

جامعة حماه

كلية التمريض

سنة ثالثة

تمريض الأمومة وصحة المرأة

السكري الحملي و الانسمام الحملي

الداء السكري الحملّي: Gestational diabetes

تعريف:

هو عدم تحمل السكر مختلف الشدة يحدث لأول مرة خلال الحمل ويختفي بعده. تقدر نسبة ترافق الحمل مع السكري بـ 0.2% وقد يتطور إلى 1-3% من الحوامل و 50% منهن يتحولن إلى مريضات سكريات لاحقاً.

الآلية:

الحمل حالة مولدة للداء السكري { مقاومة الأنسولين ناتجة عن هرمون HPL اللاكتوجين المشيمي ، كورتيزول، برولاكتين، استروجين، بروجسترون، هرمون النمو}

وتصنف الإصابة حسب White إلى:

- A1.....GD - حمية فقط
- A2GD - أنسولين + حمية
- بداية بعمر 20 أو أكثر ويستمر إلى 10 (أصغر من) سنين سكر عادي. B.....
- بداية بعمر 10-19 والمدة 10-19 سنة C.....
- بداية بعمر 10 والمدة (أكبر من) 20 سنة D.....
- اعتلال كلوي (النفرونات السكرية) . F.....
- اعتلال شبكية منمى R.....
- اعتلال كلوي + شبكية RF.....
- إقفار قلبي أو اضطراب H.....

مضاعفات حدوث داء السكري عند الحامل:

• خلال الحمل:

بالنسبة للأم	بالنسبة للجنين
1- إجهاض	1- تأخر نمو الجنين في الرحم
2- احمضاض خلوني	وقصور مشيمة IUGR
3- فرط السائل الأمينوسي (موه، استسقاء)	2- موت الجنين IUFD
4- ما قبل الإرجاج	3- داء الأغشية الهلامي
5- اعتلال وعائي	4- تشوهات خلقية
6- انتانات بولية	5- مجيئات معيبة
7- قيصرية	6- خداجة
	7- أذيات عصبية متأخرة

• خلال المخاض:

- بالنسبة للأم : عسرة مخاض حيث تتم الولادة عن طريق المهبل ويكون استنطاب القيصرية حسب الوضع التوليدي ويبلغ معدل القيصرية 30- 50 %
- بالنسبة إلى الجنين : خداجة بعد خروج رأس الجنين ، سكر ، شدة تنفسية، جنين عرطل بعد الولادة، إنتان ، نزف ، انفصال الكتفين ، نقص سكر الدم، فرط البلرويين ، تنادر عسرة التنفس ، اضطراب شوارد، نقص كلس الدم

عوامل الخطورة:

- 1- قصة عائلية
- 2- قصة سابقة لداء سكري حملي
- 3- IUFD + وفيات حول الولادة
- 4- سوابق تسمم حملي + تشوهات خلقية
- 5- سوابق جنين عرطل + أذيات ولادية

6- فرط السائل الأمينوسي

7- العمر أكبر من 35 وزيادة الوزن

8- تكرار الإنتان

الخطة التمريضية:

(1) التقييم :

تقييم مستوى السكر لدى المريضة وأخذ القصة المرضية وعدد الحمل والولادات وعن السوابق اوراثية في العائلة والسوابق المرضية

(2) التشخيص التمريضية:

- عالي الخطورة لأذية الجنين
- نقص معرفة مرتبط بالمرض والأسباب والمعالجة والنتائج
- حزن متوقع مرتبط بالخوف من نتائج الحمل
- عالي الخطورة لأذية الأم

(3) التخطيط : الأهداف:

- منع حدوث أذية للأم أو اختلاطات لدى الجنين
- تزويد الأم بالمعلومات الكافية عن الحالة
- تخفيف الحزن

(4) التدخلات:

أن أهم ما يجب أن تقوم به الممرضة النسائية للمريضة المصابة بالسكري خلال الحمل هو تخفيف الحزن وتقديم الدعم النفسي ، لأن الحالة النفسية تؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم وتزيد من حدوث اختلاطات .

ومن الضروري التثقيف الصحي حول الأعراض والعلاج اللازم والاختلاطات الجنينية والوالدية.

ومن الأمور التي يجب التركيز عليها:

- 1- إجراء تخطيط قلب للام
- 2- فحص العيون عند طبيب أخصائي
- 3- مراقبة ضغط الدم والوزن وارتفاع قعر الرحم وكمية السائل الأمينوسي
- 4- المراقبة الفعالة للجنين وحالته بالأموح فوق الصوتية
- 5- يجب الانتباه إلى أن التحكم بالغذاء يعتمد على مستوى السكر بالدم ويختلف من امرأة إلى أخرى باختلاف الوزن والعادات الغذائية والحالة الصحية ونمط الحياة وفترة الحمل والمعلومات حول الغذاء واستعمال الأنسولين. تحسب احتياجات الطاقة للمرأة المصابة بالسكري أثناء الحمل بمعدل 35 سعرة حرارية/كغ من وزن الجسم بحيث يحتوي الغذاء الكلي معدل 2200 سعرة حرارية في الثلث الأول من الحمل و 2500 سعرة حرارية في الثلث الثاني والثالث من الحمل. وتوزع السعرات الحرارية على ثلاث وجبات رئيسية ووجبتين خفيفتين. يفضل أن تأخذ الحامل وجبة خفيفة قبل النوم تحوي على الأقل 25 غ كربوهيدرات مع نسبة بروتين.
- 6- معايرة سكر الدم من خلال جهاز خاص وذلك لكشف حدوث نقص سكر الدم خلال 24 ساعة كاملة مع تقييم درجة ضبط سكر الدم عند اللزوم بحيث يتوجب تعديل جرعة الأنسولين والحصول في النهاية على بيانات كاملة عن مستويات السكر في الدم واضطرابات تلك النسبة
- 7- ننصح الأم الحامل بأخذ عينات السكر في الأوقات التالية:
قبل الوجبة الصباحية، وقبل وجبة الغذاء وبعد 1-2 ساعة من الغذاء وقبل الوجبة المسائية وبعد 1-2 ساعة من وجبة العشاء وقبل النوم ثم في بعض أثناء الليل وتجري المريضة هذه السلسلة من المعايير مرتين قبل أن تراجع عيادة السكري
- 8- ننصح الحامل بضرورة القيام بالتمارين المنتظمة بهدف حرق السكر وتقليل الأنسولين الذي تحتاجه على أن تكون تمارين مريحة كالمشي لنصف ساعة يومياً وأفضل وقت للتمارين هو بعد الوجبات عندما يرتفع مستوى السكر

- 9- العناية بالقدمين والجلد بشكل عام باستخدام المطريات للجلد الجاف وتجنب ارتداء الملابس الضيقة وانتعال الأحذية التي تناسبها بشكل جيد وفحص القدمين بشكل منتظم وتجنب التعرض للحرارة المرتفعة أو المنخفضة جداً.
- 10- أهمية المراقبة الدورية أثناء فترة الحمل والتي يجب أن تكون مكثفة ودورية وخلال كل زيارة يجب أن تأخذ عينة بول لفحص الدم والسكر والكيون والبروتين والبيروبين وكشف التهاب المجاري البولية.
- 11- تكثيف مراقبة وضع الجنين.
- 12- من الضروري توعية الأم السكرية عن الاختلاطات المحتملة أثناء الحمل كارتفاع أو نقص سكر الدم وأعراضه وأسبابه والوقاية منه وعلاجه وضرورة أن يكون بصحبها جرعات الأنسولين بشكل دائم.
- 13- أثناء المخاض والولادة يجب على الممرضة أن تحافظ على الأماهة الجيدة للمريضة السكرية والتحكم بمستوى السكر بحيث تؤخذ عينة لقياس السكر كل ساعتين على الأكثر بحدود 100 ملغ واستخدام الأنسولين القصير الأمد ولا يفضل استخدام الأنسولين طويل الأمد
- 14- مراقبة معدل ضربات القلب عند الجنين باستمرار.
- 15- يجب وضع الأم على الجانب الأيسر لتسهيل وصول الأوكسجين والغذاء للجنين.
- 16- التجهيز للقيصرية في حال حدث عسرة ولادة.
- 17- بعد الولادة تقل حاجة الأم للأنسولين عن احتياجاتها أثناء الحمل حيث أن خروج المشيمة يؤدي على تعديل الجرعة حيث تحتاج إلى نصف أو ثلثي الأنسولين الذي كانت تحتاجه. أما الغير معتمدة على الأنسولين فأنها قد لا تحتاج لأنسولين وتستطيع ضبط السكر بإتباع حمية غذائية.
- 18- تشجيع الأم على الرضاعة الطبيعية.
- 19- إعطاء الأم معلومات حول مانعات الحمل المناسبة والوقاية من حدوث الانتانات أو المضاعفات الناتجة عن السكري و يفضل عدم استخدام اللولب الرحمي أو أقراص منع الحمل لأنها تزيد من اختلاطات السكري على المرأة وأهمها التي قد تحدث في فترة

النفاس (جنين عرطل- انخفاض السكر عند الوليد- ظهور اليرقان- حالة ما قبل الإرجاج النفاسي والنزف والأنتان)

وضمن مراقبة الحامل والجنين هناك نقاط عملية يجب أن تتم خلال الحمل وعلى الممرضة أن توصي بها للأم الحامل وأهم هذه النقاط هي:

- قياس HB السكري أو مستويات البروتين في الأسبوع الثاني للحمل لأن ارتفاعه ينبه إلى إمكانية حدوث تشوهات خلقية في الجنين
- قياس كمية الاستراديول في بول الحامل مرات عديدة خلال آخر الحمل للتأكد من سيره
- قياس الفافيتوبروتين المصلي عند الأسبوع 16 لكشف عيوب الأنبوب العصبي
- يجب على القابلة الابتعاد عن توليد الحوامل السكريات وتحويلهن إلى دار توليد لأنها عادة ما يحتاج الحامل إلى قيصرية (تحاشياً لرضوض أو تمزقات الولادة المهبلية)

الحوامل اللواتي يعانين من ارتفاع ضغط شرياني مزمن قبل وأثناء الحمل:

تعريف التوتر الشرياني الحملي:

هو عبارة متلازمة سريرية مكونة من : - Bp

- وذمات

- بيلة بروتينية (إحداهما أو الاثنتين معاً).

يشكل 6/1 من الوفيات الوالدية وتحدث بعد الأسبوع العشرين من الحمل.

التصنيف:

(1) ارتفاع التوتر الشرياني الحملي :

قبل الحمل طبيعي

خلال الحمل ارتفاع ضغط

بعد الولادة طبيعي

وهو يقسم إلى:

أ- ارتفاع توتر شريان بدون وجود وذمات أو بيلة بروتينية

ب- Pre-eclampica ما قبل الارتجاج حيث يكون هناك ارتفاع ضغط وبيلة

بروتينية أو وذمات

ت- eclampica الارتجاج حيث يكون هناك Bp مع وذمات وبيلة

بروتينية واختلاجات

(2) ارتفاع توتر شرياني متزامن مع الحمل:

Bp يكون موجوداً قبل الحمل ويستمر بعد الولادة

3) ارتفاع توتر شرياني متفاقم مع الحمل:

Bp مزمّن يزداد سوءاً أثناء الحمل ويكون مختلطاً بين قبل الارتعاج

والارتعاج وبعد الحمل يعود الضغط لارتفاعه السابق

• ما قبل الارتعاج :

يحدث بعد الأسبوع العشرين : Bp + وذمات + بيلة بروتينية

Bp 90/140 ملم ز

Cyst الانقباضي 30 عمل كان عليه قبل الحمل

Dias الانبساطي 15

• الوذمات : - زيادة الوزن 2.4 كغ / الأسبوع

- انطباعية بعد استراحة 12 ساعة

- صباحية وتكون في الوجه واليدين

• البيلة البروتينية : في بول 24 ساعة

PET 300 أو أكثر

حملي ط : 200 ملغ

غير حامل : 150 ملغ

الأعراض : Symptoms

1- صداع 2- تشوش رؤية 3- رعاف 4- غثيان وإقياء 5- ألم صدري 6- ألم

شرسوفي 7- ألم في الناحية القطنية 8- شح بول

العلامات:

1- ارتفاع الضغط 90 وفي الحالات الشديدة 110

2- البيلة البروتينية في الحالات الخفيفة لحد 500 ملغ

وفي الحالات الشديدة فوق 500 ملغ وقد تصل إلى وذمة في حلقة العصب البصري

تطلب التحاليل المخبرية التالية:

خمائر الكبد - وظائف الكبد والكلية- بولة وكريانتين - صفيحات وبيرويين - SGPT
- SGOT

عوامل الخطر لارتفاع التوتر الشرياني الحملي:

- عند الخروسات
- الأعمار تحت 18 وفوق 35
- الوزن أقل من 41 وفوق 112
- تدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية
- قصة في العائلة لارتفاع توتر شرياني
- قصة في العائلة لوجود تسمم حملي سابق
- تشخيص لتسمم حملي في حمل سابق
- الداء السكري
- وجود أمراض بالكلية أو الأوعية
- تدخين
- كحول

العلاج الدوائي:

في الحالات الخفيفة يكون العلاج منزلي (علاج محافظ)

الهدف :عدم التطور لدرجة شديدة وأن يصل الجنين إلى مرحلة يكون فيها قابل للحياة

ويكون ذلك ب :

1- تخفيف الملح في الوجبات

2- تعويض كالسيوم 2 غ

- 3- جرعات ومخفضات من الأسبرين 60-150 ملغ
- 4- خافضات ضغط عم طريق الفم
- 5- مراقبة الوارد والصادر من السوائل
- 6- مراقبة حركات الجنين
- 7- مراقبة بروتين البول
- 8- مراقبة وظيفة رئتي الجنين (نضح رئتي الجنين)

في الحالات الشديدة :

- كل ما ذكر سابقاً مع إنهاء الحمل
- إعطاء هيدرالازين وريدياً (موسع وعائي قوي)
- إعطاء سلفات المغنيزيوم وذلك ل : مضاد للاختلاجات وخافض للضغط ومهدئ

الاختلاطات:

1. متلازمة هيلب Help syndrome

هي إحدى الاختلاطات الوخيمة لما قبل الارتجاج، تحدث بنسبة 6-20 منه. تتجلى بفقر دم انحلالي باعتلال الأوعية الدقيقة وارتفاع مستوى خمائر الكبد، مع هبوط عدد الصفيحات الدموية. تتفعل الصفيحات الدموية نتيجة تأذي بطانة الأوعية الدقيقة و تضيق لمعتها وتمزق الكريات الحمر لدى مرورها فيها ومن ثم انحلالها. ترتفع أيضاً خميرة LDH والبيروبين غير المباشر. ويحدث اضطراب تخثر الدم نتيجة تفعل الصفيحات الدموية الشديد وهبوط عددها. تتجلى الإصابات الكبدية بنخرة حول البابية مما يسبب انسدادها بالليفين وحدوث تأذي خلوي كبدي يرفع من مستويات خمائره مع ألم موضع في الربع العلوي الأيمن للبطن أو المنطقة الشرسوفية بسبب تمدد محفظة الكبد نتيجة تورمه، ولا يلبث أن يتشكل ورم دموي تحت المحفظة يؤدي إلى تمزقها.

2. انفكك المشيمة الباكر

3. اضطرابات تخثر
4. قصور كلوي
5. انفصال شبكية
6. موت الجنين أو تأخر نموه داخل الرحم

العملية التمريضية:

التقييم:

1. أخذ القصة المرضية كاملة مع الانتباه للعلامات والأعراض المذكورة.
2. إجراء الفحوصات المخبرية ل: الهيماتوكريت، حمض البول الذي يرتفع عن مستواه في الحالات الشديدة، ارتفاع مستوى خميرتي SGPT, SGOT نقص الصفيحات الدموية ونقص فعالية بعض عوامل التخثر.

التشخيص:

اضطراب تنظيم السوائل والشوارد

تغير في الإرواء النسيجي

اضطراب نموذج التنفس

عالي الخطورة لأذية الجهاز العصبي المركزي

عالي الخطورة لأذية الجنين

قلق وخوف

نقص معرفة