شبكة المعلومات الجامعية

بسم الله الرحمن الرحيم

HOSSAM MAGHRABY

شبكة المعلومات الجامعية

شبكة المعلومات الجامعية

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

HOSSAM MAGHRABY

شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الإلكتروني والميكروفيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها

علي هذه الأقراص المدمجة قد أعدت دون أية تغيرات

يجب أن

تحفظ هذه الأقراص المدمجة بعيدا عن الغبار

HOSSAM MAGHRABY

شبكة المعلومات الجامعية

بعض الوثائق الأصلية تالفة

HOSSAM MAGHRABY

شبكة المعلومات الجامعية

بالرسالة صفحات

لم ترد بالأصل

HOSSAM MAGHRABY

د ٢٨٤٤

B١٢٧٢٩

جامعـــــة دمشـــــق
كليـــة الطـــب البشـــري
قسم التوليد وأمراض النساء

الإنتان النفاسي

بحث علمي أعد لنيل شهادة الماجستير (دراسات عليا)
في التوليد وأمراض النساء وجراحتها

برئاسة
الأستاذ الدكتور
محمد نذير ياسمينة

بإشراف
الأستاذ الدكتور
بشار الكردي

إعداد طالب الدراسات العليا
الدكتور محسن زينة

2002

الإهداء

إلى أمّي...

كلمة شكر

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لجميع الأساتذة والمشرفين في دار التوليد الجامعي. وأخص بالذكر

الأستاذ الدكتور بشار الكردي

الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة فكان خير مرشد ومعين.

كما أتقدم بخالص الشكر

للأستاذ الدكتور محمد نذير ياسمينة

رئيس قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى دار التوليد الجامعي

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذين

أ. د. عماد الدين تنوخي & أ. د. جميل طالب

لتفضلهما مشكورين بمناقشة هذه الرسالة.

الإنتان النفاسي

مخطط البحث

الدراسة النظرية: ١

1- مقدمة

2- الحمى النفاسية

3- التشخيص التفريقي للحمى النفاسية

4- إنتان الرحم النفاسي

- الولادة المهبلية
- الولادة القيصرية
- العوامل المؤهبة
- العوامل الممرضة الشائعة
- الزراعات الجرثومية
- الإمراضية
- السير السريري
- المعالجة
- مضاعفات إنتانات الرحم

5- التهاب الوريد الخثاري الحوضي الإنتاني

- الإمراضية
- الموجودات السريرية
- التشخيص والمعالجة

6- إنتانات العجان – المهبل – عنق الرحم

- الإمراضية والسير السريري
- العلاج

7- متلازمة الصدمة السمية

الدراسة العملية:

1- أهداف الدراسة

2- اختيار المرضى

3- نظم المعالجة

4- طريقة المتابعة السريرية - المخبرية - تقييم النتائج

5- النتائج ومناقشتها

6- الاستنتاجات والتوصيات

7- خلاصة

المراجع

القسم النظري

1- الإنتان النفاسي:

هو اصطلاح عام يستخدم لوصف أي خمج جرثومي للطرق التناسلية بعد الولادة. الإنتانات الحوضية هي الاختلاطات الأكثر خطورة في مرحلة النفاس وقد شكلت مع ما قبل الارجاج والنزف التوليدي لعدة عقود من القرن الماضي الثلاثي المميت لأسباب الوفيات الولادية (Bergand & Colleagues 1996). ولحسن الحظ فقد أصبحت الوفيات الولادية نتيجة الإنتان غير شائعة حالياً. فقد بيّن Rochat وزملاؤه عام 1988 أن 4% من الوفيات الوالدية كانت بسبب الإنتان. وفي دراسة أخرى ضمت 2644 وفاة والدية في عام 1979-1986 ترافق الإنتان مع 8% من المجموع (Atrash and Colleagues 1990) وخلال هذه الفترة الزمنية كان هناك تقريباً 0.6 وفاة والدية من الإنتان لكل 100.000 مولود حي.

2- الحمى النفاسية:

لأن معظم ارتفاعات الحرارة خلال فترة النفاس تحدث بسبب الإنتان الحوضي فإن حدوث ارتفاع الحرارة بعد الولادة يشكل منطقياً مشعراً لحدوث الإنتانات التناسلية وقد عرفت المراضة االنفاسية كالتالي:

حرارة °C 38 (°100.4 فهرنهايت) أو أكثر. تحد ث الحرارة في أي يومين من الأيام العشرة الأولى بعد الولادة باستثناء الـ 24 ساعة الأولى، بشرط أن تؤخذ الحرارة عن طريق الفم بتقنيات نظامية 4 مرات على الأقل يومياً (Williams 1997) وهذا التعريف ما يزال مستخدماً بشكل شائع في الولايات المتحدة وعلى الرغم من أنه يقترح أن كل الحرارة النفاسية هي بسبب الإنتان الحوضي فإن ارتفاع الحرارة قد ينتج من أسباب أخرى، وإن ارتفاع الحرارة بمقدار ≤ 38.6 في اليوم الأول يجب أن تلفت الانتباه (Julia Barrett 1999).

3- التشخيص التفريقي للحمى:

إن معظم ارتفاعات الحرارة المستمرة بعد الولادة تحدث بسبب خمج السبيل التناسلي وبغض النظر عن ذلك فإن النفساء التي تستمر حرارتها C° 38 أو أكثر يجب أن تقوّم من أجل الأسباب خارج الحوضية للحمى بالإضافة إلى الإنتان الحوضي. وقد بين (Filker and Monif 1979) أن فقط 20% من النساء المصابات بالحمى في أول 24 ساعة بعد الولادة واللواتي ولدن مهبلياً شخص لديهن فيما بعد إنتاناً حوضياً خلاف اللواتي ولدن بعملية قيصرية حيث تكون النسبة 70%، يجب التأكيد أن الحرارة مرتفعة بشكل حاد (C° 39 أو أكثر) والتي تتطور خلال الـ 24 ساعة الأولى بعد الولادة قد تترافق مع خمج حوضي شديد الفوعة بسبب المجموعة A أو B من المكورات العقدية. وإن بعض الأسباب خارج الحوضية للحمى النفاسية هي:

الاختلاطات التنفسية، التهاب الحويضة والكلية، احتقان الثدي الشديد، التهاب الثدي الجرثومي، التهاب الوريد الخثري. وفي حالات فتح البطن قد يكون السَبَبْ هو خراج الشق الجراحي. أكثر ما تشاهد الاختلاطات التنفسية خلال الـ 24 ساعة الأولى بعد الولادة غالباً عند النساء اللواتي ولدن بعملية قيصرية وتتضمن هذه الاختلاطات: الانخماص الرئوي، ذات الرئة الاستنشاقية، أو أحياناً ذات الرئة الجرثومية. إن أفضل طريقة لمنع الانخماص الرئوي هي بالاستخدام الروتيني للسعال والتنفس العميق بشكل منتظم وثابت وعادة كل 4 ساعات لمدة 24 ساعة على الأقل بعد التخدير العام. إن نقص التهوية يسبب انخماصاً سنخياً وإن انسداد الطرق الهوائية بسبب المفرزات الكثيفة ونقض منعكس السعال يزيد هذه الاجتمالية.

يعتقد أن الحمى المترافقة مع الانخماص الرئوي تحدث بسبب الخمج بالفلورا الطبيعية التي تتكاثر بعيداً عن مكان الانسداد. ويجب الشك بامكانية حدوث الاستنشاق في حال ازدياد الأعراض سوءاً وأيضاً بسبب النتائج الخطيرة للاستنشاق. وهؤلاء النساء غالباً ما يتطور لديهن حمى عالية الدرجة، درجات مختلفة من الوزيز التنفسي، وفي معظم الحالات تحدث لديهن علامات واضحة لنقص الأكسجة.

• التهاب الحويضة والكلية:

قد يكون من الصعب تمييزه عن الإنتان الحوضي وفي الحالات النموذجية فإن البيلة الجرثومية والبيلة القيحية،وإيلام الزاوية الضلعية الفقرية، والحمى العالية كلها تشير بوضوح إلى الخمج الكلوي. على أي حال فإن الصورة السريرية قد تختلف ومثالاً على ذلك فإن العلامة

الأولى للخمج الكلوي لدى النساء قد تكون ارتفاع الحرارة ولاحقاً إيلام الزاوية الضلعية الفقرية مع الغثيان والإقياء.

• احتقان الثدي:

هو من الأسباب الشائعة لارتفاع الحرارة القصير الأمد. ويحدث لدى 15% من كل النساء في مرحلة النفاس حمى بسبب احتقان الثدي في الأيام القليلة الأولى بعد الولادة والتي نادراً ما تتجاوز 39 C°. وإن الحرارة تتميز هنا بأنها لا تدوم أكثر من 24 ساعة على خلاف الحرارة بسبب التهاب الثدي الجرثومي التي تتطور لاحقاً وتميز بأنها مستمرة وتترافق مع الأعراض والعلامات الأخرى لخمج الثدي والتي تصبح صريحة خلال 24 ساعة.

قد يكون التهاب الوريد الخثاري السطحي والعمقي في الطرف السفلي هو سبب الحمى لدى النفساء. ويوضع التشخيص من خلال ملاحظة ساق متورمة، مؤلمة مترافقة أحياناً مع إيلام في الربلة، وأحياناً مع إيلام في المثلث الفخذي (Williams 1997).

4- الإنتان الرحمي التالي للولادة: Postpartum Uterine Infection

لقد دعي الإنتان الرحمي بعد الولادة بأسماء مختلفة: التهاب باطن الرحم Endometritis والتهاب العضلة والبطانة الرحمية Endomyometritis والتهاب باطن وما حول الرحم Endomyometritis ولأن الخمج في الواقع لا يصب فقط الغشاء الساقط وإنما أيضاً العضلة الرحمية والنسيج حول الرحم فإننا نفضل مصطلح التهاب الرحم مع التهاب النسيج الخلوي الحوضي Metritis and Pelvic Cellulitis. إن الإنتان الرحمي غير شائع نسبياً بعد الولادة المهبلية لكنه يشكل مشكلة أساسية في النساء اللواتي ولدت بعملية قيصرية (وإن طريقة الولادة هي عامل الخطورة الوحيد الأكثر أهمية لتطور الإنتان الرحمي بعد الولادة). وقد بيّن (Kurtz and Wachsberg 1992) أن وجود الغاز ضمن التجويف الرحمي بعد الولادة المهبلية لا يترافق مع خمج رحمي في معظم لحالات وبشكل مثير للاهتمام فإن بعض النساء كان لديهن غاز في تجويف الرحم لأكثر من أسبوعين بعد الولادة ولم يتطور لدى أي منهن التهاب رحم.

• الولادة المهبلية:

إن التهاب الرحم بعد الولادة المهبلية غير شائع نسبياً مقارنة مع العملية القيصرية. وقد أوضح Sweet and Ledger (1973) أن نسبة حدوث الإنتان الرحمي بعد الولادة المهبلية كانت 2.6%.

وفي دراسة لمدة 6 أشهر خلال عام 1987 وشملت 5000 امرأة ولدن مهبلياً في مشفى Parkland فإن 1.3% فقط أعطين معالجة لالتهاب الرحم. على أي حال عندما تمت دراسة النساء ذوات الخطورة العالية بشكل منفصل (انبثاق أغشية مديد، مخاض مديد، فحوص مهبلية متكررة، مراقبة جنينية داخلية) فإن نسبة حدوث التهاب الرحم كانت تقريباً 6% وإن وجود الإنتان داخل الأمينوسي يزيد النسبة إلى 13% وقد بيّن Libombo وزملاؤه (1994) أن التهاب الرحم بعد الولادة المهبلية حدث بشكل أكثر تكراراً عند النساء اللواتي كانت عندهن نتائج جنينية سيئة والتي تتضمن: الاملاص، انخفاض وزن الولادة، الولادة الباكرة، اختلاطات الولدان الخطيرة.

• الولادة القيصرية:

على خلاف الولادة المهبلة فإن حدوث التهاب الرحم بعد الولادة الجراحية يختلف بحسب العوامل الاجتماعية والاقتصادية. وقد تغير ذلك خلال السنين بشكل جوهري عن طرق الاستخدام العالمي لمضادات الجراثيم حول الجراحة. وقد سجل (Sweet and Ledeger 1973) قبل الاستخدام الوقائي للصادات حدوث التهاب الرحم بنسبة 13% عند النساء الثريات اللواتي خضعن لعملية قيصرية في مشفى ميتشيغان الجامعي وقد سجلانسبة حدوث 27% لدى النساء الفقيرات في مشفى Wayne Country. وقد وجد Cunningham وزملاؤه (1978) أن نسبة الحدوث الكلية كانت تقريباً 50% من النساء اللواتي ولدن بعملية قيصرية في مشفى باركلاند. وعندما حللت عوامل الخطر للخمج (مدة المخاض، مدة تمزق الأغشية، الفحوص المهبلية المتكررة، المراقبة الجنينية الداخلية) فإنه وجد أنها محددات مهمة للمراضة الخمجية. وإن النساء اللواتي كان لديهن كل عوامل الخطر هذه وولدن بسبب عدم تناسب حوضي جنيني ولم يعطين وقاية بالصادات كانت نسبة حدوث إنتان حوضي خطير لديهن تقريباً 90% (Depalma وزملاؤه 1982).

• العوامل المؤهبة:

إن طريقة الولادة هي عامل الخطر المفرد الأكثر أهمية لالتهاب الرحم فنسبة الإنتان الرحمي في الولادة المهبلية 3% وفي الولادة القيصرية 10% (B.J. Snell). بالإضافة إلى عوامل الخطر التي ذكرت سابقاً فإنه من المقبول عموماً أن الخمج الحوضي أكثر شيوعاً لدى النساء ذوات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض. إن الاثبات على أن فقر الدم يزيد احتمال الخمج ليس جازماً بحسب (Lynch and Cook 1986) وإن النتائج المستحصلة من خلال التجارب على الحيوانات وفي الزجاج تشير إلى أن فقر الدم بعوز الحديد لا يؤهب للخمج. ويعتقد البعض أنه في الواقع قد يمنع الخمج. على سبيل المثال فإن الترانسفيرين والذي يزداد في فقر الدم بعوز الحديد يملك تأثيراً هاماً مضاداً للجراثيم. وأكثر من ذلك فإن نمو العديد من الجراثيم الممرضة في الزجاج يثبط بوجود نقص في الحديد. وأخيراً فإنه لا يوجد هناك ضعف في شفاء الجروح عند الحيوانات ناقصة الحديد. إن دور التغذية في حدوث الإنتان أيضاً غير واضح على الرغم من أن المناعة الخلوية تضعف عند حيوانات المخبر سيئة التغذية (Williams Obstetrics 1997). إن زيادة حدوث الإنتان النفاسي بسبب الجماع لم تظهر بشكل واضح (Williams Obstetrics 1997). إن استعمار الطرق التناسلية بعضويات مجهرية معينة مثل GBS، الكلاميديا التراخومية، الميكوبلاسما البشرية، الغاردنريلا المهبلية قد ترافق بزيادة خطر الإنتان التالي للولادة (دراسة Berenson et all 1990، دراسة Bernard et all 1987) وقد بيّن Watts وزملاؤه في دراسة عام 1990 زيادة خطر حدوث التهاب الرحم بعد العملية القيصرية عند وجود التهاب مهبل جرثومي.

ومؤخراً بيّن Andrew وزملاؤه (1995) أن استعمار الكوريوامنيون بالمتحولة الحالة للبولة الدموية مع أغشية سليمة كان عامل خطر مهم لحدوث الإنتان الرحمي في النساء اللواتي ولدن بعملية قيصرية. وقد أظهر (Suonio and Huttunen) عام 1994 في دراسة لـ 222 حالة ولادة قيصرية لتوائم زيادة حدوث التهاب الرحم بمعدل ثلاث أضعاف كما زاد معدّل إنتان الجرح بمقدار الضعفين تقريباً مقارنة مع القيصريات التي تجرى على حمل مفرد. ولقد كان هناك أيضاً زيادة حدوث الإنتان الأمينوسي بمقدار 10 أضعاف في مجموعة التوائم اللواتي ولدن بقيصرية.

وقد أظهر Magee وزملاؤه (1994) وجود ترافق بين التهاب الرحم التالي للقيصرية والعمر الوالدي. على سبيل المثال كانت نسبة حدوث إنتان الرحم بعد الولادة 44% لدى النساء اللواتي ولدن بقيصرية وكان عمرها 17 سنة أو أقل مقارنة مع 15% لدى اللواتي أعمارهن 35 سنة أو أكثر.