جامعة حماة

كلية التمريض

السنة الثالثة

المادة: تمريض صحة الطفل /نظري/

الحالات شديدة الخطورة عند الوليد

(High Risk Cases of Newborn)

إعداد

د. فوزية عثمان

العناوين الرئيسية Outlines

1. تعريف

2. دور الممرضة في العناية بوالدي وليد الحالات شديدة الخطورة

3. الوليد الخديج:

- خصائص الوليد الخديج
- الرعاية التمريضية للخديج
- المشاكل التي يتعرض لها الخديج

4. وليد الحمل السكري:

- خصائص وليد الحمل السكري
- المشاكل التمريضية لوليد الأم المصابة بالسكري
- العناية بوليد الأم المصابة بالسكري في وحدة العناية بالحالات شديدة الخطورة

5. تسمم الدم

6. اليرقان

1. تعريف

تعريف وليد الحالات شديدة الخطورة: Definition of high risk neonates

هو الوليد الذي يكون مستوى نموه وتطوره اقل أو يفوق المستوى الطبيعي للوليد. كما يعرف بأنه الوليد الذي يكون عرضة للمراضة والوفاة بصرف النظر عن وزنه لدى الولادة أو عمره الحملي Gestational age وذلك نتيجة للظروف والحالات التي قد تحدث له قبل الولادة.

- ✶ يشمل التعريف وليد الأمهات المصابات بالسكري والأولاد المصابون بالخمج ومرض العوز المناعي المكتسب واليرقان وغيرهم.

تقبل الأهل:

يكون لدى أفراد أسرة الوليد ردود فعل قوية لدى معرفتهم بإنجاب وليد به عيوب خلقية أو مرض جعله من الحالات شديدة الخطورة، وعلى من اختلاف طرق ودرجات التعبير عن هذه الردود فسوف يشعر الوالدان بالقلق والحزن والذنب. وقد يظهر رد الفعل ذلك في علاقتهم بوليدهم المريض أما بانطوائهم وانعزالهم عنه حيث لا يرغبون في رؤيته أو الإفراط في العناية به وحمله وحمايته.

العوامل التي تؤثر في شعور الوالدان ورد فعلهما:

1. قوة تحمل الوالدان.
2. نوع المرض فإذا كان بسبب تشوه في الوليد كالعيوب الخلقية كان رد الفعل والشعور بالحزن أقوى.
3. مدى إمكانية شفاء الوليد أو إصلاح العيب الخلقي.

دور الممرضة في العناية بوالدي وليد الحالات شديدة الخطورة

- ✓ يجب على الممرضة مناقشة حالة الوليد مع الوالدين مبكرا وبصراحة تامة حيث يساعد ذلك على أمرين هامين: الأول الإسراع في إبلاغ الوالدين يقلل من قلقهما وتصورهم لحالة وليدهم وما سيستجد له مستقبلاً. والثاني أن هذه المناقشة ستولد الشعور بالثقة من أهل الوليد وخاصة والديه في الطبيب والممرضة اللذان يرعيان الوليد.
- ✓ ينبغي على الممرضة تفهم شعور الوالدين ورد فعلهما من خوف وحزن وغضب وألم بل ويجب عليها تسهيل تعبيرهم عن شعورهم هذا خاصة فترة شعورهم بالحزن عن طريق المناقشة معهم وشرح حالة الوليد لهم.

- ✓ مساعدة الوالدان في التغلب على شعورهم بالذنب وذلك بإدخال الطمأنينة في نفسيهما بأن ليس لهما ذنب فيما حدث وان شعورهما هذا طبيعي وسيزول تدريجيا ولكن يجب مراعاة عدم استخدام عبارات التفاؤل التي تمنح الأمل عن مستقبل الوليد في بعض الحالات التي لا أمل في شفائها مثل حالات العوز المناعي المكتسب والإعاقة الذهنية للوليد.
- ✓ تشجيع الوالدان على رؤية وليدهم وتقديم الرعاية له والسماح بحمله حسب حالته والتحدث إليه والإسراع في إرضاعه، ويجب تثقيف الأم عن احتياجات وليدها وطريقة رعايته مع مراعاة عدم استخدام المصطلحات الطبية التي قد تزيد من قلق الوالدين.
- ✓ لا بد للممرضة في حال انفصال الوليد عن أمه ووضعه في حضانة ، العمل على ربط الوليد بأمه.

الوليد الخديج (المبتسر) Premature infant

تصنيف الوليد:

يصنف الوليد حسب وزنه لدى الولادة وعمره الحملي Gestational age على النحو التالي:

أ تصنيف الوليد حسب العمر الحملي:

- **الخديج: Premature or preterm infant**

وهو الوليد الذي ولد قبل إكمال 37 أسبوعا من الحمل بصرف النظر عن وزنه لدى الولادة.

- **الوليد الكامل: Term or full-term infant**

وهو الوليد الذي يولد من 37 – 42 أسبوعا من الحمل، أي مولود في أوانه الطبيعي.

- **وليد مولود بعد الأوان: Post-term infant or post-maturity**

وهو الوليد الذي يولد بعد 42 أسبوعا من الحمل بصرف النظر عن وزنه لدى الولادة.

ب تصنيف الوليد حسب وزنه لدى الولادة:

- **صغير على العمر الحملي: Small for gestational age**

وهو الوليد الذي يولد ووزنه 10% أو اقل حسب جدول النمو داخل الرحم.

- **مناسب للعمر الحملي: Appropriate for gestational age**

وهو الوليد الذي يزن لدى الولادة ما بين 10 – 90% حسب جدول النمو داخل الرحم.

- **كبير على العمر الحملي: Large for gestational age**

وهو الوليد الذي يولد ووزنه أكبر من 90 % حسب جدول النمو داخل الرحم.

- **منخفض الوزن لدى الولادة: Low-birth weight**

وهو الوليد الذي يزن 2.5 كيلوغرام أو اقل لدى ولادته، وهذا الوليد إما انه ولد قبل اكتمال عمره الحملي، أو أن معدل نموه داخل الرحم اقل مما هو متوقع.

أسباب ولادة الخديج:

هي غير معروفة

1. ارتفاع نسبة الخدج لدى الأمهات اللاتي تنتمين إلى مستوى اجتماعي منخفض نتيجة نقص الرعاية الصحية أثناء الحمل.
2. الولادات المتعددة Multiple pregnancies
3. الحمل متعدد الأجنة Multi-fetal pregnancy
4. موه السلى Hydramnois
5. شذوذ الأجنة مثل الوضع الغير طبيعي للجنين .Abnormal presentation of fetus
6. تمزق غشاء باكر Premature rature of membrane
7. مقدمة ما قبل الارتعاج Pre-eclampsia
8. سن الأم: الحمل قبل بلوغ س السادسة عشر أو بعد سن الأربعين

خصائص الوليد الخديج: Characteristics of premature infant

❖ **الشكل العام:**

يرقد الوليد الخديج ساكنا في وضع الضفدع حيث يلامس مفصل كلا من المرفق Elbow والرسغ Wrist والركبة Knee والكاحل Ankles الفراش. رأس الوليد وأطرافه قصيرة والجذع عريض وطويل.

الرأس: الرأس دائرية وكبيرة نسبيا، محيط الرأس أكبر من محيط الصدر بحوالي 3 سم ولدى رقاد الوليد على ظهره أو صدره تتجه الرأس إلى احد الجانبين. شعر الرأس أجعد Fuzzy و صيوان الأذن مرن قليل الغضاريف.

❖ **الجلد:**

الجلد مجعد Wrinkled لامع وهلامي (لزج) غزير الزغب، شفاف جدا حيث يمكن رؤية الأوعية الدموية السطحية بوضوح على الجلد.

❖ **الثدي:**

نسيج الثدي قليل والحلمات غير واضحة الرؤيا كما في الوليد الطبيعي.

❖ **الجهاز التناسلي:**

غير كامل النضج. ففي الذكر تكون الخصيتان معلقتان بالصفن و ساقطتان لأعلى القناة. التجاعيد قليلة بالصفن ودرجة تصبغه قليلة، أما في الأنثى فتكون الشفران الكبيران منفصلتان بدرجة كبيرة لبروز كلا من الشفران الصغيران.

❖ **القدمان:**

قد تكون الغضون قليلة أو غير موجودة في أخمص القدم، وقد تغطي ثلث الأخمص فقط.

❖ **المنعكسات:**

تكون المنعكسات لدى الوليد الخديج إما ضعيفة أو غير موجودة كمنعكس القبض Grasp reflex و البلعومي Gagging reflex والمص Sucking reflex.

❖ **الجهاز العصبي:**

ايجابية علامة سكارف وهي إذا حرك رسغ الخديج على صدره فان الرسغ يعبر خط نصف الصدر بدون أو بقليل من المقاومة، بينما لا يمكن لرسغ الوليد الطبيعي أن تعبر هذا الخط.

يمكن بسهولة ملامسة عقب قدم الخديج لأذنه لعدم وجود مقاومة من قبل الركبة وهو مالا يحدث في الوليد الطبيعي.

الإخراج:

كون هناك في كثير من الحالات خلل في وظيفة الكلى فينتج عنه الجفاف Dehydiation أو وذمة Oedema و الحماض Acidosis. أما براز الوليد فيميل إلى الإمساك نتيجة قلة حركة الأمعاء لكن في بعض الأحيان يكون البراز سائل مع كثرة تكراره نتيجة عدم قدرة الخديج على تحمل الطعام.

<u>من خصائص الخديج أيضا:</u>

- هشاشة الأوعية الدموية لديه، فيكون عرضة للنزف.
- وجود عيوب في تكوين دمه ينتج عنه فقر الدم.

- عدم نضج الكبد مع وجود بيليروبنيما.
- نقص سكر الدم وعيوب التخثر Coaggulation.
- نقص بروتينات الدم الشحمية Hypoproteinemia.

الرعاية التمريضية للخديج

يجب توفير الأدوات الخاصة لرعاية الطفل الخديج فور ولادته بغرفة الولادة مثل أدوات الإفاقة وحفظ درجة حرارة الخديج وتوفير المعلومات والمهارات لدى أعضاء الفريق الصحي بما فيهم الممرضات عن خصائص واحتياجات ومشاكل الخديج وطرق رعايته.

أولاً: تقييم الخديج: تقييم حالة الخديج لدى ولادته ولدى استقباله بوحدة الحالات شديدة الخطورة وذلك لتحديد احتياجاته والمشاكل التمريضية لديه وتختلف رعاية الخديج عن الوليد الطبيعي نتيجة عدم نضج العديد من أعضاء جسده والتي تؤدي إلى العديد من المشاكل التي تتلخص في ما يلي:

1. عدم قدرة الخديج على التحكم والحفاظ على درجة حرارة جسده.
2. صعوبة التنفس نتيجة عدم نضج مركز التحكم بالمخ والاسناخ الرئوية.
3. زيادة قابلية تعرضه للخمج.
4. عدم نضج الكلى مما ينتج عنه عدم القدرة على إخراج الذوائب بالبول.

لذلك يراعى عند العناية بالخديج ووضعه بالحضانة Incubator من أجل ثبات درجة حرارته وإمداده بالأوكسجين المصحوب بالرطوبة.

يراعى الآتى عند وضع الخديج بالحضانة:

- ملاحظة تنفس الخديج ودرجة تركيز الأوكسجين (30 – 40 %) حيث أن زيادة تركيز الأوكسجين تصيب الخديج بالعمى.
- مراقبة درجة حرارة الخديج ودرجة حرارة الحضانة (22 - 29)^{5} ودرجة الرطوبة بالحضانة (60 - 65) ولف الخديج ببطانية دافئة لدى إخراجه من الحضانة.
- عدم إلباسه ملابس إلا الحفّاض لسهولة مراقبته وعدم فتح غطاء الحضانة إلا عند الضرورة لتقليل فرصة انخفاض حرارة الحضانة.
- إمداد الخديج بالسوائل لكونه عرضة للجفاف.
- إتباع قواعد التطهير عند تقديم الرعاية للخديج لتقليل تعرضه للخمج.

ثانياً: تغذية الخديج

يبدأ في تغذية الخديج بعد 4 ساعات أو أكثر من ولادته. يحتاج الخديج إلى 100 – 120 سعرة حرارية و 2.2 ملليغرام بروتين / كيلوغرام من وزنه / اليوم، بالإضافة إلى احتياجاته إلى 800 وحدة فيتامين (د) ونسبة عالية من الكالسيوم والفوسفور وفيتامين (أ،ج) والطريقة المتبعة في تغذية الخديج تعتمد على مقدرته على المص والبلع وعلى قدرته على تحمل الطعام وضيق التنفس الذي يعاني منه لذلك يغذى عن طريق التزقيم Gavage أو الحقن الوريدية أو بالرضاعة من ثدي أمه إذا سمحت حالته بذلك. بعد تغذية الخديج يراعى إعطاؤه قليل من الماء المعقم.

ثالثاً: رعاية جلد الخديج

تجفيف جلد الخديج جيدا عند غسله وخاصة في أماكن ثنايا الجلد كالرقبة وذلك بوضع فوطة مطوية تحت رقبته لسهولة تمديدها مع إجراء الغسل بلطف. ويراعى أيضا تغيير وضع الخديج لمنع تشقق الجلد.

رابعاً: الملاحظة الدقيقة والمستمرة للخديج

يجب ملاحظة الخديج بدقة وبلاغ الطبيب فور ملاحظة أعراض غير طبيعية مثل: الزراق، انقطاع التنفس أو صعوبة التنفس لانخساف عظمة القص للداخل وانتفاخ البطن.

خامساً: رعاية والدي الخديج

بالإضافة إلى ما ذكر في رعاية والدي الحالات شديدة الخطورة يراعى الآتي:

- ♣ تشجيع الرابطة بين الأم والوليد وذلك بضرورة وجود الأم في مكان قريب من الحضانة التي بها وليدها.
- ♣ تشجيع الأم على إرضاع وليدها تحت إشراف هيئة تمريض الوحدة.
- ♣ يجب على الممرضة أن تشرح باستفاضة شكل الخديج لامه، والأجهزة المستخدمة في رعايته وأهميتها قبل رؤية الأم لوليدها، مع إعطاء المساندة اللازمة للام . وفي حالة علاج الوليد بجهاز العلاج الضوئي لابد من وقف الجهاز ورفع العصابة عن عيني الوليد لتسهيل رؤية كلا منهما للآخر
- ♣ السماح للام والأب بإحضار بعض اللعب لوليدهم ويمكن وضع صورة للوليد بجوار سرير الأم ويمكنها الاحتفاظ بها في المنزل.
- ♣ تشجيع الوالدين على السؤال عن وليدهما والاطمئنان عليه.

- ♣ تشجيع وجود الممرضة بالقرب من الأم ووليدها الخديج لمراقبة التفاعل بينهما وتقديم العون عند الحاجة والمعلومات اللازمة لرعاية الوليد.
- ♣ لابد من متابعة الوليد بعد خروجه من المشفى إما عن طريق الزيارات المنزلية أو المحادثات الهاتفية.

المشاكل التي يتعرض لها الخديج:

ω انخفاض درجة حرارة جسده. Hypothermia

يتعرض الخديج لانخفاض درجة حرارته نتيجة عدم نضج مركز التنظيم الحراري بالمخ، لذلك بالإضافة إلى الرعاية الروتينية التمريضية يجب مراعاة تدفئة الخديج إما بوضعه في الحضانة أو تحت جهاز التدفئة الحراري أو وضعه في سرير في جو دافئ مع زيادة تدفئة الملابس التي يرتديها ولفه ببطانية ووضع قربة ماء ساخن بجواره وتغذيته ويراعى قياس العلامات الحيوية باستمرار وملاحظة الخديج جيدا.

ω انخفاض نسبة سكر الدم واليرقان. ω الخمج.

وليد الحمل السكري: Neonatal diabetic mothers

يكون وليد الأم المصابة بالسكري عرضة للعديد من المشاكل الصحية والمضاعفات التي تحتاج إلى رعاية خاصة فالأم المصابة بالسكري تلد طفلها عادة بعد فوات الأوان حيث يكون الجنين قد تلقى كميات كبيرة من الغلوكوز من دم أمه حيث أن نسبته مرتفعة في دمها وفي بعض الأحيان تلد الأم طفلها قبل ميعاده نتيجة لقصور تروية المشيمة وفي بعض الأحيان يكون احتمال وفاة الجنين في الرحم خلال الأسابيع الأخيرة من الحمل قائما مما يؤدي إلى إنهاء الحمل مبكرا حيث تكون الولادة قيصرية.

تقييم وليد الحمل السكري:

- ♠ قبل تقييم حالة الوليد لابد للممرضة أن تكون على معرفة تامة بحالة الأم قبل وأثناء الولادة وذلك من سجلات قسم الولادة مثل نوع السكري لدى الأم ودرجته وكذلك درجة التحكم في السكري لديها.
- ♠ يجب معرفة مشعر أبغار والذي أجري للوليد فور ولادته حيث يكون مؤشراً عن حالته لدى الولادة.
- ♠ معرفة الاختبارات التي أجريت لكل من الأم والوليد مثل: نسبة الهيموغلوبين والغلوكوز والكالسيوم وغيرها وذلك لمقارنتها بالنتائج فيما بعد.
- ♠ يولد وليد الأم المصابة بالسكري عادة كبير الحجم ممتلئ بالنسبة لعمره الحملي وزيادة وزن الوليد تكون نتيجة لترسب الدهون والغليكوجين في أنسجة الوليد.

- ♠ يكون الوليد خاملا Lethergy ويرقد في وضع نقص التوتر وتكون الأرجل مبتعدة ومثنية واليدين بجانب الرأس ونجد شعر رأسه وفير ورقبته قصيرة ووجهه منتفخ Puffy بخدود مملوءة مستديرة نتيجة لترسيب الدهون ويكون لون الجلد في بادئ الأمر احمر وردي ثم يصبح اصفر اللون نتيجة اليرقان.
- ♠ يكون نقص وزن الوليد كما هو في الوليد الطبيعي ونجد تنفسه سريع وغير منتظم- أما بالنسبة للانعكاسات فإن منعكس مورو يكون زائدا عن الطبيعي ويكون الوليد شديد التوتر لدى أدنى تنبيه له. وبالنسبة لأعضائه الداخلية فنجد هناك تضخم في القلب والكبد والطحال.

المشاكل التمريضية لوليد الأم المصابة بالسكرى:

- ♣ التغيير في تنفس الوليد نتيجة الإفرازات المتواجدة بالمجرى الهوائي بعد الولادة حيث يكون عرضة لضيق في التنفس.
- ♣ نقص السكر Hypoglycemia والكالسيوم بالدم.
- ♣ تعرض الطفل للجفاف.
- ♣ تغذية الوليد خاصة لدى ضعف الانعكاس المصي لديه.
- ♣ تعرض الطفل للعديد من المشاكل الأخرى مثل اليرقان.
- ♣ قلق الوالدان خاصة الأم فيما يتعلق بمرض الوليد وحالته في المستقبل.
- ♣ حدوث النزف بشكل مبكر.

العناية بوليد الأم المصابة بالسكري في وحدة العناية بالحالات شديدة الخطورة:

- ℘ يفضل وضع الوليد في الحضانة إذا توفر ذلك.
- ℘ في حالة عدم توفر حضانة يجب تدفئة الوليد بوضعه على جهاز تدفئة خاص.
- ℘ عمل أشعة للصدر للتأكد من عدم وجود تغييرات في الرئتين تؤدي لضيق التنفس أو عيوب خلقية في القلب.
- ℘ يكون الوليد عرضة للجفاف نظرا لقلة الماء بجسمه نتيجة ترسب الدهون ونتيجة زيادة التبول لديه بعد الولادة، لذلك يجب على القابلة أن تمد الوليد بالسوائل التي يحتاجها حسب تعليمات الطبيب مع حفظ جدول بالسوائل الواردة والصادرة من الجسم.
- ℘ تغذية الوليد:

يجب تغذية الوليد مبكرا إما عن طريق الفم أو أنبوبة المعدة بغلوكوز 5 – 10 % ويعطى لبن الثدي أو الرضاعة عندما يمكنه تحمل لبن الأم أو الرضاعة.

في حال شدة مرض الوليد يفضل إعطاؤه الغذاء عن طريق الوريد، ولدى تحسن الحالة يبدأ تقليل الكمية ومعدل إعطائه السوائل الوريدية بينما تزداد كمية السوائل بالفم وأيضا الرضاعة.

- ملاحظة الوليد:

- يجب على القابلة ملاحظة الوليد جيدا وتلاحظ أعراض نقص السكر في الدم خاصة في حالة إعطاء الوليد غلوكوجين لزيادة السكر بالدم أو في حالة إعطائه إبينفرين لتقليل إفراز الأنسولين بالدم وترشيد إفراز الغلوكوز المختزن بالكبد وأنسجة الوليد.
- يجب إجراء الاختبارات خاصة نسبة الهيموغلوبين ونسبة الغلوكوز والكالسيوم بالدم في أول يومين بعد الولادة وتؤخذ العينة من عقب الوليد.
- تشجيع الرضاعة الطبيعية في حالة نقص الكالسيوم وربما يحتاج الوليد إلى إعطائه كالسيوم غلوكونات Cal. Gluconate .
- في حالة إصابة الوليد بفرط البيلوربين أو ضيق التنفس أو إحدى العيوب الخلقية أو التسمم بالدم يعتنى به كأي وليد مصاب بإحدى هذه الأمراض.
- أما بالنسبة للوالدين خاصة الأم لابد من تقديم العون والإرشاد لهم.

تسمم الدم Septicemia

تعريف:

يعرف تسمم الدم لدى الوليد بأنه خمج جرثومي بمجرى الدم. وهو من الأسباب الشائعة المؤدية لزيادة معدل المراضة والوفاة للولدان. ويرجع انتشار تسمم الدم لدى الوليد إلى عدم نضج الجهاز المناعي والذي يؤدي لعدم إمكانية الوليد من مقاومة الجراثيم التي يتعرض لها.

طرق الإصابة بالجراثيم:

إن طرق دخول الجراثيم وإصابة الوليد بالتسمم غير معروفة بالضبط ولكن يرى انه يصاب بالجراثيم وهو داخل الرحم أو أثناء الولادة. والوليد عرضة للإصابة بالخمج لأن الغلوغلوبين المناعي الخاص بالأم والمسمى M (Ig) لا يمر من خلال المشيمة للجنين .

الوقاية: تبدأ الوقاية من مرحلة ما قبل الولادة وذلك بتطعيم الأم ضد الجراثيم وعلاجها من أي خمج، وأيضا تقديم رعاية تمريضية سليم للوليد عن طريق نظافة حجرة الولادة ووحدة رعاية الوليد والأجهزة والأدوات بها وإتباع قواعد التعقيم السليمة والتعرف المبكر على الحالات.

اليرقان Jaundice

تعريف:

يتكون البيلروبين نتيجة لتقويض هيموغلوبين الدم الناتج من تكسير كرات الدم الحمراء. يظهر اليرقان إذا زادت نسبة البليروبين في الدم عن معدلها الطبيعي (7 – 7.5 ملليغرام/ دل). يحدث اليرقان في الوليد نتيجة لعدم نضج الكبد أو كثرة تكسير كريات الدم الحمراء في حالة عدم توافق فصيلة دم كلا من الوليد والأم.

واليرقان لدى الوليد إما:

- يرقان طبيعي Physiologic jaundice ويظهر عادة في اليوم الثاني أو الثالث بعد الولادة نتيجة لكثرة عدد كريات الدم لديه عن البالغين.
- يرقان باثولوجي ناتج من زيادة البليروبين في الدم كما في حالات عدم توافق فصائل الدم أو لدى إصابة الوليد بمرض يمنع تحويل البليروبين من بليروبين دهني لا يذوب إلى بليروبين يذوب في الأنسجة الذي يخرج من الأنسجة وبالتالي تزداد نسبته في الدم.

تقييم وليد اليرقان:

يجب على القابلة ملاحظة لون جلد الوليد و أظافر كف اليد وأخمص القدم وأيضا صلبة العين خلال الأيام الثلاث الأولى من ولادته، وتتم الملاحظة في ضوء النهار حتى يسهل عملية الملاحظة واكتشاف تغيير اللون إلى اصفر. عند اصفرار اللون في اليوم الأول من الولادة لابد من إبلاغ الطبيب فورا.

رعاية وليد اليرقان:

الهدف من رعاية وليد اليرقان هو منع ارتفاع نسبة البليروبين بالدم عن 10 – 12 ملليغرام /دل حتى في حالات اليرقان الطبيعي لعدم تعريض الوليد لليرقان النووي.

يعالج مريض اليرقان إما باستخدام العلاج الضوئي أو تغيير الدم.

العلاج الضوئي: Phototherapy

يتم بتعريض الوليد لضوء الشمس أو الضوء الكهربائي حيث يؤدي الضوء إلى انخفاض نسبة البليروبين بالدم عن طريق الأكسدة الضوئية أو المزامرة الضوئية للبليروبين حتى يمكن إفرازه عن طريق البول، ويفضل استخدام الضوء الكهربائي العادي عن الأزرق حتى يسهل ملاحظة جلد الوليد.

الرعاية التمريضية لوليد اليرقان أثناء استخدام العلاج الضوئي:

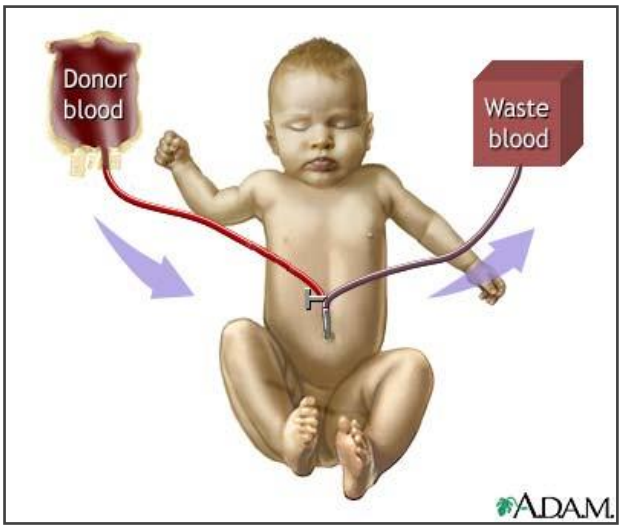
1. وضع الوليد تحت الضوء بدون ملابس ولكن يجب تغطية العين لمنع تعرضها للأشعة فوق البنفسجية ويجب التأكد من قفل جفن العين قبل تغطيتها. وعلى الممرضة رفع غطاء العين من آن لآخر للقيام بغسل العين وسحب ما قد يوجد من دموع أو إفرازات.
2. قياس درجة حرارة الوليد كل 4 ساعات.
3. تغيير وضع الوليد كل 4 – 6 ساعات.
4. وزن الوليد كل 8 – 12 ساعة و الإبلاغ عن أي نقص قد ينتج من زيادة التبخر سوائل في الجسم أو من الإسهال الناتج من تنبيه الضوء للأمعاء.
5. إعطاء السوائل الكافية لمنع الجفاف الناتج عن تدفئة الوليد.
6. التأكد من سلامة الأجهزة لمنع مضاعفات الأدوات الكهربائية كالصدمة الكهربائية.
7. قياس نسبة البليروبين بالدم كل 6 – 8 ساعات لتحديد درجة اليرقان وتحسن الحالة.
8. يجب وقف العلاج الضوئي لدى زيارة الوالدين ورفع غطاء العين لتشجيع التفاعل بينهما.
9. الملاحظة الدقيقة للوليد خاصة أن استخدام العلاج الضوئي قد يؤدي إلى بعض الأعراض الجانبية مثل الإسهال وحرق الجلد والطفح الجلدي والجفاف وانحلال الدم Hemolysis و إبلاغ الطبيب فورا مع تدوين الملاحظات في سجل الوليد.
10. بعد وقف العلاج الضوئي يجب قياس نسبة البليروبين في اليوم التالي كل 8 – 12 ساعة لتحديد أي زيادة قد تطرأ.

تغيير الدم:

إذا لم يستجيب الوليد للعلاج الضوئي وزادت نسبة البليروبين في الدم وجب تغيير دم الوليد ويقوم به طبيبان وقابلة.

كيف يتم تبديل دم الطفل المصاب باليرقان ؟

يوضع الطفل عارياً على ظهره، وذلك تحت جهاز تدفئة خاص، و يقوم الطبيب بوضع قثطرة في الوريد السري (من خلال سرة الطفل)، وتوصل هذه القثطرة بجهاز خاص لتبديل الدم (جهاز صغير مؤلف من عدة محاقن و يستخدم لمرة واحدة فقط)، و يقوم الطبيب بسحب كميات صغيرة من دم الطفل ليحقن محلها كميات مماثلة من الدم الجديد، وتتم العملية بعدة دورات و تستغرق كل دورة عدة دقائق، وقد تترك القثطرة في سرة الطفل حتى التأكد من عدم حاجة الطفل لتكرار عملية تبديل الدم.



دور الممرضة أثناء نقل الدم :

- تجهيز الأدوات اللازمة لتغيير الدم والتأكد من فصيلة دم الوليد والدم الذي ينقل.
- تغذية الوليد حتى موعد تغيير الدم وذلك لمنع مجاعة الوليد والتي قد تسبب ارتفاع نسبة الأحماض الدهنية التي ستؤدي لزيادة نسبة البليروبين في الدم
- إدخال أنبوب انفي معدي لتقويم محتويات المعدة.
- تقييد أيدي وأرجل الوليد لتقييد حركته.
- قياس العلامات الحيوية.
- تدفئة جو الغرفة
- ملاحظة العلامات الحيوية ولون الجلد أثناء تغيير الدم و الإبلاغ عن أي عارض غير طبيعي.
- يجب إعطاء محاليل وريدية للوليد طالما انه لم يتغذى بالفم خلال تغيير الدم.
- يجب تجهيز اسطوانة أوكسجين وجهاز شفط و أدوات إفاقة لاستخدامه عند الضرورة.
- يجب قياس وتدوين العلامات الحيوية بعد تغيير الدم كل ربع ساعة لمدة ساعة، ثم كل نصف ساعة لمدة 3 ساعات، والتبليغ لدى حدوث تغيير بأي من هذه العلامات الحيوية.
- بعد ثبات حالة الوليد ، تبدأ تغذيته بعد 4 ساعات.
- ملاحظة أي مضاعفات قد تحدث مثل الحماض Acidosis ونقص نسبة الغلوكوز بالدم ووقف القلب.
- قياس نسبة الغلوكوز بالدم كل نصف ساعة ثم كل ساعة وساعتين بعد تغيير الدم.
- تدوين الملاحظات وكمية الدم المستخدمة في سجل الوليد.

انتهت المحاضرة