاج التواليل تبعاً لموقعها

Recommended Regimens for External Anogenital Warts (i.e., penis, groin, scrotum, vulva, perineum, external anus, and perianus*)
Patient-Applied:
Imiquimod 3.75% or 5% cream†
OR
Podofilox 0.5% solution or gel
OR
Sinecatechins 15% ointment†
Provider–Administered:
Cryotherapy with liquid nitrogen or cryoprobe
OR
Surgical removal either by tangential scissor excision, tangential shave excision, curettage, laser, or electrosurgery
OR
Trichloroacetic acid (TCA) or **bichloroacetic acid** (BCA) 80%–90% solution

*Many persons with external anal warts also have intra-anal warts. Thus, persons with external anal warts might benefit from an inspection of the anal canal by digital examination, standard anoscopy, or high-resolution anoscopy.

†Might weaken condoms and vaginal diaphragms.

Recommended Regimens for Urethral Meatus Warts
Cryotherapy with liquid nitrogen
OR
Surgical removal

Recommended Regimens for Vaginal Warts
Cryotherapy with liquid nitrogen. The use of a cryoprobe in the vagina is not recommended because of the risk for vaginal perforation and fistula formation.
OR
Surgical removal
OR
TCA or **BCA** 80%–90% solution

الوقاية الاولية (سرطان عنق الرحم والثآليل التناسلية)

يتسبّب فيروس الورم الحليمي البشري بالقسم الأكبر من سرطان عنق الرحم، أغلبها من نوعَيْ 16 و 18 (HPV 16, 18) العالِيَيْ المخاطر (High-risk)، كما ويسبّب نوعَيْ 6 و 11 (HPV 6,11) معظم الثآليل التناسلية.

هناك نوعان من اللقاح الذي يؤمن حماية أولية:

- اللقاح الرباعي (Gardasil) (6, 11, 16, 18)
- اللقاح الثنائي (Cervarix) (16, 18)

يؤمن اللقاح الرباعي كذلك وقاية عالية من الثآليل التناسلية.
وينصح باللقاح بين عمر ٩ و ٢٦ سنة.
يعطى اللقاح على ثلاث جرعات (صفر، شهرين، ٦ أشهر) للرباعي، وللثنائي (صفر، شهر، ٦ أشهر).
تستمر الإجراءات العيادية الروتينية دون تغيير، لا يعتبر اللقاح علاجاً أو علاجاً مساعداً في أي من الحالات الطبية.

- لقاح Gardasil 9:
  - في الآونة الاخيرة تم إصدار لقاح Gardasil 9 الذي يشمل تغطية أنواع فيروس الورم الحليمي البشري 6 و 11 و 16 و 18 (Gardasil) كما يغطي أيضا أنواع 31، 33، 45، 52، 58. وهذه الخمسة الأخيرة مسؤولة عن ما يقارب واحدة من خمس حالات من سرطان عنق الرحم .
- ينصح بإعطاء الـ Gardasil 9 للإناث اللواتي تتراوح أعمارهم بين ٩ إلى ٢٦ سنة للوقاية من:
  - سرطانات عنق الرحم، الفرج، المهبل، والشرج الناتجة عن أنواع فيروس الورم الحليمي البشري 16 و 18 و 31 و 33 و 45 و 52 و 58.
  - الثآليل التناسلية الناجمة عن أنواع 6 و 11.
  - العديد من الآفات السابقة للتسرطن أو خلل بتنسج عنق الرحم والفرج والمهبل، والشرج الناجمة عن أنواع 6، 11، 16، 18، 31، 33، 45، 52، و 58.
- كما يعطى أيضا للذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ٩ و ١٥ سنة من أجل تغطية :
  - سرطان الشرج الناتج عن أنواع 16، 18، 31، 33، 45، 52، و 58.
  - الثآليل التناسلية الناجمة عن أنواع 6 و 11.
  - أورام الشرج Anal intraepithelial neoplasia بالدرجات 1، 2، و 3 الناجمة عن أنواع 6، 11، 16، 18، 31، 33، 45، 52، و 58.

المتابعة

تغيّرات غير طبيعية في الخلايا على Pap smear. (راجع سابقاً)

ث. السيلان Gonorrhea

السيلان Gonorrhea

التاريخ المرضي

هل هناك افرازات صديدية (قَيْحيّة)؟
ألم عند التبول.
أوجاع في أسفل البطن.
إفرازات شرجية.
أوجاع في المفاصل.
حرارة.
ألم عند المجامعة.
عوارض إلتهابات جنسية حالية أو سابقة.
وسيلة منع الحمل المستعملة.
طفح جلدي.
علامات إلتهاب في المهبل.

الأعراض عند الرجل:

- إفرازات قيحية من الأحليل.
- تعسر في البول.
- ألم عند التبول.

الفحص السريري

التنبه إلى:

- حرارة المريض.
- الطفح الجلدي.
- ألم في المفاصل.

عند الفحص المهبلي الإنتباه الى:

- ألم عند تحريك عنق الرحم.
- ألم عند جانبي الحوض (Adnexa).
- أية إفرازات قيحية أو غيرها (صفراء أو دموية).

عند الرجل، ابحث عن افرازات صديدية (قَيْحيّة) بعد التبول الصباحي، وتعسر البول.

الفحوصات المخبرية

- زرع عينة للإفرازات (إستعمل عود قطن معقم داخل عنق الرحم أو داخل الاحليل (عند الرجل) لمدة ٢٠ الى ٢٥ ثانية، ثم وضعه في أنبوب خاص.
- فحص للإلتهابات الجنسية والمرتبطة بهذه الحالة خاصة السفلس (VDRL\RPR)
- فحص للحمل.

العلاج

Ceftriaxone 250 mg غبرة بالعضل مرة واحدة (Rocephin®)
+
Azithromycin 1g بالفم مرة واحدة (Zithromax®)

معالجة الشريك.
معالجة إحتمال (Chlamydia) (إنظر لاحقاً).
المتابعة.

ج. الحراشف البرعمية Chlamydia

الحراشف البرعمية Chlamydia

التاريخ المرضي

إفرازات غير طبيعية.
شعور بحريق في المهبل وحكاك.
عسر البول.
تعرض لإلتهابات متناقلة عبر الجنس.
ألم عند المجامعة.
تدني الخصوبة. (صعوبة في الحمل)
عوارض إلتهاب في المهبل.

التاريخ الشخصي

ممارسة الجنس غير الآمن
شريك جديد خلال الأشهر الثلاث الماضية.
أكثر من شريك خلال الأشهر الثلاث الماضية.

الفحص السريري

افرازات قيحية.
ألم عند جانبي الحوض (Adnexa).

ألم عند تحريك عنق الرحم.
حرارة (٣٨,٣ وما فوق).

الفحوصات المخبرية

Chlamydia PCR (كلفته مرتفعة نسبياً)
زرع للإفرازات.
فحص لإلتهابات جنسية أخرى (HIV\ VDRL\ RPR).
فحص للحمل.

العلاج

Azithromycin 1g بالفم مرة واحدة
أو
Doxycycline 100 mg بالفم مرتان يومياً لمدة ٧ أيام

العلاج البديل

Erythromycin base 500 mg بالفم ٤ مرات يومياُ لمدة ٧ أيام
أو
Erythromycin ethylsuccinate 800 mg بالفم ٤ مرات يومياً لمدة ٧ أيام
أو
Levofloxacin 500 mg بالفم مرة واحدة يومياً لمدة ٧ أيام
أو
Ofloxacin 300 mg بالفم مرتان يومياً لمدة ٧ أيام

علاج الحوامل

Azithromycin 1g بالفم مرة واحدة
أو
Amoxicillin 500 mg بالفم ثلاث مرات يومياً لمدة ٧ أيام
أو
Erythromycin base 500 mg بالفم ٤ مرات يومياُ لمدة ٧ أيام
أو
Erythromycin base 250 mg بالفم ٤ مرات يومياُ لمدة ١٤ يوماً
أو
Erythromycin ethylsuccinate 800 mg بالفم ٤ مرات يومياً لمدة ٧ أيام
أو
Erythromycin ethylsuccinate 400 mg بالفم ٤ مرات يومياً لمدة ١٤ يوماً

المتابعة

علاج الزوج (الشريك) بنفس الطريقة وإعادة الفحوصات بعد حوالي أسبوعين.
اختبار الشفاء (Test of cure) ضروري للحامل أو في حال إستمرار العوارض.

ح. الهربس

الهربس

التاريخ المرضي

قروح \ إحمرار في الأعضاء التناسلية الخارجية \ الفم.
آلام في العضلات \ المفاصل \ الأعضاء التناسلية.
حرارة \ حكاك.

الفحص السريري

فقاعات ماء مؤلمة (Vesicules) على الأعضاء التناسلية الخارجية، ممكن أن تكون ملتهبة (Infected) ومغطاة بالقيح

الفحوصات المخبرية

زرع الإفرازات بطريقة ال بي سي آر (PCR)

فحوصات أخرى حسب التقييم (HbsAg, HIV)

(يعتمد عادة على التشخيص السريري)

العلاج

للإلتهاب الأولي:

- Acyclovir 400 mg بالفم ٣ مرات يومياً لمدة ٧-١٠ أيام

أو

- Acyclovir 200 mg بالفم ٥ مرات يومياً لمدة ٧-١٠ أيام

أو

- Valacyclovir 1 g بالفم مرتان يومياً لمدة ٧-١٠ أيام

أو

- Famciclovir 250 mg ٣ مرات يومياً لمدة ٧-١٠ أيام
- من الممكن تمديد فترة العلاج بحال كان الشفاء غير تام بعد.

للإلتهابات المتكررة العرضية

- Acyclovir 400 mg بالفم ٣ مرات يومياً لمدة ٥ أيام

أو

- Acyclovir 800 mg بالفم مرتان يومياً لمدة ٥ أيام

أو

- Acyclovir 800 mg بالفم ٣ مرات يومياً لمدة يومين

أو

- Valacyclovir 500 mg بالفم مرتان يومياً لمدة ٣ أيام

أو

- Valacyclovir 1 g بالفم مرة يومياً لمدة ٥ أيام

أو

- Famciclovir 125 mg مرتان يومياً لمدة ٥ أيام

أو

- Famciclovir 1g مرتان يومياً لمدة يوم واحد

أو

- Famciclovir 500 mg مرة واحدة ثم 250 mg مرتان يومياً لمدة يومين

لكبح الالتهاب (Suppressive Therapy) في حالة الإلتهابات المتكررة

- Acyclovir 400 mg بالفم مرتان يومياً

أو

- Valacyclovir 1g بالفم مرة يومياً

أو

- Famciclovir 250 mg مرتان يومياً

علاج المرأة الحامل:

Indication	Acyclovir	Valacyclovir
Primary or first-episode infection	400 mg orally, three times daily, for 7–10* days	1 g orally, twice daily, for 7–10* days
Symptomatic recurrent episode	400 mg orally, three times daily, for 5 days or 800 mg orally, twice daily, for 5 days	500 mg orally, twice daily, for 3 days or 1 g orally, daily, for 5 days
Daily suppression	400 mg orally, three times daily, from 36 weeks estimated gestational age until delivery	500 mg orally, twice daily, from 36 weeks estimated gestational age until delivery
Severe or disseminated disease	5–10 mg/kg, intravenously, every 8 hours for 2–7 days, then oral therapy for primary infection to complete 10 days	

**Treatment may be extended if healing is incomplete after 10 days.*

Adapted from Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006 [published erratum appears in MMWR Recomm Rep 2006;55:997]. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 2006;55(RR–11):1–94.

خ. إلتهاب المهبل الجرثومي (Bacterial Vaginosis, BV)

التاريخ المرضي

- إفرازات غزيرة رغوية بلون أبيض مائل للرمادي
- رائحة مهبلية كريهة، خاصة بعد المجامعة
- حالات سابقة

الفحص السريري والفحوصات المخبرية

- إحمرار المهبل
- وجود خلايا دليلة (clue cells) على الفحص المجهري للافرازات المهبلية
- درجة حموضة قليلة في المهبل (pH ≥ 4.5)
- انبعاث رائحة كريهة شبيهة برائحة السمك النّتِن عند زيادة قطرتين أو ثلاث من هيدروكسيد البوتاسيوم (KOH) على الإفرازات المهبلية الممدودة على شريحة زجاجية (Positive "whiff" test")

العلاج

- Metronidazole 500 mg في الفم مرتان في اليوم لمدة سبعة أيام

أو

- Metronidazole gel 0.75 %, 5 g عبر المهبل مرة يومياً لمدة 0 أيام

أو

- Clindamycin cream 2 %, 5 g عبر المهبل مساءً لمدة V أيام

البروتوكول البديل:

- Tinidazole 2 g يومياً لمدة يومين

أو

- Tinidazole 1 g يومياً لمدة ٥ أيام

أو

- Clindamycin 300 mg بالفم مرتان يومياً لمدة ٧ أيام

أو

- Clindamycin 100 mg تحميلة نسائية قبل النوم لمدة ٣ أيام

مع الإنتباه أن تحاميل الكليندامايسين المهبلية قد تؤثر على فعالية الواقي الذكري لمدة ٧٢ ساعة.

المريضة الحامل في النصف الثاني من الحمل تُعالج بنفس الطريقة بهدف تخفيض إحتمال الولادة المبكرة.

جدول رقم ٢: علامات وعوارض الإلتهابات المهبلية

Causes, Symptoms, and Signs of Vaginitis						
		CLINICAL SYMPTOMS			CLINICAL SIGNS	
TYPE	ETIOLOGY	DISCHARGE	PAIN	PRURITUS	VAGINA	VULVA
Bacterial vaginosis	Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis Anaerobic bacteria: Prevotella species, Mobiluncus species	Malodorous; homogenous; clear, white, or gray; fishy odor	Not primary symptom	Not primary symptom	No signs of inflammation	Unaffected
Trichomoniasis	Trichomonas vaginalis	Green-yellow, frothy	Pain with sexual intercourse,vaginal soreness, dysuria	Not primary symptom	Signs of inflammation, "strawberry cervix"	Vestibular erythema may be present
Vulvovaginal candidiasis	Candida albicans, Candida krusei, Candida glabrata	White, thick, lack of odor	Burning, dysuria, dyspareunia	Frequent	Signs of inflammation, edema	Excoriations
Atrophic vaginitis	Estrogen deficiency	Yellow, greenish, lack of odor	Vaginal dryness, pain with sexual intercourse	Rare	Vagina mildly erythematous, easily traumatized	Vestibule thin and dry; labia majora lose their subcutaneous fat; labia minora irritated and friable
Erosive lichen planus	Etiology is unknown	Yellow or gray	Intense pain, dyspareunia, postcoital bleeding	Intense	Erythema with friable epithelium	Erosions, white plaques
Irritant or allergic contact dermatitis	Contact irritation or allergic reaction with episodic flares	Minimal	Burning on acute contact,soreness	More likely in allergic reactions	Vulvar erythema possible	Erythema with or without edema; vesicles or bullae rare

د. فيروس نقص المناعة البشري (HIV)

أهداف العلاج

- تخفيف الإعتلال والوفيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) .
- تعزيز جودة الحياة (Quality of life).
- تحسين مدة الحياة المتوقعة (Enhance life expectancy).
- إستعادة الوظيفة المناعية والمحافظة عليها.
- قمع الحِمْل الفيروسي (Viral load) إلى أقصى حدّ ولأطول مدة ممكنة.
- منع تطوّر الأشكال المقاوِمة من الفيروس.
- تخفيض خطر إنتقال الفيروس:
  - التعرّض غير المهني: الشريك(ة) الجنسي(ة) – الأطفال
  - التعرّض المهني

الفحص وتقديم المشورة

من الضروري أن يكون فحص الدم للـ HIV طوعياً، وكذلك تقديم المشورة ، ويجب إلتزام الفريق الطبي بالمعايير التالية: الموافقة، الخصوصية، تقديم المشورة، النتائج الصحيحة للتحاليل، والصلة المتكاملة بخدمات العناية والعلاج والوقاية. الإكراه على إجراء فحص الدم للـ HIV ليس بمناسب بتاتاً، أكان مقترحاً من مُقدِّمي الخدمة الصحية أو من شريك(ة) أو من أحد أفراد العائلة.

على وجه التحديد، يُفترض إجراء الفحص وتقديم المشورة في الحالات التالية:

- الأشخاص الذين يبدون عوارض توحي بعدوى الـ HIV.
- الشركاء الجنسيين لأشخاص مصابين بـ HIV.
- مدمني المخدرات بالحقن.
- الرجال المثليين (Men who have sex with men).
- المتحولين جنسياً وعاملات الجنس.
- الأطفال تحت عمر ١٨ شهر لأمهات مصابات بعدوى الـ HIV.
- كما يستحسن أن يتولى مزوِّد العناية الصحية تقديم المشورة لأفضلية إجراء فحص الـ HIV للنساء الحوامل مع الفحوصات الروتينية الأخرى كالحصبة الألمانية والتوكسوبلازما والسفلس وفيروس الكبد...

الوقاية الدوائية قبل التعرّض للفيروس
Pre exposure prophylaxis (PrEP)

هي الوسيلة الوقائية اليومية من خلال تناول الأدوية المضادة للفيروس القهقري (Antiretroviral drugs, ARV) من قِبَل الأشخاص المعرّضين لكن غير المصابين بعدوى الـ HIV بهدف منع إصابتهم بالعدوى. وتكون الوقاية الدوائية في تلك الحالات عبر:

- جرعة فموية يومية من تينوفوفير ٣٠٠ ملغ،
- أو مزيج ثابت من تينوفوفير ٣٠٠ ملغ/إمتريسيتابين ٢٠٠ ملغ بالفم يومياً.
- ولقد ثبتت فعالية تلك المقاربة بالإشتراك مع طرق وقائية سلوكية أخرى (كاستعمال الواقي الذكري) في التخفيف من خطر الإصابة بعدوى الـ HIV.

الوقاية الدوائية بعد التعرّض للفيروس
Post exposure prophylaxis (PEP)

(جدول رقم ٣)

هدفها تخفيف احتمال التقاط عدوى الـ HIV بعد التعرض المهني (أوّلياً ضمن القطاع الصحي) أو من خلال الاتصال الجنسي. إن أي عامل صحي بحاجة لهذا النوع من الوقاية إذا أصيب (عن طريق الخطأ) بغرزة إبرة أو شطب بآلة حادة كانت قد إستُعمِلت لسحب دم أو حقن دواء أو إجراء عمل جراحي لشخص من المحتمل أن يكون مصاباً بعدوى الـ HIV. الأفراد المؤهّلون لتلقي الوقاية الدوائية في الحالات التالية:

- إذا حصل التعرض خلال الـ ٧٢ ساعة الماضية.
- والشخص الذي يُحتمل أن يكون قد تعرّض ليس مصاباً بعدوى الـ HIV.
- والشخص المصدر مصاب بعدوى الـ HIV أو حالة عدواه بالـ HIV محتملة لكن غير مؤكّدة.

مثالياً في تلك الحالات، يجب بدء الوقاية الدوائية PEP خلال ٤ ساعات أو في أقرب وقت ممكن خلال ٧٢ ساعة بعد التعرّض.

لا جدوى من إستعمال الوقاية الدوائية PEP بعد التعرض في الحالات التالية:

- إذا كان الشخص المعرّض حالياً مصاباً بعدوى الـ HIV من خلال تعرّض سابق للفيروس.
- إذا كان التعرّض لا يشكل خطر إنتقال العدوى، كما في الحالات التالية:
  - تعرّض جلد سليم (أي جلد غير مصاب بخدوش أو جروح أو دمل نازفة) لسوائل جسدية يُحتمل أن تكون مُعدية.
  - جماع مع إستعمال صحيح لواقٍ ذكري طوال الاتصال الجنسي، مع بقاء الواقي سليماً حتى نهاية الاتصال.
  - أي تعرّض لسوائل جسدية غير مُعدية (كالبراز، اللعاب، البول، العرق).
  - التعرّض لسوائل جسدية مصدرها شخص معروف أنه غير مصاب بعدوى الـ HIV.
  - إذا حصل التعرّض منذ أكثر من ٧٢ ساعة.

إن نظام الأدوية المضادة للفيروس القهقري (Antiretroviral drugs, ARV) المستعمل في تلك الحالات يتكوّن من عاملَيْن لنوكليوزيد التناظرية صادَّيْن للناسخ العكسي (two nucleoside-analogue reverse-transcriptase inhibitors) مثل تينوفوفير/إمتريسيتابين (Tenofovir / emtricitabine) أو تينوفوفير/لاميفودين (Tenofovir / lamivudine) إذا:

- الشخص المصدر لم يستعمل بتاتاً سابقاً أدوية مضادة للفيروس القهقري (Antiretroviral therapy)
- أو إذا كان من غير المحتمل أن يكون الشخص المصدر مصاب بعدوى HIV مقاومة للأدوية المضادة للفيروس القهقري.

يمكن النظر في نظام مكوَّن من عاملَيْن آخريْن لنوكليوزيد التناظرية صادَّيْن للناسخ العكسي مثل لوبينافير/ ريتونافير (Lopinavir/ritonavir) في حال كان الشخص المصدر مصاباً بعدوى الـ HIV ويخضع لعلاج بالأدوية المضادة للفيروس القهقري (Antiretroviral therapy) وكان معلوماً أن لديه مقاوَمة لمضادات الفيروس القهقري.

إن مدة العلاج الموصى بها بعد التعرض للفيروس هي ٢٨ يوم.

فحص دم HIV للشخص الذي تعرَض للفيروس يتمّ في أقرب وقت بعد التعرّض لتحديد وضعه الأساسي بالنسبة لـ HIV (بعد تقديم المشورة والموافقة)، كما ويُعاد إجراء فحص دم HIV بعد شهرين وأيضاً بعد أربعة أشهر من التعرّض.

جدول رقم ٣: الوقاية الدوائية بعد التعرّض للفيروس Post exposure prophylaxis (PEP)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) Postexposure Prophylaxis (PEP) Regimens	
Preferred HIV PEP Regimen Raltegravir (Isentress; RAL) 400 mg PO twice daily Plus Truvada, 1 PO once daily (Tenofovir DF [Viread; TDF] 300 mg + emtricitabine [Emtriva; FTC] 200 mg)	
Alternative Regimens (May combine 1 drug or drug pair from the left column with 1 pair of nucleoside/nucleotide reverse-transcriptase inhibitors from the right column; prescribers unfamiliar with these agents/regimens should consult physicians familiar with the agents and their toxicities)[a,b]	
Raltegravir (Isentress; RAL) Darunavir (Prezista; DRV) + ritonavir (Norvir; RTV) Etravirine (Intelence; ETR) Rilpivirine (Edurant; RPV) Atazanavir (Reyataz; ATV) + ritonavir (Norvir; RTV) Lopinavir/ritonavir (Kaletra; LPV/RTV)	Tenofovir DF (Viread; TDF) + emtricitabine (Emtriva; FTC); available as Truvada Tenofovir DF (Viread; TDF) + lamivudine (Epivir; 3TC) Zidovudine (Retrovir; ZDV; AZT) + lamivudine (Epivir; 3TC); available as Combivir Zidovudine (Retrovir; ZDV; AZT) + emtricitabine (Emtriva; FTC)
The following alternative is a complete fixed-dose combination regimen, and no additional antiretrovirals are needed: Stribild (elvitegravir, cobicistat, tenofovir DF, emtricitabine)	

Alternative Antiretroviral Agents for Use as PEP Only with Expert Consultation[b]

Abacavir (Ziagen; ABC)

Efavirenz (Sustiva; EFV)

Enfuvirtide (Fuzeon; T20)

Fosamprenavir (Lexiva; FOSAPV)

Maraviroc (Selzentry; MVC)

Saquinavir (Invirase; SQV)

Stavudine (Zerit; d4T)

Antiretroviral Agents Generally Not Recommended for Use as PEP

Didanosine (Videx EC; ddI)

Nelfinavir (Viracept; NFV)

Tipranavir (Aptivus; TPV)

Antiretroviral Agents Contraindicated as PEP

Nevirapine (Viramune; NVP)

تقييم ما قبل العلاج (Pretreatment evaluation)

من الضروري تحديد المرحلة السريرية (Clinical stage) كما والأعراض السابقة والآنيّة ذات الصلة بالـ HIV.

يجب إجراء التحاليل التالية لكل مريض جديد خلال أول معاينة:

- فحص دم مضادات الـ HIV للتأكد من وجود العدوى.
- عدّ الخلايا التائية (CD4+ cell count).
- الحِمْل الفيروسي للـ HIV في بلازما الدم (Viral load).
- تعداد الدم الكامل (CBC)، الكْرِياتينين، أنزيمات الكبد SGOT SGPT، فحص البول.
- VDRL للسفلس.
- فحص السل عبر الجلد (PPD tuberculin skin test).
- الغلوبولين المناعي G ضد فيروس التهاب الكبد أ A(HAV IgG).
- المستضد السطحي لالتهاب الكبد ب B(HB_sAg).
- الغلوبولين المناعي G ضد صميم فيروس التهاب الكبد ب B(HB_c IgG).
- الغلوبولين المناعي G ضد فيروس التهاب الكبد ث C(HCV IgG).

- ومسحة عنق الرحم عند النساء (Pap smear).

تفسير تعداد الخلايا التائية (CD4+ cell count interpretation):

- أقوى دليل تنبّؤي على تقدّم المرض (Strongest predictor of disease progress).
- يكون التغيير ذو أهمية في حال تعدّى ٣٠٪ في العدد المطلق، أو في حال تعدّى ٣٪ في نسبة الخلايا التائية.
- يُعتبر التجاوب مع الأدوية المضادة للفيروس القهقري (Antiretroviral therapy) مقبولاً إذا ارتفع عدّ الخلايا التائية (CD4+ cell count) بنسبة ١٠٠ الى ١٥٠ خليّة/ملم^3 كل سنة.
- يجب إجراء فحص تعداد الخلايا التائية كل ٣ الى ٦ أشهر إلى أن تصبح مستقرّة، ثم يمكن إجراء الفحص سنوياً.

مراقبة الحِمْل الفيروسي (Viral load monitoring):

- تقييم التجاوب مع العلاج.
- تحديد الرسوب الفيرولوجي (Virologic failure).
- تغيير هام: ثلاثة أضعاف (أي الحِمْل الباقي أقل من ثُلث الحِمْل الأساسي).
- هدف العلاج: مستوى غير قابل للكشف: أقلّ من ٤٠٠ نسخة/مللتر بالفحص العادي وأقلّ من ٥٠ نسخة/مللتر بالفحص الفائق الدقّة.
- يجب التوصل إلى مستوى غير قابل للكشف خلال ١٦ الى ٢٤ أسبوع من بدء العلاج.

يجب تحديد الحِمْل الفيروسي في البداية وبعد ٤ الى ٨ أسابيع من بدء أو من تغيير العلاج (يجب أن تكون نسبة تدنّي الحِمْل أقله ٩٠٪ من الحِمْل الأساسي (>90% drop in viral load). في حال التجاوب، يُعاد الفحص كل ٣ الى ٤ أشهر حتى يصبح المستوى الفيروسي غير قابل للكشف، ومن ثم سنوياً طالما أن المريض ملتزم على نحو موثوق بالعلاج.

جدول رقم ٤: الفحوصات المخبرية ما بعد التعرض لفيروس HIV

	Baseline	2 weeks after exposure	4 weeks after exposure	6 weeks after exposure	12 weeks after exposure	16 weeks after exposure	24 weeks after exposure
HIV Ab or Ag-Ab	CDC; NYSDOH; USPHS		CDC[a]; NYSDOH	CDC[a]; USPHS	CDC; NYSDOH; USPHS	USPHS[b]	CDC; USPHS[c]
Blood urea nitrogen, complete blood count, creatinine	CDC; NYSDOH; USPHS	CDC; NYSDOH; USPHS	NYSDOH				
Liver enzymes	CDC NYSDOH; USPHS	CDC; NYSDOH; USPHS	NYSDOH				NYSDOH
Hepatitis C antibody (if source negative or unknown)	CDC; NYSDOH				CDC; NYSDOH		CDC; NYSDOH
Hepatitis C RNA, liver enzymes (if source seropositive)			NYSDOH		NYSDOH		
Hepatitis B surface antigen and antibody	CDC; NYSDOH		CDC[a]	CDC[a]	CDC		
GC, Chlamydia NAAT at site of exposure, rapid plasma reagent (RPR) (not for sexual assault)	CDC; NYSDOH	CDC; NYSDOH	CDC[a]	CDC[a]			

CDC, 2005 CDC NPEP guidelines [21]; NYSDOH, 2013 New York State DOH NPEP guidelines [23]; USPHS, 2013USPHS HIV PEP guidelines [22].

[a]Four or 6 weeks postexposure.

[b]Only if fourth-generation test is used.

[c]Only if fourth-generation test is not used.

جدول رقم 0: متابعة العاملين في الرعاية الصحية بعد التعرض المؤكد أو المشتبه به لفيروس نقص المناعة البشرية ذات مصادر إيجابية

Follow-Up of Healthcare Personnel (HCP) Exposed to Known or Suspected Human Immunodeficiency Virus (HIV)–Positive Sources

Counseling (at the time of exposure and at follow-up appointments). Exposed HCP should be advised to use precautions (eg, use of barrier contraception and avoidance of blood or tissue donations, pregnancy, and, if possible, breast-feeding) to prevent secondary transmission, especially during the first 6–12 weeks after exposure.

For exposures for which postexposure prophylaxis (PEP) is prescribed, HCP should be informed regarding the following:

- Possible drug toxicities (eg, rash and hypersensitivity reactions that could imitate acute HIV seroconversion and the need for monitoring)
- Possible drug interactions
- The need for adherence to PEP regimens

Early reevaluation after exposure. Regardless of whether a healthcare provider is taking PEP, reevaluation of exposed HCP within 72 hours after exposure is strongly recommended, as additional information about the exposure or source person may be available.

Follow-up testing and appointments. Follow-up testing at a minimum should include the following:

- HIV testing at baseline and at 6 weeks, 12 weeks, and 6 months after exposure; alternatively, if the clinician is certain that a fourth-generation combination HIV p24 antigen–HIV antibody test is being utilized, then HIV testing could be performed at baseline, 6 weeks after exposure, and 4 months after exposure
- Complete blood counts and renal and hepatic function tests (at baseline and 2 weeks after exposure; further testing may be indicated if abnormalities are detected)

HIV testing results should preferably be given to the exposed healthcare provider at face-to-face appointments.

متى نبدأ بالعلاج بالأدوية المضادة للفيروس القهقري (Antiretroviral therapy, ARV)؟

يجب بدء العلاج بالأدوية المضادة للفيروس القهقري إذا كان عدّد الخلايا التائية (CD4+ cell count) أقل من ٥٠٠/ملم^3.
بالأولوية يجب بدء المعالجة:

- في حال وجود سابقة مرض مُحدِّد للإيدز أو عوارض شديدة لعدوى HIV بمعزل عن تعدادّ الخلايا التائية.
- في غياب أية عوارض مع تعداد الخلايا التائية أقل من ٣٥٠/ملم^3 .
- أثناء الحمل وخلال فترة الرضاعة مهما كان تعداد الخلايا التائية.

التقييم الفيرولوجي

ليس من الضروري إجراء فحص الحِمْل الفيروسي في البلازما بغية إتخاذ قرار بدء علاج ARV. لكن هذا الفحص مفيد لمراقبة مدى التجاوب مع العلاج ولإتخاذ أيَ قرار بتبديل الأدوية.

لكنه من الضروري مراقبة الحمْل الفيروسي أثناء العلاج كونه الطريقة الوحيدة للكشف عن نشوء مقاومة مُبكِرة ضد الأدوية المستعملة. عندما يرتفع تعدادًّ الخلايا التائية ويستقرّ على مستوى أعلى من ٥٠٠/ملم^3، عادةً بعد فترة أقلها سنتين من العلاج المتواصل، عندها يكمن الإستغناء عن مراقبة تعداد الخلايا التائية، لكن يبقى من الأساسي مراقبة الحِمْل الفيروسي لتوثيق الإلتزام بالعلاج ولتوثيق عدم نشوء مقاومة ضد الأدوية المستعملة.

منع سَرَيان الفيروس من الأم إلى الطفل

يرتكز منع سَرَيان فيروس الـ HIV من الأم إلى طفلها على أربع دعائم أساسية:

- منع إنتقال العدوى إلى النساء.
- تجنّب الحمل غير المخطط له عند المرأة التي تحمل الفيروس.
- توفير العناية الملائمة ما قبل وأثناء الولادة.
- توفير العناية للأم والطفل لفترة ما بعد الولادة.

بالنسبة للحوامل الحاملات لفيروس الـ HIV، يجب توفير العلاج لهن ولأطفالهن بأدوية ARV، مع الأخذ بعين الإعتبار الحاجة لعلاج وقائي طويل الأمد للطفل.

الولادة

- لقد تبيّن أن الولادة القيصرية تقلّل من إحتمال إنتقال العدوى إلى المولود في حال عدم تلقي الأم العلاج بأدوية ARV أو عندما يكون الحِمْل الفيروسي عند الأم عالياً.
- أمّا إذا كان الحِمْل الفيروسي عند الأم قبل الولادة أقل من ٥٠ نسخة/مللتر، فيمكن أن تجرى ولادة طبيعية.
- لا ينصح بالرضاعة الطبيعية في تلك الحالات.

تقييم التجاوب مع العلاج

يعتمد تحديد إيجابية التجاوب مع العلاج على:

- **معايير سريرية:** عدم وجود (أو إنحسار) الأمراض الناتجة عن نقص المناعة كالعداوى الانتهازية وبعض الأمراض الخبيثة، وزيادة الوزن.
- **معايير مناعية:** زيادة تعداد الخلايا التائية CD4+، عادةً بمعدل ٥٠ الى ١٠٠ خلية/ملم^3 بالسنة.
- **معايير فيرولوجية:** إنخفاض الحِمْل الفيروسي إلى أقل من ١٠٪ من الحِمْل الأساسي بعد شهرين وإلى مستوى غير قابل للكشف (Undetectable) بعد ٦ أشهر من بدء العلاج. بالفعل، يحدّد النجاح الفيرولوجي للعلاج بكوْن الحِمْل الفيروسي غير قابل للكشف بعد ٦ أشهر من بدء العلاج.

إن متلازمة إعادة المناعة الالتهابية (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome, IRIS) يعرف عنها كمجموعة عوارض وعلامات ناتجة عن تنامي القدرة على تحقيق ردّ فعل إلتهابي بسبب إستعادة المناعة. من أعراض تلك المتلازمة: نشوء عدوى إنتهازية (Opportunistic infection) لم تكن واضحة سابقاً، أو تفشّي تناقضي لعوارض عدوى إنتهازية موجودة سابقاً، أو مرض مناعة ذاتية، وهي عادةً ما تحصل خلال ٢ الى ١٢ أسبوع من بدء العلاج بالمضادات للفيروس القهقري (ARV).

المرضى بالسلّ

يجب إجراء الكشف النشِط عن السلّ عند الأشخاص المتعايشين مع HIV (active screening for tuberculosis). في حال إيجابية الفحص الجلدي للسلّ وعدم وجود سُعال أو حرارة أو تناقص في الوزن أو تعرّق ليلي، يستحسن أخذ علاج وقائي بالأَيْزونيازِد (isoniazid preventive therapy) لمدة ٦ أشهر.

يجب معالجة كل مرضى السلّ النَشِط المصابون بعدوى HIV بالمضادات للفيروس القهقري (ARV). إذا كان تعداد الخلايا التائية أقلّ من ١٠٠/ملم^3، يجب البدء بعلاج السلّ طالما لدى المريض القدرة على تحمُّل أدوية السلّ، ويُفضّل البدء بها خلال أسبوعين من بدء علاج ARV.

العدوى المتزامنة بفيروس التهاب الكبد B و C

إن نسبة وجود عدوى بفيروس إلتهاب الكبد B عالية نسبياً عند المرضى المصابين بعدوى HIV الذين التقطوها عن طريق الإتصال الجنسي، ويصل إلى ٧٪ إيجابية للمستضد السطحي لإلتهاب الكبد B(HB_sAg)، وحتى ٢٥٪ إيجابية للمضاد لصميم فيروس التهاب الكبد B(HB_c antibody). فيروس التهاب الكبد C يبدو أكثر انتشاراً في صفوف مدمني حَقْن المخدرات (حتى ٢٥٪ إيجابية للمضاد لفيروس التهاب الكبد C(HCV antibody). عدوى الـ HIV تؤثر سلباً على مجرى مرض الكبد الناتج عن عدوى فيروس التهاب الكبد B أو C. يجب تقديم اللقاح الوقائي للمصابين بعدوى HIV ضد التهاب الكبد A أو B الذين يفتقرون إلى مضادات فيروس الكبد A أو B لمنع عدوى إلتهاب الكبد، بمعزل عن تعداد الخلايا التائية.

الخلاصة

العناية بالأشخاص المصابين بعدوى HIV تتطلّب قنوات إتصال مفتوحة وشراكة وحوار مستمرَّين بين كافة المعنيين بالعناية الصحية بهدف تأمين أفضل عناية ممكنة.

من الواضح أنه بدرجة المعرفة ومقاربة العلاج الحاليين، يكون تأمين العناية ضد HIV والعلاج بالأدوية المضادة للفيروس القهقري (Antiretroviral drugs, ARV) مشروعين ممتدَّين على مدى الحياة، مرتكزَيْن على الإلتزام الدائم ببرنامج العلاج والمراقبة المستمرة. تلك العناصر ترتكز بدورها على:

- حوار فعّال بين مقدم الرعاية الصحية والمريض.
- الدعم النفسي المُقدّم من عائلات المرضى ومن المنظمات غير الحكومية.
- تسليم الأدوية من قِبَل مُورِّديها في الوقت المناسب.
- نظام توزيع الأدوية الحكومي.

إن الجوانب الطبية والدوائية للعلاج لا يمكن أن تنجح في غياب الدعم القانوني الملائم الذي يعطي الأشخاص المتعايشين مع HIV الحقّ في الحصول على عناية لائقة، والحقّ في تحصيل العلم وكسب العيش في مجتمع خالٍ من التمييز ومن وصمات العار.

جدول رقم ٦: تطور التكنولوجيا المناعية لفيروس نقص المناعة البشرية

Evolution of HIV Immunoassay Technology

HIV immunoassays based on different design principles are generally grouped into "generations":

- 1st generation—All antigens used to bind HIV antibodies are from a lysate of HIV-1 viruses grown in cell culture. An indirect immunoassay format employs labeled antihuman IgG for detection of IgG antibodies. Significant specimen dilution is required to overcome cross-reactivity with cellular protein contaminants. *Examples commercially available in the United States as of May 2014 include the HIV-1 Western blot and the HIV-1 IFA.*

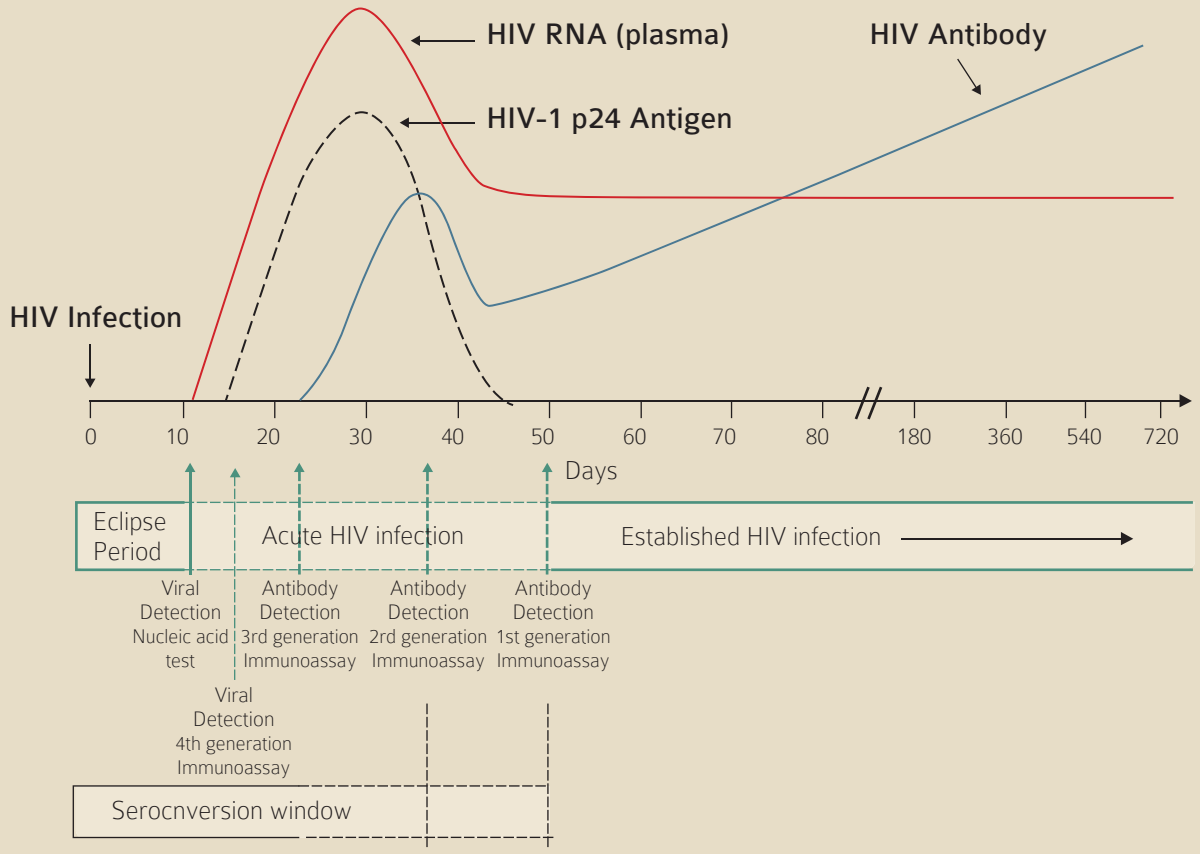
- 2nd generation—Synthetic peptide or recombinant protein antigens alone or combined with viral lysates are used to bind HIV antibodies. An indirect immunoassay format employs labeled antihuman IgG or protein A (which binds to IgG with high affinity[45]) for detection of IgG antibodies. Design of the specific antigenic epitopes improves sensitivity for HIV-1 group O and HIV-2; eliminating cellular antigens that contaminate viral lysates improves specificity by eliminating cross-reactivity with cellular proteins. *Examples commercially available in the United States as of May 2014 include one HIV-1 enzyme immunoassay and six rapid HIV antibody tests.*

- 3rd generation—Synthetic peptide or recombinant protein antigens are used to bind HIV antibodies in an immunometric antigen sandwich format (HIV antibodies in the specimen bind to HIV antigens on the assay substrate and to antigens conjugated to indicator molecules). This allows detection of IgM and IgG antibodies. Lower sample dilutions and the ability to detect IgM antibodies (which are expressed before IgG antibodies) increase sensitivity during early seroconversion. *Examples commercially available in the United States as of May 2014 include one HIV-1/HIV-2 enzyme immunoassay and two HIV-1/HIV-2 chemiluminescent immunoassays.*

- 4th generation—Synthetic peptide or recombinant protein antigens are used in the same antigen sandwich format as 3rd generation assays to detect IgM and IgG antibodies, and monoclonal antibodies are also included to detect p24 antigen. Inclusion of p24 antigen capture allows detection of HIV-1 infection before seroconversion.[10,12,46,47] These assays (termed "combo" assays") usually do not distinguish antibody reactivity from antigen reactivity. *Examples commercially available in the United States as of May 2014 include one HIV-1/HIV-2 enzyme immunoassay, one HIV-1/HIV-2 chemiluminescent immunoassay, and one HIV-1/HIV-2 rapid test that uses separate indicators for antigen and antibody reactivity.*

رسم توضيحي رقم ١: تسلسل ظهور العلامات المخبرية للعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية - ١

Sequence of appearance of laboratory markers for HIV-1 infection



Note. Units for vertical axis are not noted because their magnitude differs for RNA, p24 antigen, and antibody.
Modified from MP Busch, GA Satten (1997)[50] with updated data from Fiebig (2003),[48] Owen (2008),[49] and Masciotra (2011, 2013).[46,66]

٥. إعتبارات خاصة لمعالجة الامراض المنقولة جنسيا لدى المراهقين

إعلام الشريك

من المهم أن يتم إعلام الشركاء ، وفحصهم وعلاجهم من الأمراض المنقولة جنسيا بحال تمّ تحديدها لدى المراهقين .

تكرار حدوث العدوى

لتحديد تكرار حدوث العدوى يجب الانتظار ٣ أشهر من بعد إنتهاء العلاج لدى كل من الفتيان والفتيات التي تمتّت معالجتهم مؤخرا من الكلاميديا أو السيلان..

الإبلاغ الإلزامي

إن التحديد الدقيق والإبلاغ في الوقت المناسب عن أي من الأمراض المنقولة جنسيا يشكل جزءا لا يتجزأ من الجهود الناجحة

لمكافحة هذه الامراض. الإبلاغ السريع مهم لتقييم إتجاهات الإعتلال والمساعدة على تحديد الشركاء المصابين.

التثقيف الصحي والوقاية

يعتبر التثقيف والإرشاد من الإستراتيجيات الرئيسية والأوّلية للوقاية والسيطرة على الأمراض المنقولة جنسياً. ومن هذه الإستراتيجيات التحصين بلقاح إلتهاب الكبد (ب) ولقاح فيروس الورم الحليمي البشري.

٦. تقييم مراهق بحال الإشتباه بإصابته بفيروس نقص المناعة البشرية

بحال الإشتباه بفيروس نقص المناعة البشرية لدى مراهق، لا بد من إتباع الخطوات التالية:

التاريخ الطبي: من المهم جمع المعلومات التالية في حال الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية :

- أية مخاطر للسلوك والتركيز على المخاطرالجنسية.
- تاريخ العدوى الإنتهازية .
- التحقق من حالات مرضي مشاركة.
- أعراض إلتهاب الكبد الفيروسي.
- عوامل الخطر القلبية والوعائية مثل إرتفاع ضغط الدم والسكري والدهون لأنها قد تتفاعل مع علاج الـ ART.
- مرض السل والبحث عن إجراء سابق لإختبار السل PPD.
- الأمراض المنتقلة جنسيا كالهربس والزهري Syphilis والثآليل.
- الأورام الخبيثة : البحث عن تاريخ سابق للتدخين، تاريخ عائلي للسرطانات، أعراض ورم، نزيف من الشرج وسعال مزمن.
- غيرها من الأمراض المزمنة : القصور الكلوي المزمن، وإعتلال الأعصاب السطحية وأمراض العظم الأيضية.
- الطب النفسي: الإكتئاب شائع جداً.
- الأدوية.
- الحساسية .
- تاريخ التحصين/اللقاحات.
- تعاطي المخدرات وخاصة بالحقن.
- التاريخ الجنسي (الواقي الذكري ووسائل منع الحمل).
- التوظيف.
- تاريخ السفر.
- التاريخ العائلي لأمراض القلب والأوعية الدموية وداء السكري.

الفحص البدني: يجب أن يتم بشكل كامل.

الإختبارات التشخيصية:

إختبار فيروس نقص المناعة البشرية HIV المحدد:

- الإختبار الأولي للأجسام المضادة يبدأ مع إختبار دقيق (قياس الأنزيم المناعي أو إختبار ELISA). والآن مع إختبارات الجيل الثالث، أصبحت فترة تأكيد العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من خلال فحص الأجسام المضادة ٢١ يوماً عوضاً عن ٥٦ يوماً.
- يجب استكمال إختبار ELISA الإيجابي بإختبارات تكميلية (Western Blot).
- إذا كانت هذه الاختبارات إيجابية، حينها نحتاج لقياس الحمض النووي للـ HIV/ الحمل الفيروسي للـ RNA. و هذا الأخير لا يمكن تقصيه قبل ١٠ إلى ١٥ يوماً من التعرض حديثا للـ HIV. لذلك من المهم تكرار الإختبار خلال أسبوع أو أسبوعين.
- إن العدوى الحديثة قد تترافق أحياناً مع إختبار سلبي للأجسام المضادة أ فمن المستحسن قياس مستضد فيروس نقص المناعة البشرية HIV antigen P24 التي يمكن الكشف عنه بأقل من ١٥ يوما من حدوث العدوى.
- بحال التأكد من الإصابة بفيروس الـ HIV يجب قياس معدّل الخلايا اللمفاوية التائية CD4.

وينبغي إعادة قياس معدّل الخلايا اللمفاوية التائية CD4 ومستوى الحمل الفيروسي للـ HIV في غضون ٤ إلى ٦ أسابيع من أجل مراقبة مستوى القمع المناعي والفيروس في الدم.

إختبارات إضافية: هناك إختبارات إضافية مطلوبة في التقييم الأولي لمرضى فيروس نقص المناعة البشرية التي تشمل ما يلي:

- إختبار N. gonorrhea و C. trachomatis.
- للمراهقات الناشطات جنسياً، يجب إجراء فحص المسحة المهبلية وفحص الإفرازات المهبلية.
- فحص تعداد كريات الدم والصفائح، إجراء الفحوصات الكيميائية للدم من (صوديوم، بوتاسيوم، كرياتنين، يوريا، زلال، كوليسترول وتريغليسريد).
- إختبار أجسام التوكسوبلازما المضادة .
- إختبار إلتهاب الكبد (ب) و (ج) ولدى الرجال المثليين الجنس يجب القيام بإلتهاب الكبد (أ) .
- اختبار الزهري Syphilis.
- إختبار السل الجلدي.
- إجراء تحليل للبول .
- صورة شعاعية للصدر.

الإحالة: ينبغي على مقدم الرعاية الصحية أن يحيل المراهقين الذين لديهم الإختبارات الإجابية لفيروس نقص المناعة البشرية أو المراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة

الحاد إلى أخصائي في الأمراض الجرثومية. ويمكن إحالة المرضى أيضا إلى مركز صحي يقدّم خدمات الرعاية لحاملي فيروس نقص المناعة البشرية . وترد قائمة المراكز والمنظمات غير الحكومية التي تقدم المشورة والإختبارات المجانية VCT في الجدول رقم ٨ في نهاية هذا الفصل.

التقرير: إن الإبلاغ عن جميع حالات فيروس المناعة البشرية لوزارة الصحة العامة واجب إلزامي. ويمكن للمرضى الذين تم تشخيصهم (اللاجئين الفلسطينيين واللبنانيين) الإستفادة من العلاج المضاد للفيروس ART المجاني من خلال البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز NAP في لبنان.

الأخطار: إذا تم إكتشاف الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لدى مراهق، ينبغي إحترام السريّة والخصوصية كذلك ينبغي أن يسأل ما إذا ما كان يود إعلام والديه\ والديها.

إعلام الشريك: يجب على مقدمي الرعاية الصحية جمع المعلومات لتحديد ما إذا كان أحد الشركاء المحتملين تعرض لفيروس نقص المناعة البشرية . والمعني بهم: شركاء الجنس والحقن ومتعاطي المخدرات الذين يتشاركون الحقن. ويهدف إعلام الشريك الى الحد من التعرض المتكرر لفيروس نقص المناعة البشرية، العمل على منع إنتشار العدوى، والكشف عن الحالات الإضافية القائمة. يجب أن يتسم إعلام الشريك بالسرية وأن يرتكزعلى التعاون الطوعي للمريض. هناك ٣ طرق رئيسية لإبلاغ الطرف الآخر:

- **إحالة المريض:** يتحمل الشخص المصاب المسؤولية الكاملة لإبلاغ الشركاء لإمكانية تعرضهم لفيروس نقص المناعة البشرية وإحالتهم إلى الخدمات المناسبة.
- **مزود الإحالة:** يأخذ مقدم الرعاية الصحية المسؤولية بإخبار الشركاء بسرية محافظاً على المعلومات التي قدمها الشخص المصاب. لا يتم الكشف عن أسماء الشركاء الذين يتم إعلامهم.
- **عقد الإحالة (المشروط):** يتفق مقدم الرعاية الصحية والشخص المصاب على أن الشخص المصاب سيقوم بإبلاغ الشريك أو الشركاء في غضون فترة زمنية محددة. بعدها يقوم مقدم الرعاية بإكمال عملية الابلاغ للشركاء . و بحين لم يتم الإبلاغ خلال الفترة الزمنية المحددة، يقوم مقدم الرعاية بإبلاغ الشركاء شخصياً.

١- معالجة المراهق المصاب بفيروس نقص المناعة البشرية

بالرغم من عدم وجود علاج للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المزمن، فإن البدء بالعلاج بمضادات الفيروس ART المبكر يبطئ تراجع الجهاز المناعي ويقلل من خطر حدوث العدوى الإنتهازية. ويشمل التدخل الإضافي توفير التحصين والوقاية من العدوى الإنتهازية ذات الصلة. قد أظهرت هذه فعالية خفض وفيات المرضى الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية وكذلك يتم الحدّ من إنتقال العدوى إلى الشركاء.

عند رعاية المراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ينبغي إعتماد مقاربة شاملة تتناول الإحتياجات النفسية، الإجتماعية والطبية للمراهق. وتشمل هذه الرعاية الشاملة كافة الأفرقاء من أطباء، ممرضين وأخصائيين إجتماعيين وعلماء نفس، وكذلك مجموعات دعم الأقران. تساعد هذه المقاربة على ضمان إلتزام المريض بالعلاج.

٢- تعلُّم الحد من المخاطر: من المهم نهي المراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية عن الإستمرار بالسلوكيات التي تحمل مخاطر صحية ومناقشة الأنشطة الجنسية وتعاطي المخدرات، والحث الإيجابي على تغييرات تدريجية نحو سلوك سليم. وتهدف المتابعة أيضا إلى حماية الشركاء من إنتشار العدوى. يجب أن يتم إرشاد المراهقين على إستخدام الواقي الذكري أثناء أي إتصال جنسي حتى ولو كان الشريك يحمل فيروس نقص المناعة البشرية، للحد من عدوى الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها إنتقال سلالة مختلفة من فيروس نقص المناعة البشرية، إضافةً إلى مخاطر الحمل غير المرغوب فيه.

٣- الكشف عن أمراض ملازمة: ومن المهم أيضا الكشف عن حالات مرضية ملازمة لدى المراهقين المصابين:

- الفحص السنوي لضعف الإدراك والصحة العقلية: إن المراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أكثر عرضة لضعف الإدراك ومشاكل الصحة العقلية كالقلق، والإكتئاب، وإضطرابات في الإنتباه وفرط في الحركة وإضطرابات ما بعد الصدمة.
- الفحص السنوي لتعاطي المخدرات.
- الفحص السنوي للأمراض المنقولة جنسيا: ينبغي إجراء فحوصات الكلاميديا والسيلان والسفلس سنويا لجميع الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن ٢٥ سنة أو أقل. ومن المعروف أن الأمراض المنقولة جنسياً تزيد من خطر إنتقال فيروس نقص المناعة البشرية للشركاء غير المصابين. وينبغي إجراء الفحص كل ٣ إلى ٦ أشهر إذا كان المراهق لديه عدّة شركاء جنسيين، أو إن كان الإتصال الجنسي غير محمي أوإن كانت الممارسة جماعية مع تعاطي مخدرات غير مشروعة.
- وينبغي إجراء إختبار إلتهاب الكبد (أ) و (ب) و(ج) لدى المراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.
- وتنصح المراهقات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية بالقيام بإختبار مسحة عنق الرحم خلال السنة الأولى من النشاط الجنسي. يعاد إختبار مسحة عنق الرحم كل ستة أشهر ثم كل سنة اذا كانت النتيجة سلبية.

٤- التحصين

- إعطاء لقاح إلتهاب الكبد ب إذا كان إلتهاب الكبد ب سلبيا لدى المراهق.

- إعطاء لقاح التهاب الكبد أ إذا كان المراهق مصاباً بالتهاب كبد ب أو ج وفي حال التعرض العالي للمخاطر (كتعاطي المخدرات غير المشروعة، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال).
- إعطاء لقاح فيروس الورم الحليمي البشري.
- إعطاء لقاح المكورات الرئوية.
- إعطاء لقاح الأنفلونزا سنويا.

٥- **الدعم النفسي**: هناك بعض العوامل النفسية والاجتماعية التي نحتاج إلى معالجتها:

- تقبّل التشخيص وإحتمال قصر مدة الحياة.
- التعامل مع ردود فعل الآخر يقلل مرض ووصمة العار المقرونة بهذا التشخيص.
- وضع وإعتماد إستراتيجيات للحفاظ على الصحة الجسدية والنفسية.
- قدرة المريض على إدارة جدول الدواء الزمني المعقد.
- تحديد الأشخاص الذين يمكنهم دعم المراهق أثناء رعايته.

ومن الجدير بالذكر أن هناك منظمات غير حكومية في لبنان توفّر الدعم الإجتماعي، والمناقشات الجماعية وتركز على مجموعات الأقران لتعليم المرضى الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية. ومثالاً على تلك المنظمات غير الحكومية جمعية "فكر إيجابيا".

الآخرون: وينبغي نصح المراهقات الفتيات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية بخصوص الحمل خصوصاً أن خطر انتقال الفيروس قبل الولادة مرتفع جداً في غياب العلاج. في الواقع، ٢٥٪ من الرضع يصابون من أمهاتهم بفيروس نقص المناعة البشرية عند الولادة وحوالي ١٢٪ الى ١٤ ٪ منهم يصابون أثناء الرضاعة الطبيعية. ينخفض خطر الإنتقال بشكل ملحوظ مع البدء بعلاج المضاد للفيروسات ومع تدخلات التوليد المناسبة وتجنب الرضاعة الطبيعية.

٧. الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية

يمكن تعزيز الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية من خلال التثقيف الصحي الفعّال و الكشف المبكر.

لا تزال الوقاية الأولية من فيروس نقص المناعة البشرية أفضل طريقة للحماية من حدوث العدوى. هذا يستهدف عادة الأفراد الذين ليس لديهم الفيروس بهدف حمايتهم من الإصابة.

توصي فرقة العمل الوقائي للولايات المتحدة (USPSTF) التركيز على المشورة بالدرجة الأولى لمنع الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية وذلك لدى جميع المراهقين الناشطين جنسيا.

ويكون دور أولياء الأمور والمدارس أساسي فيتوفير التعليم المناسب وفي الوقت المناسب للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية عند الأطفال والمراهقين. بالإضافة إلى ذلك، تلعب المراكز الصحية دوراً هاما في تقديم المشورة فضلاً عن الفحص.

إن توصيات الـ CDC لضمان نجاح برنامج الوقاية الأولية من فيروس نقص المناعة البشرية يرتكز على الخصائص التالية:

- الجماعات التي يقودها الأقران: يمكن أن تكون فعّالة مع دعم و إشراف مستمرين من قبل الموظفين.
- أهمية مهارات التواصل التعليمي.
- تدريس سلوكيات معينة مثل كيفية شراء الواقي الذكري، وخصائص عن فعالية الواقي الذكري، أو كيفية قول "لا" في المجتمع، وتعزيز قدرة المراهق لمنع نقل عدوى فيروس نقص المناعة البشرية.
- توفير معلومات واقعية للمراهقين لمواجهة التضليل الناتج عن الأقران والإعلام والإنترنت.

جدول رقم ٧ : خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية

- الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال واللذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن هم في خطر كبير جداً من الإصابة بعدوى جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية.
- أولئك الذين لديهم أمراض منقولة جنسيا.
- عوامل الخطرالسلوكية لعدوى فيروس نقص المناعة البشرية تشمل:
  - الجماع المهبلي أو الشرجي غير المحمي
  - إصابة شركاء الجنس بفيروس نقص المناعة البشرية، شركاء ثنائي الجنس، أو يتعاطون المخدرات عبر الحقن.
  - تبادل الجنس مقابل المخدرات أو المال .

VIRUS

في لبنان، أطلقت NAP خدمات المشورة والاختبار المجاني (VCT)، حيث تم تدريب المراكز الصحية والمنظمات غير الحكومية (الجدول رقم ٨) على تقديم المشورة المجانية والسرية واختبار مجاني لفيروس نقص المناعة البشرية لجميع الأفراد. يحصل الأفراد خلال هذه اللقاءات على معلومات حول فيروس نقص المناعة البشرية وغيرها من العدوى المنقولة جنسياً، والمشورة ما قبل الإختبار، والقيام بإختبار سريع لفيروس نقص المناعة البشرية ١ و٢ ومن ثم تلقي مشورة ما بعد الإختبار. فبحال كان الإختبار إيجابي، يحال الفرد إلى الخدمات الاجتماعية والصحية الملائمة والمراكز والمنظمات غير الحكومية.

جدول رقم ٨ : المراكز الصحية والمنظمات غير الحكومية

قائمة المراكز الصحية/المنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات المشورة والاختبار المجاني VCT	رقم الهاتف
جمعية أنوار المحبة	01-391397 (9am-4pm) 03- 821101 (24hrs/7days)
صليب إغاثة الأرمن (ARC)	01-253793/4/5 (9am-4pm)
كاريتاس لبنان (الدعم الاجتماعي)	01-499767/8/9 01- 502550/1/2 (8am-2pm)
حلم	70/123687
شباب ضد المخدرات (JCD)	09-638 242/ (9am-4pm) 09- 932549 (9am-4pm)
الجمعية اللبنانية لتنظيم الأسرة (LFPA)	01-302752 (9am-4pm)
سكون	01-202714
Soins Infirmiers et Développement Communautaire (SIDC)	01-482 428/ 01/480714 (8am-4pm) من الاثنين الى الجمعة
L'Escale Drop-in Centre (DIC)	01 491705 (11am-7pm)
فكر إيجابيا Think Positive	76-843064 (9am-9pm)

*للائحة المفصّلة راجع الفصل التاسع- الجزء الثامن عشر - ملحق رقم ٧

الفصل التاسع

الملاحـــــق والمراجـــــع

الجزء السابع عشر
إجراءات منع إنتشـــار العدوى

١. يهدف منع إنتشار العدوى في المراكز الصحية إلى:

- تجنب إنتقال العدوى إلى العاملين ومحيطهم.
- منع إنتشار العدوى بعد إجراء العمليات البسيطة كتركيب اللوالب، الإبر الأحادية الهرمون وسواها.
- الحد من إنتشار العدوى خلال إجراء الفحص النسائي الروتيني أو أي نوع من أنواع المعاينات كإلتهاب الكبد الفيروسي وفيروس نقص المناعة المكتسب، ليس فقط بين المستفيدين من خدمات المركز إنما كذلك لمقدمي الخدمة والعاملين فيه بمن فيهم عمّال النظافة.

إن طرق منع/الحد من إنتشار العدوى المذكورة في هذا الدليل وضعت في كل المراكز التي تقدم خدمات صحية.

٢. مبادئ الحد من إنتشار العدوى

إن الممارسات العملية للحد من إنتشار العدوى تستند على المبادىء التالية:

- إعتبار كل شخص (من العاملين أو المستفيدين من المركز) كناقل محتمل للعدوى.
- التركيز على أن المواظبة على غسل اليدين تبقى الوسيلة الأهم لمنع إنتشار العدوى من شخص الى آخر.
- لبس القفازات أساسي وضروري قبل لمس أي شيئ مبلل (جروح، أغشية مخاطية، دم أو أي إفرازات أخرى، آلات متسخة....)
- إستعمال النظارات الواقية، قناع للوجه، ومريول مهم جداً للوقاية من أي رذاذ.
- إحكام الغطاء على أي وعاء يفتح، وضع الإبر في مستوعب غير قابل للكسر قبل التخلّص منه، التخلّص من الفضلات الطبية بالطرق الصحيحة (عبر محارق خاصة).
- عزل المرضى الذين يحتمل إنتقال مرضهم بالإفرازات عن باقي المستفيدين من خدمات المركز.
- يجب تنظيف وتطهير كل المعدات بإستعمال الطرق القياسية للحد من إنتشار العدوى.
- إستعمال سلّات المهملات ذات الأغطية داخل العيادات.
- إستعمال الملاقط لتناول الشاش المعقم والقطن المنوي إستعماله.

٣. إجراءات عيادية أخرى

أ. غسل اليدين

إغسل يديك قبل وبعد أي ملامسة مع المستفيد\ المستفيدة.

إغسل يديك بعد نزع القفازات لأنها قد تحمل ثقوبا صغيرة.

إغسل يديك بعد أي تعرض للدم أو أي جسم مبلل بالإفرازات حتى ولو كنت تلبس قفازات.

أظهرت الخبرة ان أهم طريقة لجعل العاملين يغسلون أيديهم هي بأن يقوم الطبيب أو القابلة أو الممرضة بغسل أيديهم دائما وتشجيع الآخرين على ذلك.

للتشجيع على غسل الأيدي، يجب توفير الصابون والمياه النقية والمناديل النظيفة للتنشيف في المراكز الصحية.
كما إنه من الممكن إستعمال الكحول لتطهير اليدين في بعض الحالات.

أي تشقق بالجلد نتيجة أي حساسية لمواد التعقيم قد تؤدي لتكاثر الجراثيم.

لذلك اذا كان لدى أي من أحد العاملين حساسية تجاه هذه المواد يفضل أن يطهّر يديه بالصابون ومن ثم بمحلول الكحول.

المواد اللازمة لعملية تطهير اليدين:

- صابون عادي أو للتعقيم.
- مياه جارية.
- فرشاة لتنظيف الأظافر.
- فرشاة ناعمة لتنظيف الجلد.
- مناشف معقمة.

ب. التعقيم قبل الاجراءات الجراحية Brushing

على الطبيب، القابلة القانونية، الممرضة والتقني لبس قمصان نصف كم لأن عملية الفرك والتنظيف تصل للكوعين.

التعليمات \ الخطوات

الخطوة الأولى: إنزع كل المجوهرات/الأكسسوارات.

الخطوة الثانية: إفتح الماء عدل درجة الحرارة لتصبح محمولة.

الخطوة الثالثة: بلّل اليدين حتى الكوعين بالماء ثم إستعمل الصابون ونظّف تحت الأظافر بالفرشاة.

الخطوة الرابعة: بدءاً بالأظافر وحتى الكوع إستعمل الفرشاة الناعمة أو إسفنجة ونظّف بحركة دائرية كل يد، نظّف بين الأصابع.

الخطوة الخامسة: عند إستعمال محلول الكحول، إفرك لمدة دقيقتين.

الخطوة السادسة: إغسل بالماء كل يد على حدة بدءاً بالأصابع وحتى الكوع، إبقِ اليدين مرفوعتين أعلى من الكوعين.

الخطوة السابعة: مستعملاً منشفة معقمة لكل يد، نشف من الأصابع وحتى الكوع ثم إستعمل منشفة ثانية لليد الثانية.

الخطوة الثامنة: قبل وضع القفازات والمريول المعقم إحتفظ باليدين أعلى من مستوى الخصر ولا تلمس أي شيء.

الخطوة التاسعة: إذا لمست اليدين المطهرتين أي سطح يجب إعادة الخطوات من الخطوة الثالثة وحتى الخطوة الثامنة.

ت. تعليمات حول تحضير الجلد لإعطاء إبرة

يحضر الجلد قبل غرزه لمنع الجراثيم الموجودة عليه من التكاثر مكان الغرز.

الخطوات المتبعة قبل الغرز:

الخطوة الأولى: قبل تطهير سطح الجلد إحرص على تنظيفه بالماء والصابون.

الخطوة الثانية: مستعملا قطعاً من القطن مبلولة بمحلول التطهير، نظّف المكان بحركة دائرية، بدءاً من الداخل الى الخارج.

من يمكن ان يتعرض الى الوخز بالابر

كل شخص يستعمل الإبَر معرض أن يوخز عن طريق الخطأ.

الأطباء خلال إعطائهم المخدر الموضعي وتقطيبهم للجروح و\أو خلال اعطائهم المحاليل الوريدية أو الحقن في العضل أو تحت الجلد وسواها.

القابلات والممرضات كثيراً ما يتعرضون للوخز خلال تعليقهن إبرة المصل للمريض أو إعطاءه إبرة في العضل أو تحت الجلد.

عمّال النظافة خلال تخلصهم من الإبر المستعملة.

كيف نستعمل الإبر، المقصات والآلات الحادة بطريقة صحيحة

في غرفة العمليات

- إستعمل صينية توضع عليها الآلات الحادة عند تمريرها من شخص الى آخر.
- لا تترك أي آلة حادة إلا في مكان آمن.

- أخبر العاملين الآخرين عندما تناولهم أي آلة حادة.

للإنتباه عند إستعمال الابر والمحقن

- إستعمل كل ابرة أو محقنة مرة واحدة فقط.
- لا تفك المحقنة أو الابرة بعد الاستعمال.
- لا تطوي، تكسر أو تغطي الابر قبل التخلص منها.
- إرم الإبر والحقن في مستوعبات غير قابلة للكسر.
- تخلص من تلك النفايات بطريقة سليمة (عبر مكبّات خاصة).

ث. كيف تسحب الدواء من قارورة محتوية أكثر من جرعة واحدة

إمسح أعلى القارورة بقطن مبلول بمحلول من الكحول ٦٠–٩٠ ٪ او أي مطهر آخر، دعها لتنشف.

إستعمل ابرة ومحقنة جديدة.

إذا كنت ستستعمل إبرة ومحقنة معقمتين أو مطهرتين إسحبهما من العلبة المعقمة بواسطة ملقط معقم (لم يعد إستعمال الإبر بهذه الطريقة شائعاً).

لا تستعمل المحقنة أكثر من مرة، فقد أثبتت الدراسات أن تغيير الإبرة فقط وليس المحقنة بين عدة مترددين ساهم في نقل عدوى بعض الأمراض الخطيرة كالتهاب الكبد الفيروسي (Hepatitis B) ونقص المناعة المكتسب (HIV)

- صِل الأبرة الى المحقنة بإمساكك قاعدة الإبرة وجسم المحقنة.
- إحمل القارورة بحيث تكون فتحتها إلى الأسفل وإسحب الدواء، إستعمل نفس الأبرة التي سوف تستعمل في وخز المريض.
- إسحب الأبرة من القارورة.

لا تترك الأبرة مغروزة في داخل قارورة دواء محتوية أكثر من جرعة، لأنها قد تسبب في وصول البكتيريا إلى داخل القارورة وبالتالي الى تلويث الدواء في داخلها

ج. الزي المهني

- يتألف الزي المهني من المريول الأبيض والحذاء الأبيض.
- يجب الإحتفاظ بالزي المهني في مكان العمل على أن يكون دائما نظيفاً بحيث يغسل مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع.
- يجب إرتداء الزي المهني فقط في مكان العمل.

ح. القفازات

إلبس القفازات:

- خلال قيامك بأي إجراء طبي في أي قسم من أقسام المركز.
- عندما تلمس أي أداة ملوثة.
- خلال التخلص من نفايات طبية كالقطن والشاش المستعمل.
- استعمل قفازات جديدة كلما عاينت مستفيدا\مستفيدة منعاً لإنتشار العدوى (القفازات التي ترمى بعد كل إستعمال).

خ. منع العدوى (جدول رقم ا)

جدول رقم ا

العمل أو النشاط	هل القفازات مطلوبة	القفازات المفضل استعمالها	القفازات المقبولة
فحص ضغط الدم	كلا		
فحص الحرارة	كلا		
إعطاء إبرة	نعم	قفازات فحص عادية	
سحب دم لفحصه	نعم	قفازات فحص عادية	قفازات جراحية معقمة
فحص مهبلي	نعم	قفازات فحص عادية	قفازات جراحية معقمة
تركيب لولب	نعم	قفازات جراحية معقمة	قفازات جراحية معقمة
نزع لولب	نعم	قفازات جراحية معقمة	قفازات جراحية معقمة
إستعمال وتنظيف أدوات طبية	نعم	قفازات عادية	قفازات فحص او جراحية
التخلص من النفايات الملوثة	نعم	قفازات عادية	قفازات فحص او جراحية
تنظيف دم أو إفرازات جسدية	نعم	قفازات عادية	قفازات فحص او جراحية

د. الخطوات اللازمة لتعقيم الأدوات

الخطوة الأولى: النقع
تنقع الأدوات الملوثة فور الانتهاء من استعمالها في محلول مطهر (بانتظار بدء الخطوة التالية)

الخطوة الثانية: التنظيف
تنظف الأدوات بفرشاة في المحلول المطهر ثم تشطف جيداً بماء جار

الخطوة الثالثة: التطهير
تطهّر الأدوات بنقعها في محلول كلورين بتركيز ٥٪ لمدة ١٠ دقائق

الخطوة الرابعة: الشطف
تشطف الأدوات جيدا" بماء جارٍ نظيف لإزالة بقايا الكلورين

الخطوة الخامسة: التنشيف
تجفف الأدوات بمنشفة نظيفة

الخطوة السادسة: التعقيم

بجهاز هواء حار وجاف حرارة ١٧٠ لمدة ساعة او ١٦٠ مئوية لمدة ساعتين

أو

بجهاز Autoclave ضغط 15-PSI حرارة 121°م لمدة ٢٠ دقيقة للأدوات المكشوفة أو ٣٠ دقيقة للمغطاة

الخطوة السابعة: التبريد
تبرِّد الأدوات

الخطوة الثامنة: الحفظ والإستعمال
تستعمل الأدوات المعقّمة بدون غطاء خلال ٢٤ ساعة وتحفظ المغطاة منها في مكان معقم لإستعمالها خلال أسبوع

ملاحظة: إذا لم تستعمل الأدوات المعقمة خلال المهل المحددة يجب إعادة تعقيمها (بدءا بالخطوة السادسة).

٤. ازالة التلوث

تستعمل لوازم الوقاية المناسبة كالقفازات والأقنعة والنظارات مع كل خطوة.

الخطوة الأولى

تنقع الأدوات الملوثة فور الإنتهاء من إستعمالها في محول مطهر وذلك بإنتظار بدء عملية التنظيف.

الخطوة الثانية

تنظّف الأدوات بفرشاة في المحلول المطهر الذي سبق ووضعت فيه وذلك لإزالة الأوساخ العالقة، ثم تنظّف جيدا بماء حار.

الخطوة الثالثة

فور شطف المعدات، ضعها في محلول كلورين 5% (Chlorine Solution 5%) لمدة عشر دقائق، ان هذا التدبير يوقف الفيروسات المعدية كنقص المناعة وإلتهاب الكبد الفيروسي (HBV,HIV).

الخطوة الرابعة

بعد النقع، يجب ان تغسل المعدات بالماء البارد لمنع تآكل المعدن ولإزالة أي أوساخ عضوية ما زالت عالقة.

أي سطح (خصوصاً سطح طاولات الفحص) الذي يمكن ان يتلوث بإفرازات جسدية، يجب أن يمسح بمحلول مطهر كمحول الكلورين 5% (Chlorine 5%) بعد كل إستعمال أو على الأقل يومياً لمنع إنتشار أي عدوى، (يفضل إستعمال الشراشف الورقية التي تتغير بعد كل إستعمال).

الخطوة الخامسة

تجفف الأدوات بمنشفة نظيفة.

إن عملية التنظيف مهمة جداً لأنها:

الطريقة الأكثر فعالية لخفض عدد الجراثيم على سطوح الأدوات والمعدات الملوثة (يقلل بنسبة ٨٠ ٪ من الجراثيم)

التطهير والتعقيم غير فعالين بدون تنظيف مسبق.

الخطوات اللازمة للتنظيف

- لبس القفازات.
- شطف المعدات بالماء البارد.
- إستعمال فرشاة من أجل إزالة المواد العالقة.
- شطف الأدوات بماء نظيف.
- تجفيف الأدوات بمنشفة نظيفة أو بالهواء إذا توفّر.

الخطوة السادسة

التعقيم

إن التعقيم بالحرارة هو الوسيلة المتبعة حاليا لقتل الجراثيم والحد من إنتشار العدوى، وهناك طريقتان:

التعقيم بواسطة البخار تحت الضغط (Autoclave)

- درجة الحرارة ١٢١ درجة مئوية.
- درجة الضغط ١٥ باوند \ انش المربع ($15\,lb\backslash in^2$).
- لمدة ٢٠ دقيقة للمعدات المكشوفة و٣٠ دقيقة للمعدات المغلفة.
- لا تحمل المعقم أكثر من طاقاته (اترك على الاقل ٧,٥ سم بين المعدات الموضوعة وجدران المعقم).
- إنتظر حتى تجف كل المعدات قبل سحبها من المعقم .

التعقيم في فرن حراري (جاف)

- درجة الحرارة ١٧٠ درجة مئوية.
- لمدة ساعة واحدة (تأخذ العملية حوالي ٢– ٢,٥ ساعة، ريثما يوضع القطن في الفرن، تسخينه ل ١٧٠ درجة ومن ثم إنتظاره ليبرد).

أو

- درجة حرارة ١٦٠ درجة مئوية.
- لمدة ساعتين (تأخذ العملية ٣– ٣,٥ ساعة من الوقت).

هذا النوع من التعقيم هو الأفضل للقطع ذات الحروف القاطعة أو الحادة (مثلا: مقصات، شفرات).

يحدد وقت التعقيم عندما تصل درجة حرارة الفرن للحرارة المطلوبة.

هناك معدات قد تتأثر بدرجات الحرارة العالية ولذلك لا يمكن تعقيمها إلا بإستعمال المواد الكيمائية.

التطهير بواسطة البخار

ضع فقط أدوات أو معدات نظيفة وجافة في وعاء البخار. ابدأ التوقيت عندما يبدأ البخار بالتصاعد.

دع الأدوات لتجفّ في منطقة نظيفة في الغرفة، إستعمل الأدوات والمعدات فوراً أو ضعها في وعاء مطهّر لمدة لا تزيد عن أسبوع.

نصائح لإستعمال البخار

- إترك الأدوات والمعدات معرضة للبخار لمدة ٢٠ دقيقة في وعاء للبخار له غطاء.
- إبدأ بالتوقيت عندما يتصاعد البخار بين الوعاء والغطاء.
- لا تستعمل أكثر من ٣ أوعية بخار.
- دعها لتجف في الوعاء أو في وعاء مطهر آخر قبل الإستعمال أو الحفظ.

التخلص من الفضلات والأوساخ

الغاية من التخلص من الأوساخ هي:

- منع إنتشار العدوى بين العاملين الذين يتخلصون منها (عمال النظافة).
- منع إنتشار العدوى في المجتمع المحلي.
- حماية الذين يستعملونها من أي ضرر.

الفضلات الطبية يمكن أن تكون معدية أو غير معدية. غير معدية كالأوراق من المكاتب أو علب الكرتون والتي لا تسبب أي خطر، والفضلات المعدية كالفضلات المبللة بالدم أو أي سائل جسدي آخر والتي يجب أن نتخلص منها بطريقة صحيحة لمنع إنتشار العدوى والأمراض بين العاملين أو في محيط المركز.

الطريقة الصحيحة تعني

- استعمال القفازات.
- نقل الفضلات الصلبة في أوعية مغطاة إلى مركز التخلص منها.
- التخلص من كل الأدوات الحادة بوضعها في أوعية غير ممكن أن تثقب.
- إفراغ الفضلات السائلة بتأن في الحمام.
- حرق أو طمر الفضلات الصلبة.
- غسل اليدين بعد التخلص من الفضلات المعدية و إزالة القفازات.

الجزء الثامن عشر

الملاحـــق

ملحق رقم ١: اجراءات الفحص السريري

الخطوة الأولى

إستقبال المستفيد (ة)\الزائر(ة).

الخطوة الثانية

إستكمال توثيق الملف\البطاقة الصحية.

سجل المستفيدة الطبي ويتضمن:

تاريخ المستفيدة الشخصي، ويستخدم سجل موحّد للمستفيدات:

- إسم السيدة.
- السن.
- العنوان.

معلومات عن الزوج:

- الإسم.
- السن.
- المهنة.

تاريخ العادة الشهرية

- سن البلوغ.
- بدء الحيض.
- إنتظام الدورة الشهرية\عدد أيامها.
- مشاكل الحيض: الألم، النزف، التبقع، كمية الحيض.
- تاريخ آخر دورة شهرية.

سجل الولادات

- الحمل.
- الإنجاب.
- الإجهاض.
- الولادات الحية والميتة.
- مشاكل الحمل والولادة.
- مشاكل ما بعد الولادة.
- نمط الرعاية الصحية لفترة ما قبل الولادة.
- نمط ومكان الولادات.
- آخر حمل (إن وجد).
- آخر إجهاض (إن وجد).

سجل المستفيدة الطبي

- أية مشاكل طبية آنية.
- أمراض مزمنة.
- الإصابة بأمراض معدية.
- التلقيح، أوقاته.
- الحساسية.

سجل المستفيدة الجراحي

- إجراء عمليات جراحية.
- إجراء نقل دم.

سجل الطبي العائلي

- أمراض مزمنة، سرطان، أمراض خلقية، إعاقة.

العادات الإجتماعية\السلوكيات

- التدخين.
- تعاطي العقاقير والمخدرات.
- الكحول.
- نمط التغذية.
- ممارسة الرياضة.
- الصحة العقلية، الإجهاد النفسي\الضغوطات والمشاكل العاطفية.

الشكوى المرضية الرئيسية

- نوع المشكلة المرضية.
- فترة الإصابة بالمرض.
- تطوّر المشكلة المرضية.
- أي إرتباط بمشاكل مرضية أخرى.

إن إستكمال البطاقة الصحية للمستفيدة مع التركيز على التاريخ الصحي والسلوكيات يساعد على تقييم مدى إحتمال التعرض للإصابة بالأمراض، وإتخاذ التدابير الوقائية اللازمة.

الخطوة الثالثة

- الاستراتيجيات الوقائية والمشورة
- التوقف عن تعاطي المخدرات، العقاقير والكحول.
- التقليل من تناول الدهنيات في الغذاء اليومي.
- المداومة على الرياضة البدنية.
- خيارات موانع الحمل.
- تجنب السلوكيات التي تزيد من إحتمال التعرض للأمراض المنقولة جنسياً.
- تحاشي التعرض للضغوطات \ الإجهاد النفسي.
- التدرّب على فحص الثدي الذاتي.
- الوقاية من ترقق العظام.
- تأخير الممارسات الجنسية.

التلقيح

دورياً: الكزاز والخانوق (مرة بين سن الـ ١٤ الى ١٧ عاماً).

للمجموعات الأكثر عرضة للاصابة بالأمراض: لقاح الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية، لقاح التهاب الكبد B ، لقاح الإنفلونزا، ولقاح التدرّن الرئوي.

الخطوة الرابعة

١. تكون المستفيدة على طاولة الكشف بالوضع الملائم (Supine/sitting position) .

٢. تغطى بالشكل الملائم.

٣. نبدأ بالفحص ويتم بالتسلسل الآتي، بعد غسل مقدم الخدمة يديه:

- قياس الضغط (بعد إستراحة حوالي خمس دقائق).
- فحص أغشية العين (الأنيميا).
- الأسنان.
- الأنف\الأذن\الحنجرة.
- الغدة الدرقية.
- الغدد الليمفاوية في الرقبة.
- الرئتين.
- القلب.
- فحص الثدي.
  - تدرن.
  - غدد ليمفاوية.
  - فحص تحت الابط.
- البطن
  - خلوه من تورم.
  - ألم عند الفحص.
- الحوض (أسفل البطن).
- الظهر.
- الرجلين (خاصة لإكتشاف الدوالي \ الفاريس).
- الأعضاء التناسلية الخارجية.
- الأعضاء التناسلية الداخلية.
  - نستخدم منظار رحمي لفحص المهبل وعنق الرحم (يتم لبس الكفوف غير المعقمة لجس الرحم والمبيضين من المهبل)
- فحص الشرج \(Anal exam) بالإصبع (حسبما يلزم).

الخطوة الخامسة

بالنسبة للسيدات: إجراء إختبار الحمل في حال الإشتباه، وعلى ضوئه:

الخطوة السادسة

في حال كانت المرأة حاملاً ومع التأكيد على طرح الأسئلة الواردة في بطاقة الحامل تجري الفحوصات التالية:

أ- نفحص بنفس الطريقة التي سبق ذكرها
- فحص البطن.
  - فحص حجم البطن.
  - تشقق البطن بسبب الحمل.
- سماع نبض الجنين \ حجم الجنين.
- فحص تورم الرجلين.

ب- لا يتم فحص المهبل إلا في الحالات الخاصة التالية:
- عوارض الإلتهابات.
- عوارض الولادة في الشهر التاسع.
- أو لإجراء المسحة المهبلية (Pap-smear).

ت- إجراء الفحوصات المخبرية والطبية التالية:
- فحوصات الدم
  - Toxoplasma IGg
  - Rubella IGg
  - Blood and Rh groups
  - CBC
  - 1h PC
- فحوصات البول
  - Urine Analysis

في حال كانت فئة دم الحامل سلبي أطلب فحص دم شامل ودقق في فئة دم الزوج كذلك.
- يعتمد تكرار بعض الفحوصات أو إجراء فحوصات إضافية على تطور وضع الحامل.
- بعض أو معظم هذه الفحوصات تتم بموجب التحويل إلى مراكز الإختصاص، في إطار نظام الإحالة المعتمد في المركز.

ث- فحص الصورة الصوتية ويتم في الفترات التالية:
- المرة الأولى ما بين ١٢ و ١٨ أسبوعاً من تاريخ الحمل.
- المرة الثانية ما بين ٢٤ و ٢٨ أسبوعاً من تاريخ الحمل.
- كل "تصوير صوتي" إضافي يقرره الطبيب على ضوء تطور وضع الحامل.

الخطوة السابعة

- فحوصات تشخيصية لغير الحوامل
- إضافة الى الفحص السريري- المحدد سابقاً، تطلب الفحوصات التالية للمترددات غير الحوامل:
- فحص المسحة المهبلية
  - لدى إجراء فحص المسحة المهبلية يتوجب أخذ المؤشرات المدرجة أدناه بعين الإعتبار.

الفحوصات للمستفيدات الأكثر عرضة للإصابة مرّة سنوياً في الحالات التالية

الناشطات جنسيا.

نمط العلاقات الجنسية (الأسلوب، التكرار...).

تاريخ الاصابة بجرثومة فقدان المناعة أو فيروس الورم الحليمي.

المدخنات بكثرة.

تعدد الشركاء الجنسيين.

المستفيدات الأقل عرضة للاصابة بالأمراض مرة واحدة خلال الفترة من سنة الى ثلاث سنوات في الحالات التالية:

شريك جنسي واحد.

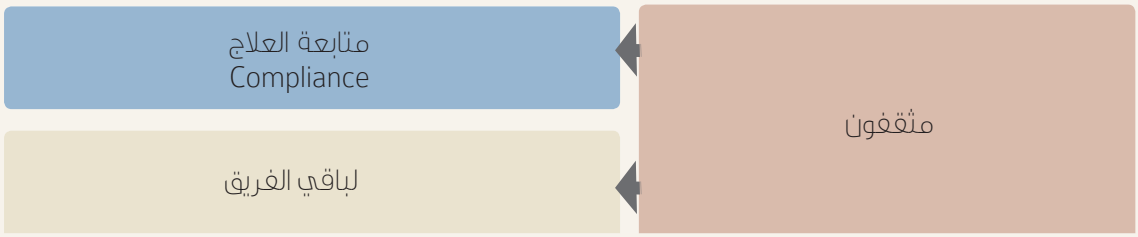
استئصال رحم سابق.

نتائج طبيعية لفحوصات المسحة المهبلية، لثلاث مرات متتالية.

ملحق رقم ٢: الأدوار الرئيسية للأطباء في مجال الصحة الإنجابية

- قبل تفصيل مهام كل طبيب على حدة، هناك أدوار رئيسية عامة للأطباء، نورد منها مثلا:
  - قادة فنيون للفريق العامل بالمركز.
  - موضع الثقة الأكبر للمستفيدين من المركز (Psychotherapists).
  - موثقون ومصادر معلومات موثوقة (Documentations, Information manager).
  - مدربون لبعضهم البعض ولباقي الفريق (وربما الأفراد).

- للمستفيدين ليتمكنوا من المشاركة في القرار.



- دعامة ضمان الجودة والأمان للتقديمات (Quality,Safety,Value).
- مساهمون في رسم اطار التقديمات وتحديد مستواها.
- مرشدون لوصف واستعمال الأدوية (UM,RM).
- مرشدون لكل الخدمات المساعدة من تشخيصية وعلاجية داخل المركز وخارجه.
- Utilization Management, Referral – e.g under/over-investigations etc...
- مساهمون في زيادة إقبال المستفيدين على المؤسسة والأطباء من التقديمات.
- ضمان حقوق المرضى وباقي المستفيدين.

مهام طبيب أمراض النساء والولادة

يلعب الطبيب المختص بأمراض النساء والولادة دورا أساسيا في إطار القسم\المركز على إعتباره مرجعاً لغالبية خدمات الصحة الإنجابية، والإختصاصي الذي يوفّر الطمأنينة للمستفيدات، ويتولى تأكيد المشورة التي وفرت لهن سواء بالنسبة لأي من مواضيع وخدمات الصحة الإنجابية التي يقدمها القسم\المركز.

وإضافة الى دوره في تشكيل الحماية لعمل الفريق الطبي المساعد فإن مهامه تتلخص بصورة رئيسية بالآتي:

- الإشراف على سير العمل الصحي في قسم الصحة الانجابية
- والتكامل مع الأطباء من الإختصاصات الأخرى والقابلة القانونية
- والممرضة وسائر أعضاء الفريق.
- المساهمة في توفير التوعية والتثقيف للمترددين على المركز والفئات المستهدفة كافة.
- درس البطاقة الصحية لكل مترددة وتعميق بعض الجوانب التي يرى ضرورة لسبر غورها.
- إجراء الفحص السريري للمستفيدة مع تأكيد الخصوصية أثناء الفحص، ووصف العلاج اللازم وتوفير المعلومات الضرورية حوله، وتوضيح سائر الجوانب التي تطمئن المستفيدة لجهة الوضع الصحي، مع تدوين المعلومات في السجل الخاص بذلك.
- معالجة وتوفير المشورة أو الإحالة في حالات ضعف الخصوبة والفحوصات المخبرية التي يراها ضرورية ومتابعة النتائج التي تظهرها التحاليل.
- توفير المشورة اللازمة حول وسائل منع الحمل ثم وصفها للمستفيدة، مع شرح الآثار الجانبية المحتملة للوسائل (إن وجدت).
- السهر على وضع المستفيدة الصحي أثناء فترة الحمل وأثناء الولادة وبعدها.
- أخذ عينة من عنق الرحم لفحص الزجاجة (Papsmear).

بعض أبرز جوانب الفحص السريري:

- قياس ضغط الدم.
- الوزن.
- فحص القلب والرئتين.
- فحص الثدي.
- فحص البطن.
- فحص الأطراف السفلية.
- الأعضاء التناسلية الخارجية.
- فحص الحوض الداخلي.
- فحص لون الجلد والعين.

بعض جوانب ضمان نوعية الرعاية:

- لبس المريول الأبيض.
- غسل اليدين قبل وبعد إجراء الفحص.
- التأكد من تعقيم الأدوات والمعدات.
- توفر المياه في المغسلة.
- التهوئة والإنارة ضروريتان في الغرفة.

- الإشراف على نوعية الرعاية في غرفة المعاينة، والعمل على التوجيه لجهة تطبيقها تطبيقاً حازماً في كل الأوقات.
- تحديد موعد الزيارة المقبلة للمتابعة.
- تطبيق وفي حدود ما تسمح به ظروف القسم، مفهوم الصحة الإنجابية طوال دورة الحياة، فتتوفر للمستفيدات، المشورة والخدمات اللازمة طوال فترة الخصوبة وبعد إنتهائها.
- تحويل المستفيدة الى مرجع طبي موثوق في حال تطلب الأمر ذلك.
- التدفئة \ التبريد.
- سلامة الأدوية واللوازم الطبية \والمطهرات المستخدمة.
- نظافة الغرفة وسائر المعدات والمفروشات.

مهام طبيب الأطفال في قسم الصحة الانجابية

يعتبر دور طبيب الأطفال هاماً وحيوياً في إطار قسم الصحة الإنجابية والمركز عموماً، خصوصاً لجهة العمل على خفض معدل وفيات حديثي الولادة والأطفال من خلال تحصين الأطفال وحمايتهم.

والجوانب أدناه مهام مقترحة لطبيب الأطفال في القسم \ المركز:

- توفير التوعية والتثقيف للوالدات المترددات على القسم \ المركز لا سيما في مجال الرضاعة الطبيعية والمخاطر التي يتعرض لها الأطفال.
- وضع نظام التحصين في القسم \ المركز والإشراف على تنفيذه.
- متابعة نمو الأطفال الجسدي والعقلي، والتغذية السليمة، و الكشف على صحة النظر و الأسنان.
- إجراء الفحوصات المخبرية الضرورية للوقاية والعلاج ومتابعتها.
- تحديد نوعية المتابعة المطلوبة للطفل والأم في إطار التوعية والتثقيف حول الصحة الإنجابية خصوصا الرضاعة الطبيعية.
- تحديد موعد الزيارة المقبلة.
- تحويل الطفل الى مرجع طبي موثوق في حال الضرورة لذلك.

القضاء على ظاهرة الارتفاع المفرط في معدل الوفيات بين الرضع من الأطفال والتي يمكن منعها من خلال:

١- تحسين الحالة الصحية والغذائية للرضع والأطفال.

٢- تعزيز الرضاعة الطبيعية بوصفها إستراتيجية لبقاء الطفل.

" الفقرة ١٥ من الفصل الثامن\برنامج عمل مؤتمر القاهرة"

كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع ولاسيما الوالدين والطفل بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته ومزايا الرضاعة الطبيعية، ومبادىء حفظ الصحة والإصحاح البيئي والوقاية من الحوادث وحصول هذه القطاعات على التعليم في هذه المجالات ومساعدتها على الاستفادة من هذه المعلومات.

" الفقرة ٥ من المادة ٣٢ من اتفاقية حقوق الطفل"

مهام طبيب " الطب العام"\ " طب العائلة " في قسم الصحة الإنجابية

يعتبر وجود طبيب "طب عام" في قسم الصحة الإنجابية مهماً من أجل توفير خدمة صحية متكاملة للمترددين على القسم \ المركز، خاصة أن له الحق أن ينوب مكان الأطباء من باقي الاختصاصات إن تعذر وجودهم، ومن البديهي لكي يقوم بدوره كاملاً، أن يوفّر له التدريب اللازم لمواكبة كل القضايا المتصلة بالصحة الإنجابية.

والجوانب أدناه مهام مقترحة لطبيب "الطب العام" في القسم\المركز:

- يشكل مع الأطباء الآخرين في المركز فريق طبي متكامل، لكي تتوفر للمستفيد\ة العناية الطبية المتكاملة قدر الإمكان.
- ويتولى مهام طبيب أمراض النساء وطبيب الأطفال عند غياب أحدهما او غيابهما معاً.
- يساهم بالتثقيف والتوعية والمشورة في كل ما يتصل بالجوانب الصحية للعائلة خصوصاً لناحية الأمراض المزمنة والموروثة وكيفية الوقاية منها وإستدراك محاذيرها في الوقت المناسب.
- يقوم بالفحص السريري لمرضى القسم \ المركز كافة والذين يرغبون بمثل هذه الفحوصات
ويحدد مع فريق العمل الطبي - التحويل المطلوب للمريض داخل القسم \ المركز - وكذلك شرح المتابعة المنزلية الضرورية لأفراد العائلة من أجل وضوح التصور المطلوب للمعالجة و/أو الإحالة الى المرجع الطبي الصالح.
- يقوم بتحويل المستفيد\ة لهدف التشخيص أو العلاج لدى المؤسسات الأخرى حسب الحاجة أو الضرورة.
- يساهم في تحديد نوعية الرعاية المطلوبة في القسم \المركز ويتابع تنفيذها.
- يساهم في تثقيف وتدريب أعضاء الفريق الصحي.

"ينبغي إعطاء أولوية للجهود الرامية الى تخفيض أمراض الطفولة الرئيسية، ولا سيما الأمراض السارية والطفيلية والوقاية من سوء التغذية بين الأطفال، عن طريق وضع تدابير تهدف كفالة أن يعيش جميع الأطفال في بيئة صحية وبنشر المعلومات عن النظافة والتغذية وتزويد الأبوين بالمعلومات والثقافة عن رعاية الطفل...."

"الفقرة ١٧ من الفصل الثامن
من برنامج عمل مؤتمر القاهرة"

ملحق رقم ٣. مهام القابلة القانونية في قسم الصحة الانجابية (١)

يعتمد بشكل أساسي في المراكز التي تقدم "خدمات الصحة الإنجابية" على الدور المنوط بالقابلة القانونية حيث ان إهتمامها يشمل المجالين الصحي والنفسي للمستفيدات مما يجعلها، في الغالب، الأقرب إليهن.

وينبثق هذا الدور انطلاقاً من الخلفية العلمية للقابلة وخبرتها العملية الفعلية بالإضافة الى مهامها المحددة قانوناً والتي تعزز دورها في القسم\المركز، وعلى ضوء ذلك اقتُرحت المهام التالية للقابلة القانونية:

الدور الصحي العام

نشر التوعية والتثقيف في مختلف مجالات الصحة الإنجابية.

المساهمة في تحسين الوضع الصحي للحوامل والمستفيدات بشكل عام.

المساهمة في تطوير وتحسين الأوضاع الصحية في القسم\المركز ومحيطه.

تنظيم الخصوبة والمباعدة بين الولادات.

توفير المشورة في مجال رعاية الحمل.

تسهيل عملية الولادة.

الدور الوقائي

إجراء فحوصات الثدي الدورية للوقاية من سرطان الثدي.

إجراء فحوصات المسحة المهبلية (Pap-smear) حسب المهل المقترحة طبياً، للكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم.

المساهمة في تأكيد دور وسائل تنظيم الأسرة الآمنة والفعّالة تفادياً للحمل غير المرغوب به، وبالتالي للوقاية من الحاجة إلى اللجوء للإجهاض.

متابعة المرأة الحامل بشكل دوري في فترة حملها وتحضيرها للولادة من النواحي الصحية والنفسية والجسدية للوقاية من مضاعفات الحمل.

النصح والإرشاد بإستعمال الواقي الذكري وإتخاذ التدابير اللازمة حسب تطور وضع المستفيد\ة للوقاية من الأمراض المتناقلة بالجنس.

الدور التقني

إجراء المعاينات النسائية والفحوصات السريرية على إختلاف أنواعها وذلك بهدف الرعاية الوقائية للسيدة أو لحل المشاكل الصحية التي تتعرض لها.

١. المشاكل المتعلقة بإضطرابات الدورة الشهرية وما ينجم عنها من خلل وظائفي متعلق بالجهاز التناسلي.

٢. المشاكل الصحية التي تنجم عن الأمراض المتناقلة جنسياً ووصف العلاجات اللازمة لبعضها وفقا لأحكام القانون الخاص بالأدوية التي يحق للقابلة ان تصفها بعد تشخيص المرض وتسميته.

المشاكل الصحية في فترة ما بعد إنقطاع الطمث وإتخاذ بعض التدابير الصحية اللازمة.

المشاكل الجنسية مع الزوج.

تشخيص بعض الإلتهابات النسائية وآلام الجهاز التناسلي.

طلب بعض الفحوصات المخبرية التي تساهم في تشخيص الأمراض المتعلقة بالجهاز التناسلي عند الحاجة.

تشخيص بعض الأمراض النسائية خلاف الإلتهابات.

وصف وسائل تنظيم الخصوبة المتوفرة الآمنة الفعالة والمناسبة:

- حبوب منع الحمل (بعد التأكد من إستيفاء الشروط الصحية).
- تركيب اللولب (بعد التأكد مما يحول دون ذلك).
- الواقي الذكري.
- توفير المعلومات والخبرات للمستفيدات حول الوسائل التقليدية: العد الشهري\العزل\طريقة Billings.

نزع اللولب والمتابعة للسيدات المستفيدات.

السهر على منع إنتشار العدوى من خلال تأمين النظافة العامة في المركز، شاملاً ذلك المعدات الروتينية الطبية والتعقيم للأدوات المستعملة في الفحوصات النسائية وغيرها من المجالات.

متابعة المرأة الحامل من خلال الزيارات الروتينية وطلب بعض الفحوصات المخبرية اللازمة وتحويلها إلى الطبيب النسائي في حال ملاحظة وجود أي تطور غير طبيعي.

التحضير للولادة من خلال تدريب الحامل على التمارين الخاصة إضافة الى العناية الجسدية والنظافة البدنية.

العناية بالملفات الصحية للمستفيدات لجهة إستكمال المعلومات الصحية الأساسية في بطاقة المستفيدة مع تحديد نوع الخدمة المطلوبة والتاريخ الصحي (Medical History).

(١) راجع القوانين الخاصة بمهام القابلة القانونية.

الدور التثقيفي

تقديم المشورة للمستفيدات بهدف التعليم، التحضير، والتمكين مما يعزّز تقديم الخدمة في المركز ويساهم في تطوير الوضع الصحي للمستفيدات.

التوعية والتثقيف حول كل ما يتصل بالصحة الإنجابية وخدماتها.

تنفيذ اللقاءات التثقيفية في محيط المركز (مثل المدارس أو الجامعات، الأندية، الجمعيات...)

المتابعة المنزلية حين تدعو الضرورة.

ملحق رقم ٤. دور ومهام الممرضة في قسم الصحة الانجابية

تلعب الممرضة دوراً بارزاً في قسم الصحة الإنجابية حيث أنها تمثل "العامود الفقري" من خلال الدور التقني الذي تؤديه في "تقديم الخدمة المناسبة".

مهمات مقترحة للممرضة في قسم الصحة الإنجابية

حسن إستقبال المستفيدين الوافدين إلى القسم "والإستقبال هو العنصر الأول الأساسي في تقديم الخدمة".

إستيفاء معلومات النماذج والبطاقات الصحية بالبيانات المطلوبة في كل منها بكفاءة ودقة.

التسجيل اليومي للمستفيدين من خدمات القسم وأنواع الخدمات المطلوبة، والأدوية و\أو وسائل تنظيم الأسرة التي تم وصفها.

إستيفاء بدل الخدمات لقاء إيصال مالي لكل خدمة من الخدمات المقدمة في المركز (في بعض الحالات).

ترتيب ونظافة المقاعد اللازمة لإنتظار المستفيدين في قاعة الإنتظار.

الحرص على:

- توزيع المطبوعات التي تتضمن المعلومات حول الصحة الإنجابية ووسائل تنظيم الأسرة.
- عرض أفلام فيديو لتثقيف وتوعية المستفيدات.
- المساهمة في تأمين حصول المستفيدة على الخدمة المطلوبة.
- تنظيم بعض اللقاءات التثقيفية وتحضيرها.
- مراقبة نظافة وترتيب القسم والسهر على منع إنتشار العدوى.
- تبليغ إدارة القسم \ المركز عن أي عطل أو طارىء تتعرض له التجهيزات أو المعدات والمتابعة للحصول على المعدات الطبية الضرورية غير المتوافرة.

مساعدة الأطباء العاملين في القسم خلال المعاينة الطبية وفقا للآتي:

مع الطبيب النسائي:

تحضير البطاقة الصحية جاهزة، بالترتيب.

قياس الضغط.

قياس الوزن.

تحضير غرفة الفحص.

تأمين الشراشف الورقية.

تأمين غطاء للمستفيدة.

تحضير المستفيدات للفحص السريري.

التأكد من وجود المعدات الطبية اللازمة للفحوصات.

التأكد من التعقيم المسبق للأدوات التي تستخدم، بما فيها المعدات اللازمة للفحص النسائي.

مساعدة الطبيب أثناء المعاينات النسائية.

البقاء الى جانب المستفيدة حتى إنتهاء الفحص.

توفير المشورة حول الدواء مع التركيز على مجالات وذكر العوارض الجانبية إذا وجدت، وتوفير مناخ التهدئة والإطمئنان للمترددين على المركز.

تحديد موعد الزيارة المقبلة وإبلاغه للمستفيد\ة قبل المغادرة.

التنظيف الأولي للأدوات المستعملة في الكشف.

إرسال الأدوات المستعملة عند الكشف الى التعقيم.

مع طبيب الأطفال:

تحضير الأطفال للفحص الطبي.

قياس وتسجيل الوزن.

قياس وتسجيل الحرارة.

قياس وتسجيل الطول.

تعبئة البيانات الضرورية على البطاقة الخاصة لذلك.

إحضار البطاقة الصحية الى الغرفة لتسجيل البيانات بعد المعاينة (من قبل الطبيب).

تحضير اللقاحات اللازمة وتأمينها قبل وصول الأطفال.

السهر على طريقة حفظ اللقاحات لعدم تعرضها للتلف.

تحضير غرفة الفحص.

تأمين خافض اللسان.

تأمين الشراشف الورقية.

التأكد من وجود المعدات اللازمة من حقن وسماعة طبية وضوء يدوي.

التأكد من تعقيم الأدوات قبل إستعمالها.

مساعدة الأم على تحضير الطفل للكشف الطبي.

شرح كيفية إستعمال الدواء (للأم \الأهل).

تحديد موعد الزيارة المقبلة قبل إنصراف المستفيد\ة.

مهمات أخرى إضافية:

غسل الأدوات وتعقيمها يوميا قبل إنصرافها وبعد إنتهاء كل المعاينات في القسم.

السهر على إعادة النظام والنظافة إلى غرفة المعاينة بعد إنهاء المعاينات اليومية.

إعداد التقرير المالي اليومي عن بدلات المعاينات وتسليمها للمسؤول (١).

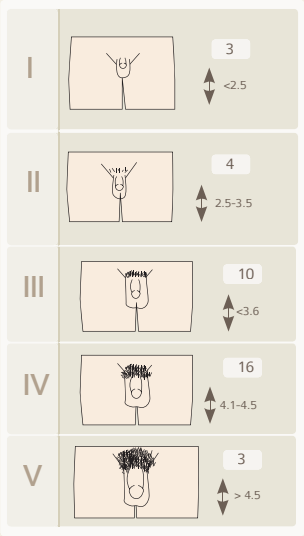
القيام ببعض مهام القابلة عند غيابها.

(١) يعمل به حيث يتطابق الموضوع مع الواقع

ملحق رقم 0: المستند العيادي في حال تأخر سن البلوغ عند الذكور

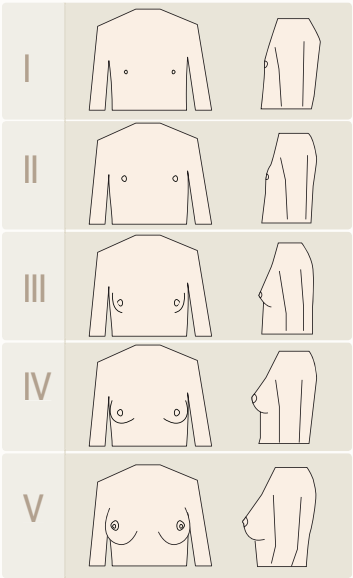
المستند العيادي في حال تأخر سن البلوغ عند الذكور:						
الإسم: الذكور						
التاريخ						
الطول						
الوزن						
طول الذراعين						
رسم النمو البياني						
أدلة أخرى (خلقية....)						
الخصائص الجنسية الثانوية						
طول أو حجم الخصية اليمين						
طول أو حجم الخصية اليسار						

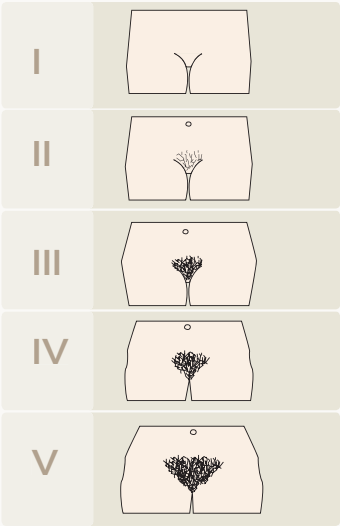
مرحلة تانر – Tanner



الفحوصات المخبرية						
CBCD						
ESR						
Creatinin						
BUN						
SGOT						
SGPT						
GGT						
Alkaline phosphatase						
FSH						
LH						
Prolactin						
TSH						
Testosterone						
DHEAS						
Karyotype						
فحوصات التصوير						
صورة أشعة لليد اليسرى والمعصم لتقييم العمر العظمي						
صوتية للحوض أو الخصيتين في حال تمّ الكشف عن كتلة في هذه المنطقة						
التصوير بالرنين المغنطيسي للدماغ في حال ظهور علامات أو أعراض عصبية غير طبيعية						

ملحق رقم ٦: المستند العيادي في حال تأخر سن البلوغ عند الإناث

المستند العيادي في حال تأخر سن البلوغ عند الإناث:						
الإسم: الإناث						
التاريخ						
الطول						
الوزن						
طول الذراعين						
رسم النمو البياني						
أدلة أخرى (مثلاً: عند الفتيات القصيرات القامة ابحث عن ادلة خفية من ملازمة ترنر(Turner)، العوارض : علو وتقوس الحنك، مرفق أروح cubitus valgus ، قصر السنع الرابع لأصابع اليد)						
الخصائص الجنسية الثانوية						
مرحلة تانر – Tanner  (من المهم جداً أن نميز ظهور الثدي عن تراكم الدهون عن طريق الجس في وضعية الاستلقاء)						



الفحوصات المخبرية						
CBCD						
ESR						
Creatinin						
BUN						
SGOT						
SGPT						
GGT						
Alkaline phosphatase						
FSH						
LH						
Prolactin						
TSH						
Estradiol						
DHEAS						
Karyotype						
فحوصات التصوير						
صورة أشعة لليد اليسرى والمعصم لتقييم العمر العظمي						
الصورة الصوتية للحوض لتحديد وجود أو عدم وجود الرحم						
التصوير بالرنين المغنطيسي للدماغ في حال ظهور علامات أو أعراض عصبية غير طبيعية						

ملحق رقم ٧ - لائحة مراكز خدمة المشورة والفحص الطوعي في لبنان - VCT

المؤسسة	الإسم	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
جمعية العناية الصحية - SIDC	نادين بدران	01-482428	nbadran@sidc-lebanon.org
عيش إيجابي - Vivre positive	ريتا وهاب	01-482428	rwahab@sidc-lebanon.org
أنوار المحبة	رانيا درغام	01-391396/7	info@anwaralmahaba.org
JCD الشبيبة لمكافحة المخدرات	عبد الله مزهر	09-638242	jcd@@jcdlb.org
JAD الشبيبة ضد المخدرات	جوزيف حواط	09-942856	jaddrogue@hotmail.com
سكون - Skoun	رافي دمرجيان	01-202714	raffi@skoun.org
حلم - Helem	غنوى سمحات	01-748258	Genwa.samhat@gmail.com
نعم للحياة - Oui pour la vie	ربيع ماهر	78-881331	Rabih.maher@ouipourlavielb.com
مرسى - Marsa	ديانا أبو عباس	01-737647	Diana@marsa.me
دار الفتوى - Dar El Fatwa	الشيخ عماد قنواتي	01-796400	Imad2222@hotmail.com
مركز التدرن الرئوي - Tb Center	علي سويسي	01-443550	
دار الأمل - Dar El Amal	هدى كارة	01-438508	Hodakara1@hotmail.com
فكر ايجابي - Think positive	حسن شري	76-843064	Hcherry@thinkpositivelb.com
مستشفى الحريري الحكومي Hariri Hospital	غادة شعيب	01-830000(1067)	Gshuaib@hotmail.com
Escale	ايلي ضو	01-491705	Eliedaou1@gmail.com
الصليب الأحمر الأرمني Armenian red cross	فيرجيني خرشيديان	01-253793	Arcl-absmc@hotmail.com
مؤسسة الحريري Hariri organization	رانية الزعتري	01-215505	raniazaatari@hotmail.com
مركز الرعاية الصحية الأولية - قب الياس	محمد زاديا	08-501865	
مركز الخدمات الأنمائية - عانوت	سحر قدح	07-242038	
مركز الخدمات الأنمائية - بسابا	سعد الأكوم	71-149976	
مركز الخدمات الأنمائية - برجا	غادة دمج	70-388504	
مركز الخدمات الأنمائية - كفرحيم	ميادة أبو خزام	05-720607	
مركز الخدمات الأنمائية - بعقلين	دحة حرب	05-300377	
مركز الخدمات الأنمائية - الجاهلية	ماري أبو دياب	05-720784	
مركز الخدمات الأنمائية - كفرفاقود	خولة بو كروم	76-616985	
مركز الخدمات الأنمائية - الميناء	ايفي عبشي	06-390567	
مركز الخدمات الأنمائية - الزاهرية	هدى حماوي	03-495004	
مركز الخدمات الأنمائية - التبانة	راشا عكاري	06-226677	Richo_79@hotmail.com
مركز الخدمات الأنمائية - اميون	جومانا الخوري	03-866343	
مركز الخدمات الأنمائية - رشعين	ميرنا الدويهي	03-915087	
مركز الخدمات الأنمائية - بخعون	عبلة حمدان	70-560514	
مركز الخدمات الأنمائية - سير الضنية	سعدة هوشر	71-429619	Sa3da_alam@hotmail.com

المؤسسة	الإسم	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
مركز الخدمات الأنمائية - صور	دلال حيدر	70-904535	
مركز الخدمات الأنمائية - شعيتية	أمل فاعور	70-191620	Amal_fa@live.com
مركز الخدمات الأنمائية - جويا	زهراء اسماعيل	03-356706	
مركز الخدمات الأنمائية - الناقورة	مريم سبليني	07-460109	
مركز الخدمات الأنمائية - الشهابية	مريم ركة	07-411076	
مركز الخدمات الأنمائية - دير كيفا	خديجة باز	07-411826	
مركز الخدمات الأنمائية - جبال البطم	أمل سويدان	70-237008	
مركز الخدمات الأنمائية - صور	رنا جهمي	03-970159	ranajahami@hotmail.com
مركز الخدمات الأنمائية - الشهابية	ندى قانصو	71-354058	
مركز الخدمات الأنمائية - رحبة	سبين نسيم	70-586902	
مركز الخدمات الأنمائية - حلبا	ريما داهر	06-693967	
مركز الخدمات الأنمائية - البيرة	ماريا وهبي	71-640527	
مركز الخدمات الأنمائية - جبشيت	حسيب بيطار	03-790618	
مركز الخدمات الأنمائية - النبطية	ليلى بدر الدين	70-761997	
مركز الخدمات الأنمائية - كفرصير	عيدا حمادة	03-470676	
مركز الخدمات الأنمائية - انصار	فرحة مصطفى	07-501300	
مركز الخدمات الأنمائية - يحشوش	ريتا الترك	09-865770	Ritaturk78@hotmail.com
مركز الخدمات الأنمائية - عمشيت	منى زخيا	70-113926	Mona.zakhia@hotmail.com
مركز الخدمات الأنمائية - غزير	جويل سكيم	09-925426	Joelle_mattar@hotmail.com
مركز الخدمات الأنمائية - جونية	راشيل غانم	70-134466	rachellesassine@gmail.com
مركز الخدمات الأنمائية - عشقوت	ميرنا الراسي	70-169231	Myrnaldaghfal1@hotmail.com
مركز الخدمات الأنمائية - غسطة	غرتا بلان	09-635969	Ballout7@hotmail.com
مركز الدفاع المدني - كفركلا	نبيهة بركات	71-998213	
مؤسسة عامل - البازورية	رجاء عبود	07-375135	Aboud.rajaa@hotmail.com
مؤسسة عامل - صور	منى شاكر	07-840052	Monaliza2211@hotmail.com
مؤسسة عامل - الخيام	حسام نسر	07-840052	Houssam.nesr@gmail.com
مستشفى المياس - شتورة	يولا شربل	08-542301	
جمعية المقاصد - مجدل عنجر	محمود عاصي	78-830584	
كلية الصحة الجامعة اللبنانية - زحلة	ريتا تنوري	70-929765	
مستوصف نقابة العمال الزراعيين - الكرك	سميرة أبو ريا	03-827280	
مستوصف نادي الوحدة - المرج	فاطمة بدر الدين حرب	08-513340	
الجمعية العربية لمكافحة المخدرات والادمان- شتورة	بيسان كوريش	71-140298	
المجلس الأهلي لمكافحة الادمان - صيدا	ماجد حمتو	07-752096	majedhamatto@ccaa-lb.org
مركز الرازي الطبي - صيدا	حسن أبو غدير	07-722267	alrazi@alrazimc.org
الاغاثة الاسلامية - صيدا	سناء البزري	07-732636	
جمعية النداء الاسلامي - مخيم عين الحلوة - صيدا	ماهر ديب	07-750638	

المؤسسة	الإسم	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
مركز الخدمات الأنمائية - صيدا	حسين بديع	07-724974	
مركز سريتا للرعاية الصحية الاولية - الصرفند	حسين زريق	07-443123	
مركز الخدمات الأنمائية - حوش الامراء	هلا الراعي	09-815100/1	
مركز الخدمات الأنمائية - يحمر	جميلة هدلا	08-635557	
مركز الخدمات الأنمائية - جب جنين المنصورة	علي الخشن	08-640697	
معهد البقاع المهني والتقني	فوزية عبد الباقي	08-640945	
مستشفى د. حامد فرحات - البقاع الغربي	فدى الفقيه	08-663300 ext 112	
مستشفى الياس الهراوي الحكومي - زحلة	محمد عدوي	71-666274	
مستوصف الفاروق الطبي - قب الياس	احمد شحادة	71-115127	
جمعية الرسالة للإسعاف الصحي - المركز الرئيسي زفتا	العمليات	03-880052	
الهيئة الصحية الاسلامية - الخيام	هلا عبد الله	07-840536	
الهيئة الصحية الاسلامية - كفركلا	علي حرب	07-855808	
براود ليبانون - Proud Lebanon	بيرتو مقصو	01-821220	info@proudlebanon.org
الجمعية اللبنانية من أجل أسرة عصرية - نيو روضة	ميشلين حداد	01-696278	Micha_had@hotmail.com
جمعية عدل ورحمة - رومية	جوانا عماد	01-901560 03-131570	
الجمعية العربية لمكافحة الادمان والمخدرات - بر الياس	آيا رديني	03-316685	
جمعية الصباح الانسانية - مجدل عنجر	صباح الحلاق	70-995904	
مستوصف غرايس الخير - مجدل عنجر	تغريد العجمي	08-622789	
مركز البشائر الطبي - ابي سمرا طرابلس	د.هشام سليمان	76-661747	
مستوصف الكرامي الخيري - التل طرابلس	رك سعدي	06-430089	
مستشفى دار الشفاء - ابي سمرا طرابلس	محمد الحسن	06-429595 (157)	
الصليب الاحمر - الغرباء طرابلس	الخدمات الطبية الاجتماعية	06-443025	
مستوصف الامام - الميناء طرابلس	بسيمة أسمر	06-211770	
النجدة الشعبية اللبنانية - الميناء طرابلس	نزهة اشقر	06-602144	
مستوصف القبي الاسلامي- القبة طرابلس	وعد حمود	06-385685	
مستوصف الزهراء الطبي - جبل محسن	سحر محمد	06-380344	
اونروا - بعلبك	سهام الاحمر	08-370931	
اونروا - سعدنايل	يوسف دلال	08-506338	
اونروا - بر الياس	رندا الخطيب	08-514304	
اونروا - بير حسن	شهناز عباس	01-857128	Shahnaz23@hotmail.com
اونروا - شتيلا	ليال بيشير	03-047948	Bishir@unrwa.org
اونروا - غازية	شاديا يونس	76-979375	youniss@unrwa.org
اونروا - مية ومية	شاديا يونس	03-473588	youniss@unrwa.org

المؤسسة	الإسم	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
اونروا - مار الياس	عليا فاخوري	01-307854	l.galafet@unrwa.org
اونروا - نبطية	ليليانا ليزكانو	70-800974	l.galafet@unrwa.org
اونروا - انصارية	ليليانا ليزكانو	76-988144	
اونروا - عين الحلوة	احمد حنفي	03-453757	a.hanafi@unrwa.org
اونروا - برج البراجنة	منية عيسى	01-451922(452)	Missa2@unrwa.org
اونروا - بداوي	ايمن الحج محمد	06-391206	a.hajmohammad@unrwa.org
اونروا - المينا	منى رينو	06-204932	rinmon@unrwa.org
اونروا - عين الحلوة	زاهر خطاب	71-541533	khattabz@unrwa.org
اونروا - اقليم الخروب	احمد شحرور	07-974251	a.shahrour@unrwa.org
اونروا - ضبية	منى الوحيد	04-540751	m.lwahid@unrwa.org
اونروا - برج حمود	منى الوحيد	01-241659	m.lwahid@unrwa.org
اونروا - صور	غادة بهلول	03-001683	
اونروا - نهر البارد	حاتم الاسدي	76-967194	

المراجع

1. Abnormal Uterine Bleeding, ACOG practice bulletin 136, 2014.
2. Amenorrhea: An Approach to Diagnosis and Management, AAFP, 2013
3. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Guidelines for Perinatal Care, Seventh Edition October 2012
4. Anemia in Pregnancy, ACOG practice bulletin 95, 2008
5. Breast cancer screening, ACOG practice bulletin 122, 2011.
6. Calcium supplementation in pregnant women, WHO 2013.
7. CMV, Parvo B19, Varicella, Toxoplasmosis in pregnancy, ACOG practice bulletin 151, 2015.
8. Disorders of Puberty, AAFP 1999.
9. Early pregnancy loss, ACOG practice bulletin 150, 2015.
10. Evaluation and Treatment of Women with Hirsutism, AAFP 2003.
11. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance, 2009.
12. Gestational Diabetes Mellitus, ACOG practice bulletin 137, 2013.
13. Human papillomavirus, ACOG Practice Bulletin 61, 2005.
14. Hypertension in pregnancy, ACOG 2013.
15. Iron Deficiency Anemia, AAFP 2013.
16. Management of Herpes in pregnancy, ACOG practice bulletin 82, 2007.
17. Management of menopausal symptoms, ACOG practice bulletin 141, 2014.
18. Management of preterm labor, ACOG practice bulletin 127, 2012.
19. Medical abortion of first trimester bleeding, ACOG practice bulletin 143, 2014.
20. Multifetal gestations, ACOG practice bulletin 144, 2014.
21. Nausea and vomiting of pregnancy, ACOG practice bulletin 153, 2015.
22. Osteoporosis, ACOG practice bulletin 129, 2012.
23. Polycystic Ovary Syndrome, ACOG practice bulletin 108, 2009.
24. Second trimester abortion, ACOG practice bulletin 135, 2013.
25. Sexually Transmitted Diseases STD Treatment Guidelines, CDC 2015.
26. Updated Consensus Guidelines for Managing Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology 2014.
27. Urinary incontinence in women, ACOG practice bulletin 63, 2005.
28. Urinary Tract Infections During Pregnancy,AAFP 2000.
29. Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions, ACOG practice bulletin 73, 2006.

30 Vitamin D in Pregnancy, RCOG, paper N43, 2014.