

كتيب  
الرعاية التمريضية  
لحديثي الولادة بالمستشفيات

مايو ٢٠١٠



كتيب  
الرعاية التمريضية  
لحديثي الولادة بالمستشفيات

مايو ٢٠١٠



### **Disclaimer**

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

تعتبر الآراء المذكورة هي آراء المؤلفين وليست بالضرورة انعكاسات لرؤية وآراء الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية أو حكومة الولايات المتحدة الأمريكية.

## تنويه

يُعد هذا الكتيب مُلخّصاً وافياً لدليل الرعاية التمريضية لحديثي الولادة بالمستشفيات، ويتميز بصغر حجمه مما يسهل على مقدم الخدمة حمله والاستعانة به عند الحاجة. وتجدر الإشارة إلى أن استخدام هذا الكتيب لا يُغني عن الاستعانة بالدليل الأساسي، والذي يوفر درجة أعلى من التفصيل مما يساعد مقدم الخدمة على استيعاب المادة العلمية ومن ثم القيام بدوره على الوجه الصحيح.



## جدول المحتويات

|     |                                                                        |
|-----|------------------------------------------------------------------------|
| i   | تنويه                                                                  |
| iii | جدول المحتويات                                                         |
| vii | قائمة الجداول                                                          |
| ix  | قائمة الصور والأشكال                                                   |
|     | الفصل الأول: مستويات الخطورة لدى حديثي الولادة داخل حجرة الولادة وغرفة |
| ١   | العمليات                                                               |
| ٣   | الفصل الثاني: إفاقة الوليد                                             |
| ٨   | — مقياس أبجار                                                          |
| ٩   | الفصل الثالث: رعاية الطفل حديث الولادة مكتمل النمو في المستوى الأول    |
| ١٠  | الفصل الرابع: إجراءات دخول الوليد وحدة رعاية حديثي الولادة             |
| ١٢  | الفصل الخامس: الفحص البدني للوليد                                      |
| ١٦  | الفصل السادس: اضطرابات درجة حرارة الجسم                                |
| ٢١  | الفصل السابع: إحالة الوليد                                             |
| ٢٤  | الفصل الثامن: العناية التمريضية اليومية                                |
| ٢٦  | الفصل التاسع: العناية التنموية                                         |
| ٢٩  | — التخفيف من حدة الألم الناجم عن الإجراءات الاختراقية للوليد           |
| ٣٠  | الفصل العاشر: الوليد ذو الخطورة العالية                                |
| ٣١  | — الوليد المبتسر(الخديج) والوليد ناقص الوزن                            |
| ٣٥  | — الوليد بعد اكتمال فترة الحمل                                         |
| ٣٦  | الفصل الحادي عشر: الحقن الوريدي والتعامل مع السوائل الوريدية           |
| ٤٠  | الفصل الثاني عشر: اضطرابات الجلوكوز بالدم في الأطفال حديثي الولادة     |
| ٤٠  | — انخفاض مستوى الجلوكوز بالدم                                          |
| ٤٣  | — ارتفاع مستوى الجلوكوز بالدم                                          |
| ٤٤  | الفصل الثالث عشر: وليد الأم المصابة بمرض السكري                        |
| ٤٦  | الفصل الرابع عشر: تغذية الوليد                                         |

|     |                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|
| ٤٦  | — الرضاعة الطبيعية .....                                                  |
| ٥٣  | — الرضاعة الصناعية .....                                                  |
| ٥٧  | — التغذية عن طريق الوريد .....                                            |
| ٥٩  | الفصل الخامس عشر: صفراء حديثي الولادة (اليرقان الوليدي) .....             |
| ٥٩  | — الصفراء غير المباشرة .....                                              |
| ٦١  | — الصفراء المباشرة .....                                                  |
| ٦٢  | الفصل السادس عشر: صعوبة التنفس .....                                      |
| ٦٤  | الفصل السابع عشر: العلاج بالأكسجين .....                                  |
|     | الفصل الثامن عشر: نظام الضغط الموجب المستمر على مجرى الهواء عن طريق       |
| ٦٦  | الأنف .....                                                               |
| ٧٠  | الفصل التاسع عشر: التنفس الصناعي .....                                    |
| ٧٦  | الفصل العشرون: التسمم الدموي الوليدي .....                                |
| ٧٨  | الفصل الحادي والعشرون: الاختناق الوليدي .....                             |
| ٨٠  | الفصل الثاني والعشرون: التشنجات .....                                     |
| ٨١  | الفصل الثالث والعشرون: أمراض الجهاز الهضمي الشائعة في حديثي الولادة ..... |
| ٨٤  | الفصل الرابع والعشرون: الصدمة الوليدية .....                              |
| ٨٦  | الفصل الخامس والعشرون: بعض العيوب الخلقية في حديثي الولادة .....          |
| ٨٨  | الفصل السادس والعشرون: إصابات الولادة .....                               |
| ٨٨  | — إصابات الرأس .....                                                      |
| ٨٩  | — إصابات الرقبة والكتف .....                                              |
| ٩١  | الفصل السابع والعشرون: تنفيذ خطة العلاج .....                             |
| ٩٥  | الفصل الثامن والعشرون: التدوين في تذكرة الوليد والسجلات الطبية .....      |
| ٩٧  | الفصل التاسع والعشرون: تخطيط الخروج والمتابعة .....                       |
| ٩٩  | الفصل الثلاثون: الأجهزة: استعمالها، وتطهيرها، وصيانتها .....              |
| ١٠٧ | الفصل الحادي والثلاثون: تنظيم العمل اليومي بوحدة رعاية حديثي الولادة .... |
| ١٠٩ | الفصل الثاني والثلاثون: الإجراءات التمريضية .....                         |
| ١٠٩ | — نظافة الأيدي للعاملين بوحدة رعاية حديثي الولادة .....                   |

## جدول المحتويات

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| ١١٢ | تحضير وإعطاء المحاليل الوريدية   |
| ١١٥ | قياس العلامات الحيوية            |
| ١١٨ | قياسات النمو                     |
| ١٢٠ | العناية بالجذع السري             |
| ١٢٠ | العناية بمنطقة الحفاض            |
| ١٢١ | حمام الوليد                      |
| ١٢٣ | تركيب ونزع الكانيولا الوريدية    |
| ١٢٥ | سحب عينات الدم                   |
| ١٢٩ | تركيب قسطرة الأوعية بالحبل السري |
| ١٣٠ | تغيير الدم                       |
| ١٣٢ | نقل الدم ومشتقاته                |
| ١٣٥ | العلاج الطبيعي للصدر             |
| ١٣٧ | التشفيط الصدري                   |
| ١٤٠ | بذل السائل النخاعي               |
| ١٤١ | جمع عينات البول والبراز          |
| ١٤٥ | المراجع العلمية                  |



## قائمة الجداول

| صفحة | العنوان                                                                          | جدول        |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ١    | مستويات الخطورة لدى حديثي الولادة داخل حجرة الولادة أو غرفة العمليات             | جدول (١-١)  |
| ٨    | عناصر مقياس أبجار                                                                | جدول (١-٢)  |
| ١٨   | الظروف البيئية الحرارية المعتدلة (تنظيم درجة حرارة الحضانة)                      | جدول (١-٦)  |
| ٣٦   | كمية السوائل التي يحتاجها الوليد (مليلتر/كجم/اليوم) خلال الأيام الأولى حسب الوزن | جدول (١-١١) |
| ٣٧   | مؤشرات تقييم درجة إرواء الوليد                                                   | جدول (٢-١١) |
| ٣٩   | أمثلة للمحاليل التي لا تتجانس مع بعض الأدوية المستخدمة                           | جدول (٣-١١) |
| ٤١   | معدل متابعة مستوى الجلوكوز بالدم للمواليد بوحدة الرعاية                          | جدول (١-١٢) |
| ٦٠   | مناطق ظهور الصفراء الوليدية                                                      | جدول (١-١٥) |
| ٦٢   | تقييم درجة صعوبة التنفس باستخدام مقياس داونز                                     | جدول (١-١٦) |
| ٦٤   | طرق إعطاء الأكسجين داخل وحدات رعاية حديثي الولادة                                | جدول (١-١٧) |
| ٧٠   | قراءات جهاز التنفس الصناعي                                                       | جدول (١-١٩) |
| ٧١   | المقاس المناسب للأنبوبة الحنجرية                                                 | جدول (٢-١٩) |
| ٧٢   | المعدلات الطبيعية لغازات الدم في حديثي الولادة                                   | جدول (٣-١٩) |
| ٧٢   | إنذارات جهاز التنفس الصناعي وكيفية الاستجابة لها                                 | جدول (٤-١٩) |
| ١٣٢  | الاستخدامات المختلفة للدم ومشتقاته                                               | جدول (١-٣٢) |
| ١٣٤  | الوقت المناسب لنقل الدم أو مشتقاته                                               | جدول (٢-٣٢) |
| ١٣٥  | الأساليب والأوضاع المختلفة لتطبيق العلاج الطبيعي للصدر                           | جدول (٣-٣٢) |
| ١٣٧  | استجابة الوليد للعلاج الطبيعي للصدر                                              | جدول (٤-٣٢) |



## قائمة الصور والأشكال

| صفحة | العنوان                                                              | شكل        |
|------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| ٥    | ملخص خطوات إفاقة الوليد                                              | شكل (١-٢)  |
| ٦    | خطوات الإفاقة الأولية في حالة اصطباغ السائل الأمنيوسي والوليد بالعقي | شكل (٣-٣)  |
| ٤٢   | علاج انخفاض مستوى الجلوكوز بالدم في حديثي الولادة                    | شكل (١-٢)  |
| ٤٦   | بعض أوضاع الرضاعة الطبيعية                                           | شكل (١-٤)  |
| ٤٧   | تعلق الرضيع بالثدي                                                   | شكل (٢-٤)  |
| ٤٨   | إرضاع التوأم                                                         | شكل (٣-٤)  |
| ٤٨   | أوضاع مناسبة للرضاعة بعد الولادة القيصرية                            | شكل (٤-٤)  |
| ٥٣   | استعمال السرنجة المقلوبة للحلمة المسطحة                              | شكل (٥-٤)  |
| ٩٠   | الشلل الإرربي                                                        | شكل (١-٢٦) |
| ١١٠  | طريقة غسل اليدين                                                     | شكل (١-٣٢) |
| ١٢٧  | مناطق وخز كعب القدم                                                  | شكل (٢-٣٢) |
| ١٢٩  | تنشيط قسطرة السرة الوريدية                                           | شكل (٣-٣٢) |



## الفصل الأول

### مستويات الخطورة لدى حديثي الولادة داخل حجرة الولادة وغرفة العمليات

يقوم طبيب النساء والتوليد داخل حجرة الولادة أو غرفة العمليات بتحديد وتقدير مستوى الخطورة المتوقع، ثم يبلغ الممرضة المسؤولة، لتقوم باستدعاء فريق حديثي الولادة.

**جدول (١-١): مستويات الخطورة لدى حديثي الولادة داخل حجرة الولادة أو غرفة العمليات**

| المستوى                  | صفر (قليل الخطورة) = ولادة طبيعية                                                   | الأول (متوسط الخطورة)                                                                                                | الثاني (شديد الخطورة)                                                                  |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| الأفراد المطلوب تواجدهم  | طبيب - ممرضة                                                                        | طبيب مقيم مدرب على إفاقة حديثي الولادة، وممرضة رعاية حديثي الولادة                                                   | أخصائي أطفال حديثي الولادة، ممرضة رعاية حديثي الولادة، وطبيب مقيم أو ممرضة أخرى مساعدة |
| الأدوات والأجهزة اللازمة | جهاز تدفئة (الأدوات اللازمة لاستقبال الوليد، مع التأكد من وجودها كاملة ومن كفاءتها) | جهاز تدفئة، عربية طوارئ، جهاز المراقبة المرئية للقلب والتنفس، جهاز مراقبة ضغط الدم                                   | جهاز تدفئة، عربية طوارئ، جهاز المراقبة المرئية للقلب والتنفس، جهاز مراقبة ضغط الدم     |
| أسباب خاصة بالأم والجنين | لا يوجد مضاعفات أثناء الحمل والولادة                                                | - ولادة قيصرية<br>- تلون السائل الأمنيوسي بالعقي<br>- ولادة مبكرة بين ٣٦-٣٢ أسبوعاً<br>- ولادة متأخرة بعد ٤٢ أسبوعاً | - ولادة مبكرة قبل ٣٢ أسبوعاً<br>- حالة شديدة من عدم توافق عامل ريزوس بين الأم والوليد  |

جدول (١-١): مستويات الخطورة لدى حديثي الولادة داخل حجرة الولادة أو غرفة العمليات (تابع)

| المستوى                         | صفر (قليل الخطورة)<br>= ولادة طبيعية | الأول<br>(متوسط الخطورة)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | الثاني<br>(شديد الخطورة)                                                                           |
|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| أسباب خاصة بالأم والجنين (تابع) |                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تأخر نمو الجنين</li> <li>- الحمل متعدد الأجنة</li> <li>- المجيء بالمقعدة</li> <li>- الانفجار المبكر لجيب المياه مع توقع حدوث عدوى للام</li> <li>- نزيف مهبل</li> <li>- أمراض الأم المؤثرة على الجنين</li> <li>- حالة بسيطة من عدم توافق عامل ريزوس بين الأم والوليد</li> <li>- زيادة أو نقص السائل الأمنيوسي</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- أي حالة من حالات المستوى الأول مع وجود مضاعفات</li> </ul> |

## الفصل الثاني إفاقة الوليد

### الأدوات اللازمة للإفاقة

- أدوات التنشيط
- أدوات الأمبوباج، وقناع الوجه، ومصدر أكسجين متصل بمقياس التدفق
- أدوات تركيب الأنبوبة الحنجرية
- أدرينالين مخفف (بنسبة ١: ١٠٠٠٠) – ممددات الدورة الدموية
- أدوات خاصة بتركيب قسطرة السرة
- جهاز تدفئة
- جهاز مراقبة التنفس والقلب، أو قياس نسبة تشبع الدم بالأكسجين (إن أمكن)
- سماعة طبيب
- ساعة

### دور الممرضة

#### أولاً: قبل الولادة (الاستعداد)

- الاستجابة فور تلقي بلاغ الولادة، والتأكد من اكتمال محتويات شنطة الإفاقة.
- التأكد من تجهيز منطقة الإفاقة، ومن تشغيل جهاز التدفئة قبل الولادة بحوالي ١٠ – ٢٠ دقيقة، وأن قوة الشفط بجهاز التنشيط تتراوح ما بين ٨٠ – ١٠٠ ملليمتر زئبقي.

#### ثانياً: أثناء الولادة

- توصيل كلٍّ من وصلة الأكسجين بالفلوميتر، وضبطه على معدل ٥ – ٨ لتر/دقيقة، وقسطرة تشفيط ذات مقاس مناسب بجهاز التنشيط، وماسك مناسب بالأمبوباج، والنصل المناسب بالمنظار الحنجري.

### ثالثاً: بعد الولادة (استقبال الوليد)

- استقبال الوليد في فوطة معقمة، ووضعه على ظهره تحت جهاز التدفئة ورأسه في اتجاه مسئول الإفاقة.
- تجفيف الوليد، ثم التخلص من الفوط المبللة.
- وضع فوطة تحت كتفيه (وضع الاستنشاق أو التنشق).
- التشفيط برفق من فم الوليد أولاً ثم أنفه لمدة لا تزيد عن ٥ ثواني.
- تنبيه الوليد في حال عدم قدرته على التنفس بصورة تلقائية.
- ملخص خطوات الإفاقة موضحة في (شكل ٢-١).
- في حالة اصطباغ السائل الأمنيوسي والوليد بالعقي، يتم تقييم نشاط الوليد عن طريق تقييم جهد التنفس، معدل ضربات القلب، وقوة العضلات أولاً (شكل ٢-٢).

### التقييم

- عد النبض في ٦ ثواني مضروباً  $\times ١٠$ .
- تقييم جهد التنفس واللون.

### استخدام الأمبوباج والقناع (الماسك)

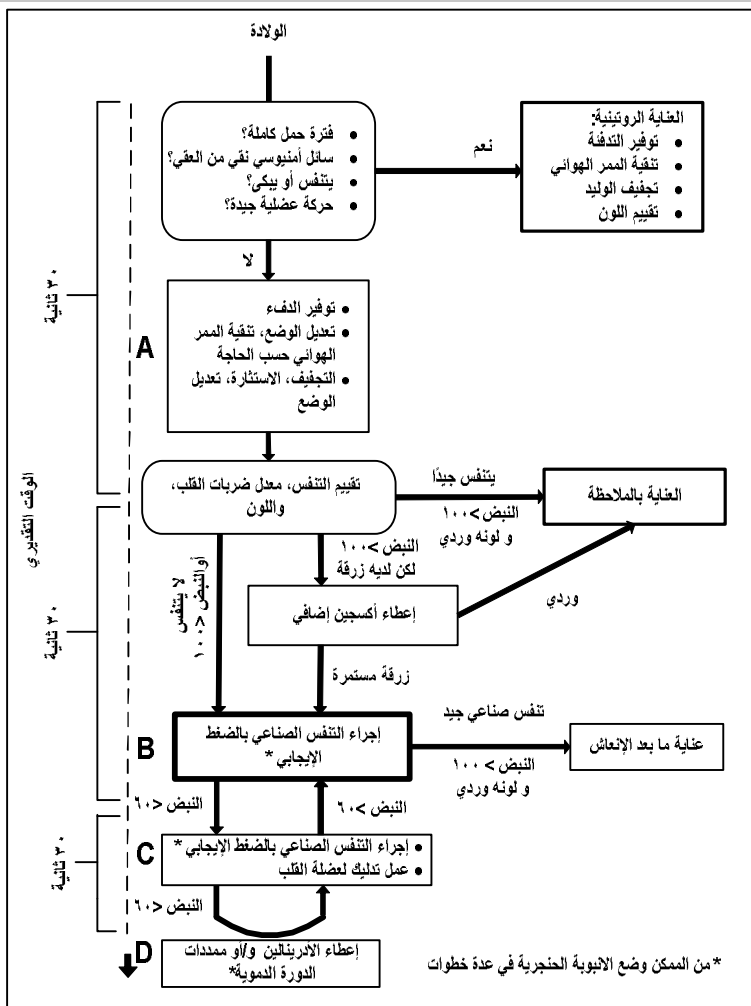
- التأكد من وضع رأس الوليد في وضعية التنشق، والتأكد من أن ممرات الهواء خالية من الإفرازات.
- وضع الماسك على وجه الوليد بحيث يُغطي الذقن والفم والأنف معاً وليس العينين.
- القيام بالتهوية باتباع منظومة (نفس ، ٢ ، ٣) بمعدل ٤٠ - ٦٠ مرة في الدقيقة، وملاحظة ارتفاع الصدر مع التعديل من قوة الاعتصار حسب درجة ارتفاعه.

### استخدام الأمبوباج والماسك مع عمل تدليك للقلب

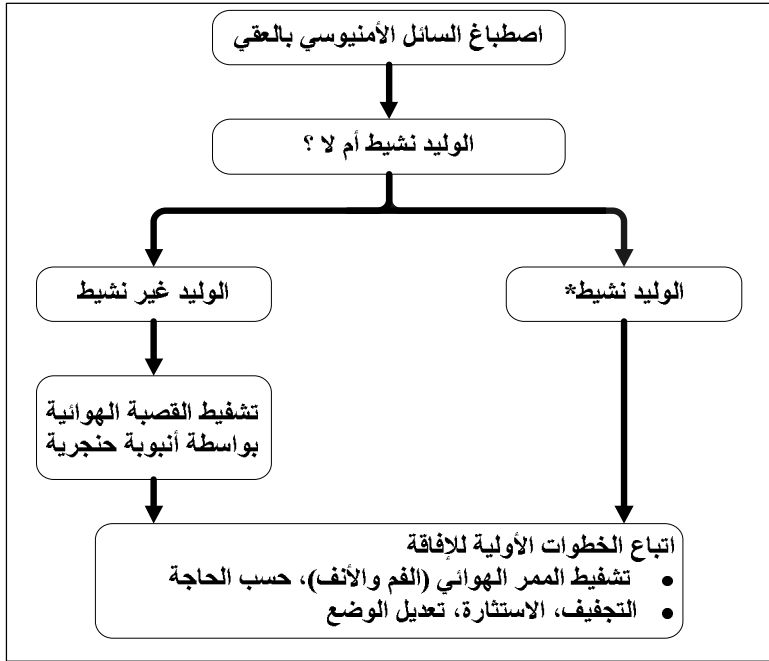
- وضع إصبعي الإبهام أو إصبعي الوسطى والسبابة على الثلث الأسفل من عظمة القص، والقيام بضغط القفص الصدري، ومراعاة التنسيق مع الشخص الذي يقوم بعمل التهوية باتباع منظومة (ضغط ، ٢ ، ٣ ، نفس).

ملحوظة: إذا تطلبت حالة الوليد عمل تهوية باستخدام الأمبوباج لفترة طويلة، يجب وضع أنبوبة رايل وفتحها.

## الفصل الثاني: إفاقة الوليد



شكل (٢-١): ملخص خطوات إفاقة الوليد



\*الوليد نشيط يعني (يتنفس بقوة، معدل ضربات القلب أكثر من ١٠٠/دقيقة، وقوة العضلات جيدة)

شكل (٢-٢): خطوات الإفاقة الأولية في حالة اصطباغ السائل الأمنيوسي والوليد بالعقي

#### استخدام الأدوية

- إعطاء الأدرينالين المخفف بالوريد السري من ١ - ٣ شرطات/كجم من وزن الوليد أو من ٣ - ١٠ شرطات/كجم من وزن الوليد في الأنبوبة الحنجرية (إذا تعذر تركيب خط وريدي)، حسب تعليمات الطبيب مع الاستمرار في عمل التهوية والتدليك.
- إعطاء ١٠ ملليلتر/كجم من ممددات الحجم على مدار ٥ - ١٠ دقائق، إذا كان الوليد يعاني من أعراض الصدمة، حسب تعليمات الطبيب.

### إنهاء عملية الإفاقة

- تُوقف جميع أعمال الإفاقة إذا لم يتنفس الوليد أو ينبض قلبه بعد مرور ١٥ دقيقة من القيام بمجهودات الإفاقة الكاملة.
- يمكن اصطحاب الوليد إلى وحدة رعاية حديثي الولادة لاستكمال الرعاية المطلوبة، إذا لزم الأمر، مع الاستمرار في ملاحظته.

### رابعاً: تقديم العناية الروتينية للوليد بعد ثبات العلامات الحيوية

- العناية بالحبل السري
- إعطاء فيتامين ك
- العناية بالعين
- المحافظة على استقرار درجة حرارة الجسم
- إثبات شخصية الوليد
- وزن الوليد بمجرد استقرار درجة حرارته

### خامساً: بعد انتهاء خطوات الإفاقة

- التخلص من الأدوات التي تم استخدامها للوليد، كل في المكان المخصص له.
- تنظيف وتطهير جهاز التدفئة.
- تطهير الأمبوباج والكمادات ونصل المنظار الحنجري.
- تسجيل مدة الإفاقة وما تم فعله لإفاقة الوليد في تذكرة الأم أو في تذكرة الوليد في حالة دخوله الوحدة.
- إحلال ما تم استخدامه من أدوات بشنطة الإفاقة عند الوصول إلى وحدة رعاية حديثي الولادة.

## مقياس أبجار

- يتم حساب مقياس أبجار لكل وليد بعد دقيقة، ٥، ١٠ دقائق من الولادة.

### جدول (٢-١): عناصر مقياس أبجار

| العنصر                                    | صفر          | ١                                  | ٢                      |
|-------------------------------------------|--------------|------------------------------------|------------------------|
| معدل ضربات القلب في الدقيقة               | لا يوجد      | أقل من ١٠٠ نبضة/دقيقة              | أكثر من ١٠٠ نبضة/دقيقة |
| التنفس                                    | لا يوجد      | سطحي أو غير منتظم                  | بكاء قوي               |
| اللون                                     | أزرق أو باهت | الأطراف زرقاء أو باهتة والجسم وردي | الجسم كله وردي         |
| حركة العضلات                              | مرتخي        | حركات ضعيفة                        | حركات مليئة بالحيوية   |
| رد الفعل الانعكاسي أثناء التنشيط من الأنف | لا يوجد      | تكشيرة                             | حركات تقادي قوية       |

- تفسير نتيجة مقياس أبجار:

○ ٧ - ١٠: يشير إلى عدم وجود اختناق وليدي.

○ ٥ - ٧: يشير إلى وجود اختناق بسيط.

○ ٣ - ٥: يشير إلى وجود اختناق متوسط.

○ ٠ - ٣: يشير إلى وجود اختناق شديد.

- ارتفاع مقياس أبجار عند الدقيقة الخامسة يشير إلى مدى نجاح عملية الإفاقة،

بينما يشير انخفاضه عند الدقيقة الخامسة إلى أهمية استكمال خطوات الإفاقة.

فإذا كانت النتيجة أقل من ٧، يجب أن يعاد التقييم كل ٥ دقائق، حتى تصل

النتيجة إلى ٧ فأكثر، وذلك حتى إتمام ٢٠ دقيقة.

## الفصل الثالث

# رعاية الطفل حديث الولادة مكتمل النمو في المستوى الأول

### أولاً: الحفاظ على مجرى الهواء مفتوحاً دائماً

- تنظيف فتحتي الأنف باستخدام قطع صغيرة من القطن المبروم.
- تشفيط مجرى الهواء، إذا كان هناك حاجة لذلك.

### ثانياً: توفير بيئة دافئة والعمل على استقرار درجة حرارة الجسم

- المحافظة على درجة حرارة الوليد بوضعه في السرير بجوار أمه.
- قياس درجة حرارة الوليد (من تحت الإبط) كل ساعة حتى تستقر، ثم كل ٣ ساعات.
- لف الوليد بالملابس المناسبة حسب درجة حرارة البيئة المحيطة.
- إبلاغ الطبيب في حالة حدوث انخفاض في درجة حرارة الوليد.

### ثالثاً: إثبات شخصية الوليد

- التأكد من وضع إسورتي التعريف، وأخذ بصمة قدم الوليد على تذكرة الأم.

### رابعاً: التغذية

- تشجيع الرضاعة الطبيعية في اللحظات الأولى للولادة، ثم حسب حاجة الوليد.

### خامساً: الحماية من العدوى

- وضع قطرة مطهرة (مضاد حيوي) للعين لمدة ٣ أيام.
- الغيار على السرة بكحول إيثيلي ٧٠٪ مع كل مرة غيار للحفاض.

### سادساً: توفير النظافة والراحة

### سابعاً: فحص الوليد جيداً (من الرأس إلى القدم) لاكتشاف أي عيوب خلقية

## الفصل الرابع

### إجراءات دخول الوليد وحدة رعاية حديثي الولادة

#### أولاً: الاستعداد

- تجهيز الأدوات اللازمة لدخول الوليد.
- التأكد من تطهير جهاز التدفئة، ووضع فوطة نظيفة وجافة عليه، وتشغيله.
- التأكد من كفاءة عمل جهاز التهوية، ومن توفر مصدر للأكسجين بجانب جهاز التدفئة.
- فرش الحضانة بملاءة نظيفة، ثم تشغيلها قبل دخول الوليد بوقت كافٍ (حوالي ١٠ دقائق)، وضبط درجة حرارتها (أنظري جدول ٦-١).
- تحضير ملف للوليد، والتأكد من أخذ بصمة قدمه على تذكرة الدخول.

#### ثانياً: الحصول على معلومات من الأهل أو من ملف الأم

- العمر الرحمي للوليد (فترة الحمل) - نوع ومكان الولادة - أي مضاعفات حدثت أثناء الحمل أو الولادة - أي أمراض وراثية في العائلة - وجود صلة قرابة بين الأم والأب - عامل ريزوس وفصيلة دم الأم - إصابة الأم بأمراض مزمنة - الأعراض التي ظهرت على الوليد وتوقيت ملاحظتها
- إذا كانت حالة الوليد لا تسمح، يتم تدفئته والعمل على استقرار حالته قبل الحصول على المعلومات السابقة.

#### ثالثاً: استقبال الوليد

- وضع الوليد مستلقياً على ظهره تحت جهاز التدفئة، وخلع ملابسه.
- وضع لفة تحت كتفي الوليد للإبقاء على المجرى الهوائي مفتوحاً.
- توصيل مجس الحرارة على بطن الوليد (في الناحية اليمنى، مكان الكبد).
- تقييم العمر الرحمي للوليد
- قياس العلامات الحيوية

- قياسات النمو
- الغيار على السرة
- إجراء حمام للوليد
- وضع قطرة مطهرة للعين
- تركيب كانيولا وريدية طرفية
- سحب عينات الدم حسب تعليمات الطبيب
- استقرار الوليد بالحضانة
- وضع الوليد داخل الحضانة وتوصيله بالأجهزة اللازمة لحالته، كما يقررها الطبيب.

#### رابعاً: الانتهاء من إجراءات الدخول

- تطهير الأدوات المستخدمة وإعادتها إلى مكانها.
- تطهير جهاز التدفئة.
- إعداد التذكرة للطبيب لكتابة التحاليل، وتعليمات العلاج، والمحاليل، والتغذية.
- طمأننة الأم وإبلاغها بميعاد الزيارة.

## الفصل الخامس

## الفحص البدني للوليد

### أولاً: الفحص العام

#### وضعية الجسم

ملاحظة وضعية الوليد وهو مستقل على ظهره.

#### حالة الجلد

من حيث اللون، والمرونة، أو وجود خدوش، أو جروح، أو وحامات بالجلد.

#### الرأس والوجه

- اليافوخ الأمامي مفتوح شكل معين، واليافوخ الخلفي شكل مثلث (غالبًا يولد الطفل واليافوخ الخلفي مغلق).
- تورم فروة الرأس أو نزيف تحت فروة الرأس.
- العينان لوجود إفرازات، أو احمرار، أو تورم.
- الأنف لوجود إفرازات، أو اعوجاج بالحاجز الأنفي، أو انسداد أثناء إدخال قسطرة التنفيس بها.
- الأذنان لوجود عيوب خلقية ظاهرة.
- الفم لوجود زرقة أو إفرازات، أو التهاب فطري باللسان، أو شفة أرنبية أو شق بسقف الحلق.

#### الثدي

- قد يظهر ثدي الوليد متورماً بعد الولادة، وينبغي عدم تعصيره في هذه الحالة.

#### الجزع السري

- ملاحظة وجود التهابات (احمرار، أو إفرازات، أو رائحة كريهة) أو نزف.

#### ملاحظة وجود أي عيوب خلقية ظاهرة

### ثانياً: قياس العلامات الحيوية

- كل ٣ ساعات إذا كانت حالة الوليد مستقرة، وكل ساعة إذا كانت حالته غير مستقرة
- معدل التنفس (المعدل الطبيعي ٤٠ - ٦٠ نفس/ دقيقة).
- درجة الحرارة (المعدل الطبيعي ٣٦,٥ - ٣٧,٥ م°)، يراعى قياسها من تحت الإبط دائماً، بوضع الترمومتر عمودياً على الجسم لمدة ٥ - ٧ دقائق في الوليد مكتمل النمو، أو ٧ - ١٠ دقائق في الوليد ناقص الوزن والنمو.
- معدل ضربات القلب (المعدل الطبيعي ١٢٠ - ١٦٠ نبضة/الدقيقة)، يتم العد لمدة دقيقة كاملة بالسماعة الطبية.
- ضغط الدم (يختلف المعدل الطبيعي باختلاف العمر الجنيني للوليد وعمره بعد الولادة): يُقاس عند الدخول من الأطراف الأربعة بجهاز الديناماب، ثم يقاس روتينياً بعد ذلك من الذراع الذي لا يحتوي على كانيولا طرفية.

### ثالثاً: تقييم قياسات النمو

- الوزن (الوزن الطبيعي ٢٧٠٠ - ٣٨٥٠ جم): يُقاس مرة واحدة يومياً أو مرتين (إذا كان وزن الوليد أقل من ١٠٠٠ جم)، ويتم تسجيل ومتابعة وزن الوليد على منحنى الوزن.
- الطول (الطول الطبيعي ٤٧,٥ - ٥٣,٥ سم): يقاس وقت الدخول، ثم مرة واحدة أسبوعياً.
- محيط الرأس (محيط الرأس الطبيعي ٣٣ - ٣٧ سم): يُقاس وقت الدخول، ثم يُقاس مرة أسبوعياً أو يومياً (في المواليد الذين يعانون من نزيف في بطينات المخ، استسقاء الدماغ، الاختناق الوليدي، أو التهاب النخاع الشوكي).

### رابعاً: التقييم الشامل لأجهزة الجسم المختلفة

#### الجهاز العصبي والحركي

- ردود الأفعال الانعكاسية: وأهمها رد الفعل الانعكاسي مورو.
- الحركة والوعي: إذا كان الوليد نائماً أو يقطأ أو متوتراً - متصلباً أو مرتخياً.
- وضعية جسم الوليد: إذا كان الوليد في وضع الانثناء أو مفروداً.

- البكاء: جيداً أو ضعيفاً.
- اليافوخ الأمامي والخلفي: مفتوحاً أو مغلقاً – مرتفعاً أو منخفضاً.
- تشنجات: وصفها في حالة وجودها.

### الجهاز الحركي

- حالة العضلات: متخشبة أو طبيعية أو ضعيفة.
- ضعف أو تصلب في الأطراف (مثل شلل إربي في طرف علوي، كسر في الترقوة).
- عيوب خلقية بالعمود الفقري (مثل بروز كيس من الأغشية السحائية يحتوي على السائل النخاعي بين الفقرات).

### الجهاز الدوري

- معدل وانتظام ضربات القلب.
- معدل امتلاء الشعيرات الدموية بالضغط علي عظمة القص وعد الوقت بالثانية حتى الرجوع إلى اللون الطبيعي (المعدل الطبيعي أقل من ٣ ثواني).

### الجهاز التنفسي

- لون الجلد: وردي أو أزرق أو باهت.
- معدل التنفس.
- تناسق حركة الصدر على الجانبين مع التنفس، وتناسق حركات الصدر والبطن.
- أعراض صعوبة التنفس (زيادة معدل التنفس أكثر من ٦٠ نفس/الدقيقة، نتة، انجذاب صدري، أو نوبات توقف التنفس، أو إفرازات).
- محيط الصدر.

### الجهاز الهضمي

- شكل البطن ووجود انتفاخ.
- قياس محيط البطن عند مستوى السرة.
- وجود قيء، ووصف المحتوى واللون، إن وجد.

- التأكد من مرور العقي خلال ٢٤ - ٤٨ ساعة بعد الولادة.

### الجهاز التناسلي والبولي

- الجهاز التناسلي للأنثى من حيث:
  - وجود تورم بسيط في الأعضاء التناسلية الخارجية.
  - حجم الشفرت، وأن الشفرتين الكبيرتين تغطيان الشفرتين الصغيرتين.
  - وجود إفرازات أو نزف بسيط من المهبل.
- الجهاز التناسلي للذكر من حيث:
  - وجود فتحة البول في مقدمة القضيب.
  - نزول الخصيتين في كيس الصفن، وأن كيس الصفن متورم، ممتلئ، لونه غامق، وبه خطوط عريضة.
- التأكد من نزول البول خلال ٢٤ ساعة من الولادة، وملاحظة لونه وكميته (اللون الطبيعي أصفر فاتح، والكمية ١ - ٣ مليلتر/كجم/ساعة).

### تصنيف المواليد حديثي الولادة

#### أولاً: حسب العمر الرحمي

- الوليد ناقص النمو: هو الذي ولد قبل إتمام ٣٧ أسبوعاً من الحمل.
- الوليد كامل النمو: هو الذي يولد من ٣٧ - ٤٢ أسبوعاً من الحمل.
- الوليد بعد اكتمال فترة الحمل: هو الذي يولد بعد ٤٢ أسبوعاً من الحمل.

#### ثانياً: حسب الوزن بالنسبة للعمر الرحمي

- صغير عن العمر الرحمي: هو الوليد الذي يكون وزنه على منحنى الوزن داخل الرحم أقل من ١٠٪
- مناسب للعمر الرحمي: هو الوليد الذي يكون وزنه على منحنى الوزن داخل الرحم ما بين ١٠ - ٩٠٪
- كبير عن العمر الرحمي: هو الوليد الذي يكون وزنه على منحنى الوزن داخل الرحم أكبر من ٩٠٪

## الفصل السادس

# اضطرابات درجة حرارة الجسم

### أولاً: انخفاض درجة الحرارة

هي انخفاض درجة حرارة الجسم الداخلية للوليد عن  $36,5^{\circ}\text{C}$ .

#### المواليد الأكثر عرضة

- ناقصوا الوزن والنمو
- الذين يعانون من انخفاض مستوى الجلوكوز في الدم
- الذين يعانون من الاختناق الوليدي
- الذين يعانون من التسمم الدموي
- الذين يعانون من عيوب خلقية في القلب أو في الجهاز الهضمي (مثل خروج محتويات البطن مع الحبل السري)
- الذين يعانون من حدوث تكسير في كرات الدم الحمراء فور عملية الولادة بسبب عدم توافق عامل ريزوس
- الذين يعانون من صعوبة التنفس

#### الأعراض

#### أعراض مبنيّة

- برودة جلد الوليد عند ملامسته، خصوصاً الأطراف وظهور زرقة طرفية.
- ضعف القدرة على المص، أو فقد القابلية للرضاعة.
- ظهور علامات صعوبة التنفس، مع زيادة عدد ضربات القلب.
- خمول وبكاء ضعيف.
- تغير لون الجلد من الشحوب والزرقة إلى المبرقش.

### أعراض متأخرة

- نوبات من توقف التنفس
- انخفاض معدل ضربات القلب
- نقص مستوى الجلوكوز بالدم
- زيادة نسبة حموضة الدم
- نزيف بالمخ أو نزيف رئوي
- تصلب الأنسجة الدهنية تحت الجلد

### ثانيًا: ارتفاع درجة الحرارة

هي ارتفاع درجة حرارة الجسم الداخلية للوليد عن  $37,5^{\circ}\text{م}$ .

#### الأعراض

- يبدو جلد الوليد دافئًا عند ملامسته، متورّدًا في بادئ الأمر، ثم يصبح لونه باهتًا
- زيادة معدل ضربات القلب ومعدل التنفس، وتهيج الوليد

### دور الممرضة في الحفاظ على درجة حرارة الوليد

#### في حجرة الولادة

- تهيئة بيئة دافئة لاستقبال الوليد بعيدة عن أي مصدر للتيارات الهوائية، مع مراعاة ضبط درجة حرارة غرفة الولادة على الدرجة الملائمة (ما بين  $24 - 26^{\circ}\text{م}$ ).
- ضبط المصدر الحراري على وضع التشغيل قبل الولادة بحوالي  $10 - 20$  دقيقة.
- تجفيف الوليد جيدًا بعد الولادة مباشرة، مع مراعاة عدم ترك الفوط المبللة تحته.
- وضع الوليد ملاصقًا لجلد الأم بعد الولادة، قدر الإمكان.

#### في وحدة رعاية حديثي الولادة

#### عند استقبال الوليد، يجب اتباع الآتي

- يجرّد الوليد من ملابسه، فيما عدا الحفاض، ويوضع في المنتصف تحت المصدر الحراري.
- يُثبت مجس الحرارة على جلد البطن (في الناحية اليمنى العليا، مكان الكبد).

- ضبط درجة حرارة المصدر الحراري (السيفرو) على  $36,5^{\circ}\text{م}$ .
- تقاس درجة حرارة الوليد كل ٢/١ ساعة - ساعة أو حسب تعليمات الطبيب، حتى تصبح حول معدلاتها الطبيعية.

#### عند دخول الوليد، يجب اتباع الآتي

- متابعة درجة حرارة الوليد كل ٣ - ٤ ساعات، وضبط درجة حرارة الحضانة حسب عمر ووزن الوليد (جدول ٦-١).
- وضع الحضانة بعيدًا عن أشعة الشمس أو أي مصدر للتيارات الهوائية.
- عدم فتح أبواب الحضانة إلا عند الضرورة.
- متابعة الحرارة إذا تقرر وضع الوليد تحت العلاج الضوئي.

#### جدول (٦-١): الظروف البيئية الحرارية المعتدلة (تنظيم درجة حرارة الحضانة)

| العمر والوزن    |                   | حرارة الحضانة (درجة مئوية) |
|-----------------|-------------------|----------------------------|
|                 |                   | البداية                    |
|                 |                   | تقاروح بين                 |
| من ٠ - ٦ ساعات  | ■ أقل من ١٢٠٠ جم  | ٣٥                         |
|                 | ■ ١٢٠٠ - ١٥٠٠ جم  | ٣٤,١                       |
|                 | ■ ١٥٠١ - ٢٥٠٠ جم  | ٣٣,٤                       |
|                 | ■ أكثر من ٢٥٠٠ جم | ٣٢,٩                       |
|                 |                   | ٣٥,٤ - ٣٤                  |
| من ٦ - ١٢ ساعة  | ■ أقل من ١٢٠٠ جم  | ٣٥                         |
|                 | ■ ١٢٠٠ - ١٥٠٠ جم  | ٣٤                         |
|                 | ■ ١٥٠١ - ٢٥٠٠ جم  | ٣٣,١                       |
|                 | ■ أكثر من ٢٥٠٠ جم | ٣٢,٨                       |
|                 |                   | ٣٥,٤ - ٣٣,٥                |
| من ١٢ - ٢٤ ساعة | ■ أقل من ١٢٠٠ جم  | ٣٤                         |
|                 | ■ ١٢٠٠ - ١٥٠٠ جم  | ٣٣,٨                       |
|                 | ■ ١٥٠١ - ٢٥٠٠ جم  | ٣٢,٨                       |
|                 | ■ أكثر من ٢٥٠٠ جم | ٣٢,٤                       |
|                 |                   | ٣٥,٤ - ٣٣,٣                |

جدول (٦-١): الظروف البيئية الحرارية المعتدلة (تنظيم درجة حرارة الحضانة- تابع)

| العمر والوزن                                                                                                                              |  | حرارة الحضانة (درجة مئوية) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|
|                                                                                                                                           |  | البداية                    |
|                                                                                                                                           |  | تتراوح بين                 |
| من ٢٤ - ٣٦ ساعة                                                                                                                           |  | ٣٤                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٢٠٠ جم</li> <li>١٥٠٠ - ١٢٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ - ٢٥٠٠ جم</li> <li>أكثر من ٢٥٠٠ جم</li> </ul> |  | ٣٤,٦                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣٢,٦                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣٢,١                       |
| من ٣٦ - ٤٨ ساعة                                                                                                                           |  | ٣٤                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٢٠٠ جم</li> <li>١٥٠٠ - ١٢٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ - ٢٥٠٠ جم</li> <li>أكثر من ٢٥٠٠ جم</li> </ul> |  | ٣٣,٥                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣٢,٥                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣١,٩                       |
| من ٤٨ - ٧٢ ساعة                                                                                                                           |  | ٣٤                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٢٠٠ جم</li> <li>١٥٠٠ - ١٢٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ - ٢٥٠٠ جم</li> <li>أكثر من ٢٥٠٠ جم</li> </ul> |  | ٣٣,٥                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣٢,٣                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣١,٧                       |
| من ٧٢ - ٩٦ ساعة                                                                                                                           |  | ٣٤                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٢٠٠ جم</li> <li>١٥٠٠ - ١٢٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ - ٢٥٠٠ جم</li> <li>أكثر من ٢٥٠٠ جم</li> </ul> |  | ٣٣,٥                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣٢,٢                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣١,٣                       |
| من ٤ - ١٢ يوم                                                                                                                             |  | ٣٣,٥                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٥٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ - ٢٥٠٠ جم</li> <li>أكثر من ٢٥٠٠ جم (&lt;٣٦ أسبوع رحمي)</li> </ul>     |  | ٣٢,١                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣١                         |
|                                                                                                                                           |  | ٣٠,٩                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣٠,٦                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣٠,٣                       |
|                                                                                                                                           |  | ٣٠,١                       |

جدول (٦-١): الظروف البيئية الحرارية المعتدلة (تنظيم درجة حرارة الحضانة – تابع)

| العمر والوزن                                                                                                                                            |  | حرارة الحضانة (درجة مئوية) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|
|                                                                                                                                                         |  | البداية                    |
|                                                                                                                                                         |  | تتراوح بين                 |
| من ١٢ – ١٤ يوم<br><ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٥٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ – ٢٥٠٠ جم</li> <li>أكثر من ٢٥٠٠ جم (&lt;٣٦ أسبوع رحمي)</li> </ul> |  | ٣٣,٥                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٣٢,٦ – ٣٤                  |
|                                                                                                                                                         |  | ٣٢,١                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٣١ – ٣٣,٢                  |
| من ٢ – ٣ أسابيع<br><ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٥٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ – ٢٥٠٠ جم</li> </ul>                                             |  | ٢٩,٨                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٢٩ – ٣٠,٨                  |
|                                                                                                                                                         |  | ٣١,٧                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٣٢,٢ – ٣٤                  |
| من ٣ – ٤ أسابيع<br><ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٥٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ – ٢٥٠٠ جم</li> </ul>                                             |  | ٣١,٦                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٣١,٦ – ٣٣,٦                |
|                                                                                                                                                         |  | ٣١,٤                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٣٠ – ٣٢,٧                  |
| من ٤ – ٥ أسابيع<br><ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٥٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ – ٢٥٠٠ جم</li> </ul>                                             |  | ٣٢                         |
|                                                                                                                                                         |  | ٣٢ – ٣٣                    |
|                                                                                                                                                         |  | ٣٠,٩                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٢٩,٥ – ٣٥,٢                |
| من ٥ – ٦ أسابيع<br><ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من ١٥٠٠ جم</li> <li>١٥٠١ – ٢٥٠٠ جم</li> </ul>                                             |  | ٣١,٤                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٣١,٤ – ٣٢,٣                |
|                                                                                                                                                         |  | ٣٠,٤                       |
|                                                                                                                                                         |  | ٢٩ – ٣١,٨                  |

## الفصل السابع

### إحالة الوليد

#### أولاً: دور الممرضة في الجهة المحول منها

##### التأكد من الآتي

- وجود مكان شاغر بالوحدة التي سيتم تحويل الوليد إليها من خلال الاتصال تليفونياً بطبيب الوحدة الأخرى التي سيتم النقل إليها.
  - موافقة كتابية من الوالدين أو أحدهما على إجراء التحويل، تحفظ في ملف الوليد.
  - وجود إسورة تعريف حول ذراع وساق الوليد، تحتوي على معلومات كافية عنه.
  - ملء كافة البيانات الموجودة باستمارة الإحالة.
  - ضرورة احتواء ملف الوليد على:
    - أمر الطبيب بالتحويل وتوقيعه
    - البيانات الخاصة بالوليد
    - الفحص الشامل للوليد متضمناً التاريخ المرضي
    - كل التحاليل السابقة
  - الحضانة المتنقلة مشحونة
  - كفاءة عمل جهاز المراقبة المرئية للقلب والتنفس لمتابعة كل من ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، ومعدل التنفس، ونسبة تشبع الدم بالأكسجين أثناء الإحالة.
  - وجود مصدر للأكسجين
  - وجود شنطة الإفاقعة مكتملة.
- العمل على استقرار الحالة العامة للوليد قبل وأثناء النقل، من خلال**
- متابعة العلامات الحيوية للوليد، ونسبة تشبع الدم بالأكسجين.
  - الحرص على استقرار درجة حرارة الوليد.

- التأكد من سريان المحاليل بالمعدل المطلوب.
- التشفيط الجيد.
- التأكد من كفاءة عمل قسطرة السرة والأنبوبة الحنجرية، ومن تثبيتهما جيداً، في حالة وجودهما.
- التعامل مع بعض الحالات الخاصة، ثراعي التعليمات الآتية:
  - فتق الحجاب الحاجز: وضع الوليد على جهاز تنفس صناعي، ووضع أنبوبة معدية.
  - عيوب بجدار البطن: تغطية العيب بشاشة معقمة مبللة بمحلول ملح دافئ أو سوفرآتول، ثم تغطيته بكيس بلاستيك، للإقلال من فقد الحرارة والسوائل.
  - الناصور بين المريء والقصبه الهوائية، أو انسداد المريء: تشفيط مستمر للسوائل من المريء.
  - عيوب الأنبوبة العصبية (بروز كيس من الأغشية السحائية يحتوي على السائل النخاعي بين الفقرات): يُغلى بقطعة شاش معقمة ومبللة بمحلول ملح دافئ، ثم بغطاء بلاستيك.
  - انسداد الفتحة الخلفية للأنف: وضع ممر هوائي بالفم.
  - متلازمة روبين: وضع الوليد على بطنه، ووضع ممر هوائي (قطر ٢,٥ مم) عن طريق الأنف إلى البلعوم.
- تسجيل العلامات الحيوية، والأدوية التي تم إعطاؤها للوليد، وأي مشاكل صحية تعرض لها أثناء النقل.
- عند الوصول إلى الجهة المستقبلية للحالة، يتم تسليم الوليد للطبيب المسئول، وإعطاء الممرضة المسئولة كل الأوراق الخاصة به، والتوقيع على استمارة الإحالة بتسليم الوليد، مع بيان الساعة والحالة التي وصل بها الوليد.

## ثانياً: دور ممرضة وحدة رعاية حديثي الولادة المستقبلية للحالة

الاستعداد لاستقبال الوليد قبل وصوله

- تجهيز حضانة
- تنظيف وتطهير الحضانة، والتأكد من كفاءة عملها.

- تحضير ملاءات جديدة ونظيفة.
- توصيل الحضانة بالكهرباء قبل وصول الوليد بساعة على الأقل.
- ضبط درجة حرارة الحضانة بما يتناسب مع وزن الوليد القادم وعمره الجنيني.
- تجهيز الأجهزة والمستلزمات الخاصة بالإفاقة والتي تعمل على استقرار حالة الوليد.
- تجهيز أجهزة التنفس اللازمة طبقاً لحالة الوليد، وحسب أوامر الطبيب.
- تجهيزوصلات المناسبة.
- توصيل الجهاز بالكهرباء، ووضعه في حالة استعداد.
- تجهيز الأدوات المطلوبة لإعطاء المحاليل الوريدية (مضخة محاليل، مضخة سرنجات، جهاز وريد، وسوليوست).
- استلام الوليد، والعمل على استقرار حالته
  - التأكد من بيانات الوليد، وأخذ بصمة القدم.
  - تقييم العلامات الحيوية للوليد، والتأكد من استقرار درجة حرارته.
  - مراجعة كفاءة عمل الكانيولا، وتاريخ وقت تركيبها، والتأكد من أنها مثبتة جيداً.
  - التأكد من كفاءة عمل قسطرة السرة والأنبوبة الحنجرية، ومن تثبيتهما جيداً، في حالة وجودهما.
  - تسجيل خطوات الإفاقة التي يقوم بها الطبيب المستقبل للحالة، وتدوين ما تم إعطاؤه من الأدوية.
  - تنفيذ أوامر الطبيب المستقبل للحالة، مع التدوين.
  - استكمال إجراءات الدخول، الفحص البدني، وقياسات النمو.

## الفصل الثامن

### العناية التمريضية اليومية

تجهيز الأدوات والأجهزة اللازمة قبل البدء في تقديم العناية التمريضية للوليد، والتأكد من كفاءة عملها

#### خطوات تقديم العناية التمريضية اليومية للوليد داخل وحدة الرعاية

- قياس العلامات الحيوية
- قياسات النمو
- نظافة الوليد (الحمام - العناية بمنطقة الحفاض - الغيار على الجذع السري)
- المحافظة على الجلد نظيفًا وجافًا تمامًا.
- عند تثبيت الكانيولا يراعى الآتي:
  - استخدام البلاستر الشفاف أو وضع صبغة الجاوي قبل وضع البلاستر العادي عند تثبيت قسطرة السرة أو قسطرة الوريد (الكانيولا) أو أنبوبة التغذية (إذا كان وزن الوليد أقل من ١٥٠٠ جم).
  - استخدام أقل كمية ممكنة من البلاستر على جلد الوليد.
- عند نزع الكانيولا يراعى الآتي:
  - تمرير قطعة من القطن مغموسة في كحول على البلاستر لإزالته بدون ألم.
  - عمل كمادات ماء دافئ، ورفع الطرف في حالة وجود تورم بالجلد.
- تغيير أقطاب جهاز ملاحظة وظائف القلب كل ٢٢ ساعة، ووضعها في أماكنها الصحيحة بعيدًا عن حلمة الثدي.
- تغيير وضع مجلس جهاز قياس نسبة تشبع الأكسجين بالدم كل ٤ ساعات.
- العناية بالعينين
  - استخدام ماء مقطر وقطن معقم لتنظيف العينين (كلٌّ على حده) في اتجاه واحد من الداخل إلى الخارج، ثم تحفيفهما بالقطن المعقم في نفس الاتجاه.

- وضع قطرة مطهره للوقاية من العدوى.
- تقديم العناية الخاصة بالوليد على حسب حالته (التشفيط، أو العلاج بالأكسجين).
- التغذية
- اتباع تعليمات الطبيب، من حيث:
  - ملاحظة حدوث قيء والسحب من المعدة قبل الرضعة، وتدوين الكمية، والقوام، واللون، وإبلاغ الطبيب.
  - قياس محيط البطن قبل الرضعة.
- فحص البطن: لينة أو منتفخة.
- ملاحظة عدد مرات التبرز وقوام البراز.
- مراعاة نوم الوليد بعد الرضعة على جانبه الأيمن.
- تسجيل مواعيد الرضعات وكمياتها في سجل الوليد.
- إبلاغ الطبيب في حالة حدوث أي علامة تدل على عدم تحمل الرضعة (مثل القيء، أو انتفاخ البطن، أو زيادة كمية السحب من الرضعة السابقة أكثر من ٣٠٪).
- وضعية الوليد
  - وضع لفة تحت كتفيه.
  - وضع الوليد المبتسر داخل العش.
  - تغيير وضعية الوليد كل ساعتين بحرص شديد.
  - يجب عند إدارة الوجه إلى اليمين أو اليسار أن يدار معه كل الجسم، وإبقاء الرأس والجسد على استقامة واحدة.

---

ملحوظة ١: يراعى عدم نوم الوليد على جانبي الوجه لفترة طويلة، لتجنب حدوث ضغط على صيوان الأذن مما يؤدي إلى غرغينة بصيوان الأذن.

ملحوظة ٢: يراعى عدم تحريك الوليد بعد الرضاعة، قدر الإمكان، حتى لا يتعرض للقيء.

---

## الفصل التاسع العناية التنموية

### بنود العناية التنموية

أولاً: اللمس الإيجابي والتدليك ويشمل:

- الطبطة بأطراف الأصابع ووضع اليدين على جلد الوليد
- احتواء الوليد
- التدليك

#### خطوات التدليك

- في البداية يكون الوليد في وضعية النوم على البطن، ثم يتم عمل ٦ مسحات باليدين لكل خطوة مما يلي:
  ١. من بداية الرأس وحتى نهايتها، ثم العكس.
  ٢. بدءاً من الرقبة إلى الكتفين، ثم العكس.
  ٣. بدءاً من الكتفين حتى نهاية الجذع، ثم العكس بمحاذاة العمود الفقري.
  ٤. بدءاً من الكتفين حتى الرسغين، ثم العكس مروراً على الجزء الخلفي من الذراعين.
  ٥. بدءاً من الحوض حتى الكعبين، ثم العكس مروراً على الجزء الخلفي من الساقين.
- ثم يقاب الوليد بحيث يصبح في وضع النوم على الظهر لعمل ٦ مرات ثني وفرد:
  - للذراعين كلٌّ على حده، مع التثبيت بمحاذاة عظمة الترقوة.
  - للساقين كلٌّ على حده، مع التثبيت بمحاذاة عظام الحوض.
  - للساقين معاً في وقت واحد، مع الإمساك بمفصل الكاحل.

- يقلب الوليد ليصبح في وضع النوم على البطن مرة أخرى، وتكرر الخطوات من ١ إلى ٥.

### ثانيًا: وضع الوليد داخل العش

يقصد به تحويط الوليد بوضع لفافة من القماش حوله

#### الخطوات

- تجهيز ملاءة نظيفة مربعة.
- لف الملاءة عند الأركان حتى تصبح مثل الاسطوانة (سميكة من المنتصف وأقل سُمكاً عند الأطراف).
- تشكيل اسطوانة القماش على شكل حدوة حصان (حرف U)، ثم وضع الجزء السميكة أسفل مقعدة الوليد ولف باقي الاسطوانة حول جسمه.
- وضع فوطة صغيرة تحت كتفي الوليد.
- وضع الذراعين والساقين بصورة تجعل أطراف الوليد الأربعة في وضع الانتشاء وتقربهم من الخط المنصف للجسم.

### ثالثًا: تجميع العناية المقدمة للوليد في وقت محدد

يقصد به تجميع العناية الروتينية المقدمة للوليد ناقص النمو في وقت واحد.

#### رابعًا: المص غير الغذائي

يمكن تطبيق ذلك من خلال إعطاء الوليد ثدي أمه الفارغ من اللبن، أو السكاته أو حلقة الببرونة بعد وضع حشوه من القطن بداخلها مبللة بالماء المقطر أو بمحلول الجلوكوز ٥٪. ويمكن تنفيذ ذلك أثناء تقديم العناية الروتينية أو أثناء إعطاء الرضعة بأنبوبة التغذية.

---

**ملحوظة:** ينبغي تجنب المص الزائد إذا كان الوليد ناقص النمو، لتفادي نقص الوزن بسبب الجهد المبذول أثناء عملية المص.

---

#### خامسًا: الحماية من الضوضاء

- تجنب الحديث بصوت عالٍ داخل الوحدة أو بجوار الحضانة، خاصة عندما يكون الوليد نائمًا.
- غلق باب الحضانة بهدوء وخفة.

- عدم وضع أي شيء فوق غطاء الحضانة.
- التخلص السريع من فقاقيع الماء الموجودة في أنابيب الأكسجين أو جهاز التنفس الصناعي.
- ضبط جرس التليفون على أقل مستوى، أو نقله خارج وحدة الرعاية كلما أمكن.
- عدم إزعاج الوليد أثناء نومه إلا للضرورة القصوى.
- عدم سحب الأثاث الموجود بالوحدة لتحريكهم، وإنما يجب حملهم.

#### سادساً: الحماية من الضوء

- تعتيم الشبائيك ذات الزجاج الشفاف بالوحدة.
- حجب (ستر) الضوء عن الوليد بوضع غطاء أعلى الحضانة.
- تقليل الضوء أثناء الليل.

---

**ملحوظة:** حماية الوليد من الضوء من خلال وضع غطاء أعلى الحضانة يجب ألا تعوق الملاحظة الجيدة له، لذلك يوصى بضرورة توصيل الوليد على جهاز مراقبة القلب و التنفس.

---

#### سابعاً: مشاركة الوالدين في رعاية أطفالهم

مساهمة الوالدين في تقديم الرعاية اللازمة لوليدهما مثال ذلك تدريب الأم على تغيير الحفاض أو ملامسة جلد الوليد لجلدها.

#### ثامناً: العناية بطريقة الكانجرو

يجرد الوليد من ملابسه (عدا الطاقية والحفاض والجورب)، يوضع في وضع عمودي على صدر أمه أو أبيه (الجلد ملامس للجلد)، ويُدار رأسه لتكون أذنه مقابلة لقلب الأم.

#### الوليد المناسب لتطبيق عناية الكانجرو

- أي عمر رحمي، وأي عمر بعد الولادة.
- الوليد المستقر فسيولوجياً ودرجة حرارته لا تقل عن ٣٦°م.
- إذا كان الوليد يعاني من نوبات توقف التنفس، فيجب أن يكون من النوع البسيط الذي يخفّي بالتنبيه.
- يمكن تطبيق هذا الوضع مع الوليد الموصل على السيباب الأنفي، القسطرة الأنفية، أو جهاز التنفس الصناعي.

### دور الممرضة

- شرح أهمية هذا الوضع للأم حتى تؤديه بنجاح.
- توفير كرسي مناسب ومريح للأم كي تجلس عليه.
- توفير جاون مفتوح من الأمام وفوقه جاون مفتوح من الخلف للأم.
- الحفاظ على خصوصية الأم، وأن يكون المكان هادئاً.
- قياس درجة حرارة الوليد قبل وضعه على صدر أمه.

### التخفيف من حدة الألم الناجم عن الإجراءات الاختراقية للوليد

#### أولاً: قبل الإجراءات الاختراقية

- تجميع الإجراءات الاختراقية والقيام بتنفيذها قبل إعطاء الرضعة.
- إعطاء الوليد محلول السكروز بتركيز ٢٥ ٪ عن طريق الفم قبل تنفيذ الإجراءات الاختراقية بدقة.

---

ملحوظة: يتم تحضير محلول السكروز بإذابة ملعقة صغيرة سكر في ٤ ملاعق صغيرة ماء معقم.

---

#### ثانياً: أثناء الإجراءات الاختراقية

- تقييط الوليد أثناء تنفيذ خطوات الإجراءات المؤلم.
- تطبيق المص غير الغذائي.

#### ثالثاً: بعد الإجراءات الاختراقية

- تقليل الضوء والحد من الضوضاء.
- التدليك أو اللمس الإيجابي.
- قيام أحد الوالدين بتطبيق وضع الكانجرو، أو باحتضان الوليد بعد الإجراءات مباشرة.
- الحفاظ على وضعية الوليد من خلال تحويطه بالأيدي أو وضعه داخل العش.

## الفصل العاشر

# الوليد ذو الخطورة العالية

هو وليد معرض لفرصة أكبر للمرض أو للوفاة بسبب مخاطر تهدد حياته أو صحته في فترة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة، بغض النظر عن عمره الرحمي أو وزنه عند الولادة.

### أمثلة

- الوليد ناقص النمو (المبتسر)
- الوليد بعد اكتمال فترة الحمل
- الوليد الذي يعاني من ازدياد نسبة الصفراء بالدم
- الوليد الذي يعاني من صعوبة التنفس
- الوليد الذي يعاني من التسمم الدموي
- الوليد الذي يعاني من الالتهاب النخري القولوني
- وليد الأم المصابة بالسكري

## الوليد المبتسر (الخديج) والوليد ناقص الوزن

الوليد المبتسر أو الخديج هو المولود قبل اكتمال ٣٧ أسبوعًا من عمره الرحمي. الوليد ناقص الوزن هو الوليد الذي يزن أقل من ٢٥٠٠ جم عند الولادة (إما بسبب عدم اكتمال العمر الرحمي، أو بسبب تأخر النمو داخل الرحم)، أما الوليد ناقص الوزن جدًا فهو الذي يزن من ١٠٠٠ جم إلى أقل من ١٥٠٠ جم، والوليد ناقص الوزن الشديد هو الذي يزن أقل من ١٠٠٠ جم عند الولادة.

### المخاطر التي يتعرض لها الوليد المبتسر

- عدم استقرار وفقد درجة حرارة الجسم
- اضطرابات الجهاز التنفسي
  - متلازمة الضائقة التنفسية أو مرض الغشاء الهلالي
  - نوبات توقف التنفس
  - نزف بالرئة
- اضطرابات الجهاز الدوري
  - بقاء القناة الشريانية بين الشريان الأورطي والشريان الرئوي مفتوحة
  - هبوط ضغط الدم
- اضطرابات الجهاز الهضمي
  - ضعف القدرة على المص والرضاعة
  - ضعف حركة الأمعاء، وعدم اكتمال وظيفة الجهاز الهضمي
  - الالتهاب النخري القولوني
- اضطرابات الدم
  - الأنيميا
  - الصفراء
  - سهولة النزف
- اضطرابات الجهاز العصبي
  - نقص وصول الأكسجين للمخ

- وصول الصفراء إلى خلايا المخ مع ارتفاع نسبة البيليروبين
- الالتهابات المخية
- النزف داخل بطينات المخ
- الصمم وفقدان السمع
- تليف الشبكية (اعتلال الشبكية عند المبشرين)
- نقص أو زيادة مستوى الجلوكوز، ونقص مستوى الكالسيوم بالدم
- العدوى (أكثر عرضة للعدوى من الوليد مكتمل النمو)

### الرعاية التمريضية للوليد المبسر

في حالة توقع ولادة طفل ناقص النمو، لابد من إخطار كل من طبيب وممرضة وحدة رعاية حديثي الولادة لتقديم الرعاية اللازمة له فور ولادته، ويجب الانتباه للنقاط الآتية:

#### الحفاظ على الطاقة

- ضبط درجة حرارة البيئة المحيطة بالوليد.
- التغذية الوريدية أو عن طريق أنبوبة التغذية.
- تطبيق البنود الخاصة بالعناية التنموية (مثل وضع الوليد داخل العش).

#### تنظيم درجة حرارة الجسم

- الحفاظ على درجة حرارة الجسم الداخلية ما بين ٣٦,٥ – ٣٧,٥ م°.
- ضبط معدل حرارة الحضانة طبقاً لوزن الوليد وعمره بعد الولادة.
- الحرص على تقديم الرعاية المطلوبة للوليد داخل الحضانة أو تحت جهاز التدفئة.
- توصيل مجس الحرارة بالوليد، خاصة أثناء تقديم الرعاية الأولية تحت جهاز التدفئة.
- الحفاظ على البيئة المحيطة بالحضانة دافئة (٢٤ – ٢٦ م°).
- تجنب تعريض الوليد لتيارات هواء بارد، أو استخدام ميزان بارد لوزنه.

### العناية بالجهاز التنفسي

- توصيل الوليد بجهاز مراقبة القلب والتنفس لمراقبة وظائفه الحيوية.
- متابعة ظهور العلامات التي تدل على صعوبة التنفس، وإبلاغ الطبيب فور ظهورها.
- إعطاء أكسجين دافئ ومرطب أو المساعدة باستخدام جهاز السيباب أو التنفس الصناعي، طبقاً لتعليمات الطبيب.

### المحاليل الوريدية والإرواء

- الإرواء المناسب هام جداً بالنسبة للوليد المبتسر، مع مراعاة أن الوليد الذي يعالج بالجهاز الضوئي يفقد كمية أكبر من السوائل، ويمكن تحقيق ذلك من خلال:
  - وزن الوليد يومياً بدقة (مرتين يومياً للوليد الذي يزن أقل من ١٠٠٠ جم).
  - تسجيل كمية السوائل الداخلة والخارجة بدقة من خلال حساب الآتي:
    - كمية السوائل المعطاه خلال ٢٤ ساعة.
    - حجم الأدوية التي تؤخذ في الوريد أو السوائل التي تستخدم لتسليك المجرى الوريدي، وكتابتها في أوراق المتابعة الخاصة بالمرضة.
    - حساب كمية البول كل نوبتية، وتحدد بوزن الحفاضات، مع إبلاغ الطبيب إذا كانت كمية البول أقل من ١ مليلتر/كجم/الساعة.
    - السوائل الأخرى التي قد تُفقد من الوليد (مثل سوائل شفط المعدة).
  - ملاحظة تسرب المحاليل من الكانيولا (احمرار- تورم).
  - تقييم حالة الإرواء عن طريق تقييم التغيرات في وزن الوليد، وملاحظة مرونة الجلد، والأغشية المخاطية واليافوخ أو حدوث تورم، وقياس ضغط الدم، والكثافة النوعية للبول.
  - مراجعة تقارير المعمل (الصوديوم والبوتاسيوم).

### التغذية

- يحتاج الوليد الناقص النمو إلى ١٢٠-١٥٠ سعر حراري/كجم من وزنه يومياً.
- تتحدد الطريقة المتبعة في التغذية على حسب قدرته على المص والبلع، وعلى تحمل الرضعة، ومعاناته من صعوبة التنفس.

- يجب تشجيع الرضاعة الطبيعية من الثدي إذا كانت حالة الوليد تسمح بذلك، أو حث الأم على تعصير لبن الثدي وإعطائه للوليد، ويمكن الانتقال إلى الرضاعة من الثدي تدريجيًا مع الملاحظة أثناء الرضاعة.
- في حالة التغذية بالبيرونة، يمكن انقاص الجهد المبذول في الرضاعة عن طريق استخدام حلمات أكثر مرونة وذات ثقب متناسبة مع قدرة الوليد على المص.
- تُستخدم أنبوبة التغذية في حالة ما إذا كان الوليد يتعب سريعًا (أي يزداد معدل تنفسه)، أو إذا كان انعكاسي المص والبلع لديه ضعيف. ثم يتم البدء في التغذية عن طريق الفم تدريجيًا مع تحسن منعكس المص.
- إعطاء المحاليل الوريدية أو التغذية الوريدية، حسب تعليمات الطبيب.
- متابعة ازدياد وزن الوليد على منحني النمو بمعدل ٢٠ - ٣٠ جم يوميًا.

#### متابعة مستوى الجلوكوز والكالسيوم بالدم

##### الحماية من العدوى

- اتباع إجراءات التحكم في العدوى في كافة الإجراءات التي تقدم للوليد.
- التقليل من لمس الوليد بدون داع.

##### العناية بالجلد

- تنظيف الجلد و تجفيفه جيدًا.
- مراعاة تغيير وضع الوليد كل ٣ ساعات.
- تغيير أماكن أقطاب جهاز مراقبة القلب والتنفس كل ٢٤ ساعة.
- استخدام البلاستر الشفاف، وتمرير قطنة مبللة بالكحول عند إزالة البلاستر العادي.

##### تطبيق البنود الخاصة بالعناية التنموية

مثال ذلك تشجيع الأم على حمل وليدها وملامسة جلده لجلدها.

##### دور الممرضة تجاه والدي الطفل المبتسر

- تفهم شعور الوالدين ورد فعلهما من خوف، وتسهيل تعبيرهما عن شعورهما عن طريق المناقشة وشرح حالة الوليد لهما.
- شرح مدى أهمية الأجهزة المستخدمة في رعاية الوليد للأُم قبل رؤيتها له.

- تشجيع الأم على رؤية وليدها، وإرضاعه، ورعايته، ولمسه، وحمله، إذا كانت حالته تسمح بذلك.
- إعطاء تنقيف صحي للأم للعناية بوليدها.
- عمل تحليل صورة الدم لاكتشاف وعلاج الأنيميا

### بعد الخروج من المستشفى

- المتابعة من خلال إعطاء الوالدين كارت المتابعة، وتحديد مواعيد المتابعة لهما.

### الوليد بعد اكتمال فترة الحمل

هو المولود الذي يولد بعد اكتمال ٤٢ أسبوعاً من الحمل.

#### المخاطر التي يتعرض لها هذا الوليد

- الاختناق الوليدي – استنشاق العقي – نقص مستوى الجلوكوز والكالسيوم بالدم – زيادة كريات الدم الحمراء – حدوث الصفراء

#### الرعاية التمريضية

- تقييم الوليد، وإجراء الفحص الدقيق له، لاستبعاد وجود أي عيوب خلقية ظاهرة، أو علامات الاختناق أو استنشاق العقي.
- المتابعة الدقيقة لمستوى الجلوكوز والكالسيوم بالدم.
- البدء المبكر بإرضاع الوليد، إذا كانت حالته تسمح بذلك، وحسب تعليمات الطبيب.

## الفصل الحادي عشر

### الحقن الوريدي والتعامل مع السوائل الوريدية

يحدث فقدان فسيولوجي لوزن الوليد في الأيام الأولى من عمره يتراوح بين ٥ - ١٠٪ من وزنه نتيجة إعادة توزيع السوائل داخل جسمه.

جدول (١١-١): كمية السوائل التي يحتاجها الوليد (مليلتر/كجم/اليوم) خلال الأيام الأولى حسب الوزن

| وزن الوليد<br>العمر<br>بعد الولادة | أقل من ١٠٠٠ جم                       | ١٠٠٠ - أقل من ١٥٠٠ جم                 | ١٥٠٠ - أقل من ٢٥٠٠ جم           | أكثر من ٢٥٠٠ جم أو أكثر        |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| أقل من ٢٤ ساعة                     | ١٢٠ - ١٠٠ مليلتر جلوكوز<br>٥ - ٧,٥ ٪ | ٨٠ - ١٠٠ مليلتر جلوكوز<br>٧,٥ - ١٠ ٪  | ٦٠ - ٨٠ مليلتر جلوكوز<br>١٠ ٪   | ٦٠ - ٨٠ مليلتر جلوكوز<br>١٠ ٪  |
| ٢٤ - ٤٨ ساعة                       | ١٤٠ - ١٢٠ مليلتر جلوكوز<br>٥ - ٧,٥ ٪ | ١٢٠ - ١٠٠ مليلتر جلوكوز<br>٧,٥ - ١٠ ٪ | ٨٠ - ١٠٠ مليلتر جلوكوز<br>١٠ ٪  | ٨٠ - ١٠٠ مليلتر جلوكوز<br>١٠ ٪ |
| أكثر من ٤٨ ساعة                    | ١٩٠ - ١٤٠ مليلتر جلوكوز<br>٥ - ٧,٥ ٪ | ١٦٠ - ١٢٠ مليلتر جلوكوز<br>٧,٥ - ١٠ ٪ | ١٥٠ - ١٠٠ مليلتر جلوكوز<br>١٠ ٪ | ٩٠ - ١٥٠ مليلتر جلوكوز<br>١٠ ٪ |

جدول (١١-٢): مؤشرات تقييم درجة إرواء الوليد

| المؤشر                 | معدل التقييم                                                                             | ملاحظات                                                                                                                                   |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوزن                  | مرة يوميًا للوليد الذي يزن أكثر من ١٠٠٠ جم، ومرتين يوميًا للوليد الذي يزن أقل من ١٠٠٠ جم | الفقد اليومي للوزن يجب ألا يزيد عن ١-٣٪ من وزن الوليد                                                                                     |
| الجلد واليافوخ         | مرة يوميًا للوليد الذي يزن أكثر من ١٠٠٠ جم، وكل ٨ ساعات للوليد الذي يزن أقل من ١٠٠٠ جم   | فقدان مرونة الجلد وانخفاض مستوى اليافوخ الأمامي من علامات الجفاف وفقد السوائل من جسم الوليد                                               |
| مستوى الصوديوم في الدم | مرة يوميًا للوليد الذي يزن أكثر من ١٠٠٠ جم، وكل ٨-١٢ ساعة للوليد الذي يزن أقل من ١٠٠٠ جم | تقلل السوائل المعطاة إذا كان المستوى أقل من ١٣٠ مللي إكوافيلنت/لتر، وتزداد السوائل المعطاة إذا كان المستوى أكثر من ١٤٥ مللي إكوافيلنت/لتر |
| كمية البول             | مع كل غيار للحفاضة تحسب الكمية كلها في نهاية كل مناوبة (نوبتية)                          | الكمية الطبيعية من ١-٣ مليلتر/كجم/الساعة                                                                                                  |
| الكثافة النوعية للبول  | يوميًا                                                                                   | الكثافة النوعية الطبيعية من ١.٠٠٥-١.٠١٠                                                                                                   |

لكي يكون الوليد في حالة إرواء تامة، يجب أن تكون كمية السوائل التي يأخذها معادلة لكمية السوائل التي يفقدها من جسمه.

إرشادات عامة يجب اتباعها عند إعطاء المحاليل الوريدية

- مراجعة أوامر الطبيب بشأن المحاليل التي سيتم تحضيرها وإعطائها بالوريد يوميًا
- مراعاة القواعد العامة للحفاظ على المحاليل الوريدية معقمة أثناء تحضيرها.
- الحفاظ على نظام وريدي مغلق دائمًا.
- استخدام مضخة المحاليل، لتجنب حدوث أى خطأ في كمية السوائل المعطاة، وخصوصًا الوليد ناقص الوزن والنمو.

- ملاحظة معدل سريان المحلول كل ساعة.
- تسجيل وكتابة وقت وتاريخ تركيب أي مجرى وريدي جديد.

### إرشادات عامة يجب اتباعها عند إعطاء الأدوية الوريدية

- مراجعة أوامر الطبيب بشأن الأدوية التي سيتم تحضيرها وإعطائها بالوريد .
- مراعاة القواعد العامة للحفاظ على الأدوية الوريدية معقمة أثناء تحضيرها.
- الحفاظ على نظام وريدي مغلق دائماً.
- عدم خلط الأدوية مع بعضها البعض بل يحقن كل دواء على حده.
- لا داعي لإيقاف سريان المحلول المستخدم إذا كانت الأدوية المستخدمة تتجانس ولا تتعارض مع المحلول المستخدم، ويمكن استخدام وصلة ثلاثية لإعطاء الدواء فيها بعد استشارة الصيدلية، للتعرف على الأدوية التي تتجانس مع المحلول المستخدم.
- خطوات إعطاء أدوية لا تتجانس مع المحاليل الوريدية:
  - إيقاف المحلول أولاً.
  - حقن محلول ملح في المدخل المخصص للحقن بجهاز الوريد.
  - حقن الدواء .
  - حقن محلول ملح في المدخل المخصص للحقن بجهاز الوريد.
  - حقن الدواء الآخر ... وهكذا عند وجود أكثر من دواء.
  - عادةً يتم ضبط المحلول بنفس المعدل السابق.

---

ملحوظة: يتم حساب كمية محلول الملح المستخدم أثناء إعطاء الأدوية الوريدية للوليد مع إبلاغ الطبيب بذلك، حيث يتم خصم كمية الصوديوم المعطاة مع محلول الملح من الاحتياج اليومي للوليد من الصوديوم.

---

### الغيار على المجرى الوريدي

- الغيار علي المجري يومياً، أو عند حدوث بلل من السوائل أو دم حول المجرى.
- وضع قطعة صغيرة من الشاش المعقم والبلاستر على مكان دخول المجرى.

**جدول (١١-٣): أمثلة للمحاليل التي لا تتجانس مع بعض الأدوية المستخدمة**

| اسم الدواء           | المحاليل التي تتعارض معه                 |
|----------------------|------------------------------------------|
| إيبينوتين (فينيتوين) | محلول الجلوكوز أو محاليل التغذية بالوريد |
| بيكربونات الصوديوم   | أي محاليل تحتوي على الكالسيوم            |
| سيفترايوكسون         | أي محاليل تحتوي على الكالسيوم            |

**متابعة مستوى الجلوكوز بالدم**

- قياس مستوى الجلوكوز في الدم كل ٦ ساعات إذا كانت حالة الوليد مستقرة لمدة ٤٨ ساعة، ثم مرة كل ١٢ ساعة عندما يصبح مستوى الجلوكوز في الدم مستقرًا (أكثر من ٤٥ ملليجيم /، وأقل من ١٢٥ ملليجيم /).

**عمل خريطة متابعة السوائل**

- عمل وتدوين خريطة للسوائل الداخلة والخارجة في تذكرة الوليد في نهاية كل مناوبة (نوبتية).
  - **السوائل الداخلة:** ما يعطى للوليد عن طريق الجهاز الهضمي – المحاليل الوريدية – كمية السوائل المستخدمة في تحليل الأدوية – كمية محلول الملح المستخدم للدق خلال المجرى الوريدي بعد إعطاء الدواء.
  - **السوائل الخارجة:** البول والبراز (وزن الحفاض) – شفط المعدة أو القيء – التنشيط من المجرى الهوائي – أي تنشيط أو إفرازات من مخرج جراحي (مثل الدرنقة... إلخ).

ملحوظة: لا يتم حساب أو تسجيل نقل الدم أو أخذ عينات الدم من الوليد ضمن كمية السوائل المعطاة أو المفقودة، إلا بأمر الطبيب.

## الفصل الثاني عشر

# اضطرابات الجلوكوز بالدم في الأطفال حديثي الولادة

## انخفاض مستوى الجلوكوز بالدم

تتراوح نسبة الجلوكوز الطبيعية في دم الوليد ما بين ٥٠ – ١٢٥ ملليجيم/، ويعتبر انخفاض مستوى الجلوكوز بالدم من الأسباب الهامة التي قد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة بالمخ، ويعرف بأنه انخفاض مستوى الجلوكوز بالدم عن ٤٥ ملليجيم/.

## المواليد الأكثر عرضة لانخفاض مستوى الجلوكوز بالدم

- وليد الأم المصابة بالسكري
- الوليد ناقص الوزن والنمو
- الوليد الصغير أو الكبير على العمر الجنيني
- الوليد الذي يعاني من انخفاض في درجة الحرارة
- الوليد الذي يعاني من صعوبة التنفس
- الوليد المصاب بالاختناق الوليدي
- الوليد المصاب بالتسمم الدموي
- إعطاء محاليل الجلوكوز الوريدية بتركيزات عالية للأُم أثناء الولادة

## الأعراض

- قد يحدث انخفاض في مستوى الجلوكوز في الدم بدون ظهور أعراض محددة على الوليد، ولهذا يجب توقع حدوثه في المواليد الأكثر عرضة لذلك.
- الأعراض المحتمل حدوثها: خمول – رعشة تلقائية – زرقة – تشنجات – فقد القدرة على المص – زيادة غير منتظمة في عدد مرات التنفس أو نوبات من توقف بالتنفس – انخفاض معدل ضربات القلب

## الوقاية

- البدء في إرضاع الوليد الأكثر عرضة لانخفاض مستوى الجلوكوز في الدم خلال الساعة الأولى بعد الولادة، إما عن طريق الفم أو عن طريق أنبوبة التغذية، في حال إمكانية ذلك، وثبات الحالة الإكلينيكية للوليد. أما حالة تعذر الإرضاع عن طريق الجهاز الهضمي، فيتم إعطاؤه محلول الجلوكوز ١٠٪ بالوريد.
- متابعة مستوى الجلوكوز بالدم لهذه المواليد كما في (جدول ١٢-١).

**جدول (١٢-١): معدل متابعة مستوى الجلوكوز بالدم للمواليد بوحدة الرعاية**

| الحالة                                                     | عدد مرات التحليل                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| وليد حالته مستقرة ويأخذ رضعة كاملة                         | مرة كل ٢٤ ساعة                                                                                                           |
| وليد تم تغيير حجم الرضعة، عدد مرات الرضعة، أو تركيز الرضعة | مرة كل ٨ ساعات                                                                                                           |
| وليد بدأ في استخدام تغذية كاملة عن طريق الوريد             | كل ٤ ساعات مرتين، ثم كل ٨ ساعات بعد ذلك، إذا كانت حالته مستقرة                                                           |
| وليد يستخدم التغذية بالوريد أو الدهون الذاتية منذ ٤٨ ساعة  | مرة كل ٨ - ١٢ ساعة                                                                                                       |
| وليد يأخذ سوائل بالوريد                                    | مرة كل ٨ ساعات                                                                                                           |
| وليد لا يأخذ شيئاً عن طريق الفم                            | مرة كل ٨ ساعات                                                                                                           |
| وليد الأم المريضة بالداء السكري                            | مرتان في خلال ساعة، ثم مرتان في خلال ساعتين، ثم مرتان في خلال ٤ ساعات، ثم مرة كل ٨ ساعات، حتى يستقر مستوى الجلوكوز بالدم |

## العلاج والرعاية التمريضية

(أنظري شكل ١٢-١)، وحسب تعليمات الطبيب.

- يتم التوقف عن متابعة مستوى الجلوكوز بالدم في حالة تقبل الوليد للرضعة كاملة عن طريق الفم بشرط استقرار مستوى الجلوكوز بالدم لأعلى من ٤٥ ملليجيم٪ على مدى ٣ مرات متتالية قبل الرضعة.

## الفصل الثاني عشر: اضطرابات الجلوكوز بالدم في الأطفال حديثي الولادة



شكل (١٢-١): علاج انخفاض مستوى الجلوكوز بالدم في حديثي الولادة

## ارتفاع مستوى الجلوكوز بالدم

يعرف بأنه زيادة مستوى الجلوكوز بالدم أكثر ١٢٥ ملليجم٪، مما قد يتسبب في زيادة فقد السوائل بالجسم والجفاف.

### العلاج

- إبلاغ الطبيب فوراً، وتنفيذ تعليماته فيما يختص بالآتي:
- تقليل معدل إعطاء الجلوكوز في المحاليل عن طريق الوريد.
  - متابعة مستوى الجلوكوز بالدم كل نصف ساعة حتى ينتظم.

## الفصل الثالث عشر

# وليد الأم المصابة بمرض السكري

## الأعراض

- حجم ووزن الوليد أكبر من عمره الجنيني عند الولادة. وقد يكون أصغر من عمره الجنيني في حالة نقص الإمداد الدموي للمشيمة.
- الوجه منتفخ ومستدير، والجفون مغمضة.
- لون الجسم أحمر.
- يمكن أن تظهر عليه أعراضًا عامة مثل: رعشة تلقائية سريعة التوقف، أو تشنجات حادة - ارتخاء في العضلات - زيادة في معدل التنفس أو حدوث نوبات من توقف التنفس - زرقة وتغير لون الجسم

## المضاعفات والمشاكل المتوقعة حدوثها

- انخفاض مستوى الجلوكوز بالدم
- زيادة نسبة كريات الدم الحمراء ولزوجة الدم
- انخفاض مستوى الكالسيوم، والمغنسيوم بالدم
- صعوبة التنفس
- زيادة نسبة الصفراء بالدم
- الإصابة أثناء الولادة (مثل خلع الكتف، أو كسر عظمة الترقوة، أو الاختناق).
- عيوب خلقية بالقلب، مثل وجود فتحة بين البطينين

## الوقاية من انخفاض مستوى الجلوكوز بالدم

- بعد الولادة، يتم قياس مستوى الجلوكوز بالدم، وإعطاء الوليد رضاعة عن طريق الجهاز الهضمي (الفم أو أنبوبة التغذية) خلال الساعة الأولى بعد الولادة، وفي حالة تعذر الرضاعة عن طريق الجهاز الهضمي، يتم إعطاؤه جلوكوز بتركيز ١٠٪ عن طريق الوريد، وحسب تعليمات الطبيب.

- متابعة مستوى الجلوكوز بالدم للوليد كالأتي: مرتين في خلال ساعة، ثم مرتين في خلال ساعتين، ثم مرتين في خلال ٤ ساعات، ثم مرة كل ٨ ساعات، حتى يستقر مستوى الجلوكوز بالدم.

## العلاج

- علاج انخفاض الجلوكوز بالدم (أنظري فصل ١٢)
- وضع الوليد على جهاز العلاج الضوئي، في حالة ارتفاع نسبة الصفراء بالدم، حسب تعليمات الطبيب.
- إعطاء الأكسجين لعلاج صعوبة التنفس، حسب تعليمات الطبيب.

## الفصل الرابع عشر تغذية الوليد

### الرضاعة الطبيعية

#### أساسيات ممارسة الرضاعة الطبيعية

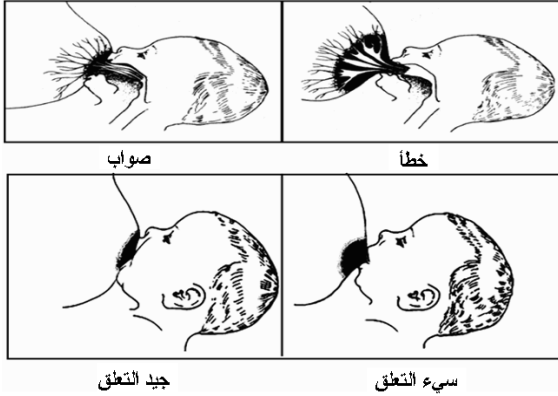
- تشجيع ملامسة الجلد بين الأم ووليدها، والبدء المبكر للرضاعة الطبيعية في الحالات التي لا يحتاج فيها المولود إلى إنعاش بعد الولادة.
- تجنب إعطاء الوليد الجلوكوز أو الأعشاب في الساعات المبكرة بعد الولادة.
- المساكنة (بقاء الرضيع مع أمه في نفس الغرفة ٢٤ ساعة في اليوم).
- أوضاع الرضاعة الصحيحة



شكل (١٤-١): بعض أوضاع الرضاعة الطبيعية

○ علامات تعلق الرضيع الجيد بالثدي:

- فتح الرضيع فمه واسعاً تماماً.
- ذقن الرضيع ملاصقة للثدي وتضغط عليه.
- انقلاب شفته السفلي نحو الخارج.
- رؤية الهالة فوق فم الرضيع أكثر من أسفله.
- استدارة خدي الرضيع أثناء الرضاعة.

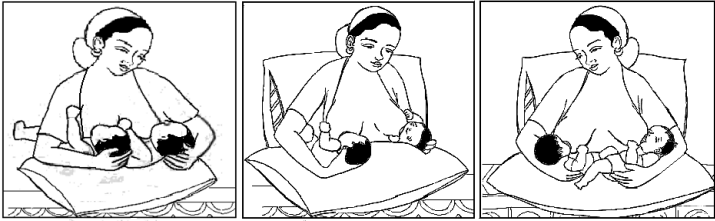


شكل (١٤-٢): تعلق الرضيع بالثدي

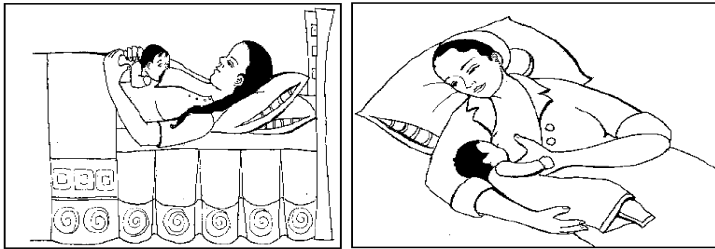
- علامات الرضاعة بفاعلية: مصّات بطيئة وعميقة يليها بلع الرضيع، وأحياناً يمكن سماع صوت البلع.
- متابعة مدى كفاية كمية لبن الأم:
  - عدد مرات التبول للرضيع: أكثر من ٦ مرات يومياً بعد اليوم الرابع
  - عدد مرات التبرز للرضيع: مرتين أو أكثر يومياً بعد اليوم الرابع
  - معدل زيادة الوزن: يفقد الوليد ٥ - ٧٪ من وزنه خلال أول أسبوع، ثم يزيد الوزن بمعدل ٢٥ - ٣٥ جم يومياً
- الرضاعة عند الطلب (أي كلما رغب الرضيع، أو أبدى علامات الجوع، أو إذا أحست الأم بامتلاء صدرها).

- الرضاعة الطبيعية المطلقة حتى نهاية الشهر السادس.
- العناية بالثدي
  - يُكتفى بالاستحمام أو غسل الثدي مرة يوميًا مع تجنب مسح الحلمة والهالة بالصابون أو الكحول.
  - بعد الإرضاع ، يمكن تعصير بعض نقاط اللبن وتركها على الهالة والحلمة لتجف، ولا داعي لاستخدام زيوت أو مراهم.

### الرضاعة الطبيعية وبعض الحالات الخاصة



شكل (١٤-٣): إرضاع التوأم



شكل (١٤-٤): أوضاع مناسبة للرضاعة بعد الولادة القيصرية

### تعصير لبن الثدي

#### الدواعي

- الوليد المحجوز في الحضانة (لضمان استمرار تكوين اللبن).
- غياب الأم العاملة أو المريضة.

- تخفيف احتقان الثدي.
- زيادة إدرار لبن الأم.

#### نقاط يجب مراعاتها

- جمع لبن الثدي باستخدام الأساليب المانعة للتلوث، وحفظه في مكان معقم.
- غسل الأيدي بمطهر، ووضع اللبن الناتج في أوعية معقمة.
- في حالة استخدام مضخة الثدي، ينبغي غسل كل مكوناتها التي تتصل باللبن بالماء الساخن والصابون بعد كل استخدام، على أن يتم تطهيرها أو تعقيمها يوميًا.

#### أوعية الحفظ

- تستخدم الأوعية الزجاجية، ولا يفضل استعمال الأوعية أو الأكياس البلاستيكية
- غسل الوعاء بالصابون وشطفه جيدًا بالماء الساخن و تعقيمه.

#### طريقة التعصير

##### أولاً: الطريقة اليدوية

- بعد الرضاعة بساعة على الأقل، تجلس الأم في مكان هادئ وتفكر في رضيعها، تنظر لصورته، أو ترضعه من ثديها الآخر في حالة وجوده معها.
- غسل الأيدي جيدًا بالماء والصابون.
- وضع كمادات دافئة أو الاستحمام بماء دافئ.
- تدليك الثدي بحركات دائرية واليدين متقابلتين من أعلى وأسفل، ومن جانبي الثدي.
- وضع الإبهام في وضع مقابل للأصابع الأخرى ٣ - ٤ سم خلف الحلمة عند التقاء الهالة السمراء بالجلد الفاتح مع تخيل الهالة كالساعة، ووضع الإبهام في موضع الساعة ١٢ والسبابة في موضع الساعة ٦.
- ضغط الإبهام والسبابة إلى الداخل قليلاً في اتجاه القفص الصدري، مع تجنب الضغط الزائد خشية انسداد قنوات اللبن.
- تحريك الأصابع على جلد الهالة ضاغطة بخفة في اتجاه الحلمة، مع مراعاة عدم حك جلد الهالة.

- تكرار الحركة عدة مرات، ثم تغيير وضع الأصابع في عدة اتجاهات بعد تدليك الثدي.
- تبديل الثدي في حالة انخفاض كمية اللبن .
- تعصير إحدى الثديين مدة ٣ - ٥ دقائق (أو حتى تقل سرعة تدفق اللبن)، ثم تعصير الثدي الآخر مع تكرار تعصير الثديين (يستغرق الحصول على كمية كافية من اللبن من ٢٠ - ٣٠ دقيقة).
- التعصير اليدوي لا يؤلم، وإذا شعرت الأم بالألم، دل ذلك على خطأ في الطريقة.
- تعصير نقطة لبن وتدهن بها الحلمة عند نهاية التعصير.

#### ثانيًا: شفط الثدي

- إما عن طريق الشفافات اليدوية أو الشفافات الكهربائية.
- يراعى عند استعمال شفط الثدي النقاط التالية:
  - قراءة تعليمات التنظيف والتشغيل
  - غسل الأيدي
  - اتباع عوامل زيادة اندفاع اللبن
  - مسح الثدي بقطعة قطن مبللة
  - وضع الحلمة في وسط الأنبوبة

#### نقل وتخزين اللبن المُعَصَّر

- نقل اللبن المعصر في عبوة نظيفة ومحاطة بالثلج.
- حفظ اللبن المعصر في أكواب نظيفة بغطاء مدون عليه تاريخ وساعة تعصيره.
- ينصح بوضعه في الثلاجة فور التعصير.
- تقسيم اللبن بكميات صغيرة (٥٠ - ١٠٠ مليلتر) لتقليل الفاقد عند إعادة استخدامه.
- ترك مساحة فوق اللبن للسماح بتمددّه إذا وضع في الفريزر.

#### مدة حفظ اللبن المُعَصَّر

- في درجة حرارة الحجرة العادية (٢٥ درجة مئوية): ٤ - ٦ ساعات.
- في الثلاجة: ٢٤ ساعة على الرف تحت الفريزر، وليس في باب الثلاجة.
- في الفريزر: ٣ أشهر.

### طريقة استعمال اللبن المُعَصَّر المثلج

- ترك اللبن في الثلاجة لمدة يوم واحد لإذابته.
- وضع كوب اللبن عند الاستعمال في حمام ماء فاتر، مع التقليب بملعقة نظيفة لتقليب دهون اللبن.
- لا يجب تسخين اللبن أو غليه، ولا يوضع في الميكروويف.
- لا يعاد استخدام أو حفظ أي كمية من اللبن تبقى بعد الرضاعة.
- إذا تم إذابة اللبن المثلج لا يعاد تجميده، بل يجب استعماله خلال ٢٤ ساعة.
- استعمال اللبن الذي تم تعصيره أولاً، أي من الأقدم إلى الأحدث.
- يمكن أن يتغير شكل اللبن بالحفظ أو يكون طبقات، ولا يوجد ضرر من ذلك.

### وسيلة إعطاء الرضيع اللبن المُعَصَّر

- أنبوبة التغذية: يفضل إعطاء اللبن بسرعة حتى لا تعلق الدهون بجدار الأنبوبة، وفي حالة استعمال مضخة المحاليل لإعطاء اللبن، يراعى رفع مقدمة السرنية إلى أعلى لضمان خروج الدهون أولاً.
- الكوب
  - وضع الوليد في الوضع جالساً.
  - ملء نصف الكوب على الأقل باللبن.
  - وضع الكوب على الشفة السفلى للوليد وهي مفتوحة للخارج ليلامس اللبن الجزء الداخلي منها، ثم ترك الكوب في هذا الوضع حتى يبدأ الوليد يلعق اللبن بلسانه.
- الملعقة أو القطارة أو السرنية: مع توجيهها إلى أحد جانبي فم الوليد لتجنب الشرقة.
- الجهاز التكميلي: هو زجاجة تعلق في رقبة الأم ويخرج منها أنبوبة رفيعة تثبت على ثدي الأم، بحيث يكون طرف الأنبوبة على طرف حلمة الأم ويسحب الرضيع اللبن من الثدي والجهاز في آن واحد.
- الببرونة: ممنوع منعاً باتاً استعمالها.

## مشاكل شائعة أثناء الرضاعة الطبيعية

### تجبر أو احتقان الثدي

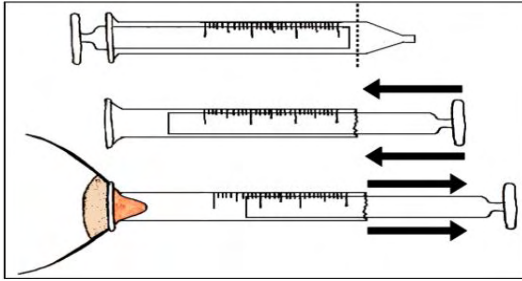
- **الوقاية:** تصحيح وضع الرضيع على الثدي وتعلقه بالحلمة – الرضاعة المستمرة طوال النهار والليل – تجنب إعطاء بديل للبن الأم أو أي حلمات صناعية.
- **العلاج:** عمل كمادات دافئة قبل الرضاعة أو التعصير – تجربة أوضاع مختلفة للرضاعة – تعصير اللين المتجمع بالثدي – تدليك الثدي – عمل كمادات باردة بين الرضعات – الاستمرار في الرضاعة حتى في حالة وجود التهاب بالثدي.

### الحلمة المؤلمة أو المتشققة

- **الوقاية:** تعليم الأمهات الأوضاع الصحيحة للرضاعة، وطريقة تعلق الرضيع بالحلمة – تجنب الحلمات الصناعية – وضع بعض نقط اللبن على الحلمة وتركها حتى تجف بعد كل مرة رضاعة.
- **العلاج:** البدء بالرضاعة من الثدي الأقل ألماً – مساعدة بدء نزول اللبن بتعصير الثدي قبل الرضاعة – اختيار أوضاع مختلفة للرضاعة – مراعاة نظافة الحلمة وتركها جافة بعد الرضاعة – دهن الحلمتين باللانولين النقي، أو تعصير لبن في آخر الرضعة ودهن الحلمات به وتركه ليحف – تهوية الحلمتين بين الرضعات وتجفيفهما جيداً – استخدام دهانات موضعية للفطريات (في حالة وجود فطريات) – الإرضاع بشكل متكرر – تعصير الثدي إذا لم تتحمل الأم عملية الإرضاع.

### الحلمة المسطحة أو المقلوبة

- **العلاج:** تدليك الحلمة بوضع كل إبهام على جانبي الحلمة، ثم الضغط وإبعاد الإبهامين عن بعضهما، وتكرار ذلك في اتجاهات مختلفة – استعمال السرنجة المقلوبة (شكل ١٤-٥) بسحب المكبس برفق لمدة ٣٠ – ٦٠ ثانية، وتكرار ذلك من ٥ – ٨ مرات قبل كل رضعة (إلى أن يستطيع الوليد أخذ الثدي مباشرة بعد عدة أيام، يمكن إعطاؤه لبن الثدي المعصر بدون استعمال حلمات صناعية).



شكل (١٤ - ٥): استعمال السرنجة المقلوبة للحلمة المسطحة

## الرضاعة الصناعية

### أولاً: إعطاء الرضعة بواسطة الببرونة

#### الأدوات

غلاية ببيرونات أو إناء معدني كبير - ببيرونات مع الحلمات وأغطيتها - براد لغلي الماء المستخدم في عمل الرضعة - صينية معقمة - ماسك ببيرونات - فرشاة تنظيف ببيرونات - صابون سائل لغسيل الببيرونات - لبن أطفال حسب تعليمات الطبيب، بعد التأكد من تاريخ الصلاحية المكتوب على العلبة - مكبال اللبن - سكين - قطعة قطن نظيفة

#### طريقة التحضير

- وضع كمية الماء التي ستستعمل في تحضير الرضعة مضافاً إليها ٦٠ سم<sup>٣</sup> لتغلي لمدة دقيقة، ثم تركه ليبرد في درجة حرارة الغرفة.
- إضافة الكمية المناسبة من الماء الفاتر إلى الببيرونات المعقمة.
- إضافة كمية اللبن المطلوبة على الماء الفاتر بعد ملء المكبال ومساواة حرفه بسكين للتخلص من كمية اللبن الزائدة، ثم رج اللبن داخل الزجاجية جيداً.
- اعتبار درجة حرارة الرضعة، بسكب قطرات من اللبن على السطح الداخلي لمعصم اليد قبل إعطائه للوليد. يمكن تبريد اللبن بوضع الببيرونات في حمام ماء بارد، إذا لزم الأمر.

### إعطاء الرضعة للوليد

- التأكد من اسم الوليد، نوع اللبن، وكمية الرضعة.
- قياس محيط البطن قبل إعطاء الرضعة طبقاً لتعليمات الطبيب.
- يجب أن يكون الوليد مستيقظاً تماماً.
- حمل الوليد كما لو كان يرضع من الثدي.
- وضع قطعة القطن على صدر الوليد.
- عمل تنبيه للوليد بالحلمة عند زاوية الفم، فيدير رأسه في اتجاه التنبيه ويفتح فمه، ثم إدخال الحلمة داخل تجويف الفم برفق.
- التأكد من أن الحلمة مليئة باللبن ولا يوجد بداخلها هواء، وذلك برفعها بزاوية ٤٥°.
- التواصل عاطفياً مع الوليد أثناء إعطائه الرضعة، بالحفاظ على النظر إلى عينيّه.
- تشجيع الوليد على التجشؤ في منتصف ونهاية الرضاعة.
- وضع الوليد بعد الرضعة على جانبه الأيمن لمنع الشرقة إذا حدث قيء، وحتى لا يتم الضغط على المعدة.
- مسح فم الوليد بقطعة شاش معقمة مغموسة بمحلول الملح.
- التخلص من اللبن المتبقي بعد إرضاع الوليد، ولا يستعمل مرة أخرى.
- غسل الأيدي روتينياً.
- تسجيل كمية الرضعة التي أخذها الوليد، القيء إذا حدث، وإبلاغ الطبيب عند ظهور أي علامات غير طبيعية مثل الزرقة.
- تجميع الأدوات المستخدمة في تحضير الرضعة، وغسلها بالماء الجاري والصابون، وشطفها جيداً.
- غسل الببرونات والحلمات والأغطية بالماء الجاري والصابون، مع استعمال الفرشاة، وشطفها جيداً.
- تعقيم الببرونات بواسطة غلاية الببرونات. وفي حالة عدم توفرها، يُمكن استخدام الإناء المعدني المخصص لغلي الببرونات كالآتي:
  - وضع كمية كافية من الماء تغطي سطح الببرونات، وتترك لتغلي.

- بمجرد أن يبدأ الماء في الغليان، يتم وضع جميع الببرونات مائلة على جانبها في الإناء بصورة تسمح بدخول الماء إلى داخلها، ووضع معها جميع الأدوات المستعملة في تحضير الرضعات، وتركها لتغلي لمدة ٧ دقائق، ويستثنى من ذلك الحلمات والأغطية.
- وضع الحلمات وأغطية الببرونات لتغلي مع الأدوات السابق في الإناء المعدني لمدة ٣ دقائق أخرى، بحيث يكون إجمالي وقت التعقيم ١٠ دقائق.

## ثانياً: إعطاء الرضعة بواسطة أنبوبة التغذية

### الأدوات

أنبوبة تغذية معقمة (مقاس "٦" للوليد الذي يزن أقل من ١٥٠٠ جم، ومقاس "٨" للوليد الذي يزن أكثر من ١٥٠٠ جم) – سرنجة معقمة (مقاس ١٠ أو ٢٠ سم) – فوطة نظيفة – سماعة طبية – رضعة دافئة – بلاستر – أمبولات ماء معقم – حلمة ببرونة بداخلها حشوة من القطن – قفاز نظيف – سلة مهملات بكيس أسود وأحمر – صندوق أمان.

### تركيب أنبوبة التغذية

- تستخدم أنبوبة التغذية ذات المقاس المناسب بعد نزع غلافها.
- ارتداء القفاز.
- قياس المسافة من الأنف أو الفم إلى شحمة الأذن، ثم من شحمة الأذن إلى نهاية عظمة القص، وتحديد قطعة صغيرة من البلاستر توضع على أنبوبة التغذية.
- وضع حلمة الببرونة المحشوة داخل فم الوليد، لتسهيل دخول الأنبوبة.
- غمس طرف الأنبوبة في أمبول الماء المعقم لتسهيل دخولها.
- تثبيت رأس الوليد بيد واحدة ورفعها قليلاً بزاوية ٣٠°، ثم إدارتها ناحية اليمين وثني العنق للأمام قليلاً.
- إدخال الأنبوبة برفق حتى منتصف المسافة المفروضة، ثم فرد العنق، واستكمال دخول الجزء المتبقي من الأنبوبة حتى العلامة المحددة.
- إذا حدثت مقاومة لدخول الأنبوبة، أو زرقة، أو شرقة للوليد، يتم سحب الأنبوبة فوراً، وترك الوليد فترة ثم يعاد إدخالها مرة أخرى.

- اختبار وصول الأنبوبة إلى المكان الصحيح بوضع السماعة على المعدة وحقن من ٠,٥ - ١ سم<sup>٣</sup> هواء، فإذا كانت القسطرة في المعدة سيسمع صوت فقاعيع الهواء.
- تثبيت الأنبوبة باستخدام قطعة صغيرة من البلاستر.

### إعطاء الرضعة للوليد

- قبل البدء في إعطاء الرضعة، يتم السحب أولاً، لمعرفة ما إذا كان هناك بقايا في المعدة من رضعات سابقة.
- تحديد قوام، لون، ومقدار الرضعة السابقة المتبقية في المعدة، ثم إبلاغ الطبيب واتباع تعليماته فيما يختص بإعطاء أو وقف الرضعة.
- اختبار درجة حرارة الرضعة قبل إعطائها مباشرةً.
- وضع الوليد، خاصة ناقص النمو، على جانبه الأيمن، تجهيزاً للبدء في إعطاء الرضعة لمنع الشرقة، في حالة حدوث ترجيع أثناء إعطاء الرضعة.
- تنهي أنبوبة التغذية، وتوصيلها بالسرنية.
- ملء السرنجة بالرضعة، ثم ترفع فوق مستوى الوليد بحوالي ٢٠ - ٢٥ سم.
- فك الثنية حتى يسيل اللبن بفعل الجاذبية.
- الاستمرار في إعطاء الرضعة مع الحفاظ على ألا تفرغ السرنجة من الرضعة حتى يتم الانتهاء من الكمية المحددة، مع مراعاة عدم دخول الهواء لمعدة الوليد.
- عند الانتهاء من الرضعة، يضاف من ٠,٥ - ١ مليلتر ماء معقم (حسب حجم الأنبوبة) داخل السرنجة.
- غلق الأنبوب بعد الانتهاء من الرضعة.
- وضع الوليد على جانبه الأيمن، لمنع الشرقة.
- مسح فم الوليد بقطعة شاش معقمة مغموسة بمحلول الملح، للوقاية من تكاثر الفطريات.
- التخلص من النفايات في مكانها الصحيح.
- خلع القفاز.
- غسل الأيدي روتينياً.

## الفصل الرابع عشر: تغذية الوليد

- تسجيل كمية الرضعة التي تم إعطاؤها، وإبلاغ الطبيب عند ظهور أي أعراض غير طبيعية مثل وجود سحب من الرضعة السابقة، أو حدوث زيادة مفاجئة في محيط البطن، أو قيء، أو زرقة أثناء إعطاء الرضعة.

### ثالثاً: إعطاء الرضعة بالتنقيط المستمر

#### إعطاء الرضعة للوليد

- سحب كمية اللبن المطلوبة بالسرنية.
- تركيب السرنجة على مضخة السرنجة، ثم توصيلها بأنبوبة التغذية من خلال وصلة للسرنجة.
- ضبط سرعة المضخة على معدل التنقيط المطلوب في الساعة، طبقاً لتعليمات الطبيب.
- إعطاء الرضعة باستخدام مضخة السرنجة.
- يجب تغيير حاويات الألبان (السرنجات) التي تستخدم في جهاز الحقن المستمر للتغذية، والوصلات بينها وبين أنبوبة التغذية كل ٤ ساعات (الفترة القصوى لتعريض الألبان لدرجة حرارة الغرفة).

### التغذية عن طريق الوريد

#### الرعاية التمريضية

- التأكد من تطابق بيانات الزجاجاة تماماً لما هو مدون بالتذكرة بواسطة ممرضتين.
- اتباع قواعد مكافحة العدوى في كل الخطوات.
- استخدام مضخة محاليل لضبط المعدل، وضمان عدم توقف المحلول (لا يوقف سريان المحلول نهائياً إلا مرة واحدة لتغيير المحاليل والأجهزة المستخدمة).
- تغطية زجاجة محلول التغذية الوريدية وجهاز الوريد بشريط فضي لاصق، لتفادي تأثير الضوء على الدهون الموجودة بالمحلول.
- ملاحظة معدل الحقن، ودرجة شفافية المحلول كل ٣ ساعات.
- عمل خريطة سوائل (للسوائل الداخلة والخارجة) في نهاية كل منوبة.
- تغيير زجاجة المحلول وجهاز الوريد كل ٢٤ ساعة.

- تركيب كانبيولا منفصلة لإعطاء الأدوية والمضادات الحيوية.
- عند حدوث توقف مفاجئ للمحلول نتيجة لوجود سدة بالكانيولا أو نزع الكانيولا، يجب إعطاء الوليد جلوكوز، حسب تعليمات الطبيب، ومتابعة مستوى الجلوكوز بالدم.

## الفصل الخامس عشر صفراء حديثي الولادة (اليرقان الوليدي)

### الصفراء غير المباشرة

#### تقييم الممرضة للحالة

##### التاريخ المرضي

- فصيلة الدم وعامل ريزوس الخاص بالأم
- التاريخ المرضي للعائلة (مثل أنيميا الفول).
- حدوث صفراء لمواليد سابقين للأم بسبب عدم توافق دم الأم والوليد.
- إصابة الأم بالسكري، أو عدوى، أو تعاطي أدوية أثناء الحمل.
- مدة الحمل.
- تعسر الولادة وحدث اختناق للوليد قبل، أو أثناء، أو بعد الولادة مباشرة.
- توقيت ظهور الصفراء وملاحظة الأم لها.
- ظهور أعراض أخرى (مثل خمول عام، وقلة نشاط، ورفض الرضاعة).

#### فحص الوليد

##### الجلد

- لون الجلد يكون أصفر مائلاً إلى البرتقالي.
- وجود أي كدمات، جروح، تجمعات دموية بفروة الرأس، أو بقع حمراء بالجلد.
- وجود عدوى بالجلد أو بالحبل السري.
- أعراض تكسير كريات الدم الحمراء: شحوب، وسرعة ضربات القلب، وتغير لون البول
- أعراض ترسيب البيليروبين في المخ  
○ فقدان القدرة على المص والرضاعة

## الفصل الخامس عشر: صفراء حديثي الولادة (اليرقان الوليدي)

- البكاء غير الطبيعي
- اتخاذ الوليد لوضع غير طبيعي (متحشب)
- تغيير في درجة وعي الوليد (سبات - مدروخ)
- حركات غير طبيعية أو تشنجات

### جدول (١٥-١): مناطق ظهور الصفراء الوليدية

| المنطقة | ظهور الصفراء          | النسبة المتوقعة              |
|---------|-----------------------|------------------------------|
| ١       | محدودة بالرأس والرقبة | ٥ ملليجم/١٠٠ مليلتر          |
| ٢       | الجزء العلوي من الجذع | ١٠ ملليجم/١٠٠ مليلتر         |
| ٣       | الجزء السفلي من الجذع | ١٢ ملليجم/١٠٠ مليلتر         |
| ٤       | الذراعان وتحت الركبة  | ١٢-١٥ ملليجم/١٠٠ مليلتر      |
| ٥       | القدمان واليدان       | أكثر من ١٥ ملليجم/١٠٠ مليلتر |

### العلاج

- التأكد من ارتواء الوليد من خلال الآتي:
  - إرضاع الوليد كل ساعة أو ساعتين.
  - البدء في استخدام سوائل عن طريق الوريد، إذا كان هناك حاجة لذلك.
  - لا يجب إيقاف الرضاعة الطبيعية، ولا يجب إعطاء الوليد محاليل الجلوكوز عن طريق الفم.
- وضع الوليد تحت العلاج الضوئي أو عمل تغيير للدم، طبقاً لتعليمات الطبيب.

### العلاج الضوئي

- يمكن استخدام جهاز واحد أو أكثر، حسب تعليمات الطبيب.
- يتم خلع جميع ملابس الوليد لتعريض جسمه بالكامل للضوء، مع تغطية الأعضاء التناسلية الخارجية، ووضع ضمادة غامقة لا تسمح بنفذ الضوء على العينين.
- وضع جهاز العلاج الضوئي فوق سطح الحضانة مباشرة في وضع أفقي (حوالي ٥ - ٨ سم أعلى الحضانة) أو وضعه على مسافة ٤٥ - ٥٠ سم من جسم الوليد إذا كان الوليد في سرير مفتوح.

- إغلاق الضوء وقت الرضاعة، ووقت سحب عينة الدم لتحليل البيليروبين.
- إزالة ضمادة العين وقت الرضاعة، ثم تنظيف وتقطير العينين بعد الانتهاء من الرضاعة وقبل وضع الضمادة مرة أخرى.
- زيادة إجمالي كمية المحاليل التي تعطى بالوريد بمعدل ٢٠ ٪ من الاحتياجات اليومية للوليد.
- متابعة درجة حرارة الوليد باستمرار (٢ - ٤ ساعات).
- تغيير وضع الوليد باستمرار، لتعريض أكبر جزء من جسمه للعلاج الضوئي.
- متابعة مستوى البيليروبين في الدم عن طريق سحب عينة دم وإرسالها للمعمل، حسب تعليمات الطبيب.
- تجنب وضع أي كريمات أو زيوت على جلد الوليد، ويمكن ترطيب الجلد بالماء فقط في نهاية كل نوبتية.

#### الأعراض الجانبية

لين البراز، طفح جلدي خفيف، تغير لون الوليد إلى اللون البرونزي، أو ارتفاع درجة حرارة الجسم.

---

**ملحوظة:** في حالة وضع الوليد تحت جهاز العلاج الضوئي، لا يجب الاعتماد على ملاحظة لون جلد الوليد أو استخدام جهاز قياس نسبة الصفراء عن طريق الجلد في تقييم نسبة البيليروبين، إنما يجب متابعة مستوى البيليروبين في الدم.

---

### الصفراء المباشرة

يكون لون الوليد أصفر، مائلاً إلى الأخضر الزيتوني، ولون البول داكن، وأحياناً ما يكون براز الوليد فاتح اللون كالطحينة (كما في حالات انسداد القنوات المرارية).

---

**ملحوظة:** لا ينبغي مطلقاً وضع الوليد علي جهاز العلاج الضوئي في حالة الصفراء المباشرة.

---

## الفصل السادس عشر

### صعوبة التنفس

#### تقييم الممرضة للحالة

##### التاريخ المرضي

- فترة الحمل و نوع الولادة (طبيعية أو قيصرية)
- إصابة مواليد سابقين بصعوبة التنفس
- إصابة الأم بالسكري، أو ارتفاع ضغط الدم، أو العدوى الجرثومية
- تلون السائل الأمنيوسي بالعقي.

##### فحص الوليد (العلامات الدالة على صعوبة التنفس)

- زيادة معدل التنفس إلى ٦٠ نفس/دقيقة أو أكثر
- انجذاب القفص الصدري للداخل عند الشهيق
- وجود صوت (نثة) عند الزفير، ويمكن سماعها بالأذن مباشرة أو بالسماعة
- تغير لون الوليد (أزرق، أو باهت، أو مبرقش)

#### جدول (١٦-١): تقييم درجة صعوبة التنفس باستخدام مقياس داوونز

| الدرجة                              |                               |                              | علامات صعوبة التنفس      |
|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| ٢                                   | ١                             | صفر                          |                          |
| أكثر من ٨٠ نفس/دقيقة                | من ٦٠ - ٨٠ نفس/دقيقة          | أقل من ٦٠ نفس/دقيقة          | معدل التنفس              |
| شديد                                | بسيط                          | لا يوجد                      | انجذاب الصدر             |
| زرقة تستمر بالرغم من إعطاء الأكسجين | زرقة تختفي عند إعطاء الأكسجين | لا توجد                      | الزرقة                   |
| غير مسموع على الناحيتين             | بسيط                          | مسموع بشكل جيد على الناحيتين | صوت دخول الهواء للرنيتين |
| مسموعة بالأذن المجردة               | مسموعة بالسماعة               | لا توجد                      | النتة                    |

- تفسير نتيجة مقياس داونز:
  - إذا كان المجموع  $> 4$ ، فإن ذلك يعني عدم وجود صعوبة بالتنفس.
  - إذا كان المجموع من  $4 - 7$ ، فإن ذلك يعني وجود صعوبة بالتنفس.
  - أما إذا كان المجموع  $< 7$ ، فإن ذلك يعني فشل عملية التنفس، مما يستلزم عمل تحليل غازات شريانية بالدم، ووضع الوليد على أحد الأجهزة المساعدة على التنفس، حسب تعليمات الطبيب.

### الرعاية التمريضية

- توصيل الوليد بالمونيتور أو جهاز قياس نسبة تشبع الدم بالأكسجين.
- متابعة العلامات الحيوية للوليد والمحافظة على درجة حرارته.
- وضع الوليد على ظهره، ثم وضع فوطة صغيرة تحت كتفيه (وضع التنشق).
- تقييم صوت دخول الهواء للرتتين بالسماعة، وتحديد أماكن وجود الإفرازات.
- تشفيط المجرى الهوائي، كلما استدعت الحالة.
- ملاحظة الإفرازات التي يتم تشفيطها، وتدوين (اللون، الكمية، والزوجة).
- ملاحظة حركة الصدر (متماثلة على الجانبين).
- إعطاء الأكسجين حسب تعليمات الطبيب
- متابعة مستوى الجلوكوز في الدم.
- تجهيز الأدوات اللازمة لإعطاء المحاليل الوريدية، حسب تعليمات الطبيب.
- تجهيز الأدوات اللازمة للطوارئ بجانب الوليد (مصدر أكسجين، أمبوباج، منظار حنجري، أنابيب حنجرية، وجهاز تشفيط).
- استعمال نظام الضغط الموجب المستمر على مجرى الهواء، أو جهاز التنفس الصناعي، حسب تعليمات الطبيب.

## الفصل السابع عشر العلاج بالأكسجين

### طرق إعطاء الأكسجين داخل وحدات رعاية حديثي الولادة

جدول (١٧-١): طرق إعطاء الأكسجين داخل وحدات رعاية حديثي الولادة

| الطريقة         | معدل تدفق الأكسجين لتر/دقيقة | المميزات                                                                                             | العيوب                                                                                                                                                                 |
|-----------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| أكسجين بالمحضن  | ٦ - ١٠ لتر/دقيقة             | طريقة غير اختراقية                                                                                   | طريقة غير فعالة مع الحالات الحرجة                                                                                                                                      |
| صندوق الرأس     | ٤ - ٧ لتر/دقيقة              | طريقة غير اختراقية                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>غير مُحكمة (حدوث تسريب)</li> <li>صعوبة الرعاية التمريضية</li> </ul>                                                             |
| قناع الوجه      | ٣ - ٦ لتر/دقيقة              | <ul style="list-style-type: none"> <li>طريقة غير اختراقية</li> <li>طريقة بسيطة وغير مكلفة</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>انتفاخ بالبطن</li> <li>الضغط على العينين</li> </ul>                                                                             |
| القسطرة الأنفية | ٠,٥ - ٢ لتر/دقيقة            | طريقة غير اختراقية                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>انتفاخ بالبطن</li> <li>قروح بالحاجز الأنفي</li> </ul>                                                                           |
| نظام السيباب    | ٨ - ١٠ لتر/دقيقة             | <ul style="list-style-type: none"> <li>طريقة غير اختراقية</li> <li>طريقة فعالة</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>انتفاخ بالبطن</li> <li>قروح بالحاجز الأنفي</li> <li>ارتفاع التكلفة</li> </ul>                                                   |
| التنفس الصناعي  | حسب تعليمات الطبيب           | طريقة فعالة لعلاج حالات صعوبة التنفس الحادة المصحوبة بفشل وظائف التنفس                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>طريقة اختراقية</li> <li>عدوى الجهاز التنفسي</li> <li>احتياج عناية تمريضية ومهارات طبية عالية</li> <li>ارتفاع التكلفة</li> </ul> |

## متابعة الوليد

- ملاحظة وتدوين اللون، الجهد التنفسي، العلامات الحيوية للوليد، وإبلاغ الطبيب فوراً في حالة حدوث أي ملاحظة غير طبيعية.
- ملاحظة نسبة تشبع الدم بالأكسجين باستمرار بجهاز البالس أوكسيميتر، والمحافظة عليها في حدود ٨٩ – ٩٣٪، وحسب تعليمات الطبيب.
- عمل تحليل غازات وحموضة الدم الشرياني.
- متابعة قياس تركيز الأكسجين بجهاز محلل الأكسجين، إن أمكن، لمنع المضاعفات التي قد تنتج عن زيادة نسبة الأكسجين المُعطى للوليد عن الحد المسموح به.

## الفصل الثامن عشر

# نظام الضغط الموجب المستمر على مجرى الهواء عن طريق الأنف

### دور الممرضة

يجب أن يكون هذا الجهاز جاهزاً على الدوام لاستخدامه في أي وقت داخل الوحدة، وأن تكون الوصلات متوفرة وتحوي جميع مقاسات القسطرة الأنفية ذات النتوءين، حسب وزن الوليد وعمره الرحمي.

### أولاً: التجهيز لتوصيل الوليد بالجهاز

- توصيل وصلة الأكسجين والهواء إلى خلاط الأكسجين، وضبط معدل تدفق الأكسجين ما بين ٨ - ١٠ لتر/ الدقيقة.
- ضبط مؤشر الأكسجين على النسبة المئوية المطلوبة.
- توصيل الأنبوبة المتعرجة القصيرة بمرطب الأكسجين، ووضع مجس قياس درجة حرارة الغاز المستنشق بالفتحة المخصصة له بالمرطب.
- ملء مرطب الأكسجين بالماء المعقم حتى العلامة المحددة، ثم فتح زر التشغيل وضبط درجة الحرارة عند ٣٧°م.
- اختيار مقاس الطاقية المناسب لحجم رأس الوليد.
- اختيار مقاس القسطرة الأنفية المناسب عن طريق تمرير شريط تحديد المقاس المناسب للقسطرة الأنفية على فتحتي أنف الوليد لتحديد المقاس المناسب تماماً (حيث يؤدي المقاس الأصغر إلى التسريب بشكل يصعب معه الحفاظ على الضغط المطلوب، في حين يؤدي إختيار المقاس الأكبر إلى حدوث قروح بالأغشية المخاطية للحاجز الأنفي).
- تركيب قسطرة الأنف على نهاية المولد وغلقها بإصبع السبابة للتأكد من كفاءة عمل الجهاز من خلال ارتفاع مؤشر المانوميتر حول الرقم المطلوب.

### ثانيًا: توصيل الوليد بالجهاز

- توصيل الوليد بالمونيتور أو جهاز قياس نسبة تشبع الدم بالأكسجين.
- التنشيط من الأنف، الفم، والبلعوم عن طريق إدخال أكبر قسطرة تشفيط يمكن استخدامها بدون مقاومة.
- رفع السرير لأعلى بزاوية ٣٠ درجة، ولف ملاءة ووضعها تحت كتفي الوليد بحيث تكون الرقبة مفرودة قليلاً إلى الخلف.
- وضع الطاقية المناسبة لحجم رأس الوليد، وثني حرفها لمسافة ٢ - ٣ سم، بحيث يكون طرفها فوق الأذن مباشرة.
- إدخال القسطرة ذات النتوءين في الأنف، ثم تثبيتها من خلال الخيوط المتصلة بالقسطرة في الفتحات الموجودة على جانبي القبة، ثم إعادة ضبط منحنى القسطرة الأنفية في وضعه السليم داخل الأنف، مع ملاحظة الآتي:
  - قسطرة الأنف تملأ فتحتي الأنف تمامًا.
  - الجلد حول أرنبة الأنف غير مشدود، ولون الجلد ليس به شحوب (يعني ذلك وجود ضغط على الجلد).
  - قسطرة الأنف لا تضغط على الحاجز الأنفي.
  - وجود مسافة بين طرف الحاجز الأنفي، وبين القنطرة التي تصل طرفي قسطرة الأنف.
  - قسطرة الأنف لا تستند على الشفة العليا.
- تثبيت أنبوبة الزفير المتعرجة على الجبهة، من خلال الأربطة المتصلة بقبة الرأس.
- إدخال أنبوبة تغذية من الفم لتشفيط محتوى المعدة، وتوصيل نهاية الأنبوبة بسرنجة للإبقاء عليها مفتوحة لتفريغ الهواء الزائد من داخل المعدة.

### ثالثًا: متابعة الوليد على الجهاز

- فحص الوليد كل ٢ - ٤ ساعات لتقييم الآتي:
  - التنفس: المعدل، وجود نثة، وانجذاب أسفل الصدر مع سماع أصوات التنفس بالسماعة.

## الفصل الثامن عشر: نظام الضغط الموجب المستمر على مجرى الهواء عن طريق الأنف

- درجة حرارة الجسم.
- حساب وقت إعادة امتلاء الشعيرات الدموية، قياس ضغط الدم، والاستماع إلى ضربات القلب.
- النشاط، والحركة، وردود الأفعال الانعكاسية للتنبهات المختلفة.
- وجود انتفاخ في البطن.
- أجهزة المتابعة المرئية والتأكد من كفاءة عملها.
- تشفيط الأنف، والفم، والبلعوم، والمعدة كل ٢ - ٤ ساعات، أو حسب الحاجة، وهناك بعض العلامات التي ترجح احتياج الوليد إلى التشفيط على فترات أقل من ساعتين وهي:
  - زيادة المجهود المبذول في التنفس.
  - زيادة الاحتياج إلى الأكسجين.
  - حدوث نوبات من توقف التنفس، أو انخفاض في عدد ضربات القلب.
- ملاحظة وتدوين كمية ولون الإفرازات الناتجة عن التشفيط، وإذا كانت هذه الإفرازات جافة، فيمكن استخدام محلول الملح الطبيعي ٠,٩٪ (عن طريق حقن نقط بسيطة منه حوالي ٤/١ مليلتر داخل فتحتي الأنف) لتطريتها.
- التأكد من كفاءة عمل النظام بأكمله من خلال ملء قائمة الفحص.
- تغيير وضع الوليد كل ٤ - ٦ ساعات لمساعدته على التخلص من الإفرازات.
- صرف نواتج التكثف في وصلات الجهاز، والتخلص منها بصورة دورية.

## فطام الوليد من نظام الضغط الموجب المستمر على مجرى الهواء

- مؤشرات القيام بعمل محاولة الفطام: حدوث تحسن عام في حالة الوليد، بحيث يصبح قادراً على التنفس تلقائياً بطريقة مريحة، انخفاض معدل التنفس، اختفاء الانجذاب الصدري، وتحسن اللون.
- خطوات الفطام
  - حسب تعليمات الطبيب، تبدأ محاولة الفطام بتقليل مؤشر الأكسجين تدريجياً بنسبة ٢ - ٥٪ من تركيز الأكسجين الحالي كل مرة، حتى تصل نسبة الأكسجين في الهواء المستنشق إلى ٢١٪، على أن يتم الاسترشاد بجهاز

**الفصل الثامن عشر: نظام الضغط الموجب المستمر على مجرى الهواء عن طريق الأنف**

قياس نسبة تشبع الدم بالأكسجين، أو تحليل الغازات بالدم لمتابعة ضغط الأكسجين الجزئي بالدم.

○ محاولة نزع القسطرة الأنفية عن الوليد بعض الوقت بشكل تدريجي، وفحص الوليد خلال هذه المحاولة.

■ عند ظهور أي من أعراض صعوبة التنفس، يتم استخدام النظام مرة أخرى، ولا تبدأ محاولة فطام أخرى إلا بعد مرور ٢٤ ساعة.

### **التغذية مع نظام الضغط الموجب المستمر على مجرى الهواء**

إذا كان الوليد في حالة مستقرة فيمكن تغذيته عن طريق الجهاز الهضمي من خلال أنبوبة التغذية، سواءً بالجاذبية أو بالتنقيط باستخدام مضخة السرِنجة، ويجب تشفيط الهواء الزائد في المعدة قبل إعطاء الرضعة.

### **المشاكل محتملة الحدوث**

- جروح بالحاجز الأنفي
- جروح بالجلد نتيجة ضغط الوصلات على الوجه
- انتفاخ البطن
- زيادة الإفرازات
- الاسترواح الصدري

## الفصل التاسع عشر التنفس الصناعي

### دور الممرضة

أولاً: معرفة ضبط، وتدوين قراءات جهاز التنفس الصناعي

جدول (١٩-١): قراءات جهاز التنفس الصناعي

| الضبط                                                                                               | التعريف                                                                    | الاختصار بالأحرف الأجنبية                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| يتراوح ما بين ١٨ - ٢٥ سم ماء                                                                        | أعلى ضغط للهواء داخل الرئة أثناء الشهيق                                    | Peak Inspiratory Pressure (PIP)                    |
| من ٤ - ٥ سم ماء                                                                                     | الضغط الموجب داخل الرئة في نهاية الزفير بهدف منع انطواء الحويصلات الهوائية | Positive End Expiratory (PEEP) Pressure            |
| ما بين ٢٠ - ٤٠ دورة/الدقيقة                                                                         | معدل التنفس في الدقيقة حسب ضبط الجهاز                                      | Frequency/minute (Rate)                            |
| ما بين ٢١ - ١٠٠٪                                                                                    | نسبة تركيز الأكسجين المستنشق                                               | Fraction of Inspired Oxygen (FIO <sub>2</sub> )    |
| من ٨ - ١٠ لتر/الدقيقة                                                                               | معدل تدفق الغاز (أكسجين + هواء مضغوط) محسوباً باللتر في الدقيقة            | Flow                                               |
| ما بين ٠,٣٥ - ٠,٥ ثانية                                                                             | زمن إعطاء الشهيق حسب ضبط الجهاز                                            | (Ti) Inspiratory time                              |
| لا تقل عن ١ - ١,٢ لتوفير الوقت الكافي اللازم للتخلص من غاز ثاني أكسيد الكربون المتراكم أثناء الزفير | نسبة زمن الشهيق إلى زمن الزفير                                             | Inspiratory time/Expiratory time ratio (I:E ratio) |

## ثانيًا: المساعدة في تركيب الأنبوبة الحنجرية

### قبل إدخال الأنبوبة الحنجرية

- تحديد المقاس المناسب من الأنابيب الحنجرية

### جدول (١٩-٢): المقاس المناسب للأنبوبة الحنجرية

| العمر الرحيمي/أسبوع | وزن الوليد/جم | مقاس الأنبوبة |
|---------------------|---------------|---------------|
| أقل من ٢٨           | أقل من ١٠٠٠   | ٢,٥           |
| ٢٨ - ٣٤             | ١٠٠٠ - ٢٠٠٠   | ٣             |
| ٣٤ - ٣٨             | ٢٠٠٠ - ٣٠٠٠   | ٣,٥           |
| أكثر من ٣٨          | أكثر من ٣٠٠٠  | ٣,٥ - ٤       |

- تجهيز الأدوات اللازمة لتركيب الأنبوبة الحنجرية

- تحديد طول دخول الأنبوبة الحنجرية

- الطول المناسب عند تركيب الأنبوبة عن طريق الفم = ٦ سم + وزن الوليد بالكيلوجرام
- الطول المناسب عند تركيب الأنبوبة عن طريق الأنف = ٢ + ٦ سم + وزن الوليد بالكيلوجرام

### وقت إدخال الأنبوبة

- ملاحظة لون الوليد، ومعدل التنفس، ونسبة تشبع الدم بالأكسجين، ومعدل ضربات القلب

### بعد إدخال الأنبوبة

- التأكد من دخول الأنبوبة بالطول المناسب، ثم تثبيتها جيداً.
- تشييط الممرات الهوائية، إذا احتاج الوليد لذلك.
- عمل أشعة للوليد.
- توصيل جهاز التنفس الصناعي بعد ضبط قراءاته طبقاً لتعليمات الطبيب.

### سحب عينة لتحليل نسبة الغازات بالدم

يحتاج الوليد على جهاز التنفس الصناعي لتقييم مستمر لنسبة الغازات بالدم لمتابعة تطور حالته الصحية

#### جدول (١٩-٣): المعدلات الطبيعية لغازات الدم في حديثي الولادة

| غازات الدم                                                             | المدى المقبول              |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| حمضية الدم (pH)                                                        | ٧,٣٥ - ٧,٤٥                |
| الضغط الجزئي للأكسجين في الدم الشرياني (PaO <sub>2</sub> )             | ٥٠ - ٧٠ ملليمتر زئبقي      |
| الضغط الجزئي لثاني أكسيد الكربون في الدم الشرياني (PaCO <sub>2</sub> ) | ٤٥ - ٥٠ ملليمتر زئبقي      |
| مستوى البيكربونات (HCO <sub>3</sub> )                                  | ٢٠ - ٢٢ ملي إيكوفلنت / لتر |
| نسبة تشبع الدم بالأكسجين (SaO <sub>2</sub> )                           | ٨٩ - ٩٣ %                  |

### الرعاية التمريضية الروتينية للوليد على جهاز التنفس الصناعي

#### أولاً: متابعة ضبط الجهاز

- التأكد من توافق ضبط قراءات الجهاز لما هو مدون بتذكرة الوليد.
- التأكد من أن وصلات الجهاز متصلة جيداً مع بعضها.
- التخلص من بخار الماء المتكاثف على الجدران الداخلية لوصلات الجهاز.
- الاستجابة للإنذارات تبعاً للجدول الآتي وإبلاغ الطبيب فوراً.

#### جدول (١٩-٤): إنذارات جهاز التنفس الصناعي وكيفية الاستجابة لها

| نوع الإنذار                                                                      | الإجراء                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| إنذار لارتفاع ضغط الشهيق أكثر من المضبوط على الجهاز<br>High Inspiratory pressure | التأكد من أن الوصلات ليس بها أى انثناء أو انسداد.<br>التأكد من سلامة الأنبوبة الحنجرية وأنها غير مسدودة سواء منتهية أو مسدودة بالإفرازات |
| إنذار انخفاض ضغط الشهيق أقل من المضبوط على الجهاز<br>Low Inspiratory pressure    | التأكد من أن الوصلات متصلة ببعضها جيداً، لا يوجد منها أي تسريب، سليمة، وليس بها شقوق.                                                    |

جدول (١٩-٤): إنذارات جهاز التنفس الصناعي وكيفية الاستجابة لها (تابع)

| نوع الإنذار                                                                               | الإجراء                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| إنذار بانخفاض أقل ضغط هواء في الزفير عن المعدل المضبوط في الجهاز (Low PEEP/CPAP)          | تقييم الحالة التنفسية للوليد. ملاحظة زيادة معدل التنفس التلقائي للوليد أو أن الوليد مستيقظ ويبيكي، أو يقاوم الجهاز.                                                                      |
| إنذار بحدوث أي خلل في وصلات الجهاز أو خلل في وصلات المرطب Airway Leak                     | التأكد من أن الوصلات في مكانها وأن أجزائها متصلة ببعضها جيداً ولا يوجد منها أي تسريب وأن الوصلات سليمة وليس بها شقوق. وفي هذه الحالة ينبغي فحص الوليد جيداً لاستبعاد وجود استرواح هوائي. |
| إنذار بقلّة أو انقطاع ضغط الأكسجين (Low O <sub>2</sub> Pressure)                          | التأكد من أن مدخل الأكسجين المضغوط للجهاز في مكانه السليم. فحص مؤشرات الشبكة المركزية للمستشفى للأكسجين المضغوط في المستوى المناسب للاتصال بشبكة الغازات المركزية بالمستشفى.             |
| إنذار بقلّة أو انقطاع ضغط الهواء المضغوط (Low Air Pressure)                               | التأكد من أن مدخل الهواء المضغوط للجهاز في مكانه السليم. فحص مؤشرات الشبكة المركزية للمستشفى للأكسجين المضغوط في المستوى المناسب للاتصال بشبكة الغازات المركزية بالمستشفى.               |
| إنذار بانقطاع التيار الكهربائي (External Power Loss)                                      | التأكد من من توصيل الجهاز بمصدر التيار الكهربائي.                                                                                                                                        |
| إنذار بضعف البطارية الداخلية للجهاز (Low Battery)                                         | فحص مستوى شحن البطارية                                                                                                                                                                   |
| إنذار بقلّة زمن الزفير بحيث تنعكس العلاقة بين الشهيق والزفير Insufficient Expiratory Time | تقييم الحالة التنفسية للوليد ملاحظة زيادة معدل التنفس التلقائي للوليد، أو أن الوليد مستيقظ ويبيكي، أو يقاوم الجهاز.                                                                      |

ثانياً: متابعة الأنبوبة الحنجرية

- مراجعة طول الأنبوبة عند الشفة العليا مع ما هو مدون بتذكرة الوليد.
- التأكد من تثبيتها جيداً بأقل كمية بلاستر وبدون جذب أو شد للشفة أو الأنف.
- ملاحظة وجود جروح بالجلد حول الشفة أو الأنف مكان التثبيت.

- تغيير مكان التنبيت من اليمين إلى اليسار والعكس يومياً لتفادي التهاب الجلد.
- التأكد من عدم انسدادها الأنبوبة سواءً بالانتشاء أو بالإفرازات اللزجة.
- سماع صوت التنفس بالناحيتين.
- ملاحظة علامات الخروج المفاجئ للأنبوبة الحنجرية (مثل زرقة، انخفاض نسبة تشبع الدم بالأكسجين، تدهور مفاجئ لحالة الوليد، انتفاخ البطن، بكاء مسموع، انخفاض حركة الصدر، وانخفاض معدل ضربات القلب).

#### ثالثاً: متابعة العلامات الحيوية

- ملاحظة العلامات الحيوية كل ٣ ساعات، خاصةً المجهود المبذول في عملية التنفس وضغط الدم، وملاحظة لون الوليد، ونسبة تشبع الدم بالأكسجين.

#### رابعاً: العلاج الطبيعي على الصدر والتشفيط

- عمل علاج طبيعي على الصدر
- التشفيط الصدري باستخدام أكبر مقاس قسطرة ممكن دخولها في الأنبوبة الحنجرية.
- حساب طول دخول قسطرة التشفيط كآتي:
  - (إذا كان وزن الوليد من ١-٢ كجم) = طول الأنبوبة الحنجرية + ٢ سم
  - (إذا كان وزن الوليد أكثر من ٢ كجم) = طول الأنبوبة الحنجرية + ٣ سم
- التشفيط الروتيني كل ٢-٤ ساعة أو حسب الحاجة .
- حقن ٢/١ - ١ سم<sup>٢</sup> محلول ملح بالأنبوبة قبل التشفيط، إذا كانت الإفرازات لزجة.
- إعطاء تهوية ١٠٠٪ بالأمبوباج خلال (٣٠-٦٠ ثانية) قبل وبعد التشفيط.
- مراعاة ألا تزيد مدة التشفيط عن ١٥ ثانية.
- يُكرر التشفيط حسب حاجة الوليد وكمية الإفرازات.

#### خامساً: متابعة غازات الدم

- الحصول على عينة دم وتحليلها خلال ١٥ - ٣٠ دقيقة من بدء التنفس الصناعي.
- تحليل الغازات بالدم كل ٦ ساعات إلا إذا حدث تغير مفاجئ في حالة الوليد.

- تحليل غازات بالدم بعد ٣٠ دقيقة عند تغيير نظام عمل الجهاز.
- متابعة نسبة تشبع الدم بالأكسجين باستمرار.

#### سادساً: أدوات الطوارئ

التأكد دائماً من وجود أدوات وأدوية الطوارئ مكتملة بجانب الوليد وجاهزة للاستخدام مثل مصدر أكسجين - جهاز تشفيط - أمبوباج - المنظار الحنجري - أنابيب حنجرية.

#### سابعاً: التغذية

عن طريق أنبوبة التغذية، حسب حالة الوليد، وطبقاً لتعليمات الطبيب.

#### فطام الوليد من جهاز التنفس الصناعي

يراعى فطام الوليد قبل فصله من على جهاز التنفس الصناعي عن طريق تقليل معدلات ضبط الجهاز (الضغط، ونسبة تركيز الأكسجين المستنشق، ومعدل التنفس تدريجياً) لتحفيز التنفس التلقائي للوليد.

#### فصل الوليد من على جهاز التنفس الصناعي

عند إقرار الطبيب فصل الوليد من الجهاز يجب على الممرضة مراعاة الآتي:

- إيقاف التغذية بالرايل لمدة ساعتين قبل إخراج الأنبوبة الحنجرية.
- عمل جلسة علاج طبيعي على الصدر والتشفيط قبل إخراج الأنبوبة مباشرة.
- سحب الأنبوبة أثناء الشهيق.
- عمل جلسات بخار، طبقاً لتعليمات الطبيب
- ملاحظة وتدوين حالة التنفس باستمرار بعد فصل الوليد، وإبلاغ الطبيب فوراً عند ظهور أي مشكلة.
- عمل تحليل لغازات الدم بعد إخراج الأنبوبة بنصف ساعة.
- عمل أشعة على الصدر بعد فصل الوليد من الجهاز.

## الفصل العشرون

### التسمم الدموي الوليدي

#### تقييم الممرضة للحالة

##### التاريخ المرضي

- مدة الحمل (العمر الجنيني)
- إصابة الأم أثناء الحمل، بالحمى أو الميكروب العنقودي من المجموعة ب
- انفجار جيب المياه لفترة طويلة قبل الولادة (لمدة ١٨ ساعة أو أكثر)
- انخفاض مقياس أبجار أو حدوث اختناق وليدي
- حدوث تسمم دموي في وليد سابق

##### فحص الوليد

يظهر التسمم الدموي في صورة أعراض مختلفة، لذا يجب إجراء فحص عام لملاحظة الآتي:

- خمول عام وقلة نشاط الوليد
- ضعف المص وعدم تقبل الرضاعة
- أعراض خاصة بالجهاز الهضمي مثل القيء، أو عدم تحمل الرضعة، أو انتفاخ البطن، أو اسهال.
- انخفاض أو ارتفاع درجة حرارة الجسم وعدم استقرارها
- علامات صعوبة التنفس
- علامات التهاب الجذع السري أو منطقة السرة
- أعراض انخفاض في مستوى الجلوكوز في الدم
- أعراض تدل على خطورة الحالة، تستدعي سرعة التصرف وإبلاغ الطبيب، مثل:
  - انخفاض ضغط الدم

- ظهور انتفاخ شديد في البطن
- حدوث تشنجات
- ظهور علامات الصدمة

## الرعاية التمريضية

- تطبيق قواعد التحكم في العدوى
- الرعاية التمريضية للوليد المصاب
  - وضع الوليد المصاب على المونيتور حتى تصبح حالته مستقرة.
  - قياس العلامات الحيوية كل ساعة، حتى تستقر حالة الوليد.
  - متابعة مستوى الجلوكوز بالدم، حسب تعليمات الطبيب.
  - ملاحظة علامات صعوبة التنفس بالوليد، وتشقيط الإفرازات، إن وجدت.
  - في حالة وجود أعراض صعوبة التنفس، يتم إعطاء الأكسجين أو استخدام جهاز التنفس الصناعي، حسب ما يقره الطبيب.
  - متابعة حدوث تشنجات والإبلاغ عنها.
  - اتباع تعليمات الطبيب فيما يتعلق بتغذية الوليد، والمحاليل الوريدية المعطاة له.
  - عمل خريطة السوائل (الداخل والخارج)
  - متابعة محيط البطن في حالة عدم قدرة الوليد على هضم الرضعة، أو وجود انتفاخ بالبطن.
  - إعطاء مضادات حيوية، حسب تعليمات الطبيب.

## الفصل الحادي والعشرون الاختناق الوليدي

### المؤشرات الدالة على احتمالية إصابة الوليد بالاختناق عند الولادة

- تلون السائل الأمنيوسي بالعقي
- انخفاض مقياس أبجار
- زرقة أو شحوب بلون الجسم
- اضطراب في التنفس وبطء في خفقان القلب
- تشنج أو ارتخاء عضلات الجسم

### درجات الاختناق الوليدي

#### الدرجة الأولى – ويميزها

- وجود فترات من الخمول، تتبادل مع فترات من زيادة اليقظة والهيياج، وظهور رعدة أو حركات غير طبيعية.
- زيادة رد الفعل الانعكاسي مورو، أو حدوثه بشكل تلقائي.
- ضعف المص.
- زيادة معدل ضربات القلب.
- اتساع حدقتي العين.
- عدم وجود تشنجات.
- اختفاء هذه الأعراض خلال ٢٤ ساعة (غالبًا)

#### الدرجة الثانية – ويميزها

- خمول.
- ضعف رد الفعل الانعكاسي مورو.
- ضعف أو فقد القدرة على المص.

- انخفاض معدل ضربات القلب، وانخفاض ضغط الدم.
- ضيق حدقتي العين.
- ظهور تشنجات في ٥٠ - ٧٠ ٪ من المواليد خلال ٢٤ ساعة بعد الولادة.

### الدرجة الثالثة – ويميزها

- غيبوبة
- ارتخاء العضلات
- اختفاء رد الفعل الانعكاسي مورو
- فقد القدرة على المص
- حدوث نوبات توقف التنفس
- انخفاض معدل ضربات القلب، واستمرار انخفاض ضغط الدم
- التشنجات تكون غير شائعة في هذه الدرجة، ولكن إن وجدت، فلا تستجيب بسهولة للعلاج
- تصل نسبة الوفاة في هذه المرحلة إلى حوالي ٥٠٪، والنسبة الباقية تعاني من مضاعفات خطيرة

### الرعاية التمريضية

- التأكد من أن المجري الهوائي مفتوحاً دائماً (وضع المريض في وضع التنشق، والتنشيط الصدري).
- الحفاظ على درجة حرارة الوليد حول المعدل الطبيعي.
- إعطاء الأكسجين بالطريقة المناسبة حسب تعليمات الطبيب.
- متابعة مستوى الجلوكوز في الدم.
- تجهيز وإعطاء المحاليل الوريدية، حسب تعليمات الطبيب.
- عمل خريطة سوانل لحساب الداخل والخارج، والتأكد من تجميع وحساب كمية البول.
- متابعة حدوث التشنجات وإبلاغ الطبيب فوراً، في حالة حدوثها.

## الفصل الثاني والعشرون التشنجات

### الأعراض

- التعرف على التاريخ المرضي من الوالدين، خصوصاً الظروف المحيطة بعملية الولادة.
- ملاحظة ظهور التشنجات، والتي قد تحدث في حديثي الولادة في صورة أعراض غير واضحة مثل:
  - رعشة طرفية، لا تتوقف بإمساك الطرف المهتز.
  - حركات متتابعة في أطراف الجسم، تشبه حركات التبديل أو السباحة.
  - انحراف العين إلى جهة واحدة.
  - تحريك الفم والفكين بشكل متتابع مثل المضغ.
  - توقف التنفس لفترة قصيرة، مع ارتفاع في معدل ضربات القلب.

### الرعاية التمريضية

- عند حدوث تشنجات، يجب سرعة التصرف وعمل الآتي:
- التأكد من أن مجرى الهواء مفتوح.
  - تشغيظ الفم والمجرى الهوائي بين نوبات التشنجات وليس في وقت حدوثها.
  - توصيل الوليد بمصدر أكسجين.
  - تحديد مستوى الجلوكوز بالدم. وفي حالة تعذر ذلك، يتم إعطاء محلول جلوكوز ١٠٪ بمعدل ٢ مليلتر/كجم من وزن الوليد عن طريق الوريد على مدار دقيقة.
  - استدعاء الطبيب بسرعة، وإعطاء الأدوية اللازمة لمعالجة التشنجات مثل فينوباربيتون، حسب إرشادات الطبيب، وطبقاً لنتائج الفحوصات والتحليل المعملية.

## الفصل الثالث والعشرون

### أمراض الجهاز الهضمي الشائعة في حديثي الولادة

#### التهابات الفم الفطرية

##### الأعراض

- ضعف القدرة على المص.
- وجود بقع صغيرة لونها أبيض (مثل اللبن المجبن) وحولها احمرار على اللسان، واللثة، وتجويف الفم.

##### الرعاية التمريضية والعلاج

- منع حدوث التهابات الفم الفطرية من خلال:
  - غسل الأيدي جيدًا قبل إعطاء الرضعة للوليد.
  - تنظيف فم الوليد بقطعة شاش معقم مغموسة في محلول ملح بعد كل رضعة، أو كل ٤ ساعات للحالات التي لا تأخذ رضاعة بالفم.
  - غسل الببرونات والحلمات، والتطهير الفائق بالغلي أو التعقيم باستمرار.
  - تخصيص ببرونة لكل وليد.
- عمل عناية بالفم بعد الرضاعة، ثم وضع دهان مضاد للفطريات كعلاج موضعي.

#### القيء

##### الرعاية التمريضية والعلاج

- تحديد أسباب القيء وإبلاغ الطبيب فوراً.
- ملاحظة وتدوين كمية القيء، لونه، قوامه، مكوناته، ورائحته، وعدد المرات.
- عمل خريطة للسوائل الداخلة والخارجة.
- إعطاء رضعات بكميات صغيرة، على فترات متقاربة، حسب تعليمات الطبيب.

- رفع رأس الوليد بزاوية ٣٠ درجة، لمنع حدوث القيء في حالات ارتجاع المريء.
- إعطاء بعض الألبان الصناعية الخاصة، حسب تعليمات الطبيب.
- استخدام بعض الأدوية التي تقلل من حدوث القيء، حسب تعليمات الطبيب.
- إعطاء المحاليل والتغذية اللازمة لمنع حدوث الجفاف.
- التجهيز للتدخل الجراحي في بعض الحالات، حسب تعليمات الطبيب.

### انتفاخ البطن

كثيراً ما يتعرض الأطفال الرضع لانتفاخ البطن بسبب بعض الممارسات الخاطئة أثناء الإرضاع. وفي حالة إذا كانت بطن الوليد طرية، فإن النوم على البطن والتنبيه الخفيف للشرح من خلال إعطاء الرضيع لبوسة جلسرين، بعد استشارة الطبيب، سوف يساعده على التبرز، والتخلص من الغازات، وبالتالي انتهاء هذه المشكلة.

### الرعاية التمريضية والعلاج

تحديد سبب الانتفاخ وعلاجه - إعطاء المحاليل، والتغذية، والعلاج اللازم، حسب تعليمات الطبيب - التدخل الجراحي في بعض الحالات.

### الاسهال

### الرعاية التمريضية والعلاج

- إبلاغ الطبيب فوراً، مع ملاحظة ظهور أي أعراض مرضية أخرى على الوليد مثل (القيء، ارتفاع درجة الحرارة، وتغير لون الجسم، أو عدم زيادة الوزن بالمعدل الطبيعي).
- تحديد سبب الاسهال، ثم علاجه.
- اتباع قواعد التحكم في العدوى أثناء تحضير الرضعات.
- إعطاء المحاليل والتغذية اللازمة للوليد حسب تعليمات الطبيب؛ لمنع حدوث أو لعلاج الجفاف.
- إعطاء ألبان صناعية خاصة في حالة وجود اضطرابات التمثيل الغذائي.

## الالتهاب المعوي القولوني النخري

### الأعراض

- أعراض خاصة بالجهاز الهضمي (عدم هضم الرضعة، وزيادة السحب من المعدة قبل الرضعة التالية - القيء - انتفاخ البطن وزيادة مفاجئة بمحيط البطن أكثر من ٢ سم قبل الرضعة - احمرار جدار البطن وتورمه - تغير طبيعة البراز مع وجود دم به - وجود كتلة محسوسة بالبطن عند فحصها - ضعف صوت حركة الأمعاء).
- أعراض خارج الجهاز الهضمي (قلة نشاط الوليد وخموله - نوبات من توقف التنفس - تغير لون الوليد "باهت أو مبرقش" - انخفاض درجة حرارة الجسم - انخفاض عدد ضربات القلب - ظهور أعراض الصدمة).

### الرعاية التمريضية

- وقف الرضاعة
- متابعة العلامات الحيوية، وملاحظة حدوث نوبات توقف التنفس، وإبلاغ الطبيب.
- متابعة كفاءة التغذية الدموية للوليد من خلال معدل امتلاء الشعيرات الدموية.
- متابعة درجة وعي ونشاط الوليد.
- تشفيط الجهاز الهضمي عن طريق تركيب أنبوبة رايل مفتوحة، مع ملاحظة، حساب، وتدوين الخارج منها من حيث الكمية، اللون، ووجود دم، طبقاً لتعليمات الطبيب.
- قياس محيط البطن كل ٤ ساعات.
- سماع صوت حركة الأمعاء بالسماعة كل ٤ ساعات.
- ملاحظة البراز من حيث وجود دم به.
- متابعة عمل تحاليل غازات الدم، كيمياء الدم، وأشعة على البطن، حسب تعليمات الطبيب.
- إعطاء المضادات الحيوية، والمحاليل الوريدية، والأكسجين حسب تعليمات الطبيب.

## الفصل الرابع والعشرون الصدمة الوليدية

### الأعراض

زيادة معدل ضربات القلب - ضعف النبض - تغير لون الوليد (باهت، أو مبرقش، أو أزرق) - انخفاض درجة حرارة الجلد، وبرودة الأطراف - زيادة الوقت المستغرق لإعادة امتلاء الشعيرات الدموية (أكثر من ٣ - ٤ ثواني) - ظهور أعراض نقص الأكسجين وصعوبة التنفس (زرقة، زيادة معدل التنفس، نتة، وانجذاب الصدر) - خمول وارتخاء العضلات - قلة أو عدم إدرار البول - انخفاض ضغط الدم.

### العلاج

- إعطاء الوليد ١٠ - ٢٠ ملليلتر/كجم من ممددات الدورة الدموية (مثل محلول ملح، رينجر، أو بلازما) كما يقرر الطبيب.
- علاج نقص الأكسجين، وانخفاض مستوى الجلوكوز بالدم.
- إعطاء الدوبامين، أو الدوبوتامين، أو الأدرينالين حسب تعليمات الطبيب.

### الرعاية التمريضية

- الحفاظ على بقاء الممرات الهوائية مفتوحة، وتحسين عملية التهوية والأكسجة.
- تشفيط الإفرازات، إن وجدت.
- تقييم ومتابعة الحالة التنفسية للوليد، ونسبة تشبع الدم بالأكسجين بوضعه على جهاز المونيتور.
- إعطاء الأكسجين حسب حاجة الوليد، حسب نتائج غازات الدم، وتعليمات الطبيب.

### الحفاظ على الدورة الدموية

- متابعة العلامات الحيوية (خاصة النبض والضغط).

### وقف النزيف وتعويض السوائل المفقودة

- اتخاذ الإجراءات اللازمة لوقف النزيف.
- إعطاء المحاليل الوريدية من خلال كانيولا طرفية أو قسطرة السرة.
- نقل الدم ومشتقاته لتعويض الفاقد، حسب تعليمات الطبيب.

### علاج التسمم الدموي

- إعطاء المضادات الحيوية حسب نوع الميكروب بالجرعات التي يقررها الطبيب.

## الفصل الخامس والعشرون

### بعض العيوب الخلقية في حديثي الولادة

#### انسداد فتحة الأنف الخلفية

- **الأعراض:** صعوبة التنفس والزرقة بعد الولادة مباشرة، خصوصاً في حالات انسداد فتحة الأنف الخلفية الثنائية (على الناحيتين). وتقل حدة الزرقة مع بكاء الوليد – عرقلة عند محاولة إدخال قسطرة من الأنف إلى البلعوم.
- **الرعاية التمريضية:** وضع ممر هوائي بالفم – إجراء فحص بدني شامل للوليد لاستبعاد وجود أي عيوب خلقية ظاهرية أخرى.

#### انسداد المريء، ووجود ناصور بين القصبية الهوائية والمريء

- **الأعراض:** وجود رغاوي في لعاب الوليد – حدوث زرقة أثناء الرضاعة في حالة وجود ناصور بين القصبية الهوائية والمريء
- **الرعاية التمريضية:** وقف الرضاعة وإعطاء المحاليل، طبقاً لتعليمات الطبيب – رفع رأس الوليد بزاوية ٣٠ درجة لمنع حدوث الشقة – التنشيط المستمر لللعاب من المريء.

#### خروج محتويات البطن مع الحبل السري

- **الأعراض:** خروج محتويات البطن (الأمعاء، الكبد، الطحال، والمثانة... الخ.) من سرة الوليد مع الحبل السري بعد الولادة مباشرة.
- **الرعاية التمريضية:** وقف الرضاعة بالفم، وإعطاء المحاليل الوريدية، طبقاً لتعليمات الطبيب – تغطية العيب بشاشة معقمة مبللة بمحلول ملح دافئ أو سُّفْرَاتُول، ثم تغطى بكيس بلاستيك، للإقلال من فقد الحرارة والسوائل.

### انسداد فتحة الشرج

- **الأعراض:** وجود غشاء يغطي فتحة الشرج أو عدم وجود فتحة شرج – تأخر نزول العقي بعد مرور ٤٨ ساعة من الولادة.
- **الرعاية التمريضية:** فحص للوليد، للكشف عن عدم وجود فتحة شرج في وقت مبكر – متابعة وتدوين تبرز الوليد، وفي حالة عدم تبرزه بعد مرور ٤٨ ساعة من الولادة، يمكن استخدام قسطرة لينة مطاطية للكشف عن وجود انسداد شرجي – وقف الرضاعة بالفم وإعطاء المحاليل؛ طبقاً لتعليمات الطبيب.

### وجود فتحة مجرى البول أسفل العضو الذكري للوليد

- **الأعراض:** ظهور فتحة البول أسفل العضو الذكري وليس في المقدمة – اتجاه تيار البول يكون إلى أسفل عند التبول.
- **الرعاية التمريضية:** التنبيه على الأهل بضرورة تأجيل عملية الطهارة لحين عرض الوليد على طبيب جراحة الأطفال.

### خلع مفصل الفخذ

- **التشخيص:** إجراء بعض الاختبارات الروتينية التي يقوم بها الطبيب لأي طفل بعد ولادته، وعمل أشعة وموجات صوتية تأكيدية على المفصل حالة احتمالية وجود خلع.
- **الرعاية التمريضية:** إبعاد الفخذين باستخدام حفاضتين (الواحدة فوق الأخرى)، حتى يتم العرض على أخصائي جراحة العظام.

## الفصل السادس والعشرون

### إصابات الولادة

#### إصابات الرأس

##### تورم فروة الرأس

###### الأعراض

ظهور جزء متورم لين بفروة الرأس يتجاوز الخطوط الفاصلة لعظام الجمجمة بعد الولادة مباشرةً.

###### دور الممرضة

متابعة اختفاء التورم خلال أيام قليلة بعد الولادة بدون أي تدخل.

##### نزيف تحت فروة الرأس

###### الأعراض

ظهور بروزات تحت فروة الرأس لا تتجاوز الخطوط الفاصلة لعظام الجمجمة بعد ساعات أو عدة أيام من الولادة.

###### العلاج

- يختفي هذا التجمع الدموي بدون تدخل خلال أسبوعين إلى ٣ شهور
- نقل الدم في حالة حدوث أنيميا شديدة أو صدمة
- العلاج الضوئي أو تغيير الدم في حالة ظهور صفراء، حسب مستوى البيليروبين.

###### دور الممرضة

قياس محيط الرأس يوميًا – إبلاغ الطبيب فورًا عند ملاحظة شحوب الوليد، أو اصفرار جسمه، أو زيادة في محيط رأسه.

## النزيف الدماغي

### الأعراض

- أعراض الصدمة (فقد كمية كبيرة من الدم): الشحوب - صعوبة التنفس - ظهور أعراض الصفراء
- علامات دالة على حدوث خلل في وظائف الجهاز العصبي: ارتفاع مستوى اليافوخ الأمامي - ارتخاء العضلات - تشنجات - عدم استقرار درجة حرارة الجسم - نوبات توقف التنفس.

### دور الممرضة

- تجنب تحريك الوليد إلا عند الضرورة - نقل الدم أو مشتقاته (حسب تعليمات الطبيب)
- إعطاء فيتامين ك - متابعة الوليد تحت العلاج الضوئي عند حدوث صفراء - ملاحظة التشنجات وإبلاغ الطبيب فوراً، في حالة حدوثها.

## إصابات الرقبة والكتف

### كسر عظمة الترقوة

#### الأعراض

- عدم قدرة الوليد على تحريك الذراع المصاب - إحساس الوليد بالألم عند الإمساك بالذراع المصاب أو محاولة تحريكه - سماع صوت احتكاك العظام عند منطقة العظمة المكسورة - اختفاء رد الفعل الانعكاسي "مورو" في الجانب المصاب.

#### دور الممرضة

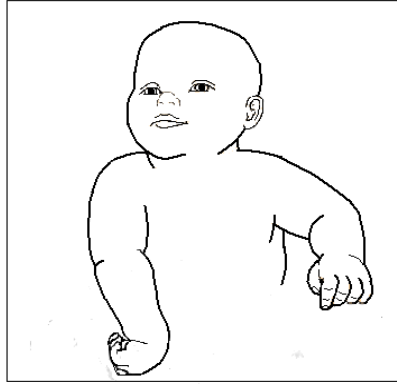
- استدعاء الفني المختص لعمل أشعة عادية على عظمة الترقوة - تثبيت وتجنب تحريك الذراع والكتف بالجانب المصاب لمدة ٧ - ١٠ أيام.

## إصابة الضفيرة العصبية الذراعية

### الأعراض

- غالباً ما يكون الوليد المصاب كبيراً في الحجم.

- يكون الذراع المصاب ملاصقاً للجسم، مع عدم قدرة الوليد على رفع كتفه، أو ثني مرفقه، أو تدوير الذراع للخارج، ويأخذ الذراع المصاب وضعاً مميزاً (شكل ٢٦-١).



شكل (٢٦-١): الشلل الإربي

#### دور الممرضة

- تثبيت الذراع المصاب والحفاظ عليه بدون حركة لمدة ١-٢ أسبوع، ووضعته بصورة معاكسة لتلك التي تظهر على الوليد.

## الفصل السابع والعشرون

### تنفيذ خطة العلاج

#### الخطة اليومية لإعطاء الدواء

##### أولاً: صرف الدواء

تقوم الممرضة المسؤولة بالآتي:

- مراجعة كل تذاكر المرضى يومياً، لمتابعة الأدوية المضافة أو الأدوية التي تم إيقافها.
- عمل حصر بالاحتياجات اليومية من الأدوية المختلفة لتحديد الكمية المطلوب صرفها من صيدلية المستشفى خلال ٢٤ ساعة.
- مطابقة الجرعة المنصرفة بالجرعة المدونة بذاكرة المريض، وفي حالة اختلاف تركيز العبوة المنصرفة عن التركيز المدون بذاكرة المريض، ينبغي الرجوع إلى الطبيب لتعديل الجرعة.

##### ثانياً: تحضير الدواء

- تقوم الممرضة المسؤولة عن تحضير المحاليل بالوحدة بتحضير الدواء أيضاً، مع مراعاة اتباع قواعد مكافحة العدوى.
- قبل تحضير الدواء، يجب مراعاة الآتي:
  - مراجعة تاريخ صلاحية الدواء.
  - الفحص الدقيق للعبوة، بحيث تكون خالية من الشقوق والشروخ، وكذلك ملاحظة الدواء، بحيث يكون مستقراً في الشكل، والتكوين، واللون.
  - تحليل عدد مناسب من العبوات المختلفة للأدوية المختلفة التي تغطي احتياجات الجرعة لكل الأطفال بالوحدة، وذلك بتنسيق مواعيد تنفيذ خطة إعطاء الدواء.
- كتابة البيانات كاملة على العبوة بعد تحليلها (تاريخ وساعة التحليل).

- يفضل استخدام الأمبولات ذات الجرعة الواحدة، عن استخدام زجاجات الأدوية ذات الجرعات المتعددة.
- إذا كانت هناك ضرورة لاستخدام زجاجات الأدوية ذات الجرعات المتعددة، يجب دائماً استعمال إبرة سرنجة معقمة لإخترق الحاجر المطاطي على مدخل الزجاجة، ومراعاة الآتي:
  - قبل سحب الجرعات، يتم مسح مدخل الزجاجة باستخدام قطعة قطن مبللة بالكحول الإيثيلي ٧٠٪.
  - استخدام سرنجة جديدة معقمة في كل مرة يتم فيها سحب جرعة الدواء المتعددة.
  - إجراء غسل صحي للأيدي قبل كل مرة يتم فيها سحب جرعة دواء.

#### ثالثاً: إعطاء الدواء

- تقوم الممرضة بإعطاء الدواء بالجرعة المحددة، في الوقت المحدد، وبالطريقة السليمة، حسب إرشادات الطبيب كالآتي:
- قراءة الوصفة بعناية شديدة من تذكرة الوليد.
  - كتابة الوصفة في بطاقة العلاج.
  - سحب الجرعة في المكان المخصص لتحضير الدواء، باتباع قواعد مكافحة العدوى أثناء التحضير.
  - مراعاة عدم خلط الأدوية، خوفاً من حدوث التفاعلات الكيميائية التي قد تكون ضارة بجسم الوليد.
  - استخدام سرنجة جديدة لكل دواء.
  - التأكد مرة أخرى من الجرعة قبل حقن الدواء بالكانيولا.
  - مراجعة القواعد الستة لإعطاء الدواء بطريقة صحيحة (الست صحيحات)، وهي:
    - التأكد من اسم الوليد الصحيح
    - التأكد من إعطاء الدواء الصحيح
    - التأكد من إعطاء الجرعة الصحيحة
    - التأكد من إعطاء الدواء في التوقيت الصحيح

- التأكد من إعطاء الدواء بالطريقة الصحيحة
- معرفة التأثيرات الجانبية للدواء والتدوين الصحيح

### الإحتياجات الواجب اتباعها

- استخدام الأمبول المحلل بماء معقم فقط، وليس بمحلول ملح.
- التأكد من استقرار العلامات الحيوية للوليد قبل، وبعد إعطاء الدواء.
- بعض الأدوية مثل اللانوكسين، لا يمكن إعطاؤها إذا قل معدل ضربات قلب الوليد عن ١٠٠ دقة/ دقيقة.
- بعض الأدوية مثل اللازركس لابد من قياس الضغط قبل إعطائها، وكذلك متابعة كمية البول يوميًا، حيث أنه مدر للبول، مما يعرض الوليد للجفاف وفقد كمية من الأملاح (الصوديوم والبوتاسيوم) من جسمه .
- بعض الأدوية يجب إعطاؤها ببطء شديد في الوريد، مثل الكالسيوم، وبيكربونات الصوديوم.
- متابعة معدل ضربات القلب أثناء إعطاء بعض الأدوية، مثل الكالسيوم.
- يجب ملاحظة الحالة العامة للوليد، أثناء، وبعد إعطاء الدواء، لاكتشاف أي رد فعل غير متوقع للدواء مثل الحساسية للدواء (يظهر في صورة طفح جلدي، تغير لون الجلد، أو اختلاف في العلامات الحيوية)، وبالتالي يتم وقف إعطاء الدواء مباشرة، وإبلاغ الطبيب لاتخاذ اللازم .
- عدم إعطاء جرعة سقطت سهوًا، إلا بأمر الطبيب.
- تدوين الدواء الذي تم إعطاؤه بذاكرة المريض.

### القواعد المتبعة لإعطاء جرعة دواء عن طريق الجهاز الهضمي (أدوية الشرب)

- استعمال معايير الدواء لقياس كمية الدواء السائل المعطى .
- تنظيف فوهة قنينة الدواء جيدًا بعد الاستعمال.
- إذا كان الدواء على هيئة نقط، فيجب تقطير العدد المطلوب من النقط، أو استعمال مقياس الحجم.
- رفع معايير الدواء بمستوى العين عند سكب الدواء من القنينة.

- عدم استعمال الأدوية عندما يحدث أي تغيير في لونها أو مكوناتها، والتأكد من تاريخ الصلاحية.

### الخطأ في إعطاء الدواء

هو خطأ في وصف أو تركيب الدواء، أو تحديد جرعة الدواء المطلوبة لإحداث الأثر العلاجي المطلوب، أو من الممرضة (قبل، أثناء، أو بعد إعطاء الدواء)، ويؤدي إلى نتائج سلبية.

### طرق منع أخطاء إعطاء الدواء

- يقظة الممرضة، ومعرفة الجرعة قبل إعطاء الدواء للوليد، ومراجعة الطبيب والصيدي.
- قراءة كل كلمة من التعليمات الطبية بكل دقة واهتمام.
- التأكد من صرف الدواء المطلوب من الصيدلية؛ بأن يكون الاسم مطابقاً، وبالكمية المطلوبة.
- عند تشابه أسماء طفلين أو أكثر في آن واحد، لابد من تمييز كل منهم.
- ملاحظة دقة المواعيد في إعطاء الجرعات.
- مراجعة الاسم، والبيانات المبينة على بطاقة الدواء.

### الإجراءات المتبعة عند حدوث أي خطأ أثناء إعطاء الدواء

- تقييم حالة الوليد فوراً، وتقييم مدى خطورة الأعراض الجانبية، والمضاعفات.
- تصنيف مستوى الخطورة فوراً.
- إبلاغ رئيسة الوحدة والطبيب المعالج فوراً لمناقشة الإجراءات المتبعة لعلاج الوليد.
- كتابة تقرير ووصف شامل لحالة الوليد، والإجراءات العلاجية التي تم اتخاذها لإنقاذ حياته.

## الفصل الثامن والعشرون

### التدوين في تذكرة الوليد والسجلات الطبية

#### أولاً: بيانات الدخول والتاريخ المرضى

- تدوين بيانات الوليد
- تدوين بيانات الولادة
- تدوين بيانات الأم

#### ثانياً: بيانات المتابعة اليومية للوليد

- تدوين العلامات الحيوية
- تدوين قياسات النمو
- تدوين المتابعة اليومية:
- معدل امتلاء الشعيرات الدموية بالثانية كل ٣ ساعات، مع العلامات الحيوية.
- درجة وعي الوليد كل ٣ ساعات، مع العلامات الحيوية.
- لون جلد الوليد كل ٣ ساعات، مع العلامات الحيوية.
- نتيجة قياس مستوى الجلوكوز بالدم مرة يومياً، أو حسب تعليمات الطبيب.
- طريقة الرضاعة، ونوع وكمية اللبن في حالة الرضاعة الصناعية.
- تاريخ تركيب الكانيولا، وتغييرها كل ٧٢ ساعة.
- تاريخ إدخال أنبوبة التغذية، وتاريخ تغييرها (كل ٧٢ ساعة أو حسب الحاجة).
- كمية السوائل الخارجة في صورة:
- البول والبراز، بالإضافة إلى تدوين لون وقوام البراز.
- القيء والشفط من المعدة، بالإضافة إلى تدوين اللون والقوام.
- المعامل المسحوبة يومياً.
- تاريخ وضع أقطاب رسم القلب، وتغييرها كل ٧٢ ساعة.

- تاريخ تركيب أجهزة المحاليل، والتخلص من المحاليل التي سبق تجهيزها ولم تستخدم، بعد ٢٤ ساعة من تحضيرها.

### ثالثاً: حالات صعوبة التنفس

- الأكسجين: تدوين وسيلة إعطائه، ومعدل تدفقه (لتر/ دقيقة)، ومستوى تشبع الدم بالأكسجين.
- التنشيط: تدوين مكانه (من الفم، الأنف، والقنطرة الهوائية)، وكميته، ولونه
- المحاليل: تدوين نوع تركيبة المحاليل ومعدل السريان، وكمية السوائل الداخلة والخارجة كل ٣ ساعات، وتجميعها كل ٢٤ ساعة.
- تدوين القراءات الخاصة بأجهزة السيباب، والتنفس الصناعي كل ساعة في السجل الخاص بها، وتدوين مستوى الأنبوبة الحنجرية عند الشفة العليا للوليد.

### رابعاً: حالات الصفراء

- تدوين عدد أجهزة العلاج الضوئي المستخدمة على الوليد.
- تدوين تغيير وضع الوليد، كل ساعتين.
- تدوين حالة الجلد، وظهور أي آثار جانبية للعلاج الضوئي.
- تدوين نتائج التحاليل المعملية.
- تدوين وقت تغيير الدم إذا تم عمله.

### خامساً: حالات التشنجات

- تصميم خريطة التشنجات (مكان التشنجات، وقت حدوثها، مدتها، الأعراض المصاحبة، التدخل التمريضي، واستخدام علاج طبقاً لتعليمات الطبيب).

### سادساً: حالات وليد الأم المصابة بالسكري

- تدوين نتيجة قياس مستوى الجلوكوز بالدم في خريطة (انظري فصل ١٣).

### سابعاً: الأدوية

- تدوين نوع الدواء، الجرعة، وطريقة إعطائه.

## الفصل التاسع والعشرون تخطيط الخروج والمتابعة

### إجراءات خروج الوليد

يجب إتمام الإجراءات الآتية قبل الخروج

- وضع الوليد في سرير قبل وقت الخروج بحوالي ٢٤ ساعة (إذا كان بالحصانة).
- التأكد من ثبات العلامات الحيوية للوليد لمدة ٢٤ ساعة قبل الخروج.
- التأكد من قدرة الأم على إرضاع وليدها بكفاءة.
- فحص جميع أجهزة جسم الوليد، والتأكد من سلامة الحالة الصحية له.
- استكمال الإجراءات الإدارية للخروج.
- توضيح الحالة الصحية للوليد للأم باستخدام عبارات سهلة وبدون مصطلحات طبية.

### نقاط هامة للأم

عند حضور الأم لاستلام وليدها، يجب تذكيرها بالنقاط التالية للمحافظة على حالتها الصحية بعد الخروج من الوحدة:

- الحفاظ على درجة حرارة جسم الوليد
- الحفاظ على الوليد من الإصابة بالعدوى
- العناية بالجذع السري
- العناية بمنطقة الحفاض
- حمام الوليد
- الرضاعة الطبيعية

- الرضاعة الصناعية: في حالة استخدام الببرونة (في حالات خاصة، وبأمر الطبيب)، يجب تدريب الأم على كيفية إرضاع وليدها، والتأكد كل مرة من كمية اللبن وتركيزه.
- التطعيم
- فحص الغدة الدرقية
- استكمال العلاج بالمنزل
- ترتيب موعد المتابعة
- وأخيراً، التأكد إذا كان لدى الأم أو الأهل أي استفسارات أخرى، وتصحيح الأفكار الخاطئة عند الأم (إن وجدت).

## الفصل الثلاثون

### الأجهزة (استعمالها، وتطهيرها، وصيانتها)

#### الحضانة الثابتة

##### الاستجابة للإنذارات الصادرة عن الحضانة

- إنذار ضبط الحرارة: عند استخدام أسلوب ضبط حرارة الهواء، يعمل الإنذار إذا زادت حرارة الهواء عن القيمة المحددة بمقدار  $1,5^{\circ}\text{C}$ ، أو قلت عنها بمقدار  $3^{\circ}\text{C}$ .
- إنذار ارتفاع درجة حرارة الهواء: يؤدي الارتفاع الشديد لدرجة حرارة هواء الحضانة إلى إيقاف عمل السخان تلقائيًا (ولا يعود لضبط نفسه تلقائيًا، ولكن يجب ضبطه يدويًا مرة أخرى، حتى إذا تم إيقاف جرس الإنذار).
- إنذار دوران الهواء: إذا توقف أو حدث قصور في تدفق الهواء، فإن السخان يتوقف عن العمل تلقائيًا.
- إنذار توقف عمل المجس: انفصال مجس حرارة الهواء أو مجس حرارة الوليد.
- إنذار توقف عمل الجهاز: توقف عمل موتور الحضانة.
- إنذار انقطاع الكهرباء: انقطاع الكهرباء أو فصل الجهاز عن مصدر الكهرباء.

#### التطهير والتعقيم

- تنظيف الحضانة بالماء الدافئ يوميًا.
- تطهير أماكن إنسكابات الدم، وإفرازات الجسم داخل الحضانات أو على جدارها الخارجي فور حدوثها، باستخدام فوطة مبللة بالمطهر (الكحول أو الكلور المخفف) بعد تنظيفها جيدًا.

## الفصل الثالثون: الأجهزة (استعمالها، وتطهيرها، وصيانتها)

- تبديل وتطهير الحضانة لكل وليد جديد، وتغيير الحضانة كل ٧ أيام للمواليد مكتملي النمو، وكل ٥ أيام للمواليد الذين يبلغ وزنهم أقل من ١٠٠٠ جرام، أو تغييرها في أي وقت بمجرد تلوثها.
- عند الشروع في إزالة التلوث عن الحضانة بين المواليد أو بانقضاء المدة المحددة:
  - غسل الأجزاء التي من الممكن فكها وتنظيفها جيدًا بمادة منظفة.
  - الغسل والتجفيف بعناية باستخدام مناشف ورقية، والتخلص منها بعد ذلك.
  - التطهير باستخدام منشفة مشبعة بمطهر (مثل محلول الكحول بتركيز ٧٠٪ أو الكلور المخفف بتركيز ٥٠٠ جزء بالمليون).
  - إعادة تهوية الحضانة قبل إعادة استخدامها.
- الرجوع إلى دليل تعليمات الشركة المصنعة بهذا الخصوص.
- لا يتحتم استخدام خزانات الترطيب في الحضانات إذا كان المركز الرئيسي لترطيب الهواء يعمل بدرجة كافية، وينبغي صرف ما بها من ماء إذا ما استخدمت، وتنظيفها، وتجفيفها وتزويدها بماء معقم كل ٢٤ ساعة.

## الصيانة الوقائية

- استبدال مرشح الهواء (الفلتر) كل ٣ شهور، وبعد أي وليد مصاب بعدوى.
- حفظ كابل المجس في مكان آمن لمنع التواءه.
- فحص أقفال ومفصلات الباب الأمامي، والفتحات الجانبية، للتأكد من أنها لا تفتح من تلقاء نفسها.
- تجنب استخدام كباين الحضانات كمخزن.
- إبلاغ مسئول الصيانة في حال وجود أعطال.
- ملء النماذج الخارجية الخاصة بالصيانة.

## جهاز التدفئة

### التطهير

- مسحه باستخدام الكحول بتركيز ٧٠٪ أو بالكلور المخفف بالماء (١٠ سم<sup>٣</sup>/لتر ماء) قبل وبعد كل استخدام.

- تطهير مجس الحرارة بالكحول قبل وبعد كل استخدام.

#### الصيانة الوقائية

- حفظ كابل المجس في مكان آمن لمنع التواءه
- إبلاغ مسئول الصيانة، في حال وجود أعطال.
- ملء النماذج الخاصة بالصيانة.

### جهاز مضخة المحاليل

#### التطهير

- مسحها بالكlor (٥٪) المخفف بالماء (١٠ سم<sup>٣</sup>/لتر ماء) بعد كل استخدام.
- إزالة بقع المحاليل أو الدم من على المضخة فوراً، بمحلول الكلور المخفف.

#### الصيانة الوقائية

- وضع الفيشة في مصدر الكهرباء باستمرار لتجنب تلف البطارية.
- وضع مضخة المحاليل في مكان آمن، على الرف فوق الحضانة.
- التأكد من أن كل وظائف التشغيل تعمل جيداً.
- إبلاغ مسئول الصيانة، في حالة وجود أعطال.
- ملء النماذج الخارجية الخاصة بالصيانة.

### جهاز ضخ المحاليل بالسرنية

#### التطهير

- مسحها بالكlor (٥٪) المخفف (١٠ سم<sup>٣</sup>/لتر ماء) بعد كل استخدام.
- إزالة بقع المحاليل أو الدم من على المضخة فوراً بمحلول الكلور المخفف.

#### الصيانة الوقائية

- وضع الفيشة بمصدر الكهرباء باستمرار، لتجنب تلف البطارية.
- وضع الجهاز في مكان آمن، على الرف فوق الحضانة.
- التأكد من أن كل وظائف التشغيل تعمل جيداً.

## الفصل الثلاثون: الأجهزة (استعمالها، وتطهيرها، وصيانتها)

- إبلاغ مسئول الصيانة في حالة وجود أعطال.
- ملء النماذج الخارجية الخاصة بالصيانة.

### الميزان

#### التطهير

- تطهيره قبل وبعد كل استخدام بالكحول ٧٠٪.

#### الصيانة الوقائية

- وضع الميزان على مكان آمن وثابت دائماً.
- عدم وضع أي شيء على الميزان في غير وقت التشغيل.
- إبلاغ مسئول الصيانة، في حالة وجود أعطال.

### جهاز قياس ضغط الدم غير الاختراقي

#### التطهير

- تطهير الإسورة بالكحول قبل وبعد كل استخدام.
- تجنب استخدام الكحول في تطهير الكابلات، لمنع تأكلها وتلفها.

#### الصيانة الوقائية

- فحص كابل الضغط باستمرار لاكتشاف أي عيوب.
- وضع الجهاز في مكان آمن؛ على الرف فوق الحضانة.
- تجنب التواء الكابلات.
- إبلاغ مسئول الصيانة، في حالة وجود أعطال.
- ملء النماذج الخارجية الخاصة بالصيانة.

### جهاز قياس تشبع الدم بالأكسجين

#### التطهير

- تطهير المجس بالكحول قبل وبعد الاستخدام.
- تجنب استخدام الكحول لتطهير الكابلات لمنع تأكلها وتلفها.

### الصيانة الوقائية

- توصيل الفيشة بمصدر الكهرباء باستمرار، لضمان شحن البطارية.
- اختبار عمل المجس.
- وضع الجهاز في مكان آمن؛ على الرف فوق الحضانة.
- تجنب التواء سلك المجس.
- إبلاغ مسئول الصيانة، في حالة وجود أعطال.
- ملء النماذج الخارجية الخاصة بالصيانة.

### جهاز المراقبة المرئية للقلب والتنفس (المونيتور)

#### التطهير

- استخدام الكحول لتطهير مجس قياس نسبة التشبع بالأكسجين عند انتقاله من وليد لآخر.
- تجنب استخدام الكحول لتطهير الكابلات، لمنع تآكلها وتلفها.

### الصيانة الوقائية

- توصيل الفيشة بمصدر الكهرباء باستمرار، لضمان شحن البطارية.
- وضع الجهاز في مكان آمن على الرف أعلى الحضانة (إن لم يكن مثبتاً على الحائط).
- تجنب التواء الكابلات عن طريق لفها على شكل دائرة.
- إبلاغ مسئول الصيانة في حالة وجود أعطال.
- ملء النماذج الخارجية الخاصة بالصيانة.

### الشفاط الكهربائي

#### التطهير

- تطهير الخراطيم بتمرير محلول رغوي (الماء الساخن والصابون) بداخلها، ثم محلول الكلور (٥٪) المخفف (١٠ سم<sup>٣</sup>/لتر ماء)، ثم شطفها جيداً للتخلص من رائحة الكلور.

## الفصل الثلاثون: الأجهزة (استعمالها، وتطهيرها، وصيانتها)

- تطهير وعاء الشفط (البرطمان) بين الحالات، أو عند امتلاء ثلاثة أرباع حجمه، وذلك بغسله جيدًا بالماء الساخن والصابون، ثم بمحلول الكلور (٥٪) المخفف (١٠ سم<sup>٣</sup>/لتر ماء)، ثم شطفه جيدًا للتخلص من رائحة الكلور.
- الاحتفاظ بوعاء الشفط جافًا دائمًا.
- تطهير الجهاز من الخارج يوميًا.

### الصيانة الوقائية

- وضع الجهاز في مكان آمن دائمًا.
- فحص مؤشر الضغط قبل التشغيل.
- إبلاغ مسئول الصيانة، في حالة وجود أعطال.
- ملء النماذج الخارجية الخاصة بالصيانة.

## جهاز العلاج الضوئي

### الصيانة الوقائية

- ملاحظة كفاءة عمل المصابيح باستمرار.
- حساب عدد ساعات عمل المصابيح عن طريق العداد (تغيير المصابيح بعد ١٠٠٠ - ١٥٠٠ ساعة، أو حسب تعليمات المصنع).

## جهاز قياس الصفراء عن طريق الجلد

### التطهير

- تطهيره بالكحول بعد كل استخدام.
- تطهير مجس القياس بالكحول قبل وبعد كل استخدام.

### الصيانة الوقائية

- حفظ الجهاز في مكان آمن دائمًا.
- فصله عن الشاحن عند الاستخدام.
- إبلاغ مسئول الصيانة، في حالة وجود أعطال.

## جهاز تنفس يدوي ذاتي الرجوع (أمبوج)

### التطهير

- تنظيفه قبل وبعد كل استخدام للوليد نفسه، بالكحول ٧٠٪ ثم بالماء المقطر.
- تطهيره كل أسبوع أو عند تلوثه، بالمادة المطهرة الموجودة بالوحدة مثل الكلور أو بالأوتوكلاف (إن وجد).

### الصيانة الوقائية

- فحص جسم الأمبوج بعناية لاكتشاف وجود أي تشققات.
- فحص كيس الخزان والقناع؛ لاكتشاف أي تسريب.
- اختبار مدى كفاءة عمل الأمبوج من خلال سد القناع بإحكام براحة اليد، ثم الضغط على جسم الأمبوج باليد الأخرى، ويلاحظ الآتي:
  - هل يمكن أن يؤدي الضغط إلى فتح صمام تحرير الغاز؟
  - هل سجل مؤشر قياس الضغط (إن وجد) ٣٠ - ٤٠ سم ماء؟
- إذا كانت الإجابة "لا"، يتم مراجعة الآتي:
  - وجود تشققات
  - عدم وجود مؤشر قياس الضغط
  - عدم وجود صمام التحرير أو إغلاقه
  - كفاءة إحكام غلق القناع باليد
- يتم استبدال الأمبوج، في حالة وجود أي عيوب به

## الغلاية الكهربائية

### التطهير

- غسل البرونات والأدوات بالفرشاة والماء والصابون بعد كل استخدام.
- تطهير أدوات تحضير الرضعات باستخدام الخل بتركيز ٥٪ في حالة وجود ترسبات على الجدران الداخلية.

### الصيانة الوقائية

- وضع أدوات تحضير الرضعات في مكان آمن وقريب من مصدر الكهرباء.

### الفصل الثلاثون: الأجهزة (استعمالها، وتطهيرها، وصيانتها)

- فحص كابلات الكهرباء الخاصة بتلك الأدوات دائماً لتجنب حدوث مشاكل.
- يجب ألا يصل الماء إلى الدائرة الكهربائية الخاصة بتلك الأدوات.
- إبلاغ مسئول الصيانة، في حالة وجود أعطال.

## الفصل الحادي والثلاثون

### تنظيم العمل اليومي بوحدة رعاية حديثي الولادة

#### قبل بدء أي مناوبة (نوبتجية)

- غسل الأيدي صحياً.
- اجتماع ممرضات المناوبة الحالية مع ممرضات المناوبة السابقة لتنسيق العمل فيما بينهم فيما يخص التعليمات والأعمال المطلوبة للمواليد، مدى توفر الأدوية والمستلزمات، وحدث أي أعطال بالأجهزة أثناء المناوبة السابقة.
- قيام مشرفة المناوبة بتوزيع الحالات على الممرضات حسب الخبرة وحالة الوليد.
- المرور على المواليد مع ممرضة المناوبة السابقة وأخذ تقرير عن كل حالة على حدة من الزميلة بالمناوبة السابقة بخصوص ما حدث للوليد والمطلوب عمله في المناوبة الحالية.
- التأكد أن تعليمات الطبيب بالنسبة للأدوية والمحاليل والتغذية قد تم تنفيذها وتسجيلها بتذكرة الوليد قبل مغادرة ممرضات المناوبة السابقة.
- قيام مشرفة المناوبة بتصميم جدول إسناد المهام للممرضات للقيام بالأعمال الآتية:
  - تجهيز أو التأكد من اكتمال محتويات شنطة الإفاقة
  - استقبال حالات الدخول
  - تحضير الرضعات
  - تحضير الأدوية والمحاليل الوريدية
  - تطهير الحضانات بعد حالات الخروج
  - صرف الأدوية والمستهلكات

#### بعد انتهاء المناوبة

- اجتماع ممرضات المناوبة الحالية مع ممرضات المناوبة السابقة لتنسيق العمل فيما بينهم فيما يخص الآتي: التعليمات والأعمال المطلوبة للمواليد أو خروج أو

وفاة أثناء المناوبة، ومدى توفر الأدوية والمستلزمات، وحدث أي أعطال بالأجهزة أثناء المناوبة السابقة.

- المرور على المواليد مع ممرضة المناوبة القادمة وإعطاء تقرير عن كل حالة على حده والمطلوب عمله للوليد في المناوبة القادمة.
- التأكد أن تعليمات الطبيب بالنسبة للأدوية والمحاليل والتغذية قد تم تنفيذها وتسجيلها بتذكرة الوليد قبل مغادرة ممرضات المناوبة الحالية.
- مراجعة ما تم أخذه من محاليل وريدية في النوبتجية السابقة ومقارنته بما هو مكتوب في تذكرة الوليد وحساب الفارق، إن وجد.
- غسل الأيدي روتينيًا وخلع الزي الخاص بالوحدة قبل مغادرة الوحدة.

## الفصل الثاني والثلاثون الإجراءات التمريضية

### نظافة الأيدي للعاملين بوحدة رعاية حديثي الولادة

#### أنواع غسل الأيدي

##### غسل الأيدي البسيط (الروتيني)

###### ■ الدواعي:

- قبل وبعد أي تلامس مع الوليد لا يخترق دفاعات الجسم (غير الحفاضات، والاستحمام، والكشف الإكلينيكي، والتغذية)
- بعد خلع القفازات
- قبل تحضير الرضعات

###### ■ الخطوات:

- خلع جميع المجوهرات والحلي.
- فتح صنبور الماء بالكوع أو باليدين.
- تعريض اليدين لتيار الماء.
- وضع كمية مناسبة من المنظف السائل، أو استخدام الصابون القطع، بحيث يصل إلى اليدين بصورة جيدة، على أن يتم ذلك جميع أجزاء اليدين جيداً.
- وضع الأصابع بشكل متداخل مع تحريكها ذهاباً وإياباً لفترة تتراوح من ٢٠ - ٣٠ ثانية، مع الأخذ في الاعتبار زيادة هذه المدة إذا ما كانت اليدين متسختان بصورة واضحة، والاهتمام بالمناطق الموجودة تحت الأظافر.
- شطف اليدين بماء الصنبور الجاري حتى يتم إزالة الصابون بالكامل.
- إغلاق الصنبور باستخدام الكوع أو فوطة التجفيف.



شكل (٣٢-١): خطوات غسل اليدين البسيط (تكرر كل خطوة خمس مرات)

### غسل الأيدي الصحي

#### ■ الدواعي:

- قبل دخول وحدة رعاية حديثي الولادة.
- قبل تركيب قسطرة الوريد الطرفية.
- قبل خلط المحاليل و تحضير الأدوية الوريدية.
- قبل إعطاء الأدوية والمحاليل عن طريق الوريد.

#### ■ الخطوات:

- خلع جميع المجوهرات والحلي، وتشمير الأكمام، وفتح صنبور الماء.
- بل اليدين والمرفقين حتى ما تحت الكوع بمسافة ٢,٥ سم بالماء الجاري.
- استخدام مطهر مناسب (مثل البيتادين ٧,٥ ٪).
- وضع المطهر في باطن إحدى اليدين، وذلك الأيدي والأصابع بعضها ببعض (كما سبق في الغسل الروتيني)، مع التأكد من الوصول إلى جميع أجزاء اليدين والمرفقين حتى مستوى ماتحت الكوع بمسافة ٢,٥ سم.
- اتباع تعليمات التصنيع بخصوص كمية المطهر والمدة اللازمة لإتمام مفعوله (بيتادين ٧,٥ ٪ دقيقتين على الأقل).
- شطف الأيدي بالماء الجاري، ثم تجفيفها جيداً.
- إغلاق الصنبور باستخدام الكوع أو فوطة التجفيف.

### ذلك اليدين بالكحول الجلصريني

- حينما يتعذر غسل اليدين بسبب عدم كفاية تجهيزات غسل اليدين، أو تعذر الوصول إليها، بشرط عدم اتساخ اليدين اتساخاً ظاهراً.
- الطريقة: وضع ٣ - ٥ سم<sup>٣</sup> من الكحول الإيثيلي ٧٠ - ٩٠ ٪ مضافاً إليه جلسرين بتركيز ٠,٥ ٪ في كف اليدين والدلك حتى جفافهما تماماً.

### غسل الأيدي الجراحي

#### ■ الدواعي:

- قبل القيام بأي تدخل عميق، مثل تركيب قسطرة سرة أو أنبوبة حنجرية.

- قبل القيام بأي تدخل جراحي (فتح على وريد).
- الخطوات:
- خلع جميع المجوهرات والحلي، وتشمير الأكمام حتى ما فوق الكوع لمسافة مناسبة، وفتح صنوبر الماء.
- تعريض اليدين والساعدين إلى ما فوق الكوع للماء الجاري.
- وضع كمية مناسبة من المطهر في باطن إحدى اليدين.
- البدء بأطراف الأصابع بإحدى اليدين، ثم غسل ما بين الأصابع والاستمرار من أطراف الأصابع إلى ما فوق الكوع، وتكرر العملية باليد والذراع الآخرين.
- مواصلة الغسل لمدة ٣ - ٥ دقائق، وذلك اليدين والمرفقين بحركة دائرية مع رفع اليدين إلى أعلى مستوى الكوع.
- شطف كل ذراع على حده بدءاً بأطراف الأصابع، مع رفع اليدين أعلى مستوى المرفق.
- استخدام منشفة معقمة للتجفيف (يستخدم أحد جانبيها لتجفيف إحدى اليدين والجانب الآخر لتجفيف اليد الأخرى).
- جعل اليدين فوق مستوى الخصر مع عدم لمس أي شيء قبل لبس الرداء المعقم والقفازات الخاصة بالجراحة.

## تحضير وإعطاء المحاليل الوريدية

### التجهيز

- كتابة وتجميع الملصقات الموضح بها اسم الوليد ونوع وكمية التركيبة المطلوبة.
- ارتداء قناع لتغطية الأنف والفم وغطاء للرأس.
- تهيئة مكان التحضير
- غسل الأيدي روتينياً، وارتداء قفاز نظيف
- تنظيف السطح المستخدم بالكلور المخفف (٢٠ سم<sup>٣</sup> كلور على لتر ماء) أو الكحول الإيثيلي بتركيز ٧٠٪ في اتجاه واحد من الداخل للخارج.
- خلع القفاز وغسل الأيدي روتينياً.

- تجهيز المواد اللازمة
  - فرش فوطة أو ملاءة معقمة علي جزء من السطح المخصص للتحضير.
  - وضع جميع الأدوات المطلوبة للتحضير على الجزء الآخر، وتشمل:
    - سرنجة وإبرة جديدة لكل زجاجة محلول أو دواء حسب الكمية المطلوب سحبها أثناء التحضير.
    - قطن معقم وكحول إيثيلي ٧٠٪ لتطهير فوهة الزجاجة.
    - المحاليل والأدوية المطابقة للوصفة الطبية المكتوبة بعد نزع الغلاف البلاستيكي عنها، مع فحص زجاجات المحاليل والأدوية من حيث تاريخ انتهاء الصلاحية، ووجود شقوق، أو تسريب، أو شوائب أو تعكر قبل وضعها على السطح المخصص للتحضير.
    - ٢ قفاز معقم.
    - وعاء معدني للتخلص من كميات المحاليل الزائدة.
    - صندوق أمان للتخلص من الإبر والأمبولات – سلة مهملات بكيس أسود وأخرى بكيس أحمر.

### تحضير المحلول الأساس

- **المرضة الرئيسية والمساعدة:** غسل الأيدي صحتياً وارتداء الجوانات والقفازات المعقمة.
- **المرضة المساعدة:** تعقيم فوهات زجاجات المحاليل والأمبولات بمسحة كحولية جديدة لكل زجاجة أو أمبولة دواء.
- **المرضة الرئيسية:** تتسلم سرنجة وإبرة جديدة من الممرضة المساعدة بعد نزع الغلاف لتكبيهما بدون لمس الأماكن الحرجة، ثم تقوم بنزع غطاء البلاستيك لسن الإبرة وإدخال سن السرنجة في فوهة زجاجة المحلول الأساس وسحب الكمية الزائدة، ثم فصل السرنجة عن السن مع ترك الإبرة في زجاجة المحلول الأساس والتخلص من محتويات السرنجة في الحوض أو الوعاء المخصص لذلك، ثم تركيب السرنجة مرة أخرى على الإبرة، مع الاستمرار في سحب الكمية الزائدة من المحلول الأساس وترك الكمية المطلوبة فقط في زجاجة

المحلول الأساس (حسب الوصفة الطبية)، وأخيرًا التخلص من السرنجة بعد آخر مرة سحب للمحلول.

### إضافة محاليل ثانوية للمحلول الأساس

- تتسلم الممرضة الرئيسة سرنجة وإبرة جديدة من الممرضة المساعدة بعد نزع الغلاف عنها.
- وضع السن في زجاجة المحلول الثانوي، وسحب الكمية المطلوبة، ثم إضافتها إلى زجاجة المحلول الأساس.
- فصل السرنجة عن الإبرة، مع ترك الإبرة في زجاجة المحلول الأساس.
- التخلص من السرنجة، إن لم يكن هناك حاجة لسحب كميات أخرى من المحلول الثانوي.
- إذا كانت هناك ضرورة لإضافة محلول آخر إلى زجاجة المحلول الأساس، تُكرر الخطوات كما سبق.

### إضافة أدوية لزجاجة المحلول الأساس

- الممرضة المساعدة: فتح أمبولة الدواء حسب الوصفة الطبية ونزع غلاف سرنجة جديدة.
- الممرضة الرئيسة: إدخال الإبرة وسحب كمية الدواء المطلوبة من الأمبول، ثم فصل السرنجة عن السن وتركيب السرنجة في الإبرة الموضوعة في فوهة زجاجة المحلول الأساس ثم حقن الدواء.
- إذا كانت هناك ضرورة لإضافة دواء آخر في زجاجة المحلول الأساس، تُكرر الخطوات كما سبق.

### الإنهاء من عملية التحضير

- وضع قطعة بلاستر على زجاجة المحلول يُوَضَّح عليها اسم الوليد، وتاريخ وساعة التحضير.
- وضع قطعة شاش معقمة فوقها قطعة بلاستر على زجاجات المحاليل التي سيتم السحب منها وإعطائها للوليد بواسطة مضخة السرنجة.

- تسليم المحاليل التي تم إعدادها على صينية نظيفة إلى الممرضة المسؤولة، أو تخزينها في الثلاجة (يجب التخلص من المحاليل المتبقية إذا لم تستخدم بعد مرور ٢٤ ساعة).
- التخلص من السرنجات والإبر والنفايات في المكان المخصص لكلٍّ منها.
- إعادة ترتيب وتطهير منطقة التحضير.
- خلع القفاز، وغسل اليدين روتينياً.

## قياس العلامات الحيوية

### التنفس

#### الخطوات

- تحضير الأدوات.
- الاقتراب من الوليد بهدوء لمراقبة معدل التنفس من خارج الحضانة بدون تحريكه أو لمسه.
- عد التنفس في دقيقة كاملة من خلال ملاحظة حركة البطن.
- تدوين عدد مرات التنفس (في دقيقة كاملة)، وانتظامه، وعمقه، ونوعه.
- إبلاغ الطبيب بأي مؤشرات غير طبيعية في التنفس.

### معدل ضربات القلب

#### الخطوات

- تحضير الأدوات.
- مسح سطح السماعة بمسحة كحولية.
- تدفئة السماعة بوضعها في راحة اليد قبل أن تلامس جلد الوليد.
- وضع السماعة على منبض القلب تحت حلمة الثدي اليسرى مباشرةً بين الضلعين الرابع والخامس.
- عد النبضات لمدة دقيقة كاملة مع ملاحظة قوة النبض وانتظامه أثناء القياس.
- تنظيف سطح السماعة بالكحول.

- إعادة الأدوات لمكانها.
- غسل الأيدي روتينيًا.
- تدوين القراءة وإبلاغ الطبيب بأي انحرافات عن المعدلات الطبيعية.

## درجة الحرارة

### الخطوات

#### قياس درجة الحرارة من الشرج

- تجهيز الأدوات.
- تنظيف الترمومتر بالماء البارد والصابون، ثم شطفه وتجفيفه جيدًا.
- تطهير الترمومتر بمسحة كحولية بدءً من مستودع الزئبق حتى نهاية الترمومتر.
- رج الترمومتر الشرجي جيدًا حتى يعود مستوى الزئبق إلى أقل من ٣٥°م.
- وضع طبقة خفيفة من الفازلين أو زيت البرافين على نهاية الترمومتر.
- وضع الوليد مستلقيًا على ظهره، وفك الحفاض.
- الإمساك بأرجل الوليد بإحدى اليدين عند منطقة الكاحلين مع رفع الأرجل لأعلى والركبتين في وضع الانثناء.
- دفع نهاية الترمومتر باليد الأخرى برفق داخل الشرج إلى مسافة ٣/٤ إلى ١/٤ سم، بحيث يكون اتجاه دخول الترمومتر إلى الخلف ولأسفل بزاوية ٣٠°، مع الضغط الخفيف على الإليتين بباطن اليد والأصابع لمنع الوليد من إخراج أي مواد برازية أو نبذ الترمومتر للخارج أثناء القياس.
- الإبقاء على الترمومتر ثابت في مكانه مدة دقيقة واحدة، ثم سحبه من الشرج وتنظيفه بقطعة قطن في اتجاه مستودع الزئبق.
- قراءة درجة الحرارة المسجلة على الترمومتر (درجة الحرارة الطبيعية تتراوح ما بين ٣٦,٥ – ٣٧,٥°م).
- إعادة ربط الحفاض وترك الوليد.
- غسل الترمومتر بالماء البارد والصابون وشطفه وتجفيفه جيدًا ، ثم تطهيره بكحول ٧٠٪ ووضعه في الجراب الخاص به.
- تنظيف الأدوات وإعادتها إلى مكانها.

- غسل الأيدي روتينيًا.
- تدوين درجة الحرارة بتذكرة الوليد.

### قياس درجة الحرارة من تحت الإبط

- تنظيف الترمومتر بالماء البارد والصابون ثم شطفه جيدًا.
- تطهير الترمومتر بمسحة كحولية بدءً من مستودع الزئبق حتى نهاية الترمومتر.
- وضع الوليد مستلقيًا على ظهره.
- وضع طرف الترمومتر عمودياً في منتصف الإبط.
- تثبتت ذراع الوليد إلى جانبه، بحيث يلتصق الكتف بجسم الوليد جيدًا للإبقاء على الترمومتر في مكانه.
- المحافظة على وضع الوليد لمدة ٥ دقائق على الأقل، وينبغي عدم ترك الترمومتر تحت إبط الوليد بدون ملاحظة.
- سحب الترمومتر من تحت الإبط وقرأة درجة الحرارة.
- تطهير الترمومتر بمسحة كحول إيثيلي ٧٠٪، بدءً من نهاية الترمومتر في اتجاه مستودع الزئبق ويوضع في الجراب الخاص به.
- إعادة الوليد إلى وضعه السابق قبل القياس.
- غسل الأيدي روتينيًا.
- تدوين درجة الحرارة بتذكرة الوليد.
- إعادة الأدوات إلى مكانها.

### ضغط الدم

#### الخطوات

- اختيار مقياس الإسورة المناسبة لذراع الوليد، بحيث لا تغطي أكثر من ثلثي المسافة من الكتف وحتى الكوع.
- تطهير الإسورة بمسحة كحولية ٧٠٪.
- لف الإسورة حول الجزء العلوي من الذراع فوق منطقة الكوع مباشرةً.
- الضغط على زر ملء الإسورة بالهواء تلقائيًا.
- النظر إلى شاشة الجهاز والانتظار حتى ظهور القراءة.

- تدوين الضغط الانقباضي والضغط الانبساطي ومتوسط القراءة، وإبلاغ الطبيب بأي انحرافات عن المعدلات الطبيعية.
- تطهير الإسورة بمسحة كحولية ٧٠٪.
- غسل الأيدي روتينيًا.

## قياسات النمو

### وزن الوليد

#### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- مسح الميزان باستخدام قطعة من القطن والكحول.
- وضع فوطة قطنية على الميزان.
- ضبط الميزان على رقم صفر (تصفير الميزان).
- نزع الحفاض وكل ما يرتديه الوليد، ثم لفة في ملاءة نظيفة وحمله في اتجاه الميزان (إذا كان الميزان على سطح ثابت)، أو سحب الميزان بجوار الحضانة أو سرير الوليد (إذا كان على سطح متحرك).
- وضع الوليد على الميزان برفق.
- وضع اليد عن بُعد على الوليد ولكن بدون لمسه.
- أخذ القراءة الصحيحة لوزن الوليد.
- إعادة الوليد إلى سريره وإلباسه الحفاض أو الملابس التي كان يرتديها قبل وزنه.
- تنظيف الميزان بعد الانتهاء من عملية الوزن وإعادته إلى مكانه.
- غسل الأيدي روتينيًا.
- التدوين في تذكرة الوليد، وإبلاغ الطبيب عند حدوث أي تغيرات كبيرة بوزن الوليد.

### قياس محيط الرأس

#### الخطوات

- تجهيز الأدوات.

- تطهير شريط القياس المتري باستخدام مسحة كحولية.
- قياس دوران الرأس بدءاً من أكبر بروز خلفي، مروراً بأعلى صيوان الأذن، حتى الوصول إلى منتصف عظمة الجبهة أعلى الحاجبين بواحد سنتيمتر.
- تطهير المازورة بعد الانتهاء من عملية القياس وتعاد إلى مكانها.
- غسل الأيدي روتينياً.
- التدوين في تذكرة الوليد، وإبلاغ الطبيب عند حدوث أي تغييرات كبيرة.

## قياس الطول

### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- وضع فوطة قطنية على لوح القياس المدرج.
- وضع الوليد مستلقياً على ظهره بحيث يكون الجسم مفروداً تماماً.
- وضع الرأس مستقيمة ومتعامدة مع القطعة الخشبية الثابتة وفي منتصفها تماماً.
- يجب أن يكون الرأس والظهر والفخذين وكعب القدمين ملامسين لسطح المقياس بدون انحناء والقدمان مستندتين بشكل عمودي على القطعة المتحركة.
- أخذ القياس بين القطعتين بشكل دقيق.
- في حالة عدم توفر لوح القياس المدرج، يتم قياس الطول بواسطة المازورة، على أن تنفذ الخطوات السابقة، مع مراعاة وضع الوليد على سطح صلب، بعد تطهير المازورة باستخدام مسحة كحولية.
- تطهير المازورة بعد الانتهاء من عملية القياس وإعادتها إلى مكانها.
- غسل الأيدي روتينياً، والتدوين في تذكرة الوليد.

## العناية بالجدع السري

### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- وضع قطع من الشاش المعقم في جفنة بها كمية مناسبة من الكحول الإيثيلي ٧٠٪.
- وضع الوليد نائماً على ظهره ثم يُفتح الحفاض.
- ارتداء القفاز.
- ملاحظة الجذع السري من حيث وجود إفرازات، دم، احمرار، أو رائحة كريهة، ويبلغ الطبيب بذلك فوراً.
- وضع قطعة الغيار المعقمة فوق منطقة العانة.
- مسك الجذع السري لأعلى في وضع رأسي (بدون جذب).
- مسح جوانب الجذع السري من أعلى لأسفل في اتجاه واحد.
- مسح قاعدة الجذع بقطعة شاش مبللة بالكحول بحركة دائرية في اتجاه واحد.
- مسك الجذع السري لأعلى في وضع رأسي مرة أخرى، وتنقيط قطرات من الكحول فوقه من أعلى لأسفل.
- ترك الجذع السري مكشوقاً للهواء حتى يتطاير الكحول ويجف.
- تغيير الحفاض بآخر نظيف إذا لزم الأمر.
- ثني حرف الحفاض تحت منطقة السرة، وإخراج الجذع السري من داخل الحفاض.
- تنظيف الجفنة المستعملة وإعادتها إلى مكانها.
- غسل الأيدي روتينياً.

## العناية بمنطقة الحفاض

### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- فك الشريط اللاصق للحفاض.
- ارتداء القفاز.

- الإمساك بالوليد من قدميه ورفع منطقة الحوض، ثم إزالة الحفاض وملاحظة البول والبراز من حيث اللون، والرائحة والكمية.
- ملاحظة منطقة الحفاض لوجود التهابات (احمرار) أو إفرازات.
- تُستخدم قطعة القطن المبللة بالماء الدافئ وتُمسح الأعضاء التناسلية للوليد في المسار الصحيح (من الأمام للخلف في اتجاه فتحة الشرج) مع إعطاء عناية خاصة للشفرتين في حالة الأنثى، أما إذا كان الوليد ذكرًا وغير مختونًا، يسحب القضيب وتنظف المنطقة تحت الزائدة الجلدية (القفلة) جيدًا ولكن برفق، على أن تُكرر هذه العملية يوميًا.
- تُستخدم قطعة أخرى من القطن مبللة بالماء الدافئ وتُمسح ثنايا الجلد الموجودة بمنطقة الحفاض من بقايا الإفرازات.
- يُجفف الجلد جيدًا بقطعة من القطن الجاف، ثم توضع الدهانات الخاصة.
- طي الحفاض القديم على أن يكون الوجه المتسخ للداخل، وإعادة وضع الشريط اللاصق عليه قبل إلقائه في سلة المهملات.
- وضع الحفاض الجديد مع إحكام غلقه بالشريط اللاصق دون الضغط على بطن الوليد أو فخذه.
- تغيير أغطية الفراش إذا لزم الأمر.
- التخلص من القفاز وغسل اليدين روتينيًا.
- لف الوليد ووضعه في سريره.

### إذا كان الجذع السري ما يزال موجودًا

- تُثنى حرف الحفاض تحت منطقة السرة، وإخراج الجذع السري من داخل الحفاض.

## حمام الوليد

### نقاط هامة

- إعطاء الحمام بعد مضي من ٤ - ٦ ساعات من الولادة بعد التأكد من استقرار درجة حرارة الوليد.

- يجب ألا يستحم الوليد الذي يزن أقل من ١٢٠٠ جرام، ولكن يتم مسح الوجه ومنطقة الحفاض باستخدام منشفة ناعمة مبللة بالماء الدفء داخل الحضانة أثناء وقت تقديم العناية الروتينية اليومية.
- عمل حمام كامل للوليد المستقر ٣ مرات أسبوعياً
- إنهاء خطوات عمل الحمام في مدة تتراوح بين ٥ - ١٠ دقائق على الأكثر.
- قبل البدء في عمل الحمام، يجب مراعاة ما يلي:
  - التأكد من استقرار العلامات الحيوية للوليد.
  - غلق النوافذ والأبواب بإحكام وعدم فتحها أثناء عمل الحمام.
  - تجهيز الأدوات قبل حمل الوليد خارج الحضانة للبدء في عمل الحمام.
  - إضاءة جهاز التدفئة على وضع التشغيل ووضع فوطة نظيفة عليه.

---

ملحوظة: يُفضل وزن الوليد قبل عمل الحمام مباشرة، للحد من تكرار خروجه من الحضانة وتعريضه للبرودة.

---

### الخطوات

- تجهيز الأدوات مباشرة قبل البدء في عمل الحمام
- ملء البانيو أو طبق الاستحمام بالماء الدافئ إلى نصفه، والتأكد من درجة حرارة الماء بواسطة الترمومتر.
- ارتداء قفاز نظيف، ثم التوجه للوليد لتقديم العناية الخاصة بمنطقة الحفاض.
- لف رأس الوليد وجسمه بفوطة كبيرة وحمله إلى خارج الحضانة، إذا كانت حالته تسمح بذلك.
- اختبار درجة حرارة الماء بواسطة رسغ اليد.
- حمل الوليد ووجهه لأعلى مع سند منطقتي الرأس والجذع باليد جيداً.
- مسح العينين (كلّ على حده) بقطعة قطن صغيرة مبللة بماء دافئ من الداخل إلى الخارج، ثم التجفيف بنفس الطريقة.
- مسح فتحتي الأنف (كلّ على حده) بقطعة قطن صغيرة مبللة بالماء الدافئ.
- إزاحة الفوطة قليلاً عن الرأس حتى ظهور الأذن لمسحها من الخارج بقطعة قطن مبللة بالماء الدافئ، مع مراعاة عدم وصول الماء إلى داخل الأذن.

## الفصل الثاني والثلاثون: الإجراءات التمريضية

- بلّ اليد بالماء الدافئ ومسح الوجه (الجبهة، والخدود، والذقن)، ثم تجفيفه بالفوطة الصغيرة.
- إزاحة الفوطة عن الرأس والجسم بالكامل، ثم إنزال الوليد تدريجياً في طبق الاستحمام، وبلّ منطقة الرأس بالماء، ثم وضع كمية مناسبة من الشامبو، وتدليك فروة الرأس برفق مع غسل منطقة خلف الأذنين وثنائيا الرقبة.
- شطف الشعر ومنطقة حول الأذنين وثنائيا الرقبة بالماء، ثم التجفيف جيداً بالفوطة.
- وضع كمية مناسبة من الشامبو على جلد الوليد لاستكمال تنظيف بقية أجزاء الجسم، مع إعطاء عناية خاصة لمنطقة أسفل الإبطين، ثم الشطف جيداً بالماء.
- وضع كمية مناسبة من الشامبو في اليد لتنظيف الجزء السفلي لجسم الوليد، مع إعطاء عناية خاصة للثنايا الموجودة بين الفخذين، يلي ذلك الشطف بالماء جيداً.
- قلب الوليد على بطنه لتنظيف منطقة الظهر والمقعدة، ثم شطفهما جيداً وإعادة وضع الوليد مرة أخرى لما كان عليه (على ظهره ووجهه لأعلى).
- السماح للوليد بالبقاء بعد الحمام، مسنوداً ووجهه لأعلى داخل طبق الاستحمام لفترة وجيزة (ثوان) للاستمتاع والاسترخاء.
- حمل الوليد خارج طبق الاستحمام ولفه في فوطة كبيرة، ثم وضعه تحت جهاز التدفئة لاستكمال تجفيف أجزاء الجسم.
- استكمال العناية التمريضية (وضع زيت أو كريم بمنطقة الحفاض، الغيار على الجذع السري، ووضع قطرة بالعين).

## تركيب ونزع الكانيولا الوريدية

### تركيب الكانيولا الوريدية

#### الخطوات

- تجهيز الأدوات اللازمة.
- فحص الأوردة لتحديد أماكن تركيب الكانيولا حسب الأولوية.
- غسل الأيدي صحياً.
- تجهيز قطع البلاستر اللازمة لتثبيت الكانيولا.

- تطهير المنطقة بالكحول في اتجاه واحد من أعلى إلى أسفل، أو بحركة دائرية تبدأ من الوسط إلى الخارج.
- ملء السرنجة بمحلول ملح أو ماء معقم.
- فتح الكانيولا وتركيب غطاء الكانيولا في الفتحة العليا (الشباك).
- حقن محلول الملح في الكانيولا للتأكد من كفاءتها، ثم تركها في الغطاء البلاستيك.
- ارتداء قفاز معقم.
- ربط الذراع أو الساق أعلى مكان الوريد بالتورنيكيه ربطاً خفيفاً لإظهار الوريد، أو لف أعلى مكان تجميع الدم بالسبابة بواسطة ممرضة مساعدة.
- إدخال الإبرة برفق، وعدم دفع الإبرة أكثر في الوريد حتى يظهر الدم.
- فك التورنيكيه.
- إخراج المجس مع الضغط على الجلد فوق منبع الوريد حتى لا ينساب الدم.
- وضع المجس في الغطاء البلاستيك، فقد نحتاجه مرة أخرى إذا لم يتدفق الدم.
- حقن ١ سم<sup>٣</sup> من محلول الملح، للتأكد من أن مجري الدم سالكاً.
- تغطية مدخل الكانيولا بالغطاء الأبيض.
- وضع قطعة من الشاش المعقم تحت محور الإبرة، وأخرى فوق نقطة الإدخال.
- خلع القفاز حتى يُمكن تثبيت الكانيولا بالبلاستر.
- تسجيل تاريخ وساعة تركيب الكانيولا على البلاستر.
- التخلص من الأدوات ووضع المجس في صندوق الأمان.
- التخلص من القفاز، وغسل الأيدي روتينياً.

## نزع الكانيولا الوريدية

### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- غسل الأيدي صحياً، وارتداء القفاز المعقم.
- ترطيب البلاستر بالكحول لسهولة التخلص منه وتفادي شعور الوليد بالألم.
- تطهير مكان الكانيولا بالبيتادين، ووضع شاش معقم للضغط مكان الكانيولا.
- التخلص من الكانيولا السابقة في صندوق الأمان.

- التخلص من القفاز المعقم، وغسل الأيدي روتينيًا.

## سحب عينات الدم

### سحب عينات الدم الوريدية

#### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- تطبيق إحدى طرق تخفيف حدة الألم الناتج عن سحب عينة الدم من الوليد.
- تطهير الجلد في المنطقة المختارة بالكحول ويترك ليجف.
- فتح غلاف إبرة الفراشة.
- ارتداء القفاز المعقم.
- ربط العضد أعلى مكان السحب بالتورنيكيه، أو تكليف الممرضة المساعدة بلف أعلى مكان تجميع الدم بالسبابة.
- مسك الجزء المحيط بمكان السحب باليد اليسرى.
- إدخال إبرة الفراشة في الوريد، على أن تكون نهاية السن المشطوفة إلى الأعلى، فيندفع الدم في اللي.
- فك التورنيكيه بمجرد ظهور الدم.
- تركيب السرنجة في نهاية اللي، لسحب كمية الدم المطلوبة بواسطة السرنجة.
- تجنب استخدام العصر المتقطع مع سحب العينة، حتى لا يؤثر على دقة النتائج.
- تفريغ العينة في أنبوبة الاختبار، مع مراعاة إسالة العينة برفق على جدار الأنبوبة، لضمان دقة النتائج.
- رفع الإبرة والضغط على مكان الوخز لمدة كافية بواسطة قطعة من الشاش الجاف المعقم، حتى يقف النزف.
- وضع قطعة بلاستر على الأنبوبة مدون عليها اسم الوليد، ونوع التحليل، والتاريخ.
- إرسال العينة للمعمل في أسرع وقت ممكن.
- التخلص من الأدوات المستخدمة بطريقة آمنة.
- خلع القفاز، وغسل الأيدي روتينيًا.

- تدوين سحب العينة بتذكرة الوليد.

## طريقة الإبرة المكسورة لتجميع عينة الدم الوريدية

### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- تطبيق إحدى طرق تخفيف حدة الألم الذي سينتج عن القيام بسحب عينة الدم.
- تطهير الجلد مكان الوخز بالكحول، ويترك ليجف.
- كسر القطعة البلاستيكية لسن الإبرة داخل الغطاء البلاستيك، دون لمس الجزء المعدني.
- ارتداء القفاز المعقم.
- ربط الطرف أعلى مكان السحب بالتورنيكيه، أو تكليف الممرضة المساعدة بلف أعلى مكان تجميع الدم بالسبابة.
- إدخال السن في الوريد بزاوية ٤٥°، على أن تكون نهاية السن المشطوبة إلى أعلى، فيندفع الدم من خلال السن.
- ترك سن الإبرة في مكانه، ووضع أنبوبة الاختبار تحت السن، ثم تجميع العينة بالإسالة على جدار الأنبوبة، ومراعاة عدم استخدام العصر المتقطع قدر الإمكان.
- فك الرباط الضاغط برفق قبل رفع الإبرة لمنع تكون كدمة في مكان الوخز.
- رفع الإبرة والضغط على مكان الوخز لمدة ٣ دقائق بواسطة قطعة من الشاش الجاف المعقم، حتى يقف النزف.
- وضع قطعة بلاستر على الأنبوبة مدون عليها اسم الوليد، ونوع التحليل، والتاريخ.
- التخلص من الأدوات المستخدمة بطريقة آمنة.
- خلع القفاز وغسل الأيدي روتينياً.

## سحب عينة الشعيرات الدموية

### الخطوات

- تجهيز الأدوات.

## الفصل الثاني والثلاثون: الإجراءات التمريضية

- لف الكعب لمدة ٥ دقائق في قطعة شاش أو قطن مغموسة في ماء درجة حرارته ٤٠°م.
- تطبيق إحدى طرق تخفيف حدة الألم الناتج عن القيام بسحب عينة الدم.
- اختيار مكان الوخز (شكل ٣٢-٢).
- مسح مكان الوخز بقطعة قطن مغموسة في كحول إيثيلي ٧٠ ٪ مرة واحدة، في اتجاه واحد، وتركه ليجف.
- ارتداء القفاز المعقم.
- مسك الكعب جيداً.
- وخز الكعب وخزة واحدة سريعة ومستمرة بالشكاكة.
- مسح النقطة الأولى من الدم بقطعة من القطن المعقم.
- تجميع الدم المطلوب بالعصر المتقطع.
- الضغط على مكان الوخز لمدة كافية بواسطة قطعة من الشاش الجاف المعقم، حتى يقف النزف.
- التخلص من الشكاكة في صندوق الأمان، ومن القفاز والقطن بالسلة ذات الكيس الأحمر.
- غسل الأيدي روتينياً.



شكل (٣٢-٢): مناطق

وخز كعب القدم

### في حالة قياس مستوى الجلوكوز في الدم

- يتم التخلص من أول نقطة دم بمسحها بقطعة شاش جافة، ووضع نقطة الدم التالية على شريط تحليل السكر بدون لمسها.
- ترك الشريط حسب الوقت المحدد من الشركة المصنعة للجهاز.
- تدوين النتيجة في خريطة متابعة السكر بملف الوليد

## سحب عينة دم من الشريان

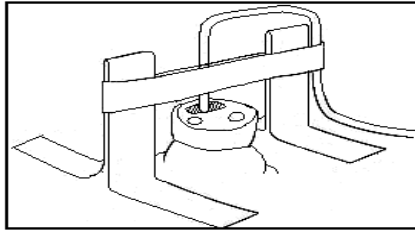
### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- سحب الهيبارين وتمريه داخل السرنجة، ثم يتم التخلص من الهيبارين الزائد.
- وضع يد الوليد في راحة اليد اليسرى للممرضة، مع فرد معصم الوليد.
- تحسس نبض الشريان بالسبابة وتحديد مكان الشريان.
- تطهير مكان الوخز بالبيتادين، ثم بالكحول ٣ مرات، وتركه ليجف.
- ارتداء القفاز المعقم.
- التأكد من إخراج الهواء من السرنجة.
- شد الجلد ليكون مفروداً.
- وخز المكان المحدد بزاوية ٣٠°، على أن تكون نهاية السن المشطوفة لأعلى.
- الدخول في الجلد فقط أولاً، ثم في الشريان، واستخدام الشفط البسيط أثناء دخول الإبرة، إلا في حالة ارتجاع الدم في الإبرة أو وجود مقاومة تدل على احتكاك الإبرة بالعظم.
- في حالة عدم ظهور دم، يتم سحب السن للخلف تدريجياً حتى يظهر الدم.
- شفط كمية الدم المطلوبة للتحليل، ثم سحب الإبرة من الشريان برفق.
- الضغط على مكان الوخز بالشاش المعقم لمدة ٥ دقائق، أو حتى يتوقف النزف.
- التخلص من الهواء داخل السرنجة وتغطيتها.
- التأكد من كفاءة الدورة الدموية بالطرف بعد سحب العينة، من خلال ملاحظة لون الطرف أسفل مكان الوخز (وردي)، وملامسة الطرف (دافئ)، وملاحظة مكان الوخز جيداً.
- وضع قطعة بلاستر على أنبوبة الاختبار أو السرنجة مكتوب عليها اسم الوليد، نوع التحليل المطلوب، التاريخ، وتوقيت سحب العينة.
- التخلص من الأدوات المستخدمة بطريقة آمنة.
- التخلص من القفاز، وغسل الأيدي روتينياً.

## تركيب قسطرة الأوعية بالحبل السري

### دور الممرضة

- تجهيز الأدوات.
- وضع الوليد في أفقياً على ظهره تحت جهاز التدفئة، وضبط درجة الحرارة بين ٣٦ – ٣٧°م، وفرش فوطة معقمة تحته، ثم تثبيت أطرافه الأربعة.
- تحديد مسافة دخول القسطرة بمعرفة الطبيب.
- غسل الأيدي جراحياً، وارتداء قفاز معقم.
- تطهير موضع الإدخال بالبيتادين وتركه لمدة ٣ دقائق.
- فتح صينية المعدات والحفاظ عليها معقمة.
- سحب ٥ مليلتر من محلول الملح والهيبارين، وملء القسطرة والوصلة الثلاثية.
- وضع الفوط المعقمة حول السرة وتثبيتها.
- رفع الحبل السري عمودياً، وتنظيفه بكحول وبيتادين.
- خلع القفاز وغسل اليدين مرة أخرى.
- ارتداء قفاز معقم مرة أخرى.
- مساعدة الطبيب أثناء عملية إدخال القسطرة.
- تثبيت القسطرة بالبلاستر على هيئة الكوبري (شكل ٣٢-٣).
- عمل أشعة لمعرفة وضع القسطرة بالضبط.
- توصيل الخط الوريدي بالقسطرة، أو حسب الهدف من تركيب القسطرة.



شكل (٣٢-٣): تثبيت قسطرة السرة الوريدية

## تغيير الدم

### دور الممرضة

#### أولاً: قبل تغيير الدم

- تجهيز الأدوات
- التأكد من هوية الوليد.
- حساب كمية الدم المطلوبة لعمل التغيير حسب وزن الوليد، وتعليمات الطبيب.
- سحب وإرسال عينة دم لعمل فصيلة الدم والتوافق واختبار كومبز المباشر ونسبة البيليروبين والهيموجلوبين
- التأكد من اكتمال وكفاءة عمل محتويات شنطة الإفاقة.
- تطهير جهاز التدفئة، وضعه على نظام التشغيل، ووضع عليه ملاءة معقمة.
- وضع الوليد تحت جهاز التدفئة، وتوصيله على المونيتور.
- عدم إعطاء الوليد رضاعة بالفم لمدة ٣ - ٤ ساعات قبل عمل تغيير الدم، وإعطائه محاليل بالوريد أثناء هذه الفترة.
- تدفئة الدم (إلى ٣٧°م) بتركه لمدة كافية في درجة حرارة الغرفة.
- تثبيت أطراف الأربعة للوليد طوال مدة تغيير الدم.

#### ثانياً: أثناء تغيير الدم

- ملاحظة وتسجيل العلامات الحيوية كل ١٥ دقيقة، وإبلاغ الطبيب فوراً بأي تغيير.
- تطهير السرة والجلد المحيط بها بالبيتادين، ثم وضع فوطة معقمة حول السرة.
- ملء القسطرة والوصلة الثلاثية بمحلول الملح والهيبارين.
- مساعدة الطبيب أثناء إدخال قسطرة السرة، وتثبيتها بطريقة الكوبري بعد السحب منها للتأكد من وجودها في المكان الصحيح.
- توصيل الوصلة الرباعية أو الوصلتين الثلاثيتين بقسطرة السرة، ثم غلقها في اتجاه الوليد لمنع تسرب الهواء للداخل.
- توصيل كيس الدم بجهاز نقل الدم، ثم بقسطرة السرة (بعد التخلص من الهواء) من خلال أحد مداخل الوصلة الثلاثية.

- توصيل سرنجة ١٠ أو ٢٠ سم<sup>٣</sup> بالمدخل الثاني للوصلة الثلاثية.
- توصيل محتوى الدم الفارغ بالمدخل الأخير للوصلة الثلاثية.
- إجراء تغيير الدم عن طريق التحكم في ذراع الفتح المتصل بالوصلة الثلاثية:
  ١. الفتح على الوليد والسرنجة وسحب كمية الدم المطلوبة من الوليد.
  ٢. الفتح على السرنجة ومحتوى الدم الفارغ للتخلص من كمية الدم التي تم سحبها من الوليد.
  ٣. الفتح على السرنجة وكيس الدم لسحب كمية مماثلة من الدم النظيف.
  ٤. الفتح على الوليد والسرنجة ودفع كمية الدم للوليد ببطء.
- تكرار الخطوات السابقة حتى انتهاء كمية الدم المطلوبة.
- خلط الدم كل فترة، لمنع ترسيب كريات الدم الحمراء.
- تسجيل كل خطوة سحب دم من الوليد أو دفع دم إليه، مع تسجيل وقت كل خطوة، وتسجيل العلامات الحيوية للوليد، وتركيز الأكسجين في خريطة تغيير الدم.
- إبلاغ الطبيب عند تغيير كل ١٠٠ مليلتر دم.
- وقف الدم فوراً عند ظهور أي أعراض تدل على تفاعل الدم.
- تسجيل الإجراء وجميع الملاحظات في دفتر الأحوال.

### ثالثاً: بعد تغيير الدم

- أخذ عينة دم بعد التغيير مباشرة وإرسالها إلى المعمل لعمل تحليل نسبة البيليروبين، وصورة دم كاملة، ومستوى الكالسيوم في الدم.
- استكمال العلاج الضوئي.
- قياس مستوى الجلوكوز حتى استقراره.
- قياس نسبة البيليروبين في الدم كل ٦ ساعات.
- قياس محيط البطن كل ٦ ساعات لمدة ٢٤ ساعة.
- ملاحظة حدوث أي نزيف أو وجود دم في البراز.
- تسجيل جميع الملاحظات في ملف الوليد.

## نقل الدم ومشتقاته

### استخدامات الدم ومشتقاته

جدول (٣٢-١): الاستخدامات المختلفة للدم ومشتقاته

| مشتقات الدم                | مكوناتها                                                     | أسباب نقل الدم أو أحد مشتقاته                                                                       |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| دم كامل                    | جميع مكونات الدم                                             | ■ حالات النزيف الحاد والصدمة مثل فقد الدم قبل الولادة أو النزيف الرئوي                              |
| كريات الدم الحمراء         | جميع مكونات الدم بعد فصل البلازما (نسبة الهيماتوكريت ٦٠-٨٠٪) | ■ فقر الدم (الأنيميا)                                                                               |
| صفائح دموية                | صفائح دموية                                                  | ■ النزف بسبب نقص الصفائح الدموية                                                                    |
| بلازما متجمدة طازجة        | بلازما تم فصلها من الدم وتجميدها                             | ■ النزف بسبب نقص عوامل التجلط<br>■ التجلط المنتشر داخل الأوعية الدموية<br>■ نقص حجم السوائل في الدم |
| عوامل تجلط مترسبة بالتجميد | بعض عوامل التجلط                                             | ■ النزف نتيجة نقص عوامل التجلط                                                                      |
| ألبومين                    | أحد البروتينات الموجودة في البلازما                          | ■ نقص الألبومين في الدم                                                                             |

### الأدوات اللازمة

كيس الدم أو مشتقاته – تذكرة الوليد – جهاز نقل الدم – قفاز معقم – محلول ملح – بلاستر – كانيولا مقاس ٢٢

### التجهيز لنقل الدم

- سحب ٢ مليلتر من دم الوليد لعمل فصيلة الدم، ومعامل ريزوس، واختبار توافق الفصائل.
- وضع العينة في أنبوبة اختبار عليها قطعة بلاستر تحمل اسم الوليد، ورقم الملف الطبي للوليد، وإرسالها إلى بنك الدم مع طلب نقل الدم وتذكرة الوليد.

## خطوات نقل الدم

- يجب أن يتم نقل الدم تحت إشراف طبيب وحدة رعاية حديثي الولادة.
- يجب التأكد من اسم الوليد، فصيلة الدم، ومعامل ريزوس على كيس الدم، ثم التأكد أيضاً من كتابة عمل اختبار توافق الفصائل، وكتابة نفس الرقم المحفور على اللي المتصل بكيس الدم بتذكرة الوليد.
- يجب التأكد من كمية الدم المطلوبة.
- يجب تدفئة الدم قبل نقله للوليد، بتركه لمدة كافية في درجة حرارة الغرفة، ويُمنع منعاً باتاً تدفئة الكيس بوضعه تحت الماء الساخن أو أي مصدر حراري، حتى لا يتم تكسير كريات الدم الحمراء.
- يجب أن يمر الدم على مرشح (فلتر) خاص بالدم عند إعطائه للوليد، ويجب إعطاؤه عن طريق قسطرة وريدية (كانيولا) في الوريد مباشرة، ولا يجب استخدام أي مضخة ميكانيكية لنقل كرات الدم الحمراء، حتى لا يتم تكسيرها.
- يجب توصيل الوليد بالمونيتور لمتابعة العلامات الحيوية طوال وقت نقل الدم.

## الاحتياطات الواجب اتخاذها عند نقل الدم

- استخدام كانيولا مقاس ٢٢ (حتى لا يحدث تكسير لكرات الدم).
- يحظر استخدام مجرى شرياني، أو قسطرة السرة الشريانية لنقل الدم.
- عدم استخدام نفس المجرى الوريدي المستخدم للتغذية عن طريق الوريد في نقل الدم في نفس الوقت.
- عدم إضافة أي أدوية أو سوائل إلى كيس الدم أو أحد مشتقاته.
- حقن محلول ملح في الوريد بعد انتهاء نقل الدم، حتى لا يحدث تجلط بقسطرة الوريد (الكانيولا).
- ملاحظة الوليد من حيث ظهور أي عرض من أعراض تفاعل الجسم
  - ارتفاع درجة حرارة الجسم إلى أكثر من  $38^{\circ}\text{م}$  – زيادة معدل ضربات القلب – صعوبة التنفس – انخفاض ضغط الدم – احمرار الوجه – التهيج – القيء – ظهور دم في البول (+١ أو أكثر) عند عمل تحليل بالشرائط الخاصة – طفح جلدي

- إذا حدثت تفاعلات بالجسم نتيجة نقل الدم، يتم عمل الآتي:
  - وقف نقل الدم فوراً.
  - حقن محلول ملح في القسطة الوريدية.
  - فحص الوظائف الحيوية الأساسية للوليد كل ١٥ دقيقة، حتى يعلن الطبيب استقرار الحالة العامة للوليد.
  - إبلاغ طبيب بنك الدم.
  - إرسال ملف الوليد، كيس الدم، وجهاز نقل الدم إلى بنك الدم.
  - إرسال أول عينة بول يتم الحصول عليها من الوليد للتحليل بأقصى سرعة.
  - مراعاة إعطاء مضادات الحساسية قبل نقل الدم لهذا الوليد مرة أخرى.

### عند الانتهاء من نقل الدم

- إعطاء الوليد ١٠ مليلتر محلول ملح.
- تدوين جميع المعلومات الخاصة بنقل الدم على تذكرة المتابعة الخاصة بالوليد.
- ملاحظة الوظائف الحيوية كل ساعة بعد نقل الدم.

### الوقت المستغرق لنقل الدم

يتم حساب الوقت من لحظة خروج الدم من ثلاجة بنك الدم

جدول (٣٢-٢): الوقت المناسب لنقل الدم أو مشتقاته

| نوع الدم المستخدم         | أقل وقت ممكن          | أقصى وقت مسموح به |
|---------------------------|-----------------------|-------------------|
| كريات دم حمراء أو دم كامل | ساعتين                | ٤ ساعات           |
| البلازما المتجمدة         | ٣٠ دقيقة              | ٤ ساعات           |
| صفائح دموية               | ٥ - ١٥ دقيقة لكل وحدة | ٤ ساعات           |
| العوامل المترسبة بالتجميد | ٢ دقيقة لكل كيس       | ٤ ساعات           |

ملحوظة: يجب ترك الدم في الحجرة للتدفئة في حالة نقل كمية كبيرة من الدم. أما في حالة نقل كميات صغيرة من الدم، فيمكن تغليفها بقطعة جافة واستخدامها مباشرة بدون انتظار.

## العلاج الطبيعي للصدر

### الأساليب والأوضاع المختلفة لتطبيق العلاج الطبيعي للصدر

جدول (٣٢-٣): الأساليب والأوضاع المختلفة لتطبيق العلاج الطبيعي للصدر

| الطريقة       | مميزاتها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | موانع استخدامها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| أوضاع التصريف | <ul style="list-style-type: none"> <li>مجموعة من الأوضاع يمكن تطبيق أي منها، حسب مكان تراكم الإفرازات بالرئة لتحريكها، ثم سحبها عن طريق التنشيف.</li> <li>الوقاية من تجمع الإفرازات نتيجة عدم تحريك الوليد لفترة طويلة، أو نتيجة لانتقال العدوى من مكان إلى مكان آخر.</li> <li>منع الالتصاقات التي قد تحدث في الرئة بعد فصل الوليد من جهاز التنفس الصناعي.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تجنب الوضع المائل بخفض مستوى رأس الوليد لأسفل في حالات: <ul style="list-style-type: none"> <li>الوليد ناقص النمو أقل من ١٢٥٠ جم</li> <li>النزيف الدماغي الحديث</li> <li>استسقاء الرأس</li> <li>بعد الرضاعة مباشرة</li> <li>نزف العين الناجم عن إصابات الولادة</li> <li>ارتفاع ضغط الدم</li> </ul> </li> <li>تجنب وضع الوليد على بطنه في حالات: <ul style="list-style-type: none"> <li>جراحة حديثة بالبطن</li> <li>انتفاخ البطن</li> </ul> </li> </ul> |
| النقر (الطرق) | <ul style="list-style-type: none"> <li>النقر بلطف على صدر الوليد باستخدام ماسك مبطن لتحريك الإفرازات وتسهيل خروجها، ثم سحبها عن طريق التنشيف.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>الموانع السابقة لأوضاع التصريف</li> <li>الاسترواح الصدري والإمفزيما</li> <li>سيولة الدم وقابلية النزف</li> <li>النزيف الرئوي</li> <li>وجود كسور بالصلوع</li> <li>وجود التهابات، أو كدمات، أو جروح بالجلد</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   |
| الاهتزاز      | <ul style="list-style-type: none"> <li>عمل ذبذبات على منطقة تراكم الإفرازات عن طريق اليد أو باستخدام جهاز الاهتزاز لتحريك الإفرازات ثم سحبها عن طريق التنشيف.</li> </ul>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### دور الممرضة

- تجهيز الأدوات اللازمة على حسب الأسلوب الذي تم اختياره لتطبيق العلاج الطبيعي للصدر.

### في حالة تطبيق أوضاع التصريف

- تحديد منطقة تراكم الإفرازات بالرئة، واختيار أفضل الأوضاع لتحريك هذه الإفرازات من مكانها.
- تطبيق أوضاع التصريف والحفاظ على وضعية الوليد (باستخدام فوطة صغيرة) لفترة زمنية محددة تتراوح ما بين ١٠ - ١٥ دقيقة لكل وضع، أو حسب تعليمات الطبيب.
- عمل جدول لتغير وضع الوليد.
- تشفيط الإفرازات.

### في حالة تطبيق أسلوب الاهتزاز

- تحديد منطقة تراكم الإفرازات بالرئة باستخدام السماعة.
- وضع الوليد على أحد جانبيه.
- وضع قطعة ناعمة الملمس بين الجهاز (الفرشاة الكهربائية) والجلد.
- تشغيل الجهاز على ظهر الوليد، بحيث يتم تحريكه من أسفل إلى أعلى في حركة دائرية.
- تنظيم حركات الاهتزاز مع الزفير.
- مدة الجلسة لكل وضع تتراوح بين ٢ - ٣ دقائق لكل منطقة، أو تبعاً لتعليمات الطبيب.
- تشفيط الإفرازات.

### في حالة تطبيق أسلوب النقر (الطرق)

- تحديد منطقة تجمع الإفرازات بالرئة.
- وضع الوليد على أحد جانبيه.

## الفصل الثاني والثلاثون: الإجراءات التمريضية

- النقر بلطف شديد باستخدام ماسك مبطن عدة مرات على المنطقة المتأثرة بالصدر من أسفل إلى أعلى، أو باليد بحيث يكون كف اليد على شكل دائري، وذلك لمدة تتراوح ما بين ٥ - ١٠ دقائق.
- تشفيط الإفرازات.

### ثالثاً: تقييم حالة الوليد بعد تنفيذ خطوات العلاج الطبيعي للصدر

- التأكد من استقرار العلامات الحيوية للوليد، ونسبة تشبع الدم بالأكسجين
- فحص صدر الوليد بالسماعة
- فحص صدر الوليد بالحس اليدوي (تزييق)
- عمل أشعة على الصدر
- تقييم رد فعل الوليد

### جدول (٣٢-٤): استجابة الوليد للعلاج الطبيعي للصدر

| استجابة سلبية                                                                                                                                                                                                                                    | استجابة إيجابية                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ حدوث إعياء شديد للوليد</li><li>■ زيادة المجهود التنفسي ومعدل التنفس</li><li>■ انخفاض مستوى تشبع الدم بالأكسجين</li><li>■ حدوث نوبات متكررة من توقف التنفس</li><li>■ تدهور الحالة العامة للوليد</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ تحسن المجهود التنفسي</li><li>■ تحسن معدل التنفس</li><li>■ تحسن مستوى تشبع الدم بالأكسجين</li><li>■ تحسن نتائج غازات الدم</li><li>■ تحسن الحالة العامة للوليد</li></ul> |

## التشفيط الصدري

### دور الممرضة

أولاً: تجهيز الأدوات والتأكد من عملها

ثانياً: التجهيز للقيام بتطبيق خطوات التشفيط

- وضع فوطة معقمة على صدر الوليد.
- تجهيز الأدوات اللازمة للقيام بعمل العلاج الطبيعي للصدر.
- توصيل الأمبوباج بمصدر الأكسجين، ويتم التأكد من كفاءة عمله.

- فتح جهاز التنشيط، والتأكد من ضبط الضغط السلبي بين ٦٠-٨٠ ملليمتر زئبقي، على ألا يزيد عن ١٠٠ ملليمتر زئبقي.
- فتح قسطرة التنشيط، وتوصيلها بجهاز التنشيط بدون لمسها.
- وضع مقدار من محلول الملح أو الماء المعقم بداخل الجفنة المعقمة.
- ارتداء القفاز المعقم.
- الإمساك بقسطرة التنشيط ولفها على أصابع اليد مع توقي الحذر، بحيث لا تلمس أي شيء غير معقم.

### في حالة التنشيط من الأنف والفم والبلعوم

- يجب التنشيط من الفم أولاً ثم من الأنف.
- لتنشيط البلعوم، تحسب مسافة دخول القسطرة من الأنف أو الفم حتى شحمة الأنف.
- إدخال القسطرة، مغلقة من الأنف أو الفم حتى المسافة المحسوبة، والخروج بها فوراً عند الإحساس بمقاومة، ويفتح جهاز التنشيط.
- التنشيط لمدة تتراوح ما بين ٥-١٠ ثواني، يلي ذلك سحب القسطرة ببطء في حركة دائرية حتى يتم الخروج بها.
- مسح القسطرة من الخلف للأمام في اتجاه واحد بقطعة من الدرسنج المعقم.
- شطف القسطرة بمحلول الملح أو الماء المعقم.
- تكرار الخطوات السابقة حسب حاجة الوليد وكمية الإفرازات.
- ترك الوليد من ٢٠-٣٠ ثانية بين كل مرة، حتى يهدأ وتعود نسبة تشبع الدم بالأكسجين، ومعدل نبض القلب إلى المعدلات الطبيعية.
- متابعة حالة الوليد على جهاز المونيتور.

### في حالة التنشيط من الأنبوبة الحنجرية

- عمل علاج طبيعي على الصدر.
- حساب مسافة دخول قسطرة التنشيط حسب وزن الوليد.
- وضع كمية قليلة من الماء المعقم على مقدمة القسطرة.
- فصل الوليد من على جهاز التنفس الصناعي.

## الفصل الثاني والثلاثون: الإجراءات التمريضية

- إعطاء أكسجين بتركيز ١٠٠٪ للوليد باستخدام الأمبوباج لمدة ٣٠ ثانية.
- إدخال القسطرة مفتوحة حتى المسافة المحسوبة.
- التنشيط لمدة تتراوح بين ٥ - ١٠ ثواني، يلي ذلك سحب القسطرة ببطء في حركة دائرية حتى يتم الخروج بها مفتوحة.
- توصيل الوليد على جهاز التنفس الصناعي لمدة ٢٠ - ٣٠ ثانية حتى تعود نسبة تشبع الدم بالأكسجين ومعدل ضربات القلب إلى المعدلات الطبيعية.
- مسح القسطرة من الخلف للأمام في اتجاه واحد بقطعة من الدرسنج المعقم.
- شطف القسطرة بمحلول الملح أو الماء المعقم.
- في حالة وجود إفرازات لزجة، يتم حقن ٥,٠ مليلتر محلول ملح داخل الأنبوبة الحنجرية، ثم توصيل الأمبوباج بالأنبوبة الحنجرية وإعطاء ثلاث ضغطات لضمان انتشار محلول الملح لإذابة الإفرازات اللزجة.
- تكرار الخطوات السابقة حسب حاجة الوليد وكمية الإفرازات.
- عند الانتهاء يتم توصيل الوليد بجهاز التنفس الصناعي مرة أخرى.
- متابعة حالة الوليد على جهاز المونيتور.
- التخلص من الأدوات التي تم استخدامها في الأماكن المخصصة وتطهير جهاز التنشيط.
- غسل الأيدي صحياً.

### ثالثاً: تقييم حالة الوليد

#### أثناء التنشيط

متابعة وتدوين الآتي:

- كمية الإفرازات، ولونها، ودرجة لزجتها
- لون الوليد، ومعدل التنفس، ومعدل النبض وانتظامه
- نسبة تشبع الدم بالأكسجين على المونيتور
- حدوث نزف بالممرات الهوائية

#### المتابعة بعد التنشيط

- سماع صوت الهواء الداخل للرئة بشكل أوضح.

- حدوث تحسن ملحوظ في المجهود التنفسي وانخفاض معدل التنفس.
- ظهور تحسن في نتائج غازات الدم ونسبة تشبع الدم بالأكسجين.

### المضاعفات المحتملة الحدوث

جرح ونزف الأغشية المخاطية المبطنة للممرات الهوائية - حدوث توقف بالتنفس - انخفاض نسبة تشبع الدم بالأكسجين - عدم انتظام ضربات القلب وانخفاضها - زيادة ضغط الدم - القيء والشرقة - تقلص الحنجرة - العدوى التنفسية - زيادة الضغط الدماغي - نزيف المخ - الاسترواح الصدري.

### بذل السائل النخاعي

#### الأدوات اللازمة

كحول إيثيلي ٧٠ ٪ وبيتادين - قفاز معقم - حوض كلوي - مقص - قناع وجه - باكت معقم بالأوتوكلاف (يحتوي على كوب، قطن معقم، شاش، فوطة مربعة، فوطة مربعة بفتحة بالمنتصف) - إبرة معقمة مقاس (٢١ ، ٢٢) - إبرة فراشة مقاس (٢٣) - ٣ أنابيب للعينات - بلاستر.

#### دور الممرضة

##### أولاً: أثناء الإجراء

- تجهيز الأدوات.
- توصيل الوليد بجهاز المونيتور، لمراقبة العلامات الحيوية طول وقت الإجراء.
- غسل الأيدي صحياً، وارتداء القفاز المعقم.
- وضع الوليد على حرف الحضانة أو سرير التدفئة بطريقة مستقيمة، وبدون أي التواء لأعلى.
- مسك الوليد في وضع جانبي أو مسكه جالساً، بحيث تلامس ركبته صدره.
- عدم ثني رأس الوليد، لتجنب حدوث توقف التنفس.
- تطهير منطقة سحب العينة في ظهر الوليد بالبيتادين، ثم بالكحول بالتبادل ٣ مرات.

- جمع العينات ١ مليلتر في كل أنبوبة.
- ملاحظة العلامات الحيوية للوليد.

#### ثانيًا: بعد انتهاء الإجراء

- وضع الوليد في وضع الاستلقاء على الظهر داخل الحضانة، وعدم تحريكه لمدة ساعة على الأقل.
- إرسال العينات للمعمل في الحال لإجراء التحاليل المطلوبة؛ بعد وضع بلاستر عليه اسم الوليد على كل أنبوبة.
- التخلص من الأدوات المستعملة في جمع العينة، بطريقة آمنة، في الأماكن المناسبة.
- غسل الأدوات، وإعادة تجهيزها للتعقيم.
- غسل الأيدي روتينيًا.
- متابعة وتدوين العلامات الحيوية والحالة العامة للوليد، وإبلاغ الطبيب بأي انحراف عن المعدلات الطبيعية.

## جمع عينات البول والبراز

### جمع عينة البول

#### الأدوات اللازمة

- كيس جمع بول مخصص لحديثي الولادة – صابون مطهر (مضاد للميكروبات) –
- قطع صغيرة من القطن المعقم – ماء معقم – أنابيب اختبار – قفاز

#### الخطوات

- تجهيز الأدوات.
- التأكد من اسم الوليد المطلوب إجراء التحليل له.
- ارتداء القفاز.

- تنظيف المنطقة التناسلية للوليد باتباع الآتي:
  - بالنسبة للمواليد الإناث:
    - إبعاد الشفرتين.
    - تُستخدم قطعة قطن بمحلول صابون مطهر لتنظيف المنطقة من البظر إلى الشرج (في اتجاه واحد) على أحد جانبي فتحة البول، ثم تمسح بقطعة قطن مبللة بماء معقم وتُجفف.
    - تُستعمل قطعة قطن ثانية لتنظيف الجانب الآخر من فتحة البول، ثم تُمسح بقطعة ثانية من القطن مبللة بماء معقم وتُجفف.
    - تُغسل منطقة العانة بقطعة ثالثة، ثم مسحها بقطعة أخرى من القطن مبللة بماء معقم وتُجفف.
  - بالنسبة للمواليد الذكور:
    - غسل القضيب في حركة دائرية باتجاه الصفن، مع سحب القلفة إلى الخلف، لو لم يكن مختوناً، ثم يُجفف.
    - غسل منطقة العانة، ثم مسحها بقطعة أخرى من القطن مبللة بماء معقم، ثم تُجفف.
- نزع الورقة الواقية عن النصف السفلي للرقعة اللاصقة الموجودة بكيس جمع البول.
- وضع كيس جمع البول فوق المهبل، أو القضيب والصفن.
- ضغط الرقعة اللاصقة على الجلد، مع نزع الورقة الواقية تدريجياً (مع تجنب حدوث تجعيدات بها).
- يترك الكيس في مكانه حتى يتبول الوليد.
- يتم تحفيض الوليد.
- بعد قيام الوليد بعملية التبول، يرفع الكيس من مكانه باحتراس.
- يتم سكب البول في زجاجة العينة، وتقفّل بإحكام.
- يتم لصق قطعة بلاستر على الزجاجة عليها اسم الوليد، الوحدة المُرسَل منها العينة، ونوع التحاليل المطلوبة، ثم إرسال العينة إلى المعمل.

## جمع عينة البراز

### الأدوات اللازمة

حفاض نظيف – قطعة من السيلوفان أو البلاستيك – خافض لسان خشبي – صابون مطهر (مضاد للميكروبات) – قطع كبيرة من القطن الجاف، والمبلل بالماء – وعاء لتجميع العينة – قفاز.

### خطوات جمع عينة البراز

- تجهيز الأدوات.
- التأكد من اسم الوليد المطلوب إجراء التحليل له.
- ارتداء القفاز.
- فك الحفاض.
- تنظيف منطقة الشرج والعجان بقطعة قطن ومحلول صابون مطهر في اتجاه واحد، ثم مسحها بقطنة مبللة بماء وتُجفف.
- وضع حفاض آخر نظيف.
- إذا كان البراز متماسكاً، يُكشط مقدار قليل منه عن الحفاض باستخدام خافض لسان خشبي، ثم يوضع في وعاء تجميع العينة، أما إذا كان البراز ليناً (اسهال)، يُوضع قطعة من السيلوفان أو البلاستيك بين جسم الوليد وبين الحفاض لحبس البراز حتى لا يمتص بواسطة الحفاض، ثم ينقل البراز من السيلوفان مباشرة إلى وعاء جمع العينة.
- لصق قطعة من البلاستر على وعاء جمع العينة بعد كتابة اسم الوليد، وقت جمع العينة، الوحدة المرسل منها العينة، نوع التحاليل المطلوبة عليها.
- إرسال العينة إلى المعمل فوراً.
- التخلص من الأدوات المستعملة بطريقة آمنة في الأماكن المناسبة.
- غسل الأيدي جيداً.



## المراجع العلمية

- **American Heart Association and American Academy of Pediatrics.** 2005 American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines. *Pediatrics* 2006; 117: e1029-e1038.
- **Auckland.** National Women's Health, newborn services. Available at: [www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines](http://www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines). Accessed on: Jan, 2009.
- **Ballard JL Khoury JC, Wedig K, et al.** New Ballard Score expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 1991; 119: 417.
- **Battaglia FC, Lubchenco LO.** A practical classification for newborn infants by weight and gestational age. *J Pediatr* 1967; 71: 159.
- **Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton BF.** Nelson textbook of pediatrics, 18<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, WB Saunders 2007.
- **Bell EF, Segar JL.** Iowa neonatology handbook, 2nd Ed. USA, University of Iowa. Available at: [www.uihealthcare.com](http://www.uihealthcare.com). Accessed on: June 2009.
- **Betz CL, Sowden LA.** Mosby's pediatric nursing reference, 4<sup>th</sup> Ed. USA, Mosby 2004.
- **Bowden, Greenberg.** Pediatric nursing procedures, USA, Mosby 2008.
- **Bowman E, Fraser S.** Neonatal Handbook. Available at: [www.rch.org.au/nets/handbook](http://www.rch.org.au/nets/handbook). Accessed on: Jan, 2009.
- **Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR.** Manual of Neonatal Care. 6<sup>th</sup> Ed. Lippincott Wilkins, Philadelphia PA 2008.

- **Custer JW, Rau RE.** Johns Hopkins: Harriet Lane handbook, 18<sup>th</sup> Ed. London, Mosby Elsevier 2009.
- **Donn SM, Sinha K.** Manual of Neonatal Respiratory Care, 2<sup>nd</sup> Ed. USA, Mosby Company 2006.
- **Fanaroff AA, Martin's RJ, Walsh MC.** Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of the Fetus and Infants. 8<sup>th</sup> Ed. Phyladelphia, Mosby Elsevier 2006.
- **Goldsmith JP, Karotkin EH.** Assisted ventilation of the neonate, 4<sup>th</sup> Ed. Saunders Elsevier 2003.
- **Gomella T.** Clinical Manual Neonatology, 5<sup>th</sup> Ed. London, McGraw Hill 2004.
- **Greenough A, Roberton NC.** Text book of neonatology, 4<sup>th</sup> Ed. China, Churchill Livingstone 2005.
- **Hockenberry M.** Wong's essential of pediatric nursing, 7<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, Mosby 2005.
- **Hockenberry M, Wilson DM.** Wong's nursing care of infants and children. 2006.
- **Kattwinkel J, Bloom RS.** Textbook of neonatal resuscitation, 5<sup>th</sup> Ed. Elk Grove, IL, American Academy of Pediatrics and American Heart Association, 2006.
- **Klaus M, Fanaroff A.** The physical environment. In: Care of the high risk neonate. 5<sup>th</sup> Ed. Philadelphia.WB Saunders, 2001.
- **Knudsen A, Ebbesen F.** Cephalocaudal progression of jaundice in newborns admitted to neonatal intensive care units. Biol Neonate 1997; 71: 357-361.
- **Kramer LI.** Advancement of dermal icterus in the jaundiced newborn. Am J Dis Child. 1969; 118: 454-45.
- **Lubchenco LO, Hansman C, Boyd E.** Intrauterine growth in length and head circumference as estimated from live births at gestational ages from 26 to 42 weeks. Pediatrics 1966; 37:403.

- **Luxner KL.** Pediatric Nursing Care Plans, 3<sup>rd</sup> Ed. Canada, Thomson Company 2005.
- **McDonald MG, Seshia MK, Mullett MD.** Avery's Neonatology, 6<sup>th</sup> Ed. London, Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
- **Merenstein GB, Gardner SL.** Handbook of neonatal intensive care, 6<sup>th</sup> Ed. Mosby Company 2006.
- **National Guidelines for Infection Control.** 2<sup>nd</sup> Ed. 2008.
- **Orshan SA.** Comprehensive care across the lifespan. In: Maternity, newborn, and women's health nursing, 1<sup>st</sup> Ed. New York, Lippincott Williams and Wilkins 2008.
- **Sondheimer JM.** Current essentials pediatrics. London, McGraw Hill Company 2008.
- **Thomas DO, Bernardo LM, Herman B.** Core Curriculum for Pediatric Emergency Nursing. 2<sup>nd</sup> Ed. London, Toronto, Jones and Bartlett Publishers 2003.
- **Tausch HW, Ballard RA, Gleason CA.** Avery's Diseases of the Newborn, 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.
- **Wilson DM, Winkelstein ML, Kline NE.** Wong's nursing care of infants and children. Philadelphia, Mosby 2003.
- **World Health Organization.** Thermal protection of the newborn: A practical guideline, Maternal and newborn health, WHO 1997.
- **World Health Organization.** Breastfeeding and maternal tuberculosis. WHO Division of Child Health and Development 1998; 23: 1-3.
- **Wood DW, Downes' JJ, Locks HL.** A clinical score for the diagnosis of respiratory failure. Amer J Dis Child 1972; 123: 227-9.