



وقاية وعلاج نزيف ما بعد الولادة: التطورات الجديدة للأماكن المحدودة الموارد



بيان مشترك

(الإتحاد الدولي للقابلات (المولدرات)
الإتحاد الدولي لأطباء النساء والولادة

إن "الإتحاد الدولي للقابلات (المولدرات)" [International Confederation of Midwives أو ICM] و"الإتحاد الدولي لأطباء النساء والولادة" [International Federation of Gynaecologists and Obstetricians أو FIGO] شريكان أساسيان في الجهود العالمية المبذولة لتخفيض نسبة وفيات الأمهات وإصابتهن بالإعاقة حول العالم. ويجمع بين بياني مهمتهما إلتزام مشترك بتحسين صحة وحقوق ورفاهة جميع النساء، وبالأخص تلك الأكثر تعرضاً لخطر الموت أو الإعاقة المرتبطين بالحمل. ويدعم الإتحاد الدولي للقابلات (المولدرات) والإتحاد الدولي لأطباء النساء والولادة التدخلات المبرهنة التي يمكنها التخفيض من حالات مرض ووفاة الأمهات، عند إستعمالها الملائم بعد الحصول على الموافقة المسبقة.

ويعكس هذا البيان الوضع الحالي (2006) في أحدث التقنيات والعلوم لوقاية وعلاج "نزيف ما بعد الولادة" [PPH أو post-partum haemorrhage] في الأماكن المحدودة الموارد. وهو يتضمن نتائج الأبحاث الجديدة التي أصبحت متاحة منذ نشر أول بيان مشترك للإتحادين عام 2003: "إدارة المرحلة الثالثة من الولادة للوقاية من نزيف ما بعد الولادة". [Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage].^{P1}

ويعود سبب وفاة نحو 30 بالمائة من الأمهات إلى النزيف الدموي، وغالباً ما يحدث ذلك في فترة ما بعد الولادة P². وتحدث معظم وفيات الأمهات بسبب نزيف ما بعد الولادة في البلدان النامية في أماكن (كلا المستشفيات والمجتمعات المحلية) حيث لا توجد مولدرات أو حيث تفتقر المولدرات للمهارات أو الأدوات اللازمة لمنع وضبط نزيف ما بعد الولادة والصدمة. والهدف الإنمائي للألفية الجديدة لتخفيض نسبة وفيات الأمهات بنسبة 75 بالمائة بحلول سنة 2015 P³، سيظل خارج متناولنا ما لم نجابه كأولوية مشكلة نزيف ما بعد الولادة في البلدان النامية.

ويصادق كلا الإتحاد الدولي للقابلات (المولدرات) والإتحاد الدولي لأطباء النساء والولادة، على التوصيات الدولية التي تؤكد على توفير مولدرات ماهرات وتحسين خدمات التوليد كأساس للجهود المبذولة لتخفيض نسبة وفيات الأمهات والمواليد. وتعكس هذه السياسات ما يجب أن يكون حقاً أساسياً لكل امرأة. وتتناول موضوع نزيف ما بعد الولادة سيطلب الجمع بين أساليب توسيع إمكانيات الوصول إلى العناية التي يقدمها أصحاب المهارات، وفي نفس الوقت، تمديد عمليات إنقاذ الحياة وفقاً لتسلسل متصل للعناية من المجتمع المحلي إلى المستشفى. وتتطلب الظروف المختلفة التي تلد فيها الأمهات بموجب هذا التسلسل أساليب مختلفة لوقاية وعلاج نزيف ما بعد الولادة.

الدعوة إلى التحرك

على الرغم من أعمال "الأمومة الآمنة" [Safe Motherhood] منذ عام 1987، ما زالت النساء يفارقن الحياة خلال الولادة. والنساء اللواتي يعيشن في أماكن محدودة الموارد هن الأكثر تعرضاً للخطر بسبب تزامن المرض والفقر والتمييز والإمكانيات المحدودة للوصول إلى الرعاية الصحية. ويتولى الإتحاد الدولي للقابلات (المولدرات) والإتحاد الدولي لأطباء النساء والولادة دوراً رئيسياً في تحسين قدرة جمعيات التوليد والقبالة الوطنية على تخفيض نسبة وفيات الأمهات عبر أساليب آمنة وفعالة وممكنة ومستدامة لتخفيض حالات الوفاة والإعاقة بسبب نزيف ما بعد الولادة. ويجب أن تقود جمعيات التوليد والقبالة الوطنية بدورها الجهود لتطبيق الأساليب الموصوفة في هذا البيان. وبإمكان الجمعيات المهنية أن تجمع شملها لـ:

- الضغط على الحكومات لضمان الرعاية الصحية لجميع النساء؛
- المناصرة من أجل حضور قابلة أو طبيب أو غيرهما من المولدرات الماهرات لكل عملية توليد تجرى لإمرأة؛
- توزيع هذا البيان على جميع الأعضاء بكافة الوسائل المتوفرة، بما فيها إصداره في نشرات قومية أو مجلات علمية؛
- توعية أعضائها، وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، وواضعي السياسات، والجمهور العام حول الأساليب الموصوفة في هذا البيان وأهميتها تواجدها مولدرات مهارات خلال عملية الولادة؛
- مواجهة العوائق التشريعية والنظامية التي تعيق الوصول إلى العناية المنقذة للحياة، خصوصاً العوائق السياسية التي تحظر حالياً على القابلات وغيرهن من المولدرات إعطاء الأدوية المقوية لارتخاء الرحم [Uterotonics]؛
- ضمان تلقي جميع أصحاب مهنة التوليد للتدريبات اللازم والمناسبة للظروف التي يعملون فيها، لإعطاء الأدوية المقوية لارتخاء الرحم بطريقة آمنة وتنفيذ الأساليب الأخرى الموصوفة في هذا البيان، بالإضافة إلى ضمان توفر الأدوية المقوية لارتخاء الرحم بكميات كافية لتلبية الحاجة إليها؛
- دعوة الهيئات النظامية الوطنية وواضعي السياسات إلى الموافقة على إعطاء ميزوبروستول [Misoprostrol] لوقاية وعلاج نزيف ما بعد الولادة؛
- ضم توصيات هذا البيان إلى الإرشادات والمناهج الحالية.

كما ندعو مؤسسات التمويل إلى تقديم المساعدة للمبادرات التي تهدف إلى تخفيض حالات نزيف ما بعد الولادة عبر إستعمال التدخلات الفعالة والملائمة للموارد.

الوقاية من نزيف ما بعد الولادة

قد تواجه المرأة الحامل نزيفاً دموياً يهدد حياتها عند وضع وليدها. وتكون النساء اللواتي يعانين من فقر الدم أكثر تعرضاً للخطر بسبب خطورة مجرد فقدان كميات معتدلة من الدم. ولحسن الحظ، يمكن الوقاية من معظم حالات نزيف ما بعد الولادة. ويمكن استعمال أساليب مختلفة وفقاً للظرف وتوفر المولدات الماهرات والمستلزمات.

الإدارة الفعالة للمرحلة الثالثة من الولادة

تؤيد البيانات أهمية استعمال جميع أصحاب مهنة التوليد لـ"الوقاية الفعالة للمرحلة الثالثة من الولادة" [active management of the third stage of labour أو AMTSL] بصرف النظر عن مكان ممارستهم لها. فالوقاية الفعالة للمرحلة الثالثة من الولادة تخفض من حالات حدوث نزيف ما بعد الولادة، وكمية الدم المفقود، وإجراء عملية نقل الدم^{P4}، ويجب بالتالي شملها في أي برامج يهدف إلى خفض نسبة الوفيات بسبب نزيف ما بعد الولادة. وتشمل المكونات الإعتيادية للوقاية الفعالة للمرحلة الثالثة من الولادة:

- إعطاء أوكسيتوسين^{PT*} أو دواء آخر لتقوية توتر الرحم في غضون دقيقة واحدة بعد ولادة الطفل
- إحكام شد الحبل السري^{PT**}
- تدليك الرحم بعد إخراج المشيمة وفقاً لما هو ملائم.

(للحصول على مزيد من المعلومات عن الإدارة الفعالة للمرحلة الثالثة من الولادة، راجع البيان المشترك بين الإتحادين: "إدارة المرحلة الثالثة من الولادة للوقاية من نزيف ما بعد الولادة" [Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage].)

ميزوبروستول والوقاية من نزيف ما بعد الولادة

في حال عدم توفر الأوكسيتوسين أو إذا كانت مهارات أصحاب مهنة التوليد محدودة، فإن إعطاء ميزوبروستول بعد ولادة الطفل يخفض من حدوث نزيف دموي^{P8-7}. وأكثر الآثار الجانبية شيوعاً هو الرعشة والحمى العابرتين. وتوعية النساء وأصحاب مهنة التوليد حول الإستعمال الملائم لميزوبروستول تعتبر أساسية.

وتشمل المكونات الإعتيادية لإعطاء ميزوبروستول:

- إعطاء 600 ميكروغرام عن طريق الفم أو تحت اللسان بعد ولادة الطفل^{***}
- إحكام شد الحبل السري فقط في حضور مولدات ماهرات عند الولادة
- تدليك الرحم بعد إخراج المشيمة وفقاً لما هو ملائم.

إدارة المرحلة الثالثة من الولادة في غياب الأدوية المقوية لارتخاء الرحم

لن تكون الأدوية المقوية لارتخاء الرحم متوفرة في بعض الأماكن بسبب إنقطاع المستلزمات أو أماكن الولادة. وفي غياب الأدلة الحالية، يوصي هذان الإتحادان في حال عدم توفر الأدوية المقوية لارتخاء الرحم للمولود الماهر أو غير الماهر، بأن تشمل إدارة المرحلة الثالثة من الولادة المكونات التالية:

- إنتظار دلائل إنفصال المشيمة (إمتداد طول الحبل، فقدان لكمية صغيرة من الدم، الرحم صلب وكروي لدى الجس عند السرة)
- تشجيع الأم على بذل قصارى جهدها للدفع عند حدوث التقلصات، وإذا لزم الأمر، تشجيعها على إتخاذ وضع مستقيم
- لا يوصى بالشد المحكم للحبل في غياب الأدوية القوية لارتخاء الرحم، أو قبل ظهور دلائل إنفصال المشيمة، إذ قد يسبب ذلك إنفصلاً جزئياً للمشيمة، أو تمزق الحبل، أو فرط النزيف، أو إنقلاب الرحم.
- تدليك الرحم بعد إخراج المشيمة وفقاً لما هو ملائم.

علاج نزيف ما بعد الولادة

على الرغم من التطورات الكبرى في الوقاية من نزيف ما بعد الولادة، إلا أن بعض النساء لا يزلن يتطلبن العلاج بسبب النزيف المفرط. لذا فإن عملية الإحالة والنقل الفورية والملائمة إلى مرافق أساسية أو شاملة لـ"العناية الطارئة للولادة" [Emergency Obstetric Care أو EmOC] هي أساسية لإنقاذ حياة النساء. وفي الوقت الحالي، يشمل المعيار الأساسي في مرافق العناية الطارئة للولادة إعطاء أدوية مقوية لارتخاء الرحم عبر الوريد أو العضل، والإزالة باليد للمشيمة ومواد الحمل المتبقية؛ كما قد تشمل مرافق العناية الشاملة للولادة إجراءات نقل الدم و/أو العمليات الجراحية^{P9}.

العناية الطارئة على المستوى المحلي – المهارات المنقذة للحياة على المستوى المنزلي

يمكن تعليم أي شخص يحضر عملية ولادة "مهارات بسيطة منقذة للحياة على المستوى المنزلي" [home-based life-saving skills أو HBLSS]. والإسعافات الأولية لعملية الولادة على المستوى المحلي بالإضافة إلى المهارات المنقذة للحياة على المستوى المنزلي هي عبارة عن برنامج مركز على العائلة والمجتمع المحلي يهدف إلى زيادة الوصول إلى الخطوات الأساسية لإنقاذ الحياة وخفض أسباب التأخر في بلوغ المرافق التي تحال إليها الأمهات. ويتم تعليم أفراد العائلة والمجتمع المحلي تقنيات مثل تدليك قاع الرحم والإستعداد في الحالات الطارئة. وتقتصر الإختبارات الميدانية أن

* الوسيلة المفضلة لتخزين أوكسيتوسين هي التبريد لكن يجوز حفظه في حرارة لغاية 30 درجة مئوية ولغاية ثلاثة أشهر بدون فقدان كبير لمفعوله^{P5}.

** التأخير لمدة دقيقة واحدة إلى ثلاث دقائق قبل إنقطاع الحبل يخفض من فقر الدم في الوليد^{P6}.

*** تظهر البيانات من تجربتين مقارنتين لميزوبروستول بالمشيمة أن إعطاء 600 ميكروغرام من ميزوبروستول عن طريق الفم أو تحت اللسان يخفض من حدوث نزيف ما بعد الولادة بصرف النظر عما إذا تم التكم بجر الحبل أو إستعمال التدليك للرحم^{P8-7}.

المهارات المنقذة للحياة على المستوى المنزلي قد تكون أداة مساعدة مفيدة في برنامج شامل لوقاية وعلاج نزيف ما بعد الولادة. P¹⁰ ومفتاح السر الأساسي لفعالية العلاج هو الكشف الباكر عن النزيف والمبادرة الفورية بالعلاج.

ميزوبروستول في علاج نزيف ما بعد الولادة

على الرغم من وجود معلومات أقل عن تأثير ميزوبروستول لعلاج نزيف ما بعد الولادة، إلا أنه قد يكون ملائماً للإستعمال في أماكن محدودة الموارد، ولقد تم إستعماله بمفرده، وبالإضافة إلى هرمون أوكسيتوسين، وكوسيلة أخيرة يتم اللجوء إليها لعلاج نزيف ما بعد الولادة. ولقد أبدت مختلف الجرعات ووسائل إعطائها نتائج مشجعة في المنشورات. P¹¹ وفي بعض الولادات التي تتم في المنزل وبدون حضور أي شخص ذي مهارات، قد يكون الميزوبروستول التكنولوجيا الوحيدة المتوفرة لضبط نزيف ما بعد الولادة. ولم يتم بعد تحديد نظام علاج أمثل. ووجدت دراسة منشورة حول علاج نزيف ما بعد الولادة أن إعطاء 1000 ميكروغرام عن طريق الشرج المستقيم يخفف كثيراً من النزيف الغزير والحاجة إلى وسائل إضافية للتدخل. P¹² ولا تزال الدراسات جارية لتحديد الجرعة الأكثر فعالية وسلامة لعلاج نزيف ما بعد الولادة. ولقد تم الإبلاغ عن حالة نادرة من السخونة المفرطة غير الميئة بعد إعطاء 800 ميكروغرام من ميزوبروستول عن طريق الفم. P¹³

ملاحظة: لا يوصى بالجرعات المتكررة من ميزوبروستول.

التقنيات الابتكارية

تشمل تقنيات مشجعة أخرى ملائمة للأماكن المحدودة الموارد لتقييم وعلاج نزيف ما بعد الولادة الإجراء السهل والدقيق لقياس فقدان الدم، P¹⁴⁻¹⁵ وأوكسيتوسين في أداة الحقن "يونيجكت" [Uniject]، P¹⁶ والدكاك الرحمي، P¹⁷ والكساء المضاد للصدمة. P¹⁸ ولا تزال هذه الابتكارات قيد التحقيق للإستعمال في أماكن محدودة الموارد، لكنها قد تبرهن أنها هامة من الناحية البرنامجية، خصوصاً للنساء المقيمت بعيداً عن رعاية أصحاب المهارات.

الإحتياجات إلى البحوث

- لقد قطعت أشواط كبيرة في التعرف على الوسائل والتدخلات المنقذة للحياة والملائمة للوقاية من نزيف ما بعد الولادة وعلاجه في أماكن محدودة الموارد. وهذا المجال يتطور بسرعة وتم تعريف المسائل التالية بالأولويات لإجراء المزيد من البحوث في أماكن محدودة الموارد:
- تحديد أمثل جرعة ووسيلة لإعطاء ميزوبروستول لمنع وعلاج نزيف ما بعد الولادة، واللتين تكونان على مستوى مرتفع من الفعالية بينما تقللان من خطر الآثار الجانبية.
 - تحديد أكثر وسيلة فعالة ومؤثرة من إدارة المرحلة الثالثة من الولادة عندما تكون مقويات توتر الرحم غير متوفرة.
 - تقييم نتائج القياس الأفضل لفقدان الدم (مثلاً، عن طريق غطاء مقاس أو غيره من الوسائل) على وسائل التوليد التي تمارسها المولدرات.
 - تقييم الخيارات لعلاج نزيف ما بعد الولادة في المرافق المتدنية المستوى (العناية التوليدية الطارئة الأساسية)، وخصوصاً، الدكاك الرحمي والكساء المضاد للصدمة.
 - التعرف على أكثر وسيلة فعالة لتدريب ودعم المهارات المطلوبة من أصحاب مهنة التوليد ولتمكين المجتمع المحلي من التعامل مع نزيف ما بعد الولادة.

المراجع

1. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Joint statement management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. The Hague: ICM; London: FIGO; 2003. Available at: http://www.internationalmidwives.org/modules/ContentExpress/img_repository/final%20joint%20statement%20active%20management-eng%20with%20logo.pdf or <http://www.figo.org/content/PDF/PPH%20Joint%20Statement.pdf>. Retrieved October 12, 2006.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006;367:1066-74. DOI:10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
3. United Nations. Millennium Development Goals. New York (NY): UN; 2000. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals>. Retrieved October 12, 2006.
4. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007.
5. Hogerzeil HV, Walker GJ, de Goeje MJ. Stability of injectable oxytocics in tropical climates: results of field surveys and simulation studies on ergometrine, methylergometrine, and oxytocin. Geneva: Action Programme on Essential Drugs and Vaccines, World Health Organization; 1993. WHO Publication No. WHO/DPA/93.6.

Ceriani Cernandas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C, et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. <i>Pediatrics</i> 2006;117:e779-86.	.6
Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, Gellar SE, Naik VA, Bellad M, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. <i>Lancet</i> 2006;368:1248-53.	.7
Høj L, Cardoso P, Nielsen BB, Hvidman L, Nielsen J, Aaby P. Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomised double blind clinical trial. <i>BMJ</i> 2005;331:723.	.8
United Nations Population Fund. Emergency obstetric care: checklist for planners. New York (NY): UNFPA; 2003. Available at: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf . Retrieved October 12, 2006.	.9
Sibley L, Buffington ST, Haileyesus D. The American College of Nurse Midwives' Home-based lifesaving skills program: a review of the Ethiopia field test [published erratum appears in <i>J Midwifery Womens Health</i> 2004;49(6):following table of contents]. <i>J Midwifery Womens Health</i> 2004;49:320-8.	.10
Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. <i>BJOG</i> 2005;112:547-53.	.11
Prata N, Mbaruku G, Campbell M, Potts M, Vahidnia E. Controlling postpartum hemorrhage after home births in Tanzania. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> 2005;90:51-5.	.12
Chong YS, Chua S, Arulkumaran S. Severe hyperthermia following oral misoprostol in the immediate postpartum period. <i>Obstet Gynecol</i> 1997;90:703-4.	.13
Tourne G, Collet F, Lasnier P, Seffert P. Usefulness of a collecting bag for the diagnosis of postpartum haemorrhage [French]. <i>J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)</i> 2004;33:229-34.	.14
Prata N, Mbaruku G, Campbell M. Using the kanga to measure post-partum blood loss. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> 2005;89:49-50.	.15
Tsu VD, Sutanto A, Vaidya K, Coffey P, Widjaya A. Oxytocin in prefilled Uniject injection devices for managing third-stage labor in Indonesia. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> 2003;83:103-11.	.16
Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage. <i>Obstet Gynecol</i> 2003;101:767-72.	.17
Miller S, Hamza S, Bray EH, Lester F, Nada K, Gibson R, et al. First aid for obstetric haemorrhage: the pilot study of the non-pneumatic anti-shock garment in Egypt. <i>BJOG</i> 2006;113:424-9.	.18