

إعادة التأهيل المبكرة أثناء الصراعات والكوارث



تحرير: شامي لاثيا Charmi Lathia، وبيتر سكيلتون Peter Skelton، وزوي كليفت Zoe Clift



المساهمون

منظمة الإنسانية والاندماج
، ومؤسسة AO
منظمة الصحة العالمية
للجنة الدولية للصليب الأحمر

منظمة ليفابيليتي Livability
منظمة الإعاقة البصرية المسيحية CBM، و
أطباء بلا حدود MSF - فرنسا، و



شكر وتقدير

جين ويدلر Jane Mueller، ميشيل ستينبيك Michiel Steenbeek، ستيفن مولدون Stephen Muldoon، جودي آن ميلز Jody-Anne Mills، ليزلي أنجاما-مولر Leslie Angama، أندري دا- سيلفا Andre Da-Silva، كلير أوريلي Claire O'Reilly، كلود تارديف Claude Tardif، توم بوتوكار Tom Potokar، أليس هارفي Alice Harvey، جايل سميث Gaelle Smith، ديبى جري Debbie Gray، ألبرت روكسون Alberta Rockson، ميشيل فيتزجرالد Michelle Fitzgerald، سودان ريمال Sudan Rimal، لورين إيف Lauren Eve، بوشياكي نيوار Pushpak Newar، جولين كلوس Julien Clausse، إريكا بليكلي Erica Bleakley، بيني برومهد Penny Broomhead، كارولين كيتر Caroline Cater، إريك ويرتس Eric Weerts، فيونا ستيفنسون Fiona Stephenson، مايكل بومبرجر Michael Baumberger، إشا تابا دونجانا Esha Tapa Dungan، هولبي سوبر-دولي Holly Soper-Doyle، كلير داونز Claire Downs، لوسيا أوليف لينون Lucia Olive Lennon، لورا كوكو Laura Cocco، كارولين جاجو Caroline Jagoe، أميليا شو Amelia Shaw، فيونا كرافن بيرنهارد Fiona Craven Bernhard، باكبار BACPAR، انتربورنز Interburns، نشر مراجعي وموثقي المحتوى GRA و WCPT و wFOT و iSPO و iSPRM و iscoS.

مصادر الصور

ديفيد بريتي Davide Preti © Davide Preti

الغلاف: Hardy Skills/Hi ©

منظمة هانديكاب انترناشونال © Handicap International



يجوز لك مبادلة أو نسخ أو إعادة توزيع هذه المادة على أي واسطة أو بأي صيغة، وفقاً للشروط التالية:

الإستناد:

يجب أن تقدم الإستحقاق المناسب واصله (رابط) إلى الترخيص بها، وأن تين ما إن كان قد جرى عليها تغيير. يمكنك القيام بذلك بأي طريقة معقولة، لكن ليس بأي شكل يفهم منه بأن المرخص يخلو ذلك أو يخلو استخدامها.

ليس لأغراض تجارية:

لا يجوز لك استخدام هذه المادة لأغراض تجارية.

عدم الإشتقاق منها:

إن أعدت خلط هذه المادة بغيرها، أو غيرت فيها، أو أسست عليها مادة أخرى، فلا يجوز لك توزيع المواد المعدلة.

إخلاء المسؤولية:

وضع هذا الكتيب لأخصائي إعادة التأهيل (أخصائي العلاج الطبيعي والمعالجين المهنيين) ممن يعيشون في أماكن صراعات أو كوارث أو يعملون فيها أو يستعدون للعمل فيها.

بدايةً من الحرب العالمية الأولى وانتهاءً بالكوارث الأحدث التي تلتها، مثل زلزال نيبال 2015، أصبحت أهمية دمج إعادة التأهيل ضمن استجابات الطوارئ للصراعات والكوارث بارزة. أطلقت معايير وتوصيات إعادة التأهيل عام 2016 من قبل الفريق الطبي لحالات الطوارئ التابع لمنظمة الصحة العالمية، والتي أشارت إلى تقدم هائل في الاعتراف بدور أخصائيي إعادة التأهيل وأهميته في التدخل المبكر.

ومع ذلك، في الوقت الذي يتخذ فيه المجتمع الطبي لحالات الطوارئ خطًى واسعة تجاه دمج إعادة التأهيل المبكر أثناء الاستجابة للصراعات والكوارث، لا يزال إعادة التأهيل المبكر بمثابة مجال ناشئ. يواجه أخصائيي إعادة التأهيل تحديات فريدة من نوعها مصاحبة للصددمات المعقدة وتفشي الإصابات وندرة الموارد وهو ما لم يشهده العديد من قبل.

الدليل العملي لتقديم إعادة تأهيل مبكر متميز خلال تلك الأحوال أمرًا ملحقًا حال كون الاستجابة للصراع والكارثة تنطوي على تقديم رعاية تفوق توقعات المرضى عن مجرد كونها ضرورة إنقاذ حياة أو أطراف. أخصائيي إعادة التأهيل بحاجة إلى التجهز بالمعرفة والمهارات اللازمة للوفاء باحتياجات المرضى واحتواء طلبات الاستجابة الطبية لحالات الطوارئ.

هذا الكتيّب الميداني هو حصيلة تعاون ضخم بين المنظمات الدولية الرئيسية والخبراء الدوليين، وهو بمثابة منهل ثمين لأخصائيي إعادة التأهيل في تحضيرهم للعمل ضمن الاستجابة للصراعات والكوارث. فهو يوسع التأثير بشكل هائل على الرعاية التي يتلقاها الأشخاص المصابّة أثناء الصراعات والكوارث، كما وأنه يتعدى ذلك إلى ضمان وصولهم إلى النتائج التي تمكّنهم من العودة إلى العمل والمدرسة والحياة المجتمعية.



Anja Koser

ألاركوس سيزا

منسق، أمراض النظر والسمع والإعاقات وإعادة التأهيل
منظمة الصحة العالمية
جينيفرا، سويسرا



Flawio Salvo

فلافيو سالفو

مدير، الفرق الطبية للطوارئ
منظمة الصحة العالمية
جينيفرا، سويسرا

تؤثر الصراعات والكوارث على المجتمعات بشكل ملحوظ للغاية، مع آثار تظل في الغالب عاقلة لأجيال. التأهيل المبكر لمرضى إصابات الصدمات عنصرًا جوهريًا في الاستجابة الطبية للطور الحاد وهي خطوة حيوية تجاه استراتيجيات الاستشفاء على المدى الطويل.

يوصف جمعية دراسة التثبيت الداخلي للكسور رائدًا في مجال ابتكار الأبحاث والتطوير الخاص بالأصابات الرضية والاضطرابات العضلية الهيكلية، وبالإضافة لكونها مزود خدمات تعليمية رائدة للجراحين ومسؤولي غرف العمليات، فإن جميع أنشطة جمعية دراسة التثبيت الداخلي للكسور تركز على هدف إحراز نتائج متطورة على المرضى. منظمة الإنسانية والدمج (HI) هي منظمة أهلية مستقلة توفر خدمات إعادة تأهيل أساسية في حالات الفقر والأقصاء والصراعات والكوارث. خلال الثمانية والثلاثين سنة الماضية، تواجدت منظمة الأنسانيه و التضامن كراند رئيسي في إعادة التأهيل وبناء قدرات عاملين إعادة التأهيل و الشركاء في المناطق التي تتناوب عليها الصراعات والكوارث حول العالم.

ولدى كلٍ من جمعية دراسة التثبيت الداخلي للكسور ومنظمة الإنسانية و التضامن قناعة تامة في أن هذا الكتيّب الميداني المبرهن بالدليل العلمي سيعالج الحاجة إلى تجهيز أخصائيي إعادة التأهيل للعمل في محيط الطوارئ وكذلك يعد بمثابة مرجع للممارسة الآمنة لإعادة التأهيل المبكر للصدمة الكبرى في ظل تحديات البيئات. ولقد حظينا بشرف المساهمة في هذا المشروع متعدد التخصصات، بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر، منظمة الصحة العالمية، منظمة أطباء بلا حدود-فرنسا، منظمة CBM ومنظمة Livability. ننتهز هذه الفرصة في مشاركة خبراتنا في المجالات ذات الصلة، بما يدعم أخصائيي الرعاية الصحية عبر العالم حيث أنهم يعملون على إعادة التأهيل في الصراعات والكوارث.

بفضل كل هؤلاء الذين جعلوا من هذا المشروع الإنساني ممكنًا، وكذلك سعينا إلى مواصلة جهودنا الدولية لتحسين النتائج العلاجية للمرضى.



إيرازيبلا أرسويو

إعادة التأهيل لدى منظمة الإنسانية و التضامن
مدير القسم



روبرت ماجوير، دكتور طبيب
رئيس جمعية دراسة التثبيت الداخلي للكسور

07	الفصل 1: مقدمة مقدمة حول إعادة التأهيل المبكر أثناء الصراعات والكوارث.....
29	الفصل 2: التحديات الرئيسية تكمن التحديات الرئيسية في تقديم خدمات إعادة التأهيل المبكر أثناء الصراعات والكوارث.....
45	الفصل 3: تقييم وعلاج المرضى - الأساسيات تقييم وعلاج المرضى الخاضعين لإعادة التأهيل المبكر - الأساسيات.....
67	الفصل 4: الكسور إعادة التأهيل المبكر للكسور.....
89	الفصل 5: إصابات الأعصاب الطرفية إعادة التأهيل المبكر لإصابات الأعصاب الطرفية.....
115	الفصل 6: مبتوري الأطراف إعادة التأهيل المبكر لمبتوري الأطراف.....
149	الفصل 7: الإصابات الدماغية المكتسبة إعادة التأهيل المبكر لإصابات الدماغية المكتسبة.....
169	الفصل 8: إصابات الحبل الشوكي إعادة التأهيل المبكر لإصابات الحبل الشوكي.....
191	الفصل 9: الحروق إعادة التأهيل المبكر للحروق.....

هذه التعريفات مأخوذة من مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث (UNISDR) ما لم يتم التصريح خلافًا لذلك:

الكارثة — شلل خطير في منظومة وظائف مجموعة أو مجتمع بما يشمل تفشي عريض من الخسائر والتأثيرات البشرية أو المادية أو الاقتصادية أو البيئية، وهو ما يفوق طاقة احتمال المجموعة أو المجتمع المتضرر في التأقلم معها باستخدام موارده الخاصة.

الجاهزية للكوارث — أنشطة ما قبل الكوارث التي يتم اتخاذها في سياق إدارة مخاطر الكوارث والتي تستند إلى تحليل المخاطر المعقولة. وهذا يشمل تطوير/تعزيز استراتيجية جاهزية شاملة والسياسة والهيكل المؤسسي وقدرات الحيطة والحذر والتنبؤ وخطط تحدد إجراءات التأهب لمساعدة المجتمعات التي تتعرض للأخطار بإنقاذ حياتها ومساندتها بالتنبيه بالمخاطر واتخاذ الإجراء الملائم في مواجهة تهديد وشيك أو كارثة فعلية.

منع الكوارث — هو تفادي تام للآثار العكسية للمخاطر والكوارث ذات الصلة. المنع يعبر عن مفهوم ونية تجنب الآثار العكسية المحتملة بشكل تام من خلال الإجراء المتخذ مسبقًا. أمثلة ذلك، تشييد سدود أو حواجز تحد من مخاطر الفيضانات ووضع لوائح تنظيمية لاستخدام الأراضي لا تسمح بالاستيطان في المناطق عالية الخطورة وإقرار تصميم هندسية مقاومة للزلازل بما يضمن بقاء وعمل المنشآت الحيوية أثناء أي زلزال محتمل. وفي أغلب الأحيان يكون التفادي التام للخسائر غير قابل للتنفيذ وتتحول المهمة إلى التخفيف من تلك الخسائر. ونوعًا ما لهذا السبب، تحل المصطلحات منع وتخفيف أحيانًا مكان بعضها في الاستخدام العرضي.

خطر الكوارث — الخسائر المحتملة للكوارث، في الأرواح البشرية، الأوضاع الصحية، سبل المعيشة، الأصول والخدمات، والتي قد تقع على مجتمع بعينه أو مجموعة بعينها خلال فترة زمنية ما مستقبلاً.

إدارة خطر الكوارث — هي العملية المنهجية لاستخدام التوجيهات الإدارية والنظم والمهارات والقدرات التشغيلية لتنفيذ الاستراتيجيات والسياسات وإمكانات التأقلم المحسنة في سبيل خفض الآثار العكسية للمخاطر واحتمالية وقوع كارثة.

خفض خطر الكوارث — هو مفهوم وممارسة خفض مخاطر الكوارث من خلال الجهود النظامية لتحليل وإدارة العوامل المسببة للكوارث، ويكون ذلك من خلال الحد من التعرض للمخاطر وخفض قابلية تعرض الأشخاص والممتلكات للخطر والإدارة الحكيمة للأرض والبيئة والجاهزية المحسنة للأحداث المناوئة.

إدارة الطوارئ — تنظيم وإدارة الموارد والمسؤوليات في مواجهة حالات الطوارئ من جميع النواحي بجاهزية معينة والاستجابة واتخاذ خطوات الاسترداد المبدئية.

الفريق الطبي للطوارئ — الفرق الطبية للطوارئ هي مجموعات من أخصائيي الرعاية الصحية (الأطباء، الممرضات، الصيدلانيين) ممن يعالجون المرضى المتضررين من الحالة الطارئة أو الكارثة. هذه الفرق تكون مكلفة من قبل الحكومات والمنظمات الخيرية والعسكرية والدولية مثل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر (منظمة الصحة العالمية).

الخطر — وهو ظاهرة أو مادة أو نشاط بشري أو حالة خطيرة قد ينشأ عنها فقدان الحياة أو إصابات أو غيرها من التأثيرات الصحية وتلف الممتلكات وفقدان سبل العيش وتعطيل الخدمات والحياة الاجتماعية والاقتصادية أو ضرر بيئي.

المخاطر — المخاطر مزيج من احتمالية وقوع حدث ما والآثار السلبية المترتبة عليه.

تقييم المخاطر — النهج الذي يحدد طبيعة ومدى الخطر بموجب تحليل المخاطر المحتملة وتقييم الأوضاع الحالية لتقابلية التعرض والتي في مجموعها من المحتمل أن تضر بالأشخاص المتعرضين للخطر والممتلكات والخدمات وسبل المعيشة والبيئة التي يعتمدون عليها.

إدارة المخاطر — الطريقة والممارسة الممنهجة في إدارة الأمور المشكوك في حدوثها لخفض الخطر والخسارة المحتملة.

مستوى التعرض للخطر — هو خصائص وظروف مجتمع أو نظام أو أصل ما يجعله عرضة للتأثيرات الضارة لخطر ما.

المجموعات المعرضة للخطر — تشمل السكان الأصليين والأقليات العرقية واللغوية واللاجئين والعمال المهاجرين والنساء والأطفال والأشخاص الذين يعانون من أمراض نقص المناعة المكتسبة والأفراد الذين لديهم إعاقات والمتقدمين في العمر. الأشخاص المنتمين إلى هذه المجموعات تربطهم سمات معينة مشتركة أو أنهم في موقف يظهر معه تعرضهم بشكل أكبر للتمييز العنصري. وهؤلاء المجموعات «عرضة للخطر» لأن هذه الخلفيات مدعاة التمييز العنصري قد أغفلت أو أنها لم تعالج بالشكل الكافي

أيقونة الفيديو:

تشير إلى قناة يوتيوب التعليمية؛ إعادة التأهيل المبكر أثناء الصراعات والكوارث.

<https://www.youtube.com/c/EarlyRehabilitationinConflictsandDisasters>



أيقونة صفحة الويب:

تشير إلى موارد الويب المرفقة والمصممة بهدف استخدامها في بنات الصراعات والكوارث؛

متوفرة على <https://ar.disasterready.org/>



منظمة أهلية دولية، كانت سابقًا باسم «كريستشان بلايند ميشن»	:CBM
إعادة التأهيل المجتمعي	:CBR
التاريخ الدوائي	:DH
منظمة الأشخاص ذوي الإعاقة	:DPO
الفريق الطبي للطوارئ	:EMT
منظمة الإنسانية والدمج (سابقًا هانديكاب إنترناشونال)	:HI
البلدان مرتفعة الدخل	:HIC
لجنة المعايير المشتركة الدولية	:IASC
اللجنة الدولية للصليب الأحمر	:ICRC
منظمة غير حكومية دولية	:INGO
البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل	:LMIC
مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية	:OCHA
الفريق متعدد التخصصات	:MDT
التاريخ الدوائي	MH:
الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي	:MHPSS
الجمعية النيبالية للعلاج الفيزيائي	:NEPTA
منظمة غير حكومية	:NGO
التاريخ الطبي للمريض	:PMH
إصابة الجبل الشوي	:SCI
التاريخ الاجتماعي	:SH
الكارثة الفجائية	:SOD
الفريق الطبي للطوارئ المملكة المتحدة	:UKEMT
مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث	:UNISDR
الأمم المتحدة	:UN
المياه والصرف الصحي والنظافة العامة	:WASH
منظمة الصحة العالمية	:WHO

الفصل 1

مقدمة حول إعادة التأهيل المبكر أثناء الصراعات والكوارث

الأهداف:

مع نهاية هذا الفصل سيكون بوسعك:

- فهم مختلف أنواع الصراعات والكوارث ونماذج الإصابات الناتجة عنها
- فهم ما يعنيه إعادة التأهيل المبكر ودوره في محيط الصراعات والكوارث
- فهم أهمية الجاهزية لأخصائيي إعادة التأهيل
- لتعرف على الأفراد المنوطين بالاستجابات أثناء الصراعات والكوارث



الفصل 1:

مقدمة حول إعادة التأهيل المبكر أثناء الصراعات والكوارث

مقدمة

إن دور أخصائيي إعادة التأهيل استجابةً للصراعات والكوارث يتغير باستمرار، ولقد أتى تطوير اختصاصاتنا المهنية على غرار الأحداث والتداعيات العالمية التي خلقت حاجة ملحة إلى توفير الرعاية لعدد مهول من الأشخاص المصابين. بدايةً من استحداث اختصاصات إعادة التأهيل المبكر أثناء الحرب العالمية الأولى، وحتى ظهور برنامج إعادة التأهيل التابع للجنة الدولية للصليب الأحمر لضحايا الصراع والعنف المسلح عام 1979 ونشأة منظمة هانديكاب إنترناشونال عام 1982 على حدود تايلاند/كامبوديا لمساعدة ضحايا الألغام الأرضية، وانتهاءً بالتقدم السريع في إعادة تأهيل مصابي الحرب من المسؤولين العسكريين في بعض البلدان في أوائل القرن الحادي والعشرين⁽¹⁾، واختصاصاتنا في تطور للوفاء بمتطلبات هذا العالم المتغير. والدروس المستفادة من الكوارث الأحداث التي تلتها، مثل زلزال هايتي 2010 ونيبال 2015، أكدت على أهمية دمج إعادة التأهيل ضمن استجابات الطوارئ للكوارث وكذلك الصراعات.

ومع تعزيز الجاهزية والاستجابة الطبية للطوارئ، والتحسينات في الرعاية الطبية على أرض المعركة والتطور المستمر في التنسيق الصحي للحالات الإنسانية، نحن الآن نواجه مفارقة في أننا نتحسن أكثر وأكثر في إنقاذ الأرواح البشرية أثناء الصراعات والكوارث إلا أننا لا يزال أمامنا شوطاً كبيراً نقطعه تجاه إعادة التأهيل الفعال اللازم لتغيير حياة هؤلاء الناجعين. ورغم أنه في العديد من البلدان يأتي تبني إعادة التأهيل في أسرع وقت ممكن لرعاية المريض، وهو الأمر شائع الحدوث في الصراعات والكوارث، إلا أنه مع وجود أرقام مهولة أو مع انعدام الأمن، يظل إعادة التأهيل فكرة ترد لاحقاً. وحتى في ظل وجود أطباء العلاج الطبيعي، ينقصهم أحياناً مهارات التعامل مع الصدمات الكبرى للعمل بشكلٍ فاعل. ونجد المرضى الذين يفوتهم إعادة التأهيل المبكر الجيد عرضةً لخطر متزايد في تطوير مضاعفات أو تحقيق نتائج ضعيفة أو فقدان المتابعة على الإطلاق.



ما هي الكوارث والصراعات؟

الكوارث:

عند التفكير في الكوارث، غالباً ما نفكر تلقائياً في الظاهرة التي تسببت فيها - مثال ذلك الزلازل، الإعصار أو الفيضان. وحقبة الأمر، على الرغم من أن هذا الحدث يسمى ببساطة «خطر» - وأن الكارثة ذاتها تنجم عن مزيج من الخطر وتعرضنا لتلك الظاهرة الخطيرة (مثال ذلك: ما إذا كنا نعيش في المنطقة المتضررة أم لا) وقابلية تعرضنا للخطر (مدى جاهزيتنا له أو قدرتنا على التخفيف منه). لشرح هذا، يمكننا تناول اثنين من الإعصارات الاستوائية (الأخطار) عام 2019 لهما نفس سرعات الريح، واحداً في موزمبيق (بيئة منخفضة الدخل وجاهزية منخفضة) والذي أودى بحياة 1,297 شخصاً والذي لاقى استجابة طبية ضخمة للطوارئ على الصعيد العالمي، وواحداً في اليابان (بيئة مرتفعة الدخل وجاهزية عالية) تسبب في وفاة 86 شخصاً ولم يكن هناك نداءً لأي مساعدة طبية دولية لتلك الحالة الطارئة. فالأمر ببساطة هو أن الكارثة تحدث عندما يخلف الخطر تأثيرات على الأشخاص الذين لديهم عرضة لذلك.

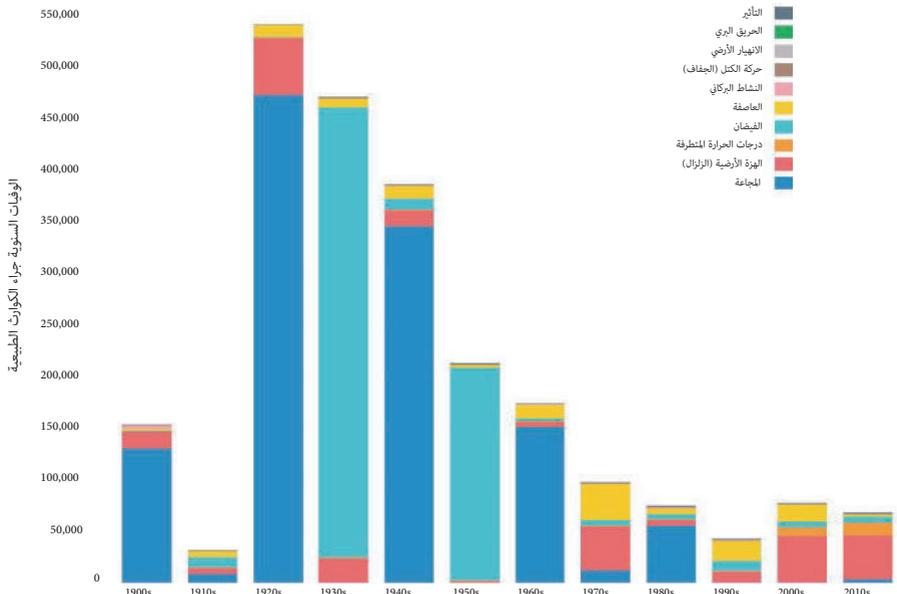
وتعرف الكارثة رسمياً من قبل مكتب الأمم المتحدة للحد من أخطار الكوارث على النحو التالي: الشلل الخطير لوظائف الحياة داخل مجتمع أو مجموعة ما بأي مقدار كان، نتيجة لوقوع أحداث خطيرة تتداخل مع ظروف التعرض وقابلية التعرض والقدرة كذاً، مما يؤدي إلى واحداً أو أكثر مما يلي: خسائر أو تأثيرات في الأرواح البشرية، المواد، الأوضاع الاقتصادية والبيئية.

وهذا ما يقودنا بدوره إلى المعادلة التالية: الكارثة = الخطر X مدى قابلية التعرض للمخاطر X التعرض

والآن نعي بأن أهمية مدى قابلية تعرض الأشخاص للمخاطر والتعرض ذاته لا تقل عن أهمية الخطر ذاته إذا ما فكرنا في حدة الكارثة. ويمكن تفسير مدى قابلية التعرض للمخاطر والتعرض على مستوى الأفراد والمجتمعات والأقاليم والمحليات. تزيد اتجاهات التحضر وتزايد السكان من التعرض للأخطار؛ في حين أن عوامل مثل السياسات، القوانين، الجاهزية، الوضع الاقتصادي، التدهور البيئي، البنية التحتية، جودة الإنشاءات، قوة النظام الصحي، والوضع الصحي والتعليمي قد تؤثر جميعها على مدى قابلية تعرض الأشخاص للمخاطر. وهو ما يشرح لنا كذلك السبب في كون الوطأة الاقتصادية وتأثر الأفراد بفعل الكوارث خلال العشر سنوات الماضية من نصيب الدول منخفضة الدخل. وبشكل بالغ الخطورة نجد أن البلدان منخفضة الدخل غالبًا ما يكون لديها أنظمة صحية واهية، وما يعنيه ذلك هو تردّي في نوعية وكمية خدمات إعادة التأهيل. وإضافةً إلى ذلك، في كثير من الحالات يتحالف كل من الكارثة والصراع في آنٍ واحد، مما يضاعف ويزيد من مدى قابلية التعرض للمخاطر والتعرض ذاته. كل كارثة تختلف بطبيعتها، لكن من خلال فهم الاتجاهات الأساسية سنتمكن من التجهز والاستجابة لها بشكل أفضل.

الرسم البياني 1: الوفيات العالمية السنوية جراء الكوارث، على مدار 10 سنوات

العدد المطلق للوفيات العالمية نتيجة الكوارث الطبيعية، سنويًا. هذا هو المتوسط السنوي لكل عقد (أي من أوائل التسعينيات وحتى أوائل القرن العشرين (1900 - 2000)؛ ويليها ست سنوات من 2010 إلى 2015)



المصدر: قاعدة بيانات طوارئ الكوارث (EMDAT)؛ قاعدة بيانات الكوارث الدولية (OFDA/CRED)، جامعة لوفان الكاثوليكية - بروكسل. تمّوز البيانات متّاح على OurWorldInData.org. سجد البحث وتصوّرات أكثر حول هذا الموضوع. مرخص بموجب CC-BY-SA بواسطة المؤلفين حنا ريتشي وماكس روزز.

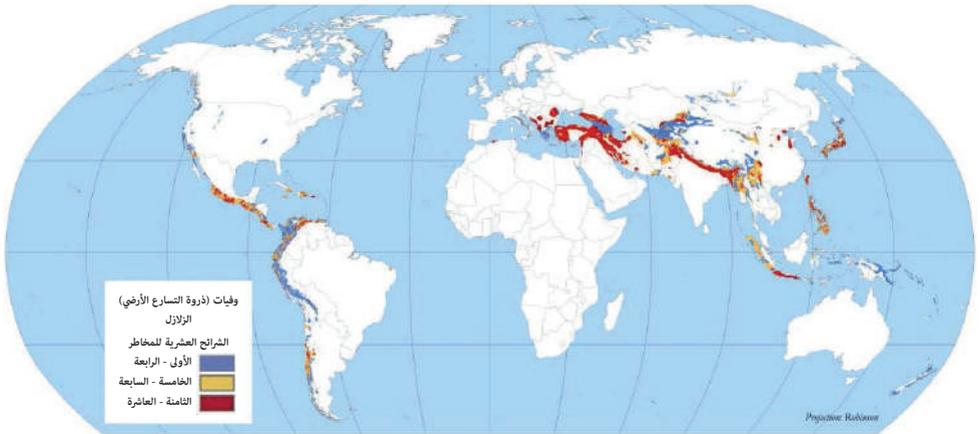
الكوارث الفجائية (SODs)

الكوارث الفجائية هي في العادة نتيجة الأخطار المباشرة، على الرغم من أن المصطلح «فجائي» قد يكون مضللاً؛ مع التقدم في تلقي تحذيرات حول العواصف الكبرى ومعرفة الأماكن التي من المحتمل أن تقع بها الزلازل الضخمة. تسهم عدة عوامل في مدى اختلاف نوع الإصابات وتوزيعها:

- نوع و حدة الخطر
- الوقت من اليوم
- الجاهزية المحلية والتخفيف من المخاطر، بما في ذلك جودة وكثافة المباني.
- مستوى البنية التحتية الصحية

وخلال جميع تلك المخاطر، يجب أن نتذكر جيداً بأن تأثيرها الصحي لا يقتصر على الوفيات والإصابات التي تسبب فيها مباشرة، لكن كذلك في الضرر والشلل الذي يصيب الجهاز الصحي القائم.

الزلازل: ما بين 2010 و2019، أودت الزلازل بحياة 350,000 فرد وإصابة أكثر من 1,000,000 واحد حول العالم. تتفاوت الأرقام والأعطال بين الأحداث، إلا أن معدل الوفيات إلى معدل الإصابات عادةً ما يكون حوالي 1:3 أو 1:4. وتشمل العوامل الوقت من اليوم، والمواد المستخدمة في المباني وعمق وقوة الزلازل التي تؤثر على نوع وعدد الإصابات. إصابات العظام تشكل جملة عيب الإصابات، وتشير الأرقام في الماضي إلى أن 65% منها كانت كسور (الطرف السفلي في الغالب)، مع بعض الإصابات الأخرى مثل متلازمة



يمكن التوصل إلى مخاطر الوفيات عند موازنة قيمة تعرض السكان إلى الزلازل لكل خلية شبكية يعامل مدى قابلية التعرض لأجل تقييم الخطر. يستند قياس مدى قابلية التعرض إلى تاريخ الخسائر في الكوارث السابقة. ويتم تطبيق تقييمات الوفيات على تعرض السكان من أجل التوصل إلى مخاطر احتمال حدوث الوفيات. تلك التقييمات مؤثر مجتمعة يتعلق بالخسائر داخل كل منطقة وكل طبقة غنية للدولة (التصنيفات تستند إلى إجمالي 2000 حصيلة محلية) خلال فترة 20 سنة (1981 - 2000).

المصدر: ديلي، ماكس، وورث اس تشين، أوي ديتشمان، آرثر جيه، ليرنر-لام، وماجريت أرنولد. 2005. نقاط النقاء الكوارث الطبيعية: تحليل المخاطر العالمية. واشنطن العاصمة: البنك الدولي.

هذه الوثيقة مرخصة بموجب رخصة المشاع الإبداعي 3.0. <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>
حقوق الطبع والنشر لعام 2005 محفوظة لصالح البنك الدولي للإنشاء والتعمير/ البنك الدولي وجامعة كولمبيا.

الحيز، إصابات الأنسجة اللينة البالغة ومتلازمة الهرس. بعض الإصابات الأخرى التي لوحظت كانت البثور، إصابات الحبل الشوكي وإصابات الدماغ الرضية، على الرغم من أن الأرقام المشوهة قد تختلف حسب عدد من العوامل المحلية الإضافية والتي تشمل سرعة وجودة الاستخلاص ووفرة الرعاية المركزة الملائمة والتدخلات الجراحية. وتشيع المضاعفات الناجمة عن إصابات الهرس مثل انحلال الريدات ومتلازمة الحيز. وقد تحدث الحروق نتيجة لحرائق ثانوية، صدمة كهربائية أو جراء ممارسات الطهي المحلية (أثناء وبعد الكارثة).

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة لمزودي خدمات إعادة تأهيل للطور الحاد: تضرر البنية التحتية الصحية على نطاق واسع، العدد الهيب من مرضى الصدمات المعقدة، التهجير الداخلي الذي يخلق بيئات إخلاء تشكل تحدي وخطر مستمر لما بعد الصدمات والكوارث الثانوية، مثل الانهيارات الأرضية.

الصورة 1: ما بعد الزلزال في نيبال، 2015؛

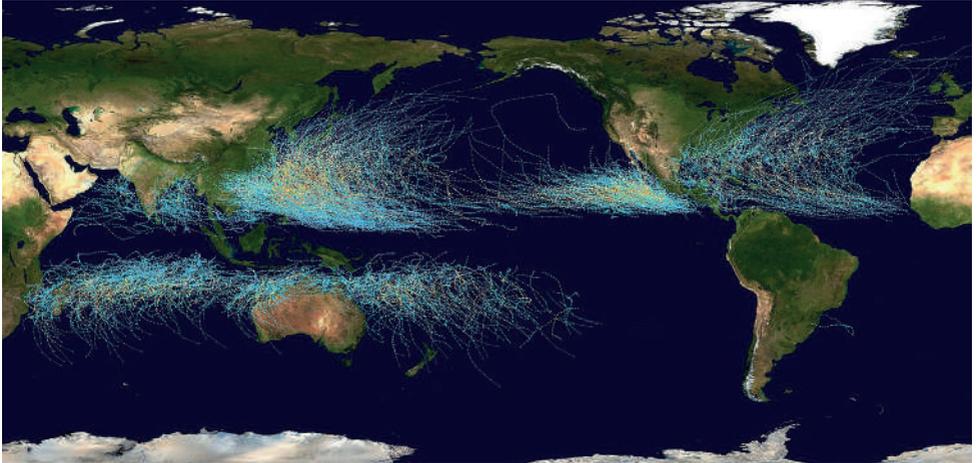
سيدة واقفة خارج منزلها

© ويليام دانيالز / هانديكاب إنترناشونال



الإعصارات الاستوائية: تعرف باسم الزوايا والأعاصير والتيفون وذلك حسب مكان ظهورها في العالم، وهذه العواصف تحدث عادةً في المواسم وتستمر لعدة أيام في توغلها، على الرغم من أن مساراتها قد تتغير.

الرسم البياني 3: الإعصارات الاستوائية



معظم البيانات حول معدل الوفيات والإصابات جراء الأعاصير تأتي من البلدان عالية الدخل، إلا أن الأرقام توضح أن معظم حالات الوفاة والإصابات لا تنشأ في العادة عن الرياح بشكل مباشر، لكن بفعل التوابع والمضاعفات مثل الفيضان والانهييارات الأرضية، عرام العواصف في المناطق الساحلية يكون خطيراً بالتحديد. الكدمات والتمزقات (وبشكل خاص التي تصيب الرأس والأطراف) هي أكثر الإصابات المتواردة في التقارير، وبالأخص في الأعاصير القوية التي تكون فيها الملاجئ محدودة بالمكان. الإصابات الخطيرة مثل الكسور قد تشكل نسبة قليلة تبلغ 1% من جميع الإصابات، وكما هو الحال مع الزلازل، ربما يكون هناك نسبة بالغة من الإصابات غير المباشرة التي يتم الإبلاغ عنها، مثل الكدمات والحروق وكذلك الإصابات التي تحدث أثناء أنشطة التنظيف، ومن المعروف في الزلازل كذلك أن الجاهزية لها تخفض أعداد الوفيات والإصابات بشكل كبير.

تفاوت مقاييس قياس الأعاصير الاستوائية حسب مكان وقوعها من العالم، إلا أن مقياس سفير-سيمبسون للأعاصير يقدم شرحاً مفيداً حول تأثير سرعات الرياح:

الرسم البياني 4: مقياس سفير-سيمبسون للأعاصير



الفئة 2

سرعة الرياح 154 - 177 كم/س (96-110 م/س) الأضرار الممتدة.



الفئة 1

سرعة الرياح 119 - 153 كم/س (74-95 م/س) بعض الأضرار وانقطاع الكهرباء.



الفئة 4

سرعة الرياح 209 - 251 كم/س (130-156 م/س) تضرر المنازل جيدة البنية بشكلٍ حاد، حيث هبت الأشجار فوقها.



الفئة 3

سرعة الرياح 178 - 208 كم/س (11-129 م/س) الضرر الأكبر كان من نصيب المنازل جيدة البنية



الفئة 5

سرعة الرياح 252+ كم/س (156+ م/س) تحطمت العديد من المنازل، توقف حركة الطرق الرئيسية.

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة لمزودي خدمات إعادة التأهيل للطور الحاد: تضرر البنية التحتية عبر منطقة شاسعة، التناقم على نطاق صغير في حالات الصدمة المعقدة، التهجير الداخلي الذي يخلق بيئات إخلاء تشكل تحدي. الزيادة الهيبية المحتملة للأمراض المعدية.



الصورة 2: إعصار إيداي الاستوائي (موزمبيق، 2019) © سي.بريادي/هانديكاب إنترناشونال

الأعاصير القمعية: قد تسبب الأعاصير القمعية في الوفاة والإصابات، وخاصة إذا ما ضربت مناطق فيها منازل واهية البنية. الإعصار القمعي الذي وقع في المناطق الجنوبية من نيبال في مارس 2019 (أول إعصار قمعي ثبت حدوثه في نيبال) أودى بحياة 28 شخصاً وإصابة ما يزيد عن 1,000، بينما قُدرت الوفيات في الإعصار القمعي الذي اجتاح دكا (بنغلاديش) عام 1989 بأكثر من 1,000 شخص وإصابة ما يقرب من 12,000. تحدث الأعاصير القمعية بشكل متكرر للغاية في أمريكا الشمالية، وبالأحرى في المناطق الوسطى والشرقية الجنوبية من الولايات المتحدة، وكذلك في أفريقيا الجنوبية والمناطق الغربية الشمالية والشرقية الجنوبية من أوروبا، وغرب أستراليا والشرق الجنوبي منها، ونيوزلندا، وبنغلاديش والهند الشرقية المجاورة لها، وشرق الصين والمناطق الشرقية الجنوبية من أمريكا الجنوبية. البيانات حول الإصابات محدودة. كشفت دراسة أجريت في الصين على 451 مريضاً أثناء الإعصار القمعي 2016 أن معظم الإصابات كانت طفيفة. أغلب الإصابات كانت إصابات طفيفة وإصابات الأنسجة اللينة، على الرغم من وجود إصابات الرأس بنسبة (46.63%) والأطراف السفلية (29.43%) وأكثر من ثلث الإصابات كانت كسوراً.

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة لمزودي خدمات إعادة التأهيل للطور الحاد:
الأضرار الموضعية للبنية التحتية، التفافم في حالات الصدمة المعقدة والإزاحة.

الصورة 3: مستجيبون إنترناشونال هانديكاب يقدمون إعادة تأهيل مبكر في المنطقة عقب الإعصار القمعي نيبال © هانديكاب إنترناشونال



الفيضانات: قد يحدث الفيضان نتيجة للأعاصير الاستوائية أو سقوط الأمطار الغزيرة لفترة طويلة أو بسبب إخفاقات البنية التحتية للحرارة، مثل السدود. الفيضانات هي أكثر المخاطر الطبيعية الشائعة حول العالم، مع كون الغرق هو أول مسبب للوفاة. تبين الدراسات أن غالبية الإصابات تكون في شكل تمزقات خفيفة من أثر الانقراض العائمة، مع خطر عالٍ لحدوث العدوى. مياه الفيضانات مياه شديدة التلوث في العادة ويحتمل تلوث الجروح المفتوحة الحادة. المشكلات الصحية طويلة المدى، مثل انتشار الأمراض المنقولة وتأثر الوصول إلى منشآت الرعاية الصحية، وهو ما قد يسبب مشكلات أكثر من الإصابات المزمعة.

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة لمزودي خدمات إعادة التأهيل للطور الحاد: تضرر البنية التحتية الصحية، تفشي الإصابات على نطاق صغير في حالات الصدمات التي تحمل معها مخاطر عالية للعدوى، التهجير الداخلي الذي يخلق بيئات إخلاء تشكل تحدي، خطر تفشي الأمراض المعدية.



الصورة 5: تدخل هانديكاب إنترناشونال أثناء الفيضانات في ولاية جامو وكشمير، 2014 © هانديكاب إنترناشونال



الصورة 4: مركز إخلاء الأماكن المزدحمة أثناء فيضانات سريلانكا، 2015 © هانديكاب إنترناشونال

الإنهيارات الأرضية: تكون فيها نسبة الوفيات إلى الإصابات مرتفعة (4.5:1). معظم حالات الوفاة تحدث بسبب الاختناق، وتفاوتت إصابات الناجين ما بين إصابات الرئة والصدر وإصابات الحوض والأكثر شيوعًا هو: الكدمات الطفيفة والتمزقات. كشفت مراجعة مؤخرًا للإنهيارات الأرضية في بنغلاديش عام 2017 تسجيل عدد ضخم من الإصابات البسيطة. ويرى الكاتب أن قدرة العلاج بإعادة التأهيل البدني في الإنهيارات الأرضية المستقبلية قد تزيد عن طريق توفير التدريب على المهارات الفنية لإعادة التأهيل للمستجيبين للطوارئ وتعبئة هيكل الاستجابة للطوارئ بأفراد متخصصين في إعادة التأهيل و/أو فرق من محترفي إعادة التأهيل.

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة لمزودي خدمات إعادة التأهيل للطور الحاد: تفشي الإصابات على نطاق صغير في حالات الصدمة المعقدة، التهجير الموضعي يخلق بيئات إخلاء تشكل تحدي.

تسونامي: ينتج بفعل إزاحة أمواج عملاقة من المياه، وهو ما ينشأ في الأغلب بسبب الزلازل. تكون فيه نسبة الوفيات إلى الإصابات مرتفعة (4:1) حيث يكون الغرق هو المنتسب في جميع حالات الوفيات تقريبًا. وتفيد التقارير بأن نسب ضخمة من الإصابات تكون في شكل رضوض طفيفة بالأطراف، والتي تشمل التمزقات وكذلك الكسور البسيطة. وبسبب الرعاية المتأخرة عن وقتها، وبيئات الإخلاء التي تشكل تحدي والجروح الملوثة، يشيع انتشار العدوى. ومن الجدير بالذكر أن التأثير الصحي المناوئ الشائع بعد تسونامي هو الالتهاب الرئوي، نتيجة استنشاق مياه البحر. ولهذا مضاعفاته مما يستلزم معه العلاج التنفسي. وفي حال اجتياح تسونامي لمنطقة متضررة بزلزال ما، من المحتمل أن يضطر المستجيبين إلى إدارة كلا الحدثين في آن واحد.

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة لمزودي خدمات إعادة التأهيل للطور الحاد:

تضرر البنية التحتية الصحية في المناطق الساحلية المنخفضة، تفتي الإصابات على نطاق صغير في حالات الصدمات التي تحمل معها مخاطر عالية للعدوى، مستلزمات الرعاية التنفسية المحتملة.



الصورة 7: ما بعد تسونامي لدى إحدى مستشفيات إندونيسيا، 2004
© إيه.سيموناري/هاندريكاب إترناشونال



الصورة 6: تواجب تسونامي في إندونيسيا، 2004
© بي.موري/هاندريكاب إترناشونال

الثورات البركانية: يشيع وقوع المدن الحضرية الكبرى على مقربة من البراكين، وبما في ذلك نابولي والبلديات الكبرى في المكسيك، اليابان والفلبين، مع أعلى كثافات سكانية إلى جوار البراكين في الشرق الجنوبي من آسيا وأمريكا الوسطى. وحاليًا لا يوجد سوى دليل محدود على أرقام الوفيات والإصابات، مع وجود اختلافات هائلة بين الاندلاعات البركانية. ومع كون متوسط الوفيات/الإصابات هو 0.63 أمرًا مسلمًا به، إلا أن الوفيات الناتجة عن الثورات البركانية وعلى وجه التحديد جراء مضاعفات الجهاز التنفسي قد لا تؤخذ في الحسبان كما ينبغي. الأسباب التي تتصدر الوفاة هي الاختناق من الرماد البركاني، والإصابات الحرارية جراء تدفق الحمم البركانية والصدمة. إصابات الصدمات أقل شيوعًا، إلا أنها قد تشمل الحروق أو الصدمة جراء تأثير القذائف البركانية أو انهيار الأسطح التي يغطيها الرماد البركاني. تم توثيق المضاعفات التنفسية جيدًا وعلى الأخص لتلك الحالات التي لديها تاريخ مرضي سابق بالجهاز التنفسي.

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة لمزودي خدمات إعادة التأهيل للطور الحاد:

التفاقم المحتمل في حالات الحروق، تفتي الإصابات على نطاق صغير في حالات الصدمة المعقدة، التفتي الأكثر انتشارًا في المضاعفات التنفسية.

الكوارث المفجعة

الكوارث المفجعة هي الناتجة بالكامل أو بشكل كبير عن أنشطة البشر واختياراتهم. وقد تنشأ هذه الكوارث جراء المخاطر الكيميائية أو النووية أو الإشعاعية وكذلك مخاطر النقل. وتتضمن الأمثلة التلوث الصناعي، الإشعاع الأيوني، النفايات السامة، انهيار السدود، سقوط المباني، حوادث المواصلات، انفجارات المصانع، الحرائق والتسربات الكيميائية.

دراسة حالة: انهيار مصنع الملابس في دكا 2013 (يعرف كذلك بانهيار رنا بلازا) حدث بسبب انهيار البنيان في 24 أبريل 2013 في بنغلاديش، حيث كان هناك مبنى تجاري 8 طوابق يسمى رنا بلازا. الكارثة تسببت في مقتل 1,134 شخصًا، وما يقرب من 2,500 مصابًا.

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة في تقديم إعادة التأهيل: ويتفاوت هذا بشكل كبير حسب الخطر. ربما يكون هناك حاجة لإعادة تأهيل متخصصة (كما هو الحال في الحروق) والمنشآت الصحية المحلية التي تفوق قدرتها على الاستيعاب. قد يتأثر موظفي الرعاية الصحية (أو أفراد الأسرة) كذلك. ربما يكون للخطر تأثيرات غير معروفة على المدى البعيد، وبالتالي يتطلب احتياجات غير معروفة لإعادة التأهيل المتوسطة أو على المدى البعيد. ربما يكون هناك متطلبات إضافية لعزل المرضى المتضررين من مخاطر معينة - مما يضع تحدي أكبر على كيفية العلاج.

الصراع والهجمات الإرهابية

الصراع: حاليًا يعج العالم بعدد مهول من الصراعات المسلحة، والتي من بينها تلك التي تضم أطراف متحاربة داخل الولاية الواحدة (الصراعات المسلحة غير الدولية) وتلك التي تشمل على قوات مسلحة من ولايتين أو أكثر (الصراعات المسلحة الدولية). كان هناك 52 من الصراعات النشطة في 36 دولة مختلفة عام 2018، وهو ما تسبب في وفيات وإصابات وتهجير ومعاناة على صعيد ضخم. وفيات وإصابات غير مباشرة بفعل تدمير البنية التحتية (بما في ذلك استهداف المنشآت الصحية على وجه التحديد)، تهجير الشعوب وانعدام أو نقص الطعام والشراب.

يتفاوت نوع وتأثير الصراع بشكل هائل. وتتفاوت الأسلحة من السكاكين والمناجل إلى الأسلحة المتفجرة القادرة على إحداث تدمير شاسع. ونجد أن المصابين والمقتولين هم من المدنيين وأعضاء الجماعات المسلحة على حدٍ سواء. ومنذ عام 2013، ما يزيد عن 90% من الضحايا بفعل الأسلحة المتفجرة المستخدمة في المناطق الأهلة بالسكان كانت من المدنيين.

وإذا ما قارناها بالكوارث، نرى الصراعات يقل التنبؤ بها في الغالب، والتي في كثير من الأحيان لا تكون مصحوبة بتفاهق في حالات الصدمة. القيود الأمنية الإضافية، بما فيها استهداف الطاقم الصحي، تعني أن الصراع والصراع المطول وما يصحبهما من تهجير للسكان يشكل تعقيدًا رهيبًا أمام تقديم إعادة التأهيل المبكر. ربما يكون هناك تدفق مستمر للمرضى أو تفشي أعداد المرضى، وذلك حسب نشاط الصراع وتتفاوت آليات الإصابات ومدى تعقيدها وغالبًا ما تتطلب تدخلات متخصصة على المدى الطويل. وفي حين أن بعض مزودي خدمات إعادة التأهيل من المدنيين والعسكريين يعملون في قلب الصراع النشط، في بعض الحالات الأخرى لا يبدأ إعادة التأهيل إلا فقط عند إبعاد المرضى عن ساحة المعركة النشطة، مع السيطرة على المرضى ونقلهم إلى المناطق الأكثر أمانًا لتلقي الرعاية المحددة والتي تشمل إعادة التأهيل. مثال على ذلك، هو مسار الصدمات الذي استفادت منه منظمة الصحة العالمية في معركة الموصل 2016-2017.



يرجى مراجعة حوار اللجنة الدولية للصليب الأحمر/محدثات تيد المنقوله عن البرتو كايرو هنا حول أهمية الاستمرار في توفير خدمات إعادة التأهيل أثناء الصراع:

https://www.youtube.com/watch?v=1QX7aoxSTAQ&list=PLmFabOawOWJ0tdV_atNtwZU2QYf5ov2Kf&index=4

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة في تقديم إعادة التأهيل:

الوصول إلى الأشخاص المصابة، الأمان، الأمن، الإدخال إلى المستشفيات لفترات قصيرة جداً لتلقي الرعاية اللازمة لإنقاذ حياتهم فقط، التعطل في مسارات الإحالة، القيود على الموارد، الضائقة النفسية التي يمر بها المرضى وأطقم الرعاية الصحية، عدم التأكد من إعادة التأهيل على المدى الطويل، التحديات في تحديد إصابات المرضى، التحديات الأخلاقية، واستهداف أخصائيي الرعاية الصحية (انظر الفصل 2).

الهجمات الإرهابية: الإرهاب يظل مصطلحاً يثير النزاع بشكل كبير، لكننا هنا في هذه النشرة الإرشادية سنفسر الهجمة الإرهابية بأنها العمل الذي يستهدف المدنيين عمداً وبشكل عنيف في سبيل تحقيق أغراض سياسية أو أيديولوجية، وهو ما قد يحدث أثناء فترة السلم أو في ظل الحرب. وتشمل طرق الهجوم الأجهزة التفتيزية مثل العربات المفخخة، التفتيزيات الانتحارية أو العبوات الناسفة المرتجلة، هجمات الاشتباكات وجهاً لوجه باستخدام الأسلحة النارية أو السيوف والأجهزة الكيميائية أو البيولوجية أو الإشعاعية. وحسب الصراعات، يختلف نوع الإصابة ومضاعفاتها في إعادة التأهيل المبكر بشكل كبير للغاية.

دراسة حالة

تفتيز انتحاري ممانسستر أربنا 2017 الذي أدى إلى مقتل 22 شخصاً، وإصابة 800، تم إدخال 112 من بينهم إلى المستشفى. ونتج عن هذا التفتيز أثماناً مختلفة من الإصابات (وصدمات متعددة) لم تنظر إليها الفرق الطبية البعيدة عن موقع الحادث بشكل طبيعي، في حين أن المقياس (والحاجة إلى الرعاية الطبية المعقدة والجراحية وإعادة التأهيل بشكل مستمر) كان في حد ذاته كافيًا لإعاقة النظام الصحي بالمنطقة، وهو ما شدد على الحاجة إلى جاهزية تامة للفرق الطبية لأحداث الإصابات الهائلة، حتى في إطار المجتمعات مرتفعة الدخل.

المشكلات الأساسية

المشكلات الأساسية المحتملة في تقديم إعادة التأهيل:

تفتي موضوعي في حالات الصدمة الكبرى المعقدة بشدة والذي قد لا يكون بوسع الخدمات العامة والمتخصصة استيعابه.

وكما هو الحال في الكثير من الكوارث، تتسبب الصراعات والهجمات الإرهابية في أعداد رهيبية من ضحايا إصابات الصدمات المعقدة. وعلى الرغم من ذلك، تمثل الإصابات الناجمة عن الصراعات والهجمات الإرهابية تحديات فريدة من نوعها تختلف عن الكوارث السابق ذكرها، والتي يندر كذلك ملاحظتها أثناء الممارسات الطبية بعيدًا عن ساحات الصراع. عند العمل في ظل أوضاع الصراعات من المهم فهم آلية الأسلحة المشاع استخدامها وأماط الإصابات المعتادة والتداعيات الجراحية وتلك التي تتطلب إعادة التأهيل. في طب الصراعات، يلعب مفهوم القذائف وانتقال الطاقة دورًا مهمًا. وباختصار، يعتمد مستوى الضرر الذي يلحق بالأنسجة على مدى كفاءة انتقال الطاقة بالقذيفة - سواء أكانت رصاصة أو شظية انفجار - الدليل الميداني للجنة الدولية للصليب الأحمر وجمعية دراسة التثبيت الداخلي للكسور «إدارة إصابات الأطراف أثناء الكوارث والصراع» يلخص هذا بشكل ممتاز.

https://icrc.aeducation.org/files/downloads/A_Field_Guide_Low_res.pdf

وتشمل القيود التي تشكل عائقًا أمام الرعاية الصحية كذلك عدم القدرة على الوصول إلى المرضى وغيرها من العوامل مثل انهيار البنية التحتية، قصور المستلزمات الطبية، نقص الموارد البشرية وتهديدات الاختطافات والهجوم. يمكنكم العثور على المزيد من المعلومات حول العمل وسط الصراع، بما في ذلك المبادئ الإنسانية والرعاية الصحية في الفصل 2.

يلخص الجدول التالي الإصابات الشائعة المرتبطة بالصراعات وتأثيراتها على إعادة التأهيل.

نوع الإصابة	المضاعفات التي تستلزم إعادة تأهيل
الأسلحة التفجيرية والإصابات الانفجارية التي تتبعها	ويشمل هذا القذائف، القنابل اليدوية، الأنغام الأرضية، العبوات الناسفة المرتجلة، الذخائر غير المنفجرة، أو مخلفات الحرب القابلة للانفجار. الإصابات الانفجارية هي الإصابات الناتجة عن عدة تأثيرات للأسلحة التفجيرية و«الضغط الزائد» الذي تخلقه. يوجد أربعة أنواع إصابات انفجارية: رئيسية، بفعل الانفجار ذاته والتي عادةً تلتف الرئتين والدماغ؛ ثانوية وهي الناتجة عن الانشطارات، التي قد تكون في شكل غلاف القنابل، أو الشظايا أو حتى الحصى المتناثر؛ الإصابات الإقليمية للأشخاص الذين يتطايرون بفعل الانفجار، وأخيرًا الإصابات الرباعية التي تحدث بفعل أشياء أخرى ناجمة عن الانفجار، مثل الحروق أو الإصابة جراء الاستنشاق. تستفعل التأثيرات المدمرة للانفجارات في المساحات المغلقة، مثل المباني أو وسائل النقل العام، حيث تمر موجة الانفجار بعدة انعكاسات وتُحدث وفيات أكبر. الإصابات الشائعة تشمل إصابة الرئة الانفجارية وانتقاب الغشاء الطلي (الأكثر حدوثًا في المساحات المغلقة)، الكسور، الجروح والحروق الغائرة. العلاج يكون في شكل الحد من الضرر والذي يتبعه، عند الإمكان إعادة بناء مطول. الصدمة الكبرى المعقدة (في بعض الأوقات تجمع ما بين الإصابة العصبية والعظمية والأنسجة اللينة)، الإصابات منسيه والتأثير النفسي المصاحب لإصابات الانفجار، جميعها قد يجعل إعادة التأهيل المبكر أمرًا معقدًا.

نوع الإصابة	المضاعفات التي تستلزم إعادة تأهيل
جروح الطلقات النارية	قد تسبب تلف غائر للأنسجة اللينة والعصب والعظام، باستثناء الجروح، يعتمد مستوى ومدى التخلف ودرجة التجويف على نوع السلاح والذخيرة وكذلك مسافة الاقتراب والمسار. قد يلزم إجراء استئصال شامل أو بضع اللقافة لتنظيف المواد الغريبة والأنسجة الميتة. تتصلب الخياطة الرئيسية للجروح بشكل متكرر نظرًا للإصابات عالية الزوجة حيث يتم الترقيع والخياطة خلال 3 إلى 5 أيام. الكسور عادةً ما تكون مهشمة بشدة.
الحوادث الكيميائية، البيولوجية أو النووية أو الإشعاعية (CBRN)	يتم تحديد التأثير الصحي بواسطة العامل وتركيز العامل ومسار التعرض، ومعدل التعرض وقابلية انتقال/ احتمالية انتشار العامل أو التلوث إلى آخرين. تشمل المسارات المحتملة للتعرض: الاستنشاق، الابتلاع، التشعيع، التعرض الجلدي من خلال الجلد السليم وغير السليم وكذلك الحقن. استخدام معدات الوقاية الشخصية (PPE) بعد أساسيًا لجميع العاملين، بما فيهم فرق إعادة التأهيل. التأثيرات على المدى البعيد للتعرض للحوادث الكيميائية، البيولوجية أو النووية أو الإشعاعية (CBRN) غير معروفة وقد يحتاج المرضى إلى متابعة وإعادة تأهيل لفترات طويلة.
هجمات السكان/المناجل	هجمات المناجل والبتور التي تصيب الناجين بفعلها أصبحت مثلاً للإبادة الجماعية في روندا وحرب مدنية في سيراليون في منتصف التسعينيات من القرن العشرين وحتى أواخره، واستمر استخدام تلك الأسلحة في الهجمات خلال مختلف الظروف والسيئات. وينتج عنها في الغالب رضوض بالأطراف العلوية والجذع والرأس والصدمة النفسية المصاحبة لهذا النوع من الهجوم قد تكون شديدة، بينما إصابة الدماغ الرضية يجب أن ينظر إليها مع فترات فروة الرأس.

تفشي المرض المعدي

على الرغم من عدم تصنيفه ضمن الكوارث الفجائية أو أسباب الصدمات الكبرى، يجدر بنا الإشارة إلى تفشي المرض المعدي والذي قد يحدث نتيجة (أو أنه يتفاقم بسبب) الصراع والكارثة. بعض حالات التفشي لها تدايعات خاصة تستلزم معها أخصائيي إعادة التأهيل، والتي تشمل الحمى النزفية الفيروسية (مثل الإيبولا)، الحصبة والإنفلونزا الوبائية. يعتمد تقديم إعادة التأهيل بشكل كامل على طبيعة المرض في حد ذاته، والظروف المناسبة له ومدى مهارة أخصائيي إعادة التأهيل. المرضى الذين يُعالجون في العزل الصحي أو الذين يعانون من حالة مرضية لفترة طويلة، قد تظهر عليهم مضاعفات ثانوية مثل تجلطات الدم، ضمور العضلات، الضعف وفقد قدرة التكيف. 70% من الناجين من الإيبولا ظهرت عليهم آلام بالجهاز العضلي الهيكلي وصعوبات وظيفية، بينما أن الدفقيريا قد ينتج عنها حالات من اعتلال الأعصاب مماثلة لمتلازمة غيلان باريه. وقد تؤدي الحصبة إلى التهاب رئوي حاد وكذلك التهاب الدماغ، وتؤثر على الأطفال بشكلٍ أخص، ليظهر الدور الهام للعلاج التنفسي الحادة المرزمنة في الأطفال. ومما لا شك فيه أن العلاج التنفسي له دورًا حيويًا في إدارة الإنفلونزا الوبائية، وبالأخص فيما يتعلق بإدارة اضطرابات إفراز الشعب الهوائية ودعم الحالات المتفاقم لديها أمراض تنفسية مزمنة. نظرًا للمخاطر المصاحبة للسيطرة على العدوى أثناء تلك الإجراءات، يجب أن يكون استعمال معدات الوقاية الشخصية (PPE) الملائمة هو الاحتراز الرئيسي استعدادًا لتلك الأحداث (انظر الفصل 3).

ماذا يقصد بإعادة التأهيل المبكر أثناء الصراعات والكوارث؟

في ظل البيئات الكارثية والمحتملة بالصراعات، يعد إعادة التأهيل جزءًا لا غنى عنه في تقديم الرعاية الصحية اللازمة على إثر وقوع الحدث، حيث يكون توفير إعادة التأهيل في حينه أمرًا ضروريًا للحصول على أفضل النتائج في تعافي المرضى. وحسب ما تراه منظمة الصحة العالمية: «إعادة التأهيل هي مجموعة من التدخلات التي تهدف إلى تحسين الوظائف الحيوية وخفض احتمالية الإعاقات لدى الأفراد الذين يعانون من ظروف صحية في انخراطهم مع البيئة حولهم».

وعلى مر التاريخ ظلت الرعاية الطبية الطارئة والاستجابات للحالات التي تتطلب جراحة في الخط الأمامي للطوارئ (وخاصةً في الاستجابة للصرعات والزلازل): مع اعتبار إعادة التأهيل في السابق فقط في المراحل المتأخرة. يتغير هذا مع فرض مفهوم «إعادة التأهيل المبكر» نفسه بشدة مؤخرًا ليكون ضمن الرعاية الطارئة الأولية في الاستجابات التي حدثت مؤخرًا وفي الإرشادات الدولية.

ومع ذلك، تكمن التحديات في تحديد ما تعنيه بإعادة التأهيل «المبكر»، وبالأخص في بيئات الكوارث. في الغالب، تعتبر البداية عند إدخال الحالات الحادة إلى المنشأة الصحية، لكن في الحالات الطارئة، بعض المرضى الذين يستلزمون إعادة تأهيل مبكر قد لا يتم إدخالهم مطلقًا إلى العيادات الداخلية، أو ربما يتم إخراجهم سريعًا نظرًا للسعة المحدودة للأسرة أو عدم كفايتها، وهو ما يعني أن إعادة التأهيل المبكر يبدأ فعليًا وسط المجتمع. كما يمكن تعريفه في ضوء التوقيت (بدايةً من الإصابة الأولية)، لكن ما الحال بالنسبة لمرضى نُقذ بعد أيام من احتجازهم في منزل جبلي منهار، يبعد مسافة أيام عن أقرب مستشفى؟ أو ماذا عن مريض يعاني من بترٍ ثانوي لم يتم العثور عليه لمنابحة حالته ولم يبدأ إعادة التأهيل سوى بعد شهر من الكارثة؟ هل لا زال هذا يُسمى بإعادة التأهيل المبكر؟

ولإتمام المقصد من هذا المصدر، سنعتبر إعادة التأهيل المبكر هو إعادة التأهيل المبدي الذي يحدث في أقرب وقت من وقوع الإصابة الأولية وبدء الرعاية الطبية للحالات الحادة. غالبًا ما يكون مشمولًا بعناصر وقائية وتأهيلية، مع التركيز بشدة على المريض وعلى تثقيف مقدم الرعاية، ومما يزيد الأمر تعقيدًا حقيقة أن هؤلاء المرضى المستقبلين للرعاية ربما لا يزالوا يعانون من وعكة صحية حادة. والهدف منه هو منع المضاعفات، تحسين احتمالية الاستشفاء الوظيفي على المدى البعيد وجودة الحياة كذلك، وخفض مدة مكوث المريض بالمستشفى والتأكد من إحقاقه بالمخدمات المستمرة. قد يشمل إعادة التأهيل على توفير أجهزة الحركة، رعاية الحروق الخطيرة والتجبير ورعاية حالة الكسر والبتر في الفترة ما قبل الجراحة، منع مضاعفات إصابات الحبل الشوكي والأعصاب، الحركة المبكرة والرعاية التنفسية، تثقيف المريض ومقدم الرعاية، إدارة الآلام والتخطيط أو التنسيق المدعوم لخروج المريض مبكرًا. توفير تلك الرعاية عقب وقوع الإصابة يساهم بشكل بالغ في تحسين النتائج لدى المرضى، إلا أنه كذلك يدعم تقديم الرعاية الصحية بشكل عام وذلك بتخفيف الوطأة على المنشآت الصحية المزدحمة، وتجنب إعادة إدخال المريض وتحسين خطة خروج المريض.

وعلى الرغم من أنه لم يأخذ حظه من التعريف، إلا أن إعادة التأهيل المبكر أثبت الآن مكانته في الإرشادات الدولية، والتي تشمل دليل سفير: الحد الأدنى من المعايير العالمية لتوفير استجابة إنسانية ذات جودة والفرق الطبية لحالات الطوارئ: الحد الأدنى من المعايير الفنية والتوصيات بشأن إعادة التأهيل.

يتفاوت طرف ومتطلبات وتحديات توفير إعادة التأهيل بشكل كبير بين موقف طارئ وآخر. بشكل عام، مع قبول مسار الصدمات لمنظمة الصحة العالمية (<http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/trauma-pathway-4.pdf>) ومواصلة تعزيز جاهزية الأنظمة الصحية المحلية والدولية، أصبحت

الاستجابة الجراحية والفورية للصدمات في ظل الصراع والكوارث أكثر فعالية وكفاءة. المرضى الذين لديهم إصابات مصيرية والذين كانوا على حافة الموت هم لا يزالوا على قيد الحياة الآن. يتضمن ذلك النتائج المحسنة في علاج المرضى، لكن فقط حال كان بإمكان إعادة التأهيل المبكر الاستفادة من هذه التحسينات.

حقائق خلف تقديم خدمات إعادة التأهيل في موقف يسوده الإصابات والخسائر حال الصراع أو الكارثة:

— ربما يفقد النظام الصحي القدرة على استيعاب أعداد المصابين أو يحدث به أضرار أو يتم تدميره - ويشمل هذا احتمالية إصابة أو قتل طاقم الرعاية الصحية ذاته

— قد تظهر على المرضى صدمة معقدة، يشمل ذلك الصدمة الكبرى

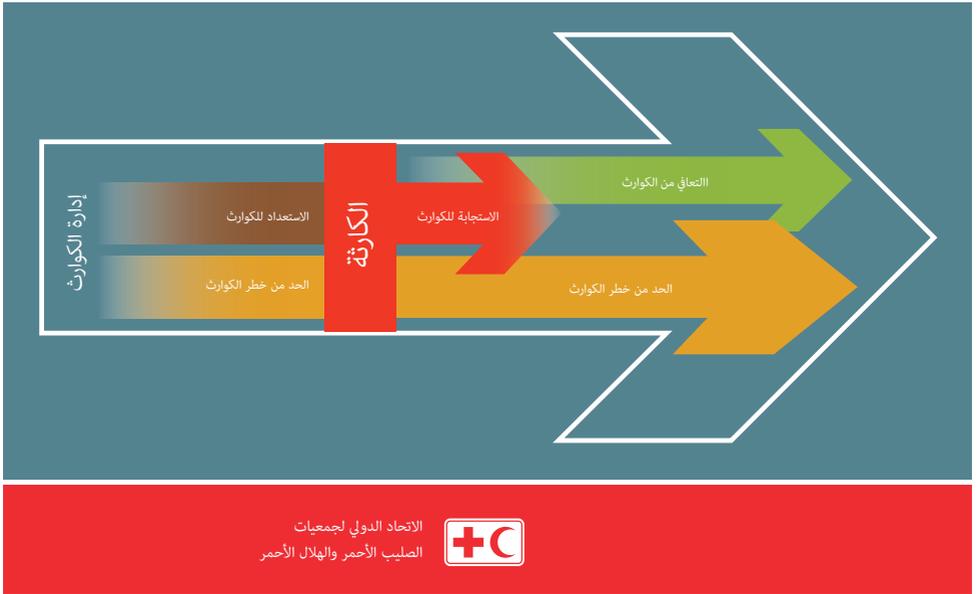
— وقد يتعرض المرضى إلى المكوث في المستشفى مدة أقصر عن المعتاد في أوقات الاستقرار - مما يؤدي إلى زيادة العبء على كاهل الرعاية المجتمعية

- ونظرًا للقصور في الموارد وضيق الوقت، قد تخضع الإصابات إلى إدارتها طبيًا أو جراحيًا بشكل لا يرقى للمستوى الأفضل أو بشكل معدّل، مع التقييد في الدخول إلى الخدمات مثل التصوير التشخيصي أو الجراحة المتخصصة
 - وكما أنه قد يكون هناك نقص في الإمداد بأجهزة إعادة التأهيل
 - ربما تتعطل أنظمة السجلات ومتابعة المرضى
 - قد تتضرر منازل المرضى أو تتهدم أو يتعذر دخولها، وهو ما يفرض تحديات على التخطيط للإخلاء الآمن
 - ربما يستجمع المشهد الكثير من الأدوار على الساحة، مع احتمالية حدوث لبس في التمييز ما بين القائمين على تقديم الخدمات وبين السكان أنفسهم
 - ربما يكون هناك مخاطر مستمرة تحيط بالسكان المحليين وعمّال الرعاية الصحية، إما بفعل الأخطار المتلاحقة أو الصراع المسلح المستمر
 - ربما يكون المرضى والأطعم الطبية تعرضوا أو يستمر تعرضهم لضائقة نفسية
- للدخول إلى محادثة مدتها ٣٠ دقيقة حول أخصائي إعادة تأهيل يعمل أثناء الصراع والكوارث، استمع إلى بودكاست العلاج الفيزيائي العالمي هنا، والذي يقدمه بيتر سكيلتون من هاندبكاب إنترناشونال: <https://globalphysio.ca/gp012-deployments-with-peter-skelton/>

ما هو دور أخصائي إعادة التأهيل أثناء الصراعات والكوارث؟

دورة إدارة الكوارث هي في الواقع حلقة متصلة من أربع مراحل: الجاهزية، الاستجابة، الاسترداد والتخفيف. وكل مرحلة تندمج مع ما بعدها، بحيث لا يمكننا تمييز البداية من النهاية.

الرسم البياني 5: دورة إدارة الكوارث



ولتحقيق الأغراض من إعادة التأهيل المبكر، ستركز هنا على دور أخصائي إعادة التأهيل في الجاهزية والاستجابة.

الجاهزية

بمقدور أخصائبي إعادة التأهيل المساهمة بشكل كبير في الجاهزية لإدارة الكوارث. ولهذا، يجب أن يكونوا على دراية بأية مخاطر معينة ومدى قابلية تعرض بلدهم/ منطقتهم، والتوابع المحتملة للكوارث التي قد تحدث. يجب أن يشمل هذا أنواع أمراض أو إصابات معينة يحتمل حدوثها، وكذلك سعة الاستجابة والتأثير المحتمل على خدمات الرعاية الصحية القائمة. يجب دمج إعادة التأهيل المبكر ضمن خطة الرعاية الصحية لإدارة الكوارث، بما يضمن استجابة متكاملة وأدوار واضحة لأخصائبي إعادة التأهيل من لحظة وقوع الكارثة ويكون لديهم مسارات إحالة مؤكدة للمرضى.

قاعدة بيانات المعلومات (www.inform-index.org) هي تقييم للمخاطر عالمي مفتوح المصدر في سبيل التصدي للأزمات الإنسانية والكوارث. فهي توفر نظرة عامة ممتازة لملفات المخاطر لكل دولة على حدة استناداً إلى احتمالية حالات الطوارئ وقابلية التعرض والقدرة على المواجهة للدولة.

هناك طريقة واحدة لاعتبار الجاهزية في إعادة التأهيل المبكر حال الطوارئ وهي النظر إليها من أربع نواحي: العاملين، الأجهزة، الأنظمة والأماكن:

العاملين	الأجهزة	الأنظمة	الأماكن
يجب أن تكون لديهم خطط جاهزية المسؤولين للاعتناء بأنفسهم وبذويهم على دراية بخطط الطوارئ المستندة إلى العمل (مما في ذلك الإخلاء) يمكن حشدهم سريعاً حال حدوث طارئ (أحياناً عن طريق جدول خدمة إقليمي أو محلي) مديرين لإدارة كبرى الصدمات (أو الأحداث الصحية المرتبطة بحدث محتمل وقوعه) كجزء من فريق عمل. يعرفون أدوارهم (كما يفهم كذلك زملائهم أدوارهم).	يكون هناك مخزون من الأجهزة لإدارة الطوارئ العاجلة (الكراسي المتحركة، العكازات، الجبائر، الضمادات وما إلى ذلك) توفر الأجهزة لخلق فائض أو أماكن عناية متوسطة (انظر الأماكن)	إعادة التأهيل مضمولاً في خطط إدارة الطوارئ للحالات الصحية على المستوى المحلي والقومي المعرفة بشأن مقدمي خدمات/ خدمات إعادة التأهيل وقدراتهم وضع البروتوكولات الأكلينيكية للفريق متعددة التخصصات في مكانها الصحيح يوجد نظام إدارة للمعلومات متفق عليه لقياس نوع الإصابة ومدى حدتها (وليس فقط معدل الوفيات) هناك مسارات إحالة لحالات الطوارئ متفق عليها في ظروف معينة (مثل الحروق، إصابة الحبل الشوكي، المرضى الذين لديهم بتور) هناك طرق متفق عليها للتمكن من تقييم الحاجة والقدرة الاستيعابية سريعاً عقب أي حادث	أماكن إعادة التأهيل القائمة ستستوعب الحالات وستستمر في العمل حال وجود أخطار محددة تحددت أماكن العناية المتوسطة تُعد العناية المتوسطة لإعادة التأهيل وللمريض المستقرة حالتهم إحدى وسائل تخفيف الضغط عن أماكن العناية المركزة حصر المرضى بإصابات معينة في شكل مجموعات (مثال ذلك: مرضى إصابة الحبل الشوكي)



الصورة 8: تم إطلاق مخزون الأجهزة في نيبال، 2015.
© برايس بلونديل/هانديكاب إنترناشيونال

يمكنك هنا الاطلاع على فيديو قصير نشره الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي حول أهمية الجاهزية:

https://www.youtube.com/watch?v=EgIVz6VrRV4&list=PLmFabOawOWJ0tdV_atNtwZU2QYF50v2Kf&index=2

يجب أن يتم تخطيط الجاهزية على مستوى الأفراد (الأشخاص) ومكان عملهم (المؤسسات التابعين لها) ومحل إقامتهم (إقليميًا ومحليًا). تعين الموارد البشرية والمؤسسية عبر جميع أرجاء قطاع إعادة التأهيل أمرًا بالغ الأهمية ويساعد في تقديم استجابة منسقة للكوارث؛ فهو يفيد متطلبات التدريب والتموضع المسبق للأجهزة. يمكن العثور على مثال على نموذج لخطّة جاهزية العاملين بنهاية الفصل.

مزيد من المعلومات المفصلة (ودراسات الحالة) المتعلقة بدور أخصائيي العلاج المهني والعلاج الطبيعي في الجاهزية والاستجابة للكوارث موجودة هنا:

العلاج المهني حال الحد من مخاطر الكوارث (الاتحاد العالمي لأخصائيي العلاج المهني)

<https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-in-disaster-risk-reduction-drr>

دور أخصائيي العلاج الطبيعي في إدارة الكوارث (الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي)

https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/reports/WCPT_DisasterManagementReport_FINAL_March2016.pdf

الاستجابة

أولى الأشخاص الذين يستجيبون للزلازل والكوارث هم المتأثرين بها، مع وصول الدعم المحلي أو القومي أو الدولي خلال الأيام والأسابيع الأولى. وقد تستمر مرحلة الاستجابة بدايةً من بضعة أيام إلى عدة أشهر وأكثر من ذلك بكثير في العديد من الزلازل. ويستند دور أخصائيي إعادة التأهيل في هذه المرحلة إلى طبيعة وحجم حالة

الطوارئ وخبرة وتدريب الأفراد وكذلك الصحة المحلية والبنية التحتية لإعادة التأهيل. في سيناريوهات الكوارث الفجائية، مثل الزلزال النيبالي عام 2015، والتي تم فيه إدراج إعادة التأهيل في خطط طوارئ الصدمات بشكلٍ ملائم، ولقد تم إشراك أخصائيي العلاج الطبيعي والمهني في الاستجابة منذ الساعات القلائل الأولى. وقد يحتاج أخصائيي إعادة التأهيل إلى العمل خارج بيئة عملهم المعتادة وفي منشآت الرعاية الصحية الأخرى والساحات المجتمعية مع الفرق الطبية المحلية والدولية للطوارئ.

وقد تشمل المسؤوليات حال الاستجابة الأولية ما يلي:

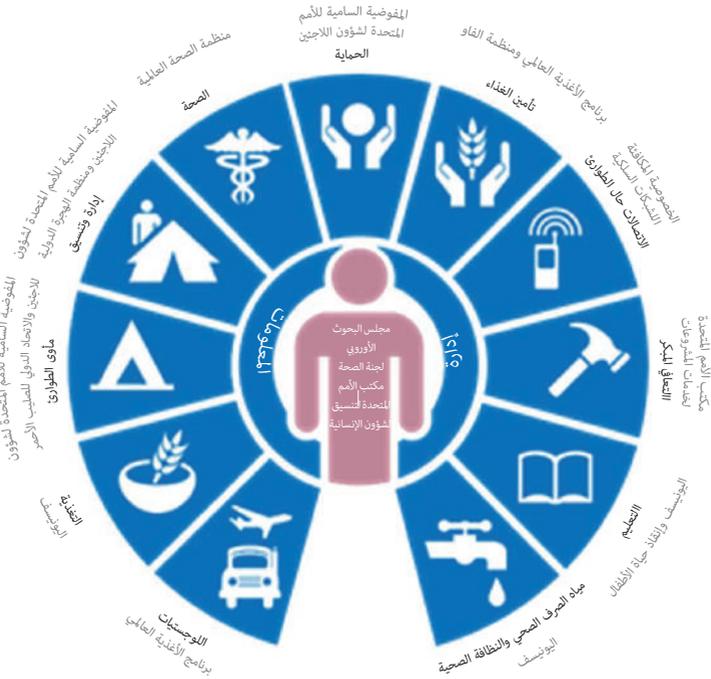
- إعادة التأهيل المبكر لهؤلاء الذين لديهم إصابات
- تقييم الأجهزة المساعدة والنصح بها وتكييفها وتوفيرها وكذلك توفير التدريب اللازم على استخدامها وصيانتها
- إخراج المرضى الحاليين سريعاً لتوفير الأسرة اللازمة لاستقبال مرضى الحالات الحادة
- تزويد المرضى ومقدمي الرعاية الصحية وغيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية بالإرشادات وبالتثقيف اللازم
- تنسيق إخراج المرضى والإحالات ومتابعة المرضى فور مغادرتهم لمنشآت الرعاية الصحية
- تقييم البيئات والتكيفات البيئية اللازمة لضمان سهولة الوصول
- كما أن هناك مسؤوليات إضافية حسب متطلبات الظروف وأخرى حسب مهارات وخبرة الأفراد. وقد تشمل ما يلي:
- إجراء تقييمات لمتطلبات إعادة التأهيل في ضوء الظروف الكارثي، تعيين الموارد المتاحة والفجوات وتنسيق استجابة إعادة تأهيل متكاملة على المستوى المحلي أو القومي
- فرز المصابين
- توفير الدعم النفسي اللازم، مثل المساعدة الأولية النفسية أو الإحالة لتلقي الخدمات الملائمة
- تحديد وتقييم الأشخاص الذين لديهم جوانب مخاطر معينة (مثل العمر أو النوع أو الإعاقة) ممن قد يجدوا صعوبة أكبر في تحصيل الخدمات أو تلقي الدعم
- توفر زملاء يمتلكون تدريباً متخصصاً بإعادة التأهيل سريعاً في مجالات متخصصة أكثر (مثل إصابات الجبل الشوكي)
- التدريب السريع للعاملين في المجتمع أو غيرهم من الأخصائيين أو المؤسسات، وذلك لتحديد الأشخاص الذين لديهم إعاقة وغيرهم ممن هم بحاجة إلى إعادة التأهيل
- في حال غياب مساعدة إعادة التأهيل - يأتي دور عمال الرعاية الصحية في القيام بالمهام التي ينفذها مساعدي إعادة التأهيل بشكلٍ تقليدي.
- مساندة تقديم خدمات إعادة تأهيل ذات جودة والاحتياجات الأساسية لهؤلاء المصابين، على مستوى المؤسسة والمستوى المحلي والقومي كذلك - بما في ذلك استخدام المعلومات الخاصة بالإصابات
- التأكد من تضمين الأشخاص المصابة وذوي الإعاقات في الاستجابة للحالات الطارئة ومراحل الاسترداد (وبخاصة اعتبار تقديم الخدمات على المدى الطويل والتثقيف والمعيشة والمأوى وإمكانية الوصول للخدمات)

القيادة والتنسيق حال الاستجابة

تكمن المسؤولية الرئيسية في تنسيق استجابة القطاع الطبي المحلي للكوارث لدى الحكومة المتضررة، والذي في العادة يكون بواسطة مركز القيادة والسيطرة، والذي يعرف باسم مركز عمليات الطوارئ الصحية العمومية (HEOC) أو سيكوم في الأمريكتين. في حين أن إعادة التأهيل ربما يكون من مسؤولية وزارة الصحة أو غيرها من الوزارات

الحكومية، فإن إعادة التأهيل المبكر يتم التنسيق له بالشكل الأفضل بنفس الآلية بوصفه الاستجابة الصحية العامة. وحث يوجد أعداد كبيرة من مرضى الصدمات بحاجة إلى رعاية مستمرة، قد يكون هناك حاجة إلى مجموعة متخصصة في إعادة التأهيل (أو مجموعة فرعية) يشترك كلاً من كوادر إعادة التأهيل المحليين والدوليين على حدٍ سواء في توفير هذا الهيكل القيادي لدعم التنسيق الفاعل والتأكد من الامتثال للإرشادات المحلية ومسارات الإحالة وجمع المعلومات. هناك بعض المواقف التي تعجز فيها آليات التنسيق المحلي على احتواء الموقف - نظرًا لحدة الموقف الإنساني أو عندما يتعذر على الاستجابة المحلية المتاحة أو قدرة التنسيق الوفاء بالمتطلبات بشكلٍ يرقى إلى المبادئ الإنسانية (انظر الفصل 2). كما أنه قد يشمل ذلك سيناريوهات أخرى مثل الصراع أو في حال انعدام الدولة ذات السيادة. وفي مثل هذه المواقف، ربما يتم تنفيذ النهج العنقودي للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC). العناقد هي مجموعات من المنظمات الإنسانية، تابعة للأمم المتحدة وغيرها، في كل قطاع من القطاعات الرئيسية للإجراء الإنساني، مثل المياه، الصحة واللوجستيات. منظمة الصحة العالمية هي المؤسسة الرائدة لعنقود الصحة، وعند إعلانها حالة التأهب، تتيح للمنظمات تنسيق وحشد المعلومات، مثل تقييمات الاحتياجات المشتركة، الفجوات والأولويات.

الرسم البياني 6: القيادة والتنسيق حال الاستجابة



الكوادر المشتركة في إعادة التأهيل المبكر

يستند مدى تنوع وكوادر إعادة التأهيل المشتركة في الاستجابة للطوارئ إلى مقياس حدة الكارثة، المستوى الموجود مقدّمًا من البنية التحتية للصحة/لإعادة التأهيل وقدرة الكوادر المحلية والإقليمية على استيعاب ذلك في الخدمات العاجلة وعلى المدى الطويل. قد تكون المراحل الأولى للاستجابة للطوارئ على مستوى ضخم فوضوية، وخاصةً عندما تكون خطط الجاهزية الواضحة مفقودة في مكانها الصحيح والبنية التحتية مدمرة. في المناطق المحتدمة بعدم الاستقرار والصراع، يحدث هذا الاضطراب بشكلٍ مطرد. من الضروري على الأفراد المستجيبين للكوارث فهم دورهم والمفهوم الأوسع للاستجابة الإنسانية، وعلى وجه التحديد المبادئ الإنسانية. الموقع التالي يضم مزيد من المعلومات الموصى بها حول هذا الموضوع، والعديد من الدورات متعددة اللغات كذلك: <https://ar.disasterready.org>.

الكوادر المتعارف عليها حال الطوارئ

المحلية

من الثابت بالدليل أنه أينما وُجدت محليًا، فإن طاقم إعادة التأهيل المحلي هم من سيوفرون حزمة هائلة من خدمات إعادة التأهيل المبكر. ولا ينصح باللجوء إلى المساندة الدولية الملائمة من قطاع إعادة التأهيل إلا فقط عند الحاجة وطلبها من الدولة المضيفة. وهؤلاء الذين يفكرون في السفر إلى بلدان أخرى لتقديم العون يجب أن يأخذوا بعين الاعتبار السعة المحلية هناك أولاً وكذلك مراجعة هذه الوثيقة: «الاستجابة للكوارث على المستوى الدولي: دليل إرشادي بالأوامر والنواهي لأخصائيي إعادة التأهيل». قد يندرج ضمن مستجيبين إعادة التأهيل داخل الدولة:

- خدمات الصحة/ إعادة التأهيل الحكومية
- خدمات الصحة/ إعادة التأهيل العسكرية
- المنظمات الأهلية (وهي المجموعات المحلية غير الربحية المستقلة عن الحكومة)
- المنظمات الحكومية الدولية (حال وجودها فعليًا في المنطقة، قبل وقوع الطوارئ)
- مقدمي الرعاية التابعين للقطاع الخاص
- الجمعيات الوطنية (مثل الجمعية الوطنية ذات الصلة للعلاج الطبيعي)

الدولية

في حال الطوارئ على مستوى ضخم، بناءً على طلب الدولة المضيفة، أو استجابة للاحتياجات الإنسانية، قد يستجيب حشد من المنظمات الأهلية الدولية لتقديم المساعدة في قطاعات كثيرة، مثل (المياه والتعقيم والنظافة الصحية)، والتنظيف والصحة والمأوى وما إلى ذلك. تمتلك المنظمات الأهلية الدولية انتدابات مختلفة وأولويات ومصادر التمويل ويمكنها العمل عبر عدة قطاعات مختلفة. المنظمات الأهلية الدولية التالية هي أمثلة على المنظمات التي دعمت مؤخرًا عمليات الاستجابة بإعادة التأهيل أثناء الطوارئ.

- CBM
- منظمة
- منظمة الإنسانية و التضامن
- الهيئة الطبية الدولية
- المؤسسة العالمية للحد من الكوارث
- أطباء العالم
- أطباء بلا حدود

هذا بالإضافة إلى أن اللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر غالبًا ما تكون لهما أدوار في إعادة التأهيل. وتشارك كذلك المنظمات بشكل مباشر في الرعاية الصحية وإعادة التأهيل، وقد يكون من اللازم على مزودي خدمات إعادة التأهيل التعاون مع كوادرات أخرى لا تعمل في نفس قطاعهم. وتشابك جميع نواحي إدارة المخيمات والملاجئ والحماية والوقاية والتغذية والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتنظيف مع إعادة التأهيل في تقديم استجابة كلانية حقيقية.

الفريق الطبية للطوارئ

الفريق الطبية للطوارئ تشير إلى مجموعات من أخصائيي الرعاية الصحية وأطقم الدعم التي هدفها تقديم رعاية سريرية مباشرة للسكان المتضررين من الكارثة أو تفشي الجائحات وحالات الطوارئ وذلك بامتلاك القدرة على سد الاحتياجات المفاجئة لدعم نظام الصحة المحلي. وتشمل الفرق الحكومية (المدنية والعسكرية) والأهلية وقد تنقسم فرعياً إلى محلية أو دولية، استناداً إلى منطقة الاستجابة. تتفاوت الفرق الطبية للطوارئ بدايةً من المجموعات الصغيرة من الممارسين الصحيين وانتهاءً بالمستشفى الميداني كاملة التجهيزات.

وهذه الفرق تمثل إلى التصنيف والحد الأدنى من المعايير التي أقرتها منظمة الصحة العالمية (https://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf) وشركائها، وعند الوصول يكون لديهم التدريب اللازم والاكتفاء الذاتي، وذلك من أجل تجنب زيادة العبء على النظام الصحي المحلي الذي غالبًا ما يكون محملة بأكثر من طاقتها.

أي فرق طبية للطوارئ لديها قدرة على إجراء الجراحات داخل العيادات (المعروفة بالفرق الطبية للطوارئ من النوع 2 والنوع 3) يلزمها تضمين أخصائيي إعادة التأهيل والأجهزة ضمن فريقهم، في حين أن هناك كذلك معايير للفرق التي تقوم فقط بتقديم إعادة التأهيل. فيما يلي إرشادات إيضاحية أكثر استفاضة في شكل مجموعة من المعايير المستقلة:

«الحد الأدنى من المعايير الفنية والتوصيات لإعادة التأهيل الخاصة بالفرق الطبية للطوارئ»

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252809/9789246549641-ara.pdf?sequence=15&isAllowed=y)

في حالات الطوارئ التي يتم فيها نشر أعداد هائلة من الفرق الطبية المحلية والدولية للطوارئ، من المحتمل وجود مركز تنسيق الفريق الطبي للطوارئ، إما كجزء من مركز عمليات الطوارئ الصحية العمومية أو ضمن العنقود الصحي. الهدف الأساسي من مركز تنسيق الفريق الطبي للطوارئ هو تنسيق سد الاحتياجات الطارئة للفرق الطبية للطوارئ المستجيبة، على المستوى المحلي والدولي، للوفاء بأفضل شكل بمتطلبات الرعاية الصحية الناتجة عن الحالة الطارئة الماثلة. على أخصائيي إعادة التأهيل المستجيبين كجزء من الفريق الطبي للطوارئ التأكد من تلقي التدريب اللازم لأجل توزيعهم وإشراكهم تمامًا في شكل استجابة منسقة، وذلك بطريق توفير المعلومات وجمع البيانات والتحديثات حول الإمكانيات والأنشطة.

المراجع

تتوفر مصطلحات مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث

حول الحد من مخاطر الكوارث على <https://www.unisdr.org/we/inform/terminology>

تقرير الاتحاد للمعلومات الاتمانية حول الكوارث الطبيعية 2018 2019. بروكسل

التوجهات في الصراع المسلح - 1946 - 2018 أوصلو، معهد أبحاث السلام، أوصلو: معهد أبحاث السلام أوصلو 2018

دليل اسفير: الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في مجال الاستجابة الإنسانية الجمعية، اسفير. جنيف: دون اسم ناشر، 2018

الفرق الطبية للطوارئ: الحد الأدنى للمعايير الفنية والتوصيات لإعادة التأهيل منظمة الصحة العالمية. جنيف: دون اسم ناشر، 2016

تقرير الاتحاد العالمي للعلاج الفيزيائي: دور المعالج الطبيعي في إدارة الكوارث الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي. لندن: دون اسم ناشر، 2016

دليل التنفيذ للمخاطر المتعلقة والأخطار التكنولوجية مكتب الأمم المتحدة لخفض مخاطر الكوارث دون مكان نشر: مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث، 2017

دروس مستفادة من زلزال (زلزال) نيبال 2015: تداعيات إعادة التأهيل شيبارد بي. اس، لاندري ام. دي. 9، بدون مكان نشر: إعادة تأهيل ذوي الإعاقات، 2016، مجلد 38، ص 910-13

الكوارث الطبيعية والإصابات: ما الذي يجب أن يعرفه الجراح؟ بارثولوسون، صوفيا وشري، جون فون. 2، 2018، تقارير الصدمات الحالية، مجلد 4، ص 103-108

قاعدة البيانات الدولية للكوارث مركز بحوث علم أوبئة الكوارث

قاعدة البيانات الدولية للكوارث متاحة على <http://www.emdat.be/> [مقتبس: 20 06 2019]

الانهيارات الأرضية بنغلاديش 2017: تصور إعادة التأهيل البدني. أودين تي، غوسني جيه، إسلام ام. بدون مكان نشر إعادة تأهيل ذوي الإعاقات، 2019، مجلد 28 ص 8-1

تأثير البراكين على البشرية: مراجعة تاريخية لأحداث 1900-2009 ومراجعة منهجية. دوسي اس، دانيالز إيه، دولينغ اس، غوروخفيتش واي، موقع (16 PLOS Currents Disasters)

أبريل 2013. الطبعة 1

مرض فيروس إيبولا بيتشينغ إن، فينش إم، هوليهان سي. 2014، المجلة الطبية البريطانية، ص 5-7348

إدارة إصابات الأطراف أثناء الكوارث والصراع اللجنة الدولي للصليب الأحمر، منظمة الصحة العالمية. جنيف: اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 2016

الرعاية الصحية في خطر اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 2019. متاحة على: <http://healthcareindanger.org/ar/the-issue/>

التوقف عن استهداف المدنيين والاحتواء الإنساني. 2018. متاحة على:

<https://humanity-inclusion.org.uk/en/campaign/stop-bombing-civilians?gclid>

الإصابات الانفجارية: تأثير الأسلحة التفتيرية على الأطفال أثناء الصراع بدون مكان نشر: إنقاذ حياة الأطفال، 2019

تقرير تأمين عمال المساعدة: الأرقام في لحظة ستودارد، إيه، هارم، إيه وكرونزو، ام بدون مكان نشر: النتائج الإنسانية، 2018

الفصل 2

المعوقات الرئيسة في تقديم إعادة تأهيل مبكرة في النزاعات والكوارث

الأهداف

بنهاية هذا الفصل ينبغي أن يكون مقدورك فهم المعوقات التي يواجهها تقديم إعادة تأهيل مبكرة في النزاعات والكوارث، وهي تشمل:

- التعامل مع أعداد كبيرة من المصابين في ظل إمكانيات محدودة
- التمسك بالمعايير المهنية والإنسانية الرئيسة
- معرفة من الذي يكون أكثر عرضة للمخاطر في النزاعات والكوارث
- الحفاظ على نفسك سالمًا وبصحة طيبة



مقدمة

دراسة حالة

لقد ضرب زلزال مدينتك في السادسة صباحاً - بيتك وأسرتك الصغيرة بخر، ولكن الكثير من المساكن في المنطقة المحيطة بك قد تضررت، وانسدت الطرق بحطام المباني. الاتصالات معطلة ولا يمكنك الاتصال بباقي أفراد أسرتك (الكبيرة) وأصدقائك. وتذيع الإذاعة أن آلاف الأشخاص يتوقع أنهم قد ماتوا وكل المستشفيات الرئيسية تغص بالفعل بالمصابين. بالطبع هناك حديث عن البحث والإنقاذ ووصول فرق طبية من خارج المنطقة المصابة، ولكنك لا تعلم متى. كما أنك لا تعلم بعد من قد بقي على قيد الحياة من مقدمي خدمات إعادة التأهيل (وزملائك). أنت حائرين دعمك لأسرتك ومساعدتك بالاحتياجات الضرورية في منطقتك المحلية، وبين دورك كأخصائي إعادة تأهيل.



صورة 1: الدمار الذي أعقب زلزال بقوة 7,8 في نيبال، 2015. حقوق الطبع محفوظة لـ ADH/Timm Schamberger ©

تسبب النزاعات والكوارث في جعل الخدمات الطبية مغلوقة بظالبيها. وهذا يخلق معوقات متعددة أمام تقديم رعاية إعادة تأهيل فاعلة وآمنة، رغم أن نوع وتأثير تلك المعوقات يتفاوت تبعاً للسباق، وخطورة، وحدّة الحالة الطارئة. ففي حين قد يكون للأطوار عالية الدخل منظومات صحية أسرع استجابة للمتغيرات، إلا أنها قد تكون أقل اعتماداً على التعامل مع تعقيدات وقائع الإصابات الجماعية، وفي حين تكون المنظومات الصحية للأطوار الأقل دخلاً أكثر عرضة للأخطار، فهي أكثر اعتماداً على التعامل مع الإصابات من النوع الناتج عن النزاعات أو الكوارث وعلى الممارسة الصحية بإمكانيات منخفضة.



تشمل المعوقات النموذجية بالنسبة إلى أخصائيي إعادة التأهيل ما يلي:

الأعداد الغفيرة من المرضى وكيفية ترتيب أولوية رعايتهم

في الأيام الأولى من المواقف ذات الإصابات الجماعية، يكون هناك عدد كبير من المرضى ومن المهم أن تكون قادرًا على ترتيب أولويات إعادة التأهيل. فلن يكون من الممكن معالجة كل المصابين الذين هم بحاجة إلى إعادة التأهيل، وقد يكون هذا معوقًا جسيمًا، ويعني أن وقت علاج المصابين ينخفض أيضًا. من الأفضل غالبًا التركيز بداية على إدارة احتمالات الأخطار، وقد يعظّم تثقيف المصاب والقائم برعايتهم من نتائج الخدمة وتحسين أدائها. يتفاوت ترتيب الأولويات تفاوتًا واسعًا وفقًا للظرف، والإمكانات المتاحة، وبيان المصاب لحالته الصحية، ومهاراتك أنت، ولكن ترتيب الأولويات المقترح قد يشمل:

1. المصابون المحتمل تعرض حياتهم للخطر دون الحصول على إعادة تأهيل، مثل: ذوي الإصابات المشكوك في كونها في الحبل الشوكي، أو المصابين الذين هم بحاجة للحصول على تنفس عاجل (إن كان ذلك في نطاق ممارستك التخصصية).
2. المصابون الذين تحتتمل إصابتهم تطوير مضاعفات سريعة لديهم ما لم يحصلوا على إعادة تأهيل، مثل: المصابين بإصابات في الحبل الشوكي أو الحروق.
3. المصابون الذين قد يواجهون خروجًا مبكرًا من المستشفى أو الذين يُحتتمل إخراجهم بأمان من وحدات رعاية الأمراض العادة وحصولهم على إعادة تأهيل (ومن ثمّ إخلاء أماكن لغيرهم)، مثل المصابين المحتاجين إلى أجهزة مساعدة، أو تثقيف، أو موعد متابعة (مثل: المصابين بكسور في الطرفين السفليين عقب تعامل جراحي معها).
4. المصابون الذين تتحسن حالتهم الصحية سريعًا من خلال حصولهم على إعادة تأهيل أو الذين قد يكونون معرضين لخطر تطوير بطني لمضاعفات لديهم، مثل المصابين ببت حديث، أو المصابين الموضوعين في الحملات الراقعة، أو المصابين بإصابات في المخ.

تستمر مشاكل ترتيب الأولوية إلى ما بعد الأيام الأولى، وقد تستمر في النزاعات والأزمات الطويلة طوال مدة الاستجابة، مع معوق متواصل يتمثل في الموازنة بين احتياجات المصابين الجدد الذين يتطلبون إعادة تأهيل مبكرة، وذوي الاحتياجات المتسمة بالاستمرارية. في تلك المواقف، يكون تثقيف المصاب والقائم برعايته وبرامج العلاج ("النشطة" باستخدام التمارين، والأنشطة الأدائية، واتخاذ وضعيات) أمورًا أساسية، مع تثقيف المصابين أيضًا ليتعرفوا على المضاعفات الممكنة وكيف يلتصمون العون لها إن هي تطورت. وسائل العلاج الطبيعية التي يقوم بها المعالج (سواء أكانت الحركات المنفعلة، أو التمثيط، أو وسيلة علاجية أخرى) لا يوصى بها عادة أو أنها تكون منخفضة الأولوية.



صورة 2: أخصائية علاج طبيعي من HI تقدم إعادة تأهيل مبكرة في مستشفى مزدحم بعد زلزال هايتي، 2010. حقوق الطبع محفوظة لـ William Daniels / Handicap International ©

عند الأخذ في الحسبان من الذي تعالجه (أو أين تقدم الرعاية)، من الضروري أن تفعل ذلك بناءً على المبادئ الإنسانية، وأن تأخذ في الاعتبار الأخلاق الطبية الأساسية. فالمبادئ الإنسانية تقدم الأسس القاعدية للتصرف الإنساني والتي ينبغي على أخصائني إعادة التأهيل الذين يعملون كمستجيبين إنسانيين في أماكن النزاعات والكوارث التقيد بها.

الإنسانية	الحيادية	عدم الانحياز	الاستقلالية
يجب التعامل مع المعاناة الإنسان حيثما وجدت. فالغرض من العمل الإنساني هو حماية الحياة والصحة وضمان احترام البشر.	يجب على العاملين الإنسانيين عدم الميل إلى أحد الجانبين في العداوات أو الانخراط في مجادلات ذات طبيعة سياسية، أو عرقية، أو دينية، أو فكرية.	يجب القيام بالأعمال الإنسانية على أساس من الحاجة وحدها، وإعطاء الأولوية للحالات الأكثر حرجاً وعدم التمييز على أساس من الجنسية، أو العرق، أو الجنس، أو الدين، أو العقيدة، أو الطبقة، أو الموقف السياسي.	يجب أن يكون العمل الإنساني مستقلاً عن الأغراض السياسية، والاقتصادية، والعسكرية، وغيرهم مما قد يحمله العامل بالنظر إلى المناطق التي يُنفذ فيها العمل الإنساني.

(مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية 2012 OCHA)

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/OOM_HumPrinciple_Arabic.pdf

التمسك بالمبادئ الإنسانية وإبداؤها أمران مهمان في دعم قبول المجتمع المحلي الذي تخدمه لك، وبذلك تساهم في جعل بيئة التشغيل آمنة لمقدمي الرعاية الصحية في ظروف الطوارئ. ففي أماكن النزاعات خاصة يكون كلاً من أخصائيي الرعاية الصحية المحليين والدوليين معرضين لخطر أن يُقطن إلى أنهم عاملون غير محايدين، حتى وهم يعملون كمقدمي رعاية صحية. نصب لافتات واضحة خارج المرافق الصحية تفيد بأن الجميع مرحب بهم، وعدم جواز إدخال أسلحة، وتشمل إرساءً واضحاً لمعايير قبول المصابين أو الخدمات - بحيث يُفهم أن تلقي الرعاية ليس وفق التقدير الفردي لأي مقدم رعاية صحية - يمكن أن تساعد في خفض احتمال ذلك الخطر وتعزز القبول في المجتمع. إن كنت عامل إعادة تأهيل دولي تساند عاملين محليين، فكن حساساً لمعايير الثقافة المحلية، واعلم أن سلوكك سوف ينعكس على منطقتك وزملائك، وغالباً حتى بعد أن تكون قد تركت الخدمة.

تعقّد الإصابات

مع أن هذا المرشد الكتابي يتناول الإصابات الطبية في فصول تميز بعضها عن الآخر مثل "البتير" و "الكسور"، إلا أنه في النزاعات والكوارث يتقدم في الحقيقة الكثير من المصابين بإصابات متعددة معقدة، ما يعني حاجة المعالج لأن يكون ماهراً في مجالات طبية متعددة. فقد يتطلب علاج إصابة واحدة أخذ إصابات أخرى في الاعتبار. فمن المعتاد أن تعالج مصاباً بكسور متعددة، وبتير، وحروق واضحة، والتي يجب التعامل معها جميعاً تعاملاً متزامناً.

افتقاد العاملين ذوي الخبرة في الإصابات الكبيرة

في الأماكن عالية الدخل، يتخصص الكثير من المعالجين سريعاً في مجالات معينة، في حين أنه في الأماكن منخفضة الدخل، يكون الاحتمال أقل أحياناً في أن يندمج أخصائيو إعادة التأهيل في فرق طبية للحالات الحرجة (يكون الفريق فيها متعدد التخصصات الطبية). هناك نقص دائماً تقريباً في العاملين ذوي الخبرة في الإصابات الكبيرة. يحتاج

صورة 3: شخص لديه إصابات متعددة في الطرف السفلي حقوق الطبع محفوظة لـ

Davide Preti/HI ©



المعالجون العاملون في رعاية الإصابات أن يكونوا قادرين على إعادة التأهيل الأولية بأمان بالنسبة إلى كل المصابين. بمن فيهم ذوو الإصابات العظمية، والعصبية، والتنفسية، والأندسجة الرخوة.

هناك صعوبات في أن يُنظر من أخصائي العلاج الطبيعي العام أن يعملوا في الإصابات الكبيرة دون خبرة سابقة - وعليه، فإن إدخال التدريب على الإصابات في تدريب الأخصائيين مع التطوير المهني المستمر لهو أمر بالغ الأهمية.

يلزم إعطاء أدوار مناسبة للمعالجين غير المدربين تدريباً مناسباً، أو أن يُدرَّبوا سريعاً ويخضعوا للإشراف على أداؤهم. في بعض الكوارث مؤخرًا، استُجلب طلاب العلاج الطبيعي والتمرض - لمواجهة الاحتياجات الطوفانية - وأسندت إليهم مهام أولية لإنجازها، في حين أنه في نيبال لعبت رابطة المعالجين الطبيعيين دورًا أساسيًا في تنسيق وتعبئة المزيد من المعالجين الطبيعيين للاستجابة لزلزال 2015.

الممارسة الطبية والجراحية المتكيفة

ينبغي على الفرق الطبية أيضًا أن تغير من طريقة عملها في الطوارئ - للحصول إلى الخدمات المتخصصة يمكن أن يكون محدودًا (على الأقل بداية) وتكيف خيارات التعامل تبعًا للبيئة والضغط على الخدمات. فمثلًا، يُحتمل أن تكون الرعاية المركزة - حيثما توفرت - مكتظة. وينبغي أن تُعدّل ممارسات التخدير، وقد يكون على المصابين بإصابات غير مهددة للحياة الانتظار وقتًا أطول من أجل التعامل معها تمامًا. بآناً، فاحتمالات خطر العدوى تعني أنه من المفضل غالبًا التثبيت بدبوس خارجي (للعظم المكسور)، وإرجاء التغطية الأولية، والتضخيم المتكررين أجل (إزالة المواد الغريبة والأنسجة الميتة). في حين أن الوصول المحدود إلى التصوير والجراحة المتخصصين قد يعني أن إصابات الحبل الشوكي وإصابات الرأس الرضية قد يلزم التعامل معهما بحفظ. يلزم على أخصائيي إعادة التأهيل أن يكونوا معتادين على تلك الممارسات المتكيفة وأن يعدّلوا أساليبهم تبعًا لذلك. والممارسات المتكيفة مفصلة في كل فصل طبي.

مكان العمل المعقّد لإعادة التأهيل

في الكوارث واسعة النطاق، من المعتاد معالجة المصابين بإصابات حادة خارج وحدات علاج الأمراض الحادة - سواء في ممرات المستشفى، أو تحت مظلة مركز سيارات، أو في خيام معسكر رسمي أو غير رسمي؛ فيجري التعامل مع المصابين في تشكيلة واسعة من الأماكن. يتعاظم هذا الأمر في المواقف التي تؤدي إلى تلف أو دمار مرافق الرعاية الصحية. ويُحتمل في تلك المواقف أن يكون وجود دعم من فريق متعدد التخصصات أمر أكثر محدودية، وتتعاظم احتمالات الخطر أكثر على المصابين إن هم واجهوا متابعة صحية محدودة أو انعدام سرير مناسب لهم. فيلزم تعديل معالجة المصابين وتنقيفهم، خاصة بالنسبة إلى المصابين الذين يجري التعامل معهم على الأرض، ويلزم تعديل التعامل اليدوي لحماية المصابين، والقائمين برعايتهم، والعاملين.

الوصول المحدود إلى المعدات

يمكن أن يُحد انعدام المعدات الأساسية (بما فيها الأجهزة المساعدة) من إعادة التأهيل؛ ففي كثير من المناطق لا يكون من الممكن رفع معدّل الجداول الزمنية للمصنعين وللاستيراد، وهو ما يسبب مشاكل تمتد إلى ما بعد الأسابيع الأولى من الملمّة الطارئة (ويستمر طوال النزاع). لقد كان التحديد المسبق لأماكن وجود الأجهزة المساعدة أمرًا ناجحًا في المناطق ذات الاحتمال العالي للخطر (كما كان في نيبال قبل زلزال 2015). بالنسبة إلى فرق طب الطوارئ EMTs الوطنية والدولية، تُلقى المعايير الدّنيا لإعادة التأهيل الضوء على المعدات الجوهرية (أوغير الجوهرية الموصى بها) اللازم نشرها في المرحلة الأولى؛ غير أن تلك المعايير هي الدنيا، وهي موجهة إلى المستشفيات الميدانية وتكون من ثم غير قابلة للنقل مباشرة إلى المرافق الثابتة لرعاية الإصابات أو إعادة التأهيل. تُعتبر التبرعات الدولية شائعة في الطوارئ، ولكن فحص درجة تناسب المعدات واستدامتها عن قرب أمر مطلوب (خاصة أجزاء الجسم الاصطناعية) وتكلفتها (مثل الشحن أو الصيانة). يجب أن تأتي فرق طب الطوارئ مصحوبة بمعداتها هي، ولكن حتى عند ذلك تكون محدودة الكمية ويلزم محاصرتها.

قد تكون إحدى الأولويات - بناءً على دورك - هي تزويد ذوي الحالات الطبية الموجودة سابقًا بالأجهزة المساعدة إن كانت أجهزتهم قد ضاعت أو تحطمت ولا يكونون آمنين دونها.

تشمل الأمثلة العامة على معدات إعادة التأهيل المبكرة المفيدة (والتي ينبغي أن تشمل عن نسخة للأطفال وأخرى للكبار) ما يلي:

عُكَّاز طبي مرفقي.	■	مسند للساق المبتورة.	■
عكاز طبي مزراي (يُستند عليه بالساعد).	■	وسادة ضغط للنوم.	■
إطار للمشي (المساعدة مصابي إحدى الساقين).	■	جذيرة أساسية (مقوِّمة للكاحل والقدم، وللرسغ).	■
كرسي متحرك (للاستخدام المصابين داخل المستشفى وحين إخراجهم - يمكن تزويده بوسادة ضغط للجلوس).	■	مرحاض متنقل (للتغوط).	■
		شريط مطاطي.	■

قد يكون مطلوبًا معدات أخرى وفقًا على دور واختصاص المعالج، وتشمل:

مقياس زوايا.	■	مقياس تأكسد نبضي.	■
سماعة طيِّبة.	■	عدة تجبير.	■
جهاز مراقبة ضغط الدم.	■	سناد للعمود الفقري.	■

انعدام المعلومات عن الملاحظات الطبية

غالبًا ما يُعتبر احتفاظ المصاب بصورة من الملاحظات الطبية عن حالته ممارسة جيدة في الطوارئ؛ غير أنه في كثير من المواقف، تكون الملاحظات مفقودة أو محدودة. ونتيجة لذلك، يكون من الصعب التيقن من العلاج والفحوص التي خضع لها المصاب. وقد يكون الأمر مشكِّلاً بصفة خاصة حينما ينعدم توثيق تحذيرات ما بعد العمليات أو الإصابات، مثل منع المصاب من حَمَل وزن أو تحديد مدى حركته. فيجب عليك في غياب الإرشاد الموثوق الحصول على الإرشاد من الطبيب - ما لم يكن الأمر في نطاق ممارستك - فيما يخص مشاكل مثل استقرار الكسور والقدرة على حمل الأشياء الثقيلة.

حواجز تعترض الإخراج الآمن من المستشفى والمتابعة

لا يزال تنسيق خطط إخراج المصابين من المستشفى ومتابعتهم واحدًا من أكبر المعوقات في الظروف الطارئة، خاصة حينما يكون المصاب قد نُقل من منطقة بعيدة، أو تكون البيوت قد تدمرت. بسبب اغتصاص المستشفيات بالمصابين، أو توقع تدفق المزيد منهم عليها، أو انعدام الأمن، فقد يلزم نقل المصابين من وحدة علاج الأمراض الحادة بأسرع ما يمكن، ومن ثمَّ يكون من المهم أخذ النقاط التالية في الاعتبار:

1. الإخراج المبكر للمصابين بإصابات حادة

قد يؤدي انعدام أسرة شاغرة إلى إخراج مُبكر عن المتوقع؛ وأحيانًا حالما تستقر حالة المصاب بعد الجراحة. تضع الإقامة القصيرة في المستشفى والإمكانيات المحدودة لمُتابعة المصاب ضغطًا متزايدًا على جلسات إعادة التأهيل الأولية، ونشدد مجددًا على أن تثقيف المصاب والقائم برعايته، وصيانة قاعدة بيانات، والأخذ في الحسبان خطط المتابعة، كلها أمور حاسمة في المرحلة المبكرة، وبالأول، فإن المصاب يرغب عن المتابعة. وحتى بالنسبة إلى المصابين ذوي الإقامة الطويلة، يظل من المهم وضع خطط إخراج مبكرة لهم، لأن الظروف الطارئة قد لا يمكن التنبؤ بها. وإقامة معايير لإعادة التأهيل ومسارات للرعاية الطارئة قبل الواقعة يمكن أن يساعد على الحد من إخراج المصابين إلى بيئات غير آمنة. قد يكون لأخصائيي إعادة التأهيل خلال الملمة الطارئة دور في التشجيع على أن يبقى المصابون في المرفق الصحي إن كان إخراجهم منه يعرضهم للخطر.



صورة 4: معسكر للاجئين الروهينجا، بانجلادش، 2019. حقوق الطبع محفوظة لـ

Daive Preti/Hi ©

2. إشكالية مقاصد التخريج

فكّر في المقصد الذي سوف يخرج مريضك ليذهب إليه، فقد يكون (ضمن أشياء أخرى) بيته، أو معسكر أو مأوى نازحين، أو مرفقاً أدنى مرتبة، أو للإقامة مع أصدقائه أو مع أسرة له. قد يسافر لعدة أيام، أو يقيم بجوار المستشفى. والأمثلة على المعوقات التي يواجهها المصابون حين خروجهم من المستشفى في الأماكن ذات الطوارئ تشمل النوم على أرضيات صلبة، وغيبة إمكانية الوصول إلى معسكرات الإيواء، وعدم القدرة على الحصول إلى المساعدات الموزعة، وانعدام وجود قائمين على رعايته، وعدم إمكانية الوصول إلى المراكز، وعدم قدرة المصاب على العودة إلى المستشفى بغرض متابعة حالته بسبب المسافة، أو التكلفة، أو عدم توفر المواصلات. فإن كان الشائع هو خروج المصابين إلى معسكرات الإيواء، حاول أن تعلم ماهية شاكلة يبيتها، فهذا يساعدك على حل المشكلة ووضع خطط علاج مناسبة قبل خروج المصاب.

3. دعم الأسرة أو المجتمع أو كليهما

تنبه إلى أنه قد يكون هناك انعدام للدعم الأسري/المجتمعي، فأولئك المتأثرون بالنزاع/الكارثة الفجائية ربما يكونون هم أيضاً قد فقدوا أسرهم، وأصدقاءهم، وبيوتهم، وأسباب عيشهم. إول انتباهاً خاصاً للأطفال غير المصحوبين بأخريين، وللأشخاص ذوي الإعاقات القائمة بالفعل، وكبار السن (انظر قسم العزلة للخطر أدناه).

4. المتابعة

تؤثر الكوارث غالبًا على المجتمعات الريفية والمنعزلة؛ على البنية التحتية وطرق المواصلات، ما يجعل الوصول إلى الرعاية الطبية (وخاصة رعاية المتابعة وإعادة التأهيل) أمرًا صعبًا. يجوز إخلاء المصابين بإصابات حرجة إلى مراكز حضرية أكثر مركزية لتلقي العلاج، ولكن على أمل أن يعودوا إلى بيوتهم في أقرب وقت ممكن. وبالمثل، من النادر تقديم إعادة تأهيل للمدنيين على خط المواجهة في النزاعات. في كثير من الأحيان، تستقر حالة المصاب ثم يُقلل لمزيد من الرعاية، ولكن مدة بقاءه في المرفق الصحي غالبًا ما تكون قصيرة، وتجعل معوقات السلامة والأمن متابعة حالته معضلة. يزداد هذا الأمر تعقيدًا في مواقف النزوح، حيث يكون السكان في حال انتقال، ما يخلق معضلات جمة في ضمان استمرارية الرعاية لهم. في الأحوال المثالية، تجري متابعة المصاب من قبل المستشفى الذي قام بعلاجه الأساسي، ولكن في الطوارئ لا يكون هذا ممكنًا دائمًا. في الأيام المبكرة من الكارثة، لا يكون هناك يقين من نوع الخدمات والمرافق المتاحة أمام المصاب المحتاج إلى إعادة تأهيل طويلة الأمد. غالبًا ما تُتاح الخدمات الخاصة مجانًا، ولكنها قد تتحول إلى مدفوعة الثمن لاحقًا، لا تعطي المصابين افتراضات أو وعدًا غير قابلة للتحقيق بالحصول على الخدمات مستقبلًا. وقد تمثل المتابعة المجتمعية للمصاب هي أيضًا معضلة بسبب مشاكل السلامة والأمن والكَم المستحکم من المصابين. وبالنسبة إلى الفرق الدولية – مثل فرق طب الطوارئ – قد تكون المتابعة أكثر إعاقة، خاصة إن كانت مدة بقاء الفريق محدودة أو غير معلومة.

5. التحويل الداخلي إلى خدمات إعادة تأهيل أخرى

ينبغي لأخصائبي إعادة التأهيل أن يلبوا دورًا في التأكد من تحديد المصابين المحتاجين لإعادة تأهيل، ومن أن آليات التحويل قائمة. وذلك يشمل وصل خدمات الاستجابة للطوارئ بمرافق إعادة التأهيل في المستشفيات والمرافق المجتمعية. إن المتابعة المناسبة هي أساس مردودات ناجحة للمصاب، ومن ثم ينبغي أن يجري التنسيق لها من خلال آليات قائمة لتفادي الازدواجية. ويتم هذا في الطوارئ الكبيرة من خلال المجموعة الصحية أو خلية تنسيق فرق طب الطوارئ EMTCC. مؤخرًا، اشتمل احتواء أخصائبي إعادة التأهيل في التنسيق العام (كما في نيبال في 2015، والموصل في 2016) على مسارات إحالة وخطوط ساخنة مركزية التنسيق، لذلك من الصيوي أن ينخرط القاهمون بإعادة التأهيل في التنسيق. من المحتمل أن تقيم المنظمات الدولية غير الحكومية INGOs خدماتها حينما تعجز الخدمات المحلية عن تلبية المتطلبات العلاجية، ومن ثم، يكون من المهم البقاء على دراية بكل اللاعبين المشاركين في الاستجابة.

يوجد مثال لنموذج الإحالة على صفحة 42 من "المعايير والتوصيات الدُّنيا لفرق طب الطوارئ بالنسبة إلى إعادة التأهيل":

<https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/MINIMUM%20TECHNICAL%20STANDARDS.pdf>

حينما يكون بإمكانك إحالة مصاب، ينبغي إعطاؤه كل المعلومات عن إحالته وعلاجه حتى تاريخه كيما يتمكن هو أيضًا من متابعة حالته (مثل: معرفة ماهية خدمة الأطراف الاصطناعية وكيف يصل إليها).

التعامل مع احتياجات إعادة التأهيل غير المتعلقة بالحالات الطارئة

في الجماعات السكانية التي لا تتوفر فيها خدمات أو لا يمكن الوصول إليها، أو حينما يكون الناس نازحين أو قد فقدوا المعدات الأساسية، قد يحتاج ذوو الإعاقة والضعف البصري والسمعي ممن لا علاقة لهم بالحالة الطارئة الحالية الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل. والموازنة بين احتياجات أصحاب الإعاقات والحالات الصحية المزمنة وبين ذوي الإصابات الحديثة قد يكون معضلة، خاصة حينما تكون الموارد من المعدات محدودة. ويكون ترتيب الأولويات القائم على الحاجة العلاجية أمرًا حيويًا (راجع أداة ترتيب الأولوية السابقة وقسم المعايير الأخضائية أعلاه).

دمج الدعم الدولي

قد تخلق عروض المساعدات الدولية معضلات للمستجيبين المحليين. فبعض المساعدات الدولية قد تكون حيوية، في حين أن من يبقى منهم لمدد قصيرة من الوقت، أو غير المجهزين لتلبية معوقات الدعم الإنساني، قد يسحبون الوقت والموارد من أيدي الاستجابة المحلية. يظل مستجيبو إعادة التأهيل الدوليون الذين يعالجون المصابين خاضعين لنفس المتطلبات المهنية كما الأمر في الحالات غير الطارئة، ويجب أن يسجلوا أنفسهم لدى السلطات القومية. ينبغي أن لا يسافر أخصائيو إعادة التأهيل إلى منطقة نزاع أو كارثة، ما لم يكونوا مسجلين كجزء من فريق طب طوارئ EMT أو منظمة غير حكومية INGO، لتقديم العلاج. ينبغي أن يستعد المستجيبون الدوليون من حيث اللغة والأهلية الثقافية حاملًا يعلمون بقرار نشرهم. وينبغي أن يكونوا أيضًا حساسين لوضع وخبرة زملائهم المحليين، ومدركين للفروق في المستحضرات المالية، والسكن، والترتيبات الأمنية فيما بين العاملين الدوليين والقوميين. للتخفيف من التبديل السريع المحتمل للعاملين الدوليين في الأسابيع الأولى، يجب إقامة مراكز اتصال وآليات إحالة واضحتين وتسليمهما للمستجيبين منهم. يتوفر مزيد من المعلومات في: الاستجابة للكوارث دوليًا *Responding Internationally to Disasters*: مرشد كتابي لما تفعل وما لا تفعل لأخصائيو إعادة التأهيل *A Do's and Don'ts Guide for Rehabilitation Professionals*

https://humanity-inclusion.org.uk/sn_uploads/uk/document/responding-disasters-dos-and-donts-guide-rehabilitation-professionals-april-2016.pdf

إقامة معايير الممارسة في النزاعات والكوارث

على الرغم من مواجهة أخصائيو إعادة التأهيل لفيض من الاحتياجات، من الحيوي أن يحافظوا على مستويات مناسبة من الممارسة المهنية مع المصابين. وهذه تشمل المعايير المهنية (مثل تلك المنشورة بواسطة الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي WCPT، والاتحاد العالمي للمعالجين الانشغاليين WFOT) وأيضًا المعايير الأشمل الخاصة بالإنسانية، مثل المبادئ الإنسانية، مبادئ "سفير ستاندارد"، والمعايير والتوصيات الدُّنيا لفريق طب الطوارئ من منظمة الصحة العالمية WHO.

المعايير المهنية

المبادئ الأخلاقية الخاصة بالمهنة (سواء أكانت قومية أو دولية) يستمر تطبيقها في أماكن الملمات الطارئة. لقد نشر كل من الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي WCPT:

https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-DoP-Ethical_Principles-Aug07.pdf

والإتحاد العالمي للمعالجين الانشغاليين WFOT:

<https://www.wfot.org/resources/code-of-ethics>

مبادئ أخلاقية لمهنتهم.

مجالات الممارسة

قد يعوق الكم الهائل والتنوع للحالات التي تُواجه في الطوارئ مجال ممارستنا. ينبغي أن يعمل المعالجون في حدود مجال ممارستهم المهنية، كما يعزفها القطر الذي يعملون فيه. وحتى في الطوارئ، ينبغي أن يمارس أخصائيو إعادة التأهيل مهنتهم فقط في المناطق التي يكونون فيها آمنين كأفراد ومؤهلين للقيام بذلك. يجوز لك أن تلتزم الدعم من داخل الفريق، أو من المستجيبين الآخرين، إن كان الأمر خارج مجالك.

توثيق المعلومات

موافقة المصاب ، ومراعاة سرية معلوماته

مبادئ الموافقة عن علم بالأمر وسرية أحوال المصاب أمر حيوي خلال الطوارئ؛ فينطبق لذلك كل من سياسة الموافقة عن علم من الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي WCPT، و"المعايير الدنيا" من المسعفين الطبيين EMT في ظروف الطوارئ.

قاعدة البيانات

حفظ سجل مركزي بيانات المصابين الذين تعابنهم أمر حيوي، لضمان إمكانية متابعتهم، وللإبلاغ عن الأنماط العامة لاحتياجات للاستجابة. ومعظم الخدمات تحفظ بالفعل قاعدة بيانات، ولكنها في خضم الملمة الطارئة يمكن أن تكون مضطربة أو بحاجة إلى تنقيح. والغرض من وجود قاعدة بيانات هو التمكين من تتبع ومتابعة المصابين، وللتمكن من التبليغات العمومية والمساهمة في استجابة منسقة. وتشمل العناصر الدنيا الموصى بها لقاعدة بيانات إعادة التأهيل ما يلي:

اسم المصاب.

جنس المصاب.

تاريخ الميلاد أو العمر.

رقم الهاتف (أو رقما هاتفياً لأحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء إن لم يكن للمصاب هاتف).

نوع الإصابة أو التشخيص (كجزء من منظومة تصنيف متفق عليها طوال الاستجابة - في الأحوال المثالية).

العنوان أو المقصد الذي يخرج إليه المصاب (إن كان معلوماً).

نوع المتابعة المطلوب (ويشمل أي معطيات طبية، أو معدات، أو إعادة تأهيل تخصصية).

يمكن لأخصائيي إعادة التأهيل المساعدة في إرشاد الاستجابة عمومًا بتسجيل والإبلاغ عن أنواع الإصابات (عادة من خلال آلية تنسيق مركزية، مثل مركز عمليات الطوارئ الصحية (HEOC). فمثلاً، إبلاغ أخصائيي إعادة التأهيل عن أعداد إصابات الحبل الشوكي أو حالات البتر يمكن أن يساعد على ضمان تعبئة الإمكانات المناسبة (كالسعة السريرية، وخدمات الأطراف الاصطناعية، وغيرهم).

تتوفر أمثلة أشمل على مجموعات البيانات - للفرق القائمة متعددة التخصصات - مثل تلك المحتواة في مرشد اللجنة الدولية للصليب الأحمر ICRC: التعامل مع إصابات الأطراف خلال النزاعات والكوارث *Management of limb injuries during disasters and conflicts*:

https://icrc.aeducation.org/files/downloads/A_Field_Guide_Low_res.pdf

وبالنسبة إلى المسعفين الطبيين EMT: مجموعة البيانات الدنيا للمسعفين الطبيين:

<https://www.mdsgateway.net/>

توثيق التقييمات والعلاجات

التوثيق الفعال أمر حيوي حيثما يتعامل أخصائيون أو فرق طبية متعددون مع المصاب خلال مسار علاجه، وإلا، فإن الفهم الشامل لرعايته الطبية حتى تاريخه يكون ياتالي مفقوداً. فاندغام التسجيل المنظم أمر مضر بأى استجابة منسقة. وعمومًا، كثيرًا ما يُهمل التوثيق خلال الطوارئ وهو ما قد ينتج عنه ازدواجية العلاج أو خطأ فيه.

إن صيانة سجل بتقييمات المصابين، وعلاجاتهم، وخطط العلاج المستقبلية لهم لأمر حيوي. لأنه:

يتفادى ازدواجية الأسئلة أو العلاج ويوفر الوقت.

يضمن العلم بموانع الاستعمال والتحذيرات.

يمكنّ المعالجين من مراقبة تقدم العلاج والتعرف على المضاعفات.

يمكنّ الأفراد أو الفرق الأخرى من متابعة الرعاية بسهولة.

يبسط الإحالات.

يضمن محاسبة من نعمل معهم ومن نعمل لأجلهم.

ينبغي أن يضمن أخصائيو إعادة التأهيل توثيق كل تدخلاتهم؛ فالملاحظات ينبغي أن تكون مقروءة، مع تفادي استخدام الإيجاز في التعبيرات (الاختصارات). حاليًا، لا يوجد خطوط إرشادية للمعالجين الانشغاليين؛ ومن ثم ينبغي الالتزام بالإرشاد الموضوع من قبل الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي WCPT (معايير الممارسة من WCPT)

<https://www.wcpt.org/guidelines/records-management>

يوجد مزيد من المعلومات التفصيلية عما يجب أن تضمّنه في تقييمك ومعالجتك في الفصل 3.

إدارة السجلات

ينبغي أن تُدرج ملاحظتك - كلما أمكن - عن إعادة التأهيل في الملف العلاجي الرئيس للمصاب. فإن لم يكن ذلك ممكنًا، ينبغي حفظ سجل منفصل له.

لقد عُرفت ملكية السجلات الطبية بأنها مجال مثير للجدل في الطوارئ (انظر التعامل مع إصابات الأطراف خلال النزاعات والكوارث - https://icrc.aoeducation.org/files/downloads/A_Field_Guide_Low_res.pdf) غير أن من الحيوي - حينما يتلقى المصاب علاجًا من أكثر من فريق واحد - أن يبقى نوع ما من السجلات العلاجية (إما كاملًا أو ملخصًا) مع المصاب كي يستطيع عمال الرعاية الصحية الآخرون أن يروا العلاج الذي خضع له.

قد يكون المصابون في أماكن النزاعات أكثر أمنًا إن جرى تعريفهم باستخدام معرف رقمي بدلًا عن استخدام اسمائهم. إضافة إلى ذلك، ينبغي أن تأخذ في حسابك تقديم بيانات غير معرّفة للشخصية لحماية المصابين إن طلبت منك الحكومات سجلًا بالرعاية الطبية المقدمة لهم. ويغض النظر عن الظرف، ينبغي حفظ أي بيانات حفظًا آمنًا ومؤتمنًا، بما يضمن السرية.

الأبحاث في النزاعات والكوارث

البحث خلال إعادة التأهيل المبكرة في النزاعات والكوارث مطلوب لتحسين الجاهزية والاستجابة. فمن المهم تحصيل البيانات وجمع الأدلة من أجل إرشاد الاستجابات المستقبلية. المحافظة على سرية بيانات المصابين أمر حيوي، ويجب في عملية تحصيل البيانات وضع رعاية المصاب وكرامته قبل أي غرض مستهدف من البحث. إضافة إلى ذلك، ينبغي القيام بكل الأبحاث داخل هذا السياق، والحصول على اعتماد بإخلاقيات البحث، والحصول - في الحالات المثلث - على اعتماد أخلاقي من لجنة أو هيئة محلية لإخلاق الأبحاث.

حماية مَنْ هم أكثر تعرّضًا للخطر

تعرّض أجواء النزاعات والكوارث الناس أكثر لأخطار التمييز، أو للاعتداء أو لكليهما، وخاصة الأطفال، والنساء، والمسنين، ومن بهم إعاقة أو حالات مرضية مزمنة (منظمة الصحة العالمية، 2013). وفي بعض الظروف، قد يشمل أيضًا أقلييات عرقية أو دينية معينة. فيلزمنا أن نكون مدركين للعوامل التي يمكن أن تجعل أشخاصًا معينين أكثر عرضة للخطر، وأن نتصرف على هذا الأساس.

النوع: اعلم أن النساء، والرجال، والبنين، والبنات يتضررون تضررًا متفاوتًا في النزاعات والكوارث. فالبنات والنساء خاصة يواجهن احتمالات أكبر للأخطار في أثناء وبعد النزاعات والكوارث؛ فالعنف القائم على النوع قد يزيد في أوقات انعدام الاستقرار، بجانب أن النساء والبنات قد يواجهن أيضًا عبئًا أكبر من مهام الرعاية (مثل التزويد بالطعام والماء) ورعاية المرضى المصابين. يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات من صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA في العنوان:

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/15-830_Minimum_Standards_Report_ARABIC.2016-12-12.final_Web_PDF.pdf

العمر: في حين أن الأطفال على الأخص قد يكونون عرضة للخطر خلال الطوارئ (انظر أسفله)، يتضرر الأشخاص المسنين أيضًا بشكل لا يتناسب مع سنهم من النزاعات والكوارث. فقد يكونون أكثر عرضة للخطر، وأقل قدرة على الفرار، والوصول إلى المعونات الإنسانية. إنهم غالبًا ما يلعبون أدوارًا رئيسة داخل الأسر والجماعات، وغالبًا ما تزيد أهميتها في الأزمات (رعاية الأحفاد - مثلًا). يمكن الحصول على المزيد للقراءة من هيب إيج HelpAge هنا:

<https://www.helpage.org/what-we-do/emergencies/older-people-in-emergencies/>

الإعاقة: ذوو الإعاقة من الناس قد يتضررون من الكوارث تضرراً لا يتناسب مع إعاقاتهم. فهم أكثر احتمالاً لأن يُنسوا في الاستجابات للطوارئ، أو يفشلوا في الاستفادة من الخدمات الإنسانية بسبب الحواجز البيئية، أو البدنية، أو الاجتماعية. وينبغي أن يكون أخصائيو إعادة التأهيل متفهمين للمشكلات التي قد تؤثر على إعادة اندماج المصابين في مجتمعاتهم، مثل مشكلة وصمة الإعاقة، بالإضافة إلى الوصول إلى الخدمات الأساسية والتكيف البيئي. اقرأ المزيد عن الأعمال الإنسانية لاحتواء الإعاقة من منظمة الصحة العالمية (2013) - "مذكرة إرشادية حول الإعاقة والتعامل مع احتمالات مخاطر الطوارئ من أجل الصحة": https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf

تركيز على الأطفال المعرضين للخطر

الأطفال أكثر عرضة للخطر من البالغين للاستغلال والاعتداء بسبب أعمارهم، وأحجامهم، ومحدودية مشاركتهم في اتخاذ القرارات. وفي الطوارئ غالباً ما تتعطل الأنظمة التي تحمي الأطفال، بما في ذلك البناء الآسري والجماعي، وقد يفضل الأطفال عن أسرهم، ما يعرضهم للخطر. الأطفال غير المصاحبين لذويهم أو المنفصلين عنهم يكونون أكثر عرضة لخطر الإصابة، والاعتداء، والاستغلال، بما في ذلك الإتجار بهم أو تشغيل الجماعات المسلحة لهم.

نقاط أساسية

1. تأكد - أولاً وقبل كل شيء - أن أخصائيو إعادة التأهيل لا يشكلون احتمالاً للخطر على من نعمل معهم، وذلك بضمان غريبة العاملين الجدد وتعيينهم التعيين المناسب - حتى في الطوارئ.
2. لا تفصل أبداً طفلاً عن أسرته أو القائم برعايته. حاول لم الأطفال إلى أسرهم في أجواء ملائمة لهم، واحمهم من المشاهد المشجعة.
3. ينبغي أن يكون أخصائيو إعادة التأهيل عارفين بمركز الاتصال الخاص بالحماية في منظماتهم، ويعرفون من، وكيف، ومتى يصعدون إليه أوجه قلقهم؛ خاصة حول حماية الأطفال.
4. ينبغي أن يكون الأفراد والمنظمات على إلفة بالمعايير الدنيا لحماية الأطفال في الأعمال الإنسانية.
5. تفهم على مهل القواعد الاجتماعية والسلوكيات المتوقعة بالنسبة إلى البنات والبنين ذوي الأعمار المتغيرة في ثقافة المجتمع الذي تعمل داخله. فسوف يساعدك ذلك على التعرف على أوجه القلق، بالإضافة إلى تخطيط الخدمات والعلاجات.

تتوفر ثروة من المصادر عن الحماية في الطوارئ من المجموعة العالمية للحماية GPC: <http://www.globalprotectioncluster.org>

السلامة والأمن

ترتفع احتمالات الخطر على السلامة والأمن في المواقف غير الآمنة، وعليه حينما تعمل في ملة طارئة يجب أن تكون الأولوية لسلامتك وأمنك الشخصي. هذه البواعث على القلق هي ظرفية الارتباط، ولكن ما يجدر تذكره أن المخاوف المعتادة على السلامة الشخصية التي قد تصادفها في الظروف الأكثر أمناً تظل هي أكثر مصادر الخطر احتمالاً - حالتيك أنت الصحة الأساسية، والجرائم الصغيرة، وحوادث المرور على الطرق - بصفة خاصة.

المُرشد: "الاستجابة للكوارث دولياً": مرشد كتابي لما تفعل وما لا تفعل لأخصائيو إعادة التأهيل *Responding Internationally to Disasters: A Do's and Don'ts Guide for Rehabilitation Professionals*. قراءته أمر جوهري قبل السفر في استجابة، فهو يلقي الضوء على احتمالات الخطر جراء الانتشار الفرادياً، أو دون التحلي بالخصال الأساسية والخبرة.

قبل أن تبدأ العمل، ينبغي أن تقدم لك منظمك موجزًا حول السلامة والأمن. المشاكل العامة التي يتضمنها مثل ذلك الموجز عادة هي السفر، والاتصالات (هما فيها شبكات التواصل الاجتماعي)، والسلامة الثقافية (ذات الصلة بثقافة المجتمع الآخر)، والعلاقة بالجماعات، والسماح المتعلقة بتقديم خدمات رعاية صحية منصفة.

تغير مواقف النزاعات والطوارئ بسرعة؛ فمن الجوهرى أن تحلل بصفة مستمرة الظروف واحتمالات الخطر المرتبطة به (مستخدمًا مصادر متعددة)، وأن تكون مدررًا لإجراءات الأمن من منظمك ومراعياً لها. إن حماية عمال المعونة أمر منصوب عليه في القانون الإنساني الدولي والقواعد الحاكمة للنزاع المسلح غير الدولي (الداخلي). غير أن هناك تآكل واضح - مع الانحسار في النزاعات الدولية والزيادة المقابلة في النزاعات غير الدولية التي تشتمل على جماعات مسلحة غير حكومية بدفعها غالبًا فكر سياسي، أو ديني، أو عرقي - تآكل في احترام الأطر القانونية التي تحمي عمال المعونة. ففي 2017، وقعت 158 حادثة عنف كبيرة ضد العمليات الإنسانية في 22 قطرًا، تضرر منها 313 عامل معونة - أكثر من 90% منهم كانوا عاملين يعملون داخل بلادهم.

يتوفر تدريب إضافي عن العمل في الأجواء غير الآمنة مثل تدريب الأمم المتحدة: "كُن آمنًا BSAFE" (متاح بعدة لغات):

<https://training.dss.un.org/course/category/6> ،

أو التدريب المتوفر على منصات التدريب الإنسانية مثل:

<https://kavaconnect.org/?lang=ar> أو <https://ar.disasterready.org/>

الرعاية الصحية في خطر

غالبًا ما يكون أمن وسلامة مرافق الرعاية الصحية غير مستقرين ويتسببان في قيودًا على تقديم الرعاية الصحية. فعلى الرغم من أن معاهدة جنيف تحمي الرعاية الصحية، إلا أن هناك هجمات متزايدة على عمال الرعاية الصحية، ومرافقها، وسياراتها، وأكد، على المصابين. "الرعاية الصحية في خطر HCID" هي مبادرة لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر الدولية تهدف إلى تناول مشكلة العنف ضد المصابين، وعمال الرعاية الصحية، ومرافقها، وسياراتها، وضمان وصول آمن وتقديم الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة والطوارئ الأخرى.

في العام 2016، بالتوافق مع قوانين حقوق الإنسان الدولية والقانون الإنساني، تبني مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة قرارًا يشجب الهجمات على الجرحى والمرضى وتهديدتهم، وعلى العاملين الإنسانيين والطبيين الذين يقدمون رعاية صحية، وعلى معداتهم، ومواصلاتهم، ومرافقهم، بما في ذلك المستشفيات. ومع ذلك، استمرت الهجمات على مرافق الرعاية الصحية، وقد علقت في السنوات الأخيرة أنشطة الرعاية الصحية في اليمن، وسوريا، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وجنوب السودان بسبب الهجمات على العاملين، أو المصابين، أو على المرافق مباشرة. تقديم الرعاية الصحية في المواقف الطارئة قد يستلزم تقديم رعاية صحية في أقطار يجرم فيها القانون المحلي الأخصائيين الصحيين الذين يقدمون خدمات إلى جماعات بعينها، أو يتلاعب أحد أطراف النزاع بتقديم (أو منع) الرعاية الصحية لمصابين معينين. قد تتعرض مقدمي الرعاية الصحية أيضًا لجماعات مسلحة غير حكومية أو قوات شعبية (مليشيات) متحاربة - أو تستهدفهم - لشكها في أعمال المنظمات الدولية غير الحكومية، أو قد تتحين فرصة للمطالبة بندية.

رعايتك نفسك

ضمان طيب حال وسلامة الذين يستجيبون إلى الطوارئ أمر بالغ الأهمية. فالطبيعة المتأصلة لأمكان النزاعات والكوارث تعني أنه قد يكون هناك احتمال خطر بارز على صحتك أنت البدنية والعقلية.

ساعات العمل الطويلة، والظروف البيئية الخشنة، والغذاء المقيد، والضغط الزائد، والتعرض لكل من الأحداث المؤسفة والأمراض السارية (في بعض الأحوال) قد تؤثر جميعها على صحتك. فيجب أن تال فترات راحة مناسبة من العمل، وكن على علم بالاجنات المرضية المعدية وتوجهاتها، وتأكد من استعمال معدات الحماية الشخصية PPE المناسبة، والتزم بالنظام التعظيمي.

المشاكل الصحية العقلية، مثل الاكتئاب، والتوتر، و"الاحتراق" (افتقاد القدرة على مواصلة العمل)، هي أمور موثقة توثيقًا أكيدًا عن عمال الأعمال الإنسانية والمتطوعين. ومن المعروف أن المتطوعين القوميين يتضررون بصفة أخص. ليس فقط لأنهم يعايشون نفس عامل الإجهاد من ضغط العمل، ولكن لأنهم قد أتوا أنفسهم من جماعات متضررة. فهم يعانون نفس الضياع، والحزن مثل مَنْ يدعمونهم، ولكن دون ذات التدريب، والدعم، والبنية الطبية التي لدى العمال الأخصائيين. إنها ليست مجرد واقعة إصابات للأفراد (مثل هجمة من العنف أو زلزال)، ولكنها أيضًا ضغط حمل العمل الثقيل، وعدم الاتفاق مع الزملاء، والساعات الطويلة، وافتقاد الوقت لرعاية النفس، التي هي كلها عوامل رئيسة مساهمة في التوتر.

رعاية الذات

رعاية الذات هي أمر حيوي لضمان قدرتك على الاستمرار في العمل بأمان في أجواء متجهمة. والطرق التي تتم بها رعاية الذات تشمل:

■ ضمان فترات راحة بالقدر المطلوب.

■ التماس دعم زميل/مدير لك، والحصول على الدعم النفسي والاستشاري (حتى ولو كان بعيد المسافة).

■ انتباهك إلى العلامات التحذيرية في نفسك وفي الآخرين ومناشدتك للدعم بخصوص علامات الاحتراق (افتقاد القدرة على المواصلة) والضغط البالغ مثل التغيير في السلوك، أو صعوبة النوم، أو السلوك المعرض للخطر، أو معاناة الانطواء، أو حالات الهياج، أو الضغط النفسي.

منهجيات المواجهة السلبية للمشاكل (مثل تعاطي المخدرات، أو الإسراف في تعاطي الخمر، أو العمل المفرط) شائعة الحدوث وقد ترتبط باختلالات صحية عقلية في عمال الأعمال الإنسانية. للضغط وافتقاد القدرة على المواصلة أثر مئوئ على قدرة المنظمات على تقديم خدمات للأشخاص المتضررين مباشرة من ملمة طارئة. ومن ثم، يكون من مصلحة كل واحد أن يعطي الأولوية لرعاية الذات والتعامل مع الضغط كلما أمكن.

لقد نشر الاتحاد الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر IFRC مرشدَيْن كتابيين حقيقيين عن رعاية الذات، أحدهما هو: "التعامل مع الضغط في ميدان العمل":

<https://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/managing-stress-en.pdf>

والآخر هو: "رعاية المتطوعين - أدوات دعم نفسي".

<https://pscentre.org/wp-content/uploads/2018/02/Volunteers-NEWARABIC-FINAL-240615.pdf>



صورة 5: فريق HI يشارك في دوري كرة قدم، نيبال 2015 حقوق الطبع محفوظة لـ

Claire Wissing / Handicap International ©

المراجع الرئيسة

الاستجابة للكوارث دوليًا *Responding Internationally to Disasters*; مرشد كتابي لما تفعل وما لا تفعل لأخصائيي إعادة التأهيل

A Do's and Don'ts Guide for Rehabilitation Professionals

منظمة الإنسانية والدمج HI، 2016. متوفر في:

<https://humanity-inclusion.org.uk/sites/uk/files/documents/files/responding-disasters-dos-and-donts-guide-rehabilitation-professionals-april-2016.pdf>

التعامل مع إصابات الأطراف خلال النزاعات والكوارث *Management of limb injuries during disasters and conflicts*.

جنيف اللجنة الدولية للصليب الأحمر ICRC، 2016.

https://licrc.aeducation.org/files/downloads/A_Field_Guide_Low_res.pdf

دور أخصائيي العلاج الطبيعي في التعامل مع الكوارث. الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي WCPT، 2015.

https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/reports/WCPT_DisasterManagementReport_FINAL_March2016.pdf

مذكرة إرشادية حول الإعاقة والتعامل مع احتمالات مخاطر الطوارئ من أجل الصحة - منظمة الصحة العالمية، 2013. متوفرة في:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf

المعايير الفنية والتوصيات الدنيا لفريق طب الطوارئ لإعادة التأهيل من منظمة الصحة العالمية 2016 ، WHO .

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252809/9789246549641-ara.pdf?sequence=15&isAllowed=y>

المعايير الدنيا لحماية الأطفال في الأعمال الإنسانية، مجموعة عمل حماية الأطفال، 2019.

<https://spherestandards.org/ar/resources/minimum-standards-for-child-protection-in-humanitarian-action-cpms/>

العوامل المرتبطة بالمشاكل الشائعة للصحة العقلية لدى العاملين في الأعمال الإنسانية في جنوب السودان. Strohmeier H., Scholte W. 10, s.1.

المكتبة العامة للعلوم PLoS One، 2018، الجزء 13.

دعم الصحة العقلية والنفسية: من يرعى المتطوعين؟ Dinesen C. s.1. شبكة ممارسة الأعمال الإنسانية، 2018.

تحليل بالموضوع لعوامل الإجهاد ومنهجيات المواجهة لدى عمال المعونة: الأبعاد العملية، والنفسية، والحياتية، والاجتماعية.

Young T. K., Pakenham K. I., Norwood M. F. 19, s.1. Int J Humanitarian Action، 2018، الجزء 3.

الفصل 3

الفصل 3: التأهيل المبكر لتقييم المريض ومعالجته - الأساسيات

الأهداف:

بنهاية هذا الفصل، سوف تكون قادرًا على:

- فهم أهمية الوقاية من العدوى ومكافحتها في النزاعات والكوارث ودور أخصائي إعادة التأهيل في ذلك
- امتلاك المعرفة لإجراء تقييم عام لإعادة التأهيل المبكر
- فهم سبب اختلاف مناهج التقييم والعلاج في أوضاع النزاعات والكوارث
- تكون على دراية بموضوعات الإدارة السريرية الرئيسية العامة، بما في ذلك إدارة الألم والتهابات الجروح والإصابات الفاتنة



الفصل 3:

التأهيل المبكر لتقييم المريض

ومعالجته - الأساسيات

مقدمة

دراسة الحالة

أنت تعمل في أحد المستشفيات أثناء نزاع ما، وفي الأسبوع الماضي كانت هناك غارات جوية متكررة في مناطق مكتظة بالسكان. وقد أعطيت الأولوية لرؤية امرأة تبلغ من العمر 24 عامًا. لديها بترٌ جديدٌ عبر الفخذ (غير مفلق - للإغلاق الأساسي المتأخر) في ساقها اليمنى ولديها منبت خارجي مع جرح مفتوح كبير في ساقها اليسرى. كما فقدت ثلاثة أصابع من يدها اليمنى. ولديها عددٌ من الجروح البسيطة الناتجة عن الشظايا. وقد أصبحت الآن مستقرة طبيًا بعد تسليمها من الفريق الطبي. يشعر الفريق بالقلق من أنها لا تتجاوب معهم على الإطلاق، ويوضحون أنها عندما وصلت، كانت تصرخ بشأن طفلها. ولم يكن برفقتها أحد. ليس لديك أخصائيٌ نفسيٌ أو أخصائيٌ اجتماعيٌ في فريقك، وطلب الجراح منك تقييمها.

لقد شهد أولئك الذين نعمل معهم أحداثاً مرعبة بشكل لا يُصدق، كما هو الحال في أي صدمة كبيرة. لكن بالرغم من ذلك في حالات الكوارث والنزاعات، يكونُ الشعورُ بذلك أعمق غالبًا، مع تأثير ليس قاصرًا فقط على الفرد. وفي كثيرٍ من الأحيان، يفقد المرضى أفرادًا من الأسرة وأصدقاءً ومنازل واستمرارية العيش. وفي بعض الحالات، قد تكون إصاباتهم مصدر قلق ثانويٍّ بالنسبة لهم عند مقارنتها بالخسائر الأخرى التي عانوا منها. غالبًا ما يكون أخصائيو إعادة التأهيل من بين المتخصصين القلائل الذين يقضون وقتًا مطوّلًا مع المرضى في الأيام الأولى من الاستجابة، وكجزءٍ من تقييماتنا، سيكشفون غالبًا عن حقائق مؤلمة حول ظروف المريض. يقدّم هذا الفصل بعض التحدّيات أمام تقييم المرضى وعلاجهم في ظل مثل هذه الظروف.

إنه لمن الضروريّ الحفاظ على حدٍ أدنى من معايير رعاية المرضى والقدرة على تحديد المضاعفات الشائعة، كما طالعنا في الفصل 2، حتى عند العمل في حالات الكوارث أو النزاعات. وفي حين أن عناصر هذا الفصل قد تبدو أساسية، إلا أن تجربة المؤلفين تفيدُ بأنه في سياقات الطوارئ، يكونُ الفشل في الالتزام بالأساسيات غالبًا هو ما يخلق الخطر الأكبر.

من المسلم به أن أخصائيو إعادة التأهيل قد تلقوا مستوياتٍ مختلفة من التدريب في سياقاتٍ مختلفة، وبالتالي فإن الهدف من هذا الفصل يتمثلُ في خلق فهمٍ مشترك حول ماهية المعايير الأساسية لتقييم إعادة التأهيل والعلاج في حالات الطوارئ. وهذا أمرٌ ضروريٌ قبل التقدّم نحو إدارةٍ مرهونة بالحالة في الفصول الستة التالية. ولن نُكثّر العناصر الأساسية المشمولة هنا في الفصول السريرية.

الوقاية من العدوى ومكافحتها

من الجدير بالذكر أن مبادئ الوقاية من العدوى ومكافحتها (IPC) ذات أهميةٍ قصوى في حالات الطوارئ قبل رؤية مريضٍ ما. ويمكن أن تُؤدّي الموارد المحدودة، بما في ذلك الوصول إلى المياه النظيفة (الصالحة للشرب) والمستحضرات الطبية الاستهلاكية إلى خلق تحديات، ولكن تظل الوقاية من العدوى ومكافحتها ضروريةً لحماية نفسك ومرضاك. وفي حين تزيد الطبيعةُ "المفتوحة" للإصابات من مخاطر الإصابة بالعدوى، يمكن أن تخلق البيئات الجراحية دون المثالية، بالإضافة إلى الظروف غير الصحية بعد الكارثة أو في المخيمات، عاصفةً مثالية للعدوى - لكل من الأمراض المعدية والإصابات بعدوى الجروح.

تشمل الاحتياطات الأساسية للوقاية من العدوى ومكافحتها بالنسبة لأخصائيي إعادة التأهيل (على سبيل المثال لا الحصر)

- نظافة اليد
 - استخدام معدّات الحماية الشخصية مثل القفازات والأقنعة أو المآزر عند الحاجة
 - التعقيم وإزالة التلوّث عن الأجهزة الطبية
 - إدارة نفايات الرعاية الصحية
 - وضع المريض (مما في ذلك العزل إذا لزم الأمر)
 - صحة الجهاز التنفسي وآداب السعال
 - التنظيف البيئي
 - منع الإصابات من الأدوات الحادة والوقاية بعد التعرض
 - الاحتياطات المستندة إلى انتقال الأمراض
 - تقنية التعقيم وإدارة الأجهزة من أجل الإجراءات السريرية (حيثما تقع ضمن نطاق الممارسة)
- نظافة اليد هي حجر الزاوية في الوقاية من العدوى ومكافحتها. وبينما تتطلب بعض الإجراءات المحدّدة أو الأمراض المعدية احتياطاتٍ إضافية ومعدّاتٍ لوقاية الشخصية، يستمر تطبيق المبادئ الأساسية في حالات الطوارئ (الصور والإرشادات من منظمة الصحة العالمية https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf)

متى



كيف

- إذا كانت يديك غير متسختين بوضوح، فقم بتنظيفهما بفرعكهما بتركيبية تستند إلى الكحول (مثل جل الكحول)
- اغسل يديك بالماء والصابون، عندما تكونُ البدان متسختين بوضوح، أو متسختين بوضوح بالدم أو سوائل الجسم الأخرى أو بعد استخدام المراض

افرك اليدين من أجل نظافتهما! اغسل يديك عندما تتسخان بوضوح

مدة الإجراء بأكمله: 20-30 ثانية



افرك اليدين ككفا بكف:



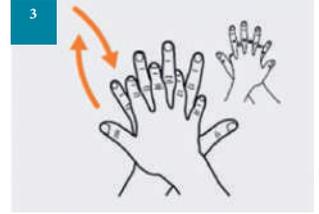
ضع قدرًا من المنتج في حجم راحة اليد في يد مقلّعة، مغطيًا كل الأسطح:



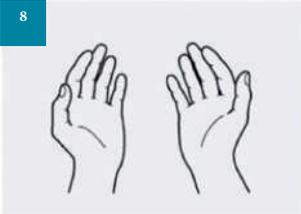
افرك ظهور الأصابع مع الراحة المقابلة والأصابع متشابكة:



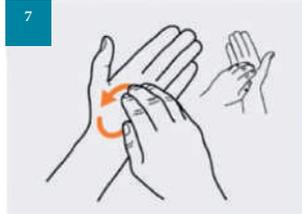
افرك راحتي اليدين بأصابع متشابكة:



راحة اليد اليمنى فوق ظهر اليد اليسرى بأصابع متشابكة والعكس صحيح:



بمجرد أن تجفّ، تصبّح يديك آمنتين.



فرك دائريًا للخلف وللأمام بأصابع متشابكة من اليد اليمنى في راحة اليد اليسرى والعكس:



فرك دائريًا للإبهام الأيسر مثنى في راحة اليد اليمنى والعكس:

استخدام القفازات

تُستخدم القفازات غالبًا بشكل غير ملائم في حالات الطوارئ. وحتى في حالة نقص الإمداد، تُستخدم القفازات مرة واحدة ويجب التخلص منها بأمان بعد ملامسة المريض وعدم استخدامها لمرة ثانية.

يُتّرح استخدام قفازات الفحص فقط في المواقف التي يكون فيها خطر التعرّض المباشر للدم أو سوائل الجسم أو الإفرازات أو العناصر المتسخة يمثل هذه المواد.

القفازات غير مطلوبة للاتصال الروتيني بالمريض، حيث لا يوجد خطرٌ من الاتصال بالدم أو سوائل الجسم، أو بيئة ملوثة

ملاحظة حول الوقاية من العدوى ومكافحتها والأمراض المعدية

إذا كنت تعمل في منطقة تشكّل فيها الأمراض المعدية (مثل الكوليرا والدفتيريا والإيبولا ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS)) خطرًا مُحدّدًا، فسوف تُطبّق احتياطات إضافية للوقاية من العدوى ومكافحتها. تأكد من حصولك على تدريب مُحدّد ومن أنه تم تزويدك بمعدّات إضافية للوقاية الشخصية حسب الحاجة.

تقييم المريض

رغم أن الأمر قد يهمل تحديًا، إلا أن تخصيص بعض الوقت لإجراء تقييم شامل لمريض ما سيكون ذا قيمة كبيرة لأخصائي إعادة التأهيل في حالات الطوارئ، ويمكن أن يوفر الوقت ويتجنب التكرار لاحقًا. وفي حين أن كل مهنة (وفي بعض الحالات قد تكون كل حالة سريرية) لها بروتوكولات تقييم خاصة بها، إلا أن هناك العديد من العناصر الأساسية لكل منها:

قاعدة بيانات

إذا لم يسجل فريقك خلاف ذلك، فتأكد من توثيق اسم المريض، وتاريخ ميلاده (أو عمره)، ورقم الهاتف، والتشخيص الرئيسي، والعنوان أو وجهة الخروج المحتملة (إذا كانت معروفة). ارجع إلى الفصل 2 للمزيد من المعلومات حول الاحتفاظ بقاعدة بيانات. ولا توثّق المعلومات التي قد تعرّض المريض للخطر.

تقييم ذاتي أولي

احصل على أكبر قدر ممكن من المعلومات من الملف الطبي للمريض ومن زملاء الفريق الطبي (إن وجدوا) ووثّق ذلك قبل معاينة المريض. ويمكن لأفراد الأسرة كذلك تقديم معلومات، إذا ظل المريض معتلين. وتذكّر أن المرضى ربما عانوا من أحداث صادمة للغاية وواجهوا بالفعل أسئلة متكررة من الطاقم الطبي. وتجنّب طرح أسئلة غير ضرورية، ولكن إذا كان المريض يريد التحدّث عن تجربته، فحاول أن تمنحه بعض الوقت وتستمع إليه، حتى إذا كنت تحت الضغط. ودوّن ملاحظات حول حالته العقلية - علامات الارتباك أو سوء المزاج أو القلق أو الهذيان.

لا تسس تقديم نفسك ودورك (بلغة بسيطة) - بعض المرضى قد لا يعرفون ما يفعله أخصائي إعادة التأهيل. ويجب أن تحدّد المُقدّمات الأولية للمرضى أيضًا توقعاتهم بشأن إعادة التأهيل والشفاء.



ملاحظة

ملاحظة: ليس من غير المعتاد في حالات الطوارئ أن تجد أن المريض لم يتلقوا شرحًا لتشخيص حالتهم المرضية. وبالنسبة للمرضى الذين يعانون من إصابات مُعقّبة للحياة، إذا لم يكونوا على دراية بالآثار المترتبة على إصابتهم، فحاول العمل مع الفريق الطبي الأوسع لتحديد الطريقة المثلى لإبلاغ المريض وإعلامه.

النقاط الرئيسية للمستند

سيرة الحالة الراهنة (HPC) - تاريخ الإصابة وآليتها، والاستخراج والرعاية قبل دخول المستشفى، والإدارة الطبية والجراحية حتى الآن، بما في ذلك المكان الذي حدثت فيه الإدارة، ونتائج التحقيقات، وأي خطط لمزيد من الإدارة أو الاحتياطات، مثل حالة تحمّل الوزن، واحذر من التضارب في توثيق أي معلومة قد تعرّض المريض للخطر.

السيرة المرضية السابقة (PMH) - هل يعاني المريض من أي حالاتٍ صحيةٍ أخرى معروفةٍ أو عملياتٍ جراحيةٍ سابقةٍ غير ذات صلة؟ انتبه بشكلٍ خاص إلى أي شيءٍ قد يعيقُ شفاء المريض.

السيرة الدوائية (DH) - ما الأدوية التي يتعاطاها المريض؟ هل كان يتعاطى أي شيءٍ في السابق وتوقَّف بسبب الحالة الطارئة، وهل لديه أي نوع معروفٍ من الحساسية؟

السيرة الاجتماعية (SH) - في النزاعات والكوارث، يمكن أن تمثل تحديًا خاصًا. يجب أخذ المعلومات الحساسة في بعض السياقات (على سبيل المثال، فقدان أفراد من الأسرة وتدمير المنازل) من ملف المريض أو مصادر أخرى. وقد يكون من المهم تأكيد اللغات المنطوقة والمستوى التعليمي. وتشمل العوامل الأخرى، التي يجب توثيقها، ما إذا كان هناك من يرافقي المريض، أو ما إذا كان على المريض أن يراعي أي شخص (أطفال أو أقرباء متقدمين في السن مثلاً)، أو ما إذا كان لديه أشخاص قادرين على رعايته، أو ما إذا كان يعرف إلى أين يمكنه الذهاب بعد مغادرة المستشفى. تتضمن الأسئلة القياسية الأخرى: ما كان يفعله المريض للعمل أو في وقت فراغه، وما ديانته، وما إذا كان مناسبًا معرفة أي تناول للسجائر/المخدرات/الكحول (حيثُ قد يؤثر ذلك على أزمته الاستشفاء)

صورة 1: موظفو إعادة التأهيل في هيومانتي & انكلوجن يكملون التقييمات في وضع كارثي، النيبال 2015
© دومينيك بيتشارده/هانديكاب انترناشونال



التقييم الموضوعي

يُحدّد ما تقيّمه من خلال العرض السريري للمريض، ولكن أيضًا من خلال تدريبك ودورك وبروتوكولات المنظمة التي تعمل لحسابها. تتبع المنظمات المختلفة مناهج مختلفة للتقييم. أما الحال كذلك، فلن نصف أي نهج هنا، لكننا سنقدّم المكونات الرئيسية للتقييم أدناه. قد لا يكون من الواقعيّ خلال المراحل الأولى من الكوارث استخدام أدوات تقييم شاملة، وسوف تحتاج التقييمات الموضوعية إلى أن تكون في غاية التركيز. ومع ذلك، يجب دائماً توثيق النتائج الأساسية لأي تقييم. وقد تشمل التقييمات الموضوعية الشائعة الاستخدام ما يلي اعتماداً على تدريبك:

ملاحظات	التدابير البسيطة المتبعة	الهدف
حاول أن تُزامن بين إعادة التأهيل وبين فحوصات تضميد الجروح. ولا تكشف جرحاً بنفسك، إلا إذا كنت مُدرّباً على إعادة تضميده أو إذا كان هناك زميلٌ متاحٌ للقيام بذلك. علامات عدوى الجروح: احمرارٌ، وسخونة، وتورمٌ، وإفرازٌ قيحيّ، وتأخّر الشفاء، وألمٌ جديدٌ أو متزايد، ورائحةٌ كريهة	يمكنك توثيق الإصابات والمشاهدات على مخطط للجسم، إذا كان ذلك متاحاً، كجزء من سجلك تحقّق من الأشعة السينية أو تقنيات التصوير الأخرى إذا كنت مُدرّباً على تفسير النتائج	متابعة المريض بما في ذلك: الضيق، والهيبنة، والتشوهات، والتثبيت الخارجي، والمواقع الجراحية أو الجروح والضامات

الهدف	التدابير البسيطة المتبعة	ملاحظات
الإعاقة العصبية - الوعي/حدقتا العين/ الفحص العصبي	يمكن قياس الوعي باستخدام مقياس الوعي https://en.wikipedia.org/wiki/AVPU (على نحوٍ أكثر تفصيلاً) باستخدام مقياس غلاسكو للغيبوبة (GCS) https://www.physio-pedia.com/Glasgow_Coma_Scale	مقياس الوعي (AVPU): هو تُنبه المريض أو التجاوب اللطفي أو الاستجابة للألم من عدمها هذه طريقة مفيدة لتحديد التغيرات في الوعي
العلامات الحيوية	مُعَدَّل ضربات القلب وضغط الدم والمُعَدَّل التنفسي (بما في ذلك عمل التنفس). مستويات تشبُّع الأكسجين ودرجة حرارته (انظر النطاقات في مربع العلامات الحيوية أدناه).	يجب أن يتم ذلك فقط، إذا كنت مُدْرَبًا وتستطيع تفسير النتائج. راجع مربع العلامات الحيوية أدناه للنطاقات العادية. يمكن أيضًا فحص العلامات الحيوية من السجل الطبي إذا كان موجودًا وخاضعًا للمراقبة بانتظام. يمكن استخدام العلامات الحيوية للكشف عن المضاعفات والتحقُّق مما إذا كان المريض جاهزًا لإعادة التأهيل لاحظ علامات الإثتان (عدوى الدم): حمى فوق 101 درجة فهرنهايت (38 درجة مئوية) أو درجة حرارة أقل من 96.8 درجة فهرنهايت (36 درجة مئوية)، مُعَدَّل ضربات القلب أثناء الراحة أعلى من 90 نبضة في الدقيقة، مُعَدَّل التنفس أعلى من 20 نفسًا لكل دقيقة
الإدراك المعرفي	فحص سريع للتوجيه حول: الشخص/المكان/الزمن/الموقف	فحص التوجيه: ما اسمك، هل تعرف مكانك، هل تعرف ما اليوم (أو الموسم)، هل تعرف ما حدث لك؟ من الممكن إجراء تقييمات أكثر تفصيلاً - انظر فصل إصابة الدماغ للحصول على أمثلة
تقييم الجهاز التنفسي	التسمُّع، والجس، ومراجعة الصدر بالأشعة السينية	فقط إذا كنتَ كفتًا لتنفيذ ذلك وتفسيره. وهذا سوف سيحدد المضاعفات ويوجِّه أي علاج تنفسي
الألم: النوع والشدة والتوقيت والقسوة والتهيُّج	مقياس النظير البصري (VAS). https://www.physio-pedia.com/Visual_Analogue_Scale	يمكنك أيضًا تحديد نوع الألم وتوزُّعه على مخطط للجسم (انظر أدناه). وهذا من شأنه أن يساعد في تحديد سبب الألم، وما إذا كان يتحسن أو يزداد سوءًا

الهدف	التدابير البسيطة المتبعة	ملاحظات
المدى الحركي الفاعل والمنفعل في المفاصل المتأثرة	قس باستخدام مقياس زوايا إذا كان ذلك مناسبًا	إذا كان النطاق المُخفَّض مصدر قلق، تحقق دائمًا من الحركات الفاعلة أولاً
قوة العضلات	مقياس أكسفورد (مقياس مجلس الأبحاث الطبية) https://www.physio-pedia.com/Muscle_Strength	إذا كان الضعْف مصدر قلق، يمكن أن يشكّل هذا جزءًا من الفحص العصبي (انظر الفصول السريرية لمزيد من التفاصيل)
النغمة العضلية والتشنُّج:	مقياس أشورث المُعدَّل https://www.physio-pedia.com/Spasticity	في حالة الاشتباه في إصابة عصبية
الوظيفة: بما في ذلك التوازن والتنقل والتحويلات وأنشطة الحياة اليومية (مثل المرحاض/الاغتسال/الطهي)	مقياس الاستقلال الوظيفي (FIM) https://www.physio-pedia.com/Functional_Independence_Measure_(FIM) مقياس بيرغ للتوازن https://www.physio-pedia.com/Berg_Balance_Scale أو جدول تقييم الإعاقة لمنظمة الصحة العالمية https://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0_12itemsSELF.pdf	يمكنك تقييم الوظيفة دون استخدام مقياس رسمي. ابدأ بأبسط مستوى محتمل للحركة (مثل حركة السرير لمريض لم يجلس بعد) واعمل لأعلى. إذا كان الوقت قصيرًا، يمكنك توثيق المهام الرئيسية التي يستطيع المريض فعلها أو يعجز عن إنجازها لاحظ أنه من غير المحتمل أن يكون لديك الوقت لاستخدام مقياس رسمي للنتائج الوظيفية في المرحلة المبكرة من الاستجابة، ولكن يمكن أن تكون مفيدة لاحقًا
حالة سلامة الأنسجة: سلامة الجلد، قرح الضغط	تصنيف قُرَح الضغط https://physio-pedia.com/Guidelines_on_Prevention_and_Management_of_Pressure_Ulcers	للمرضى الذين يعانون من تقيد حركة السرير أو مناطق من الإحساس المتناقص. ولاحظ أنه من الصعب رؤية مناطق الضغط في المرحلة الأولى على البشرة الداكنة
الحالة النفسية: الاكتئاب والقلق والارتباك والهديان		ضع في اعتبارك دائمًا التأثير الأوسع للكارثة على الفرد. ومن غير المرجح أن يرغب المريض المتوتر أو المرتبك أو المكتئب في المشاركة بنشاط في إعادة التأهيل.
حالة التغذية	مُنسَب محيط منتصف الذراع (MUAC) لسوء التغذية https://www.unicef.org/nutrition/training/3.1.3/1.html	احذر من تأثير سوء التغذية ونقص المُغذيات الدقيقة. وتحدّث إلى فريقك إذا كانت لديك مخاوف.

العلامات الحيوية الطبيعية:

يجب التحقق من العلامات الحيوية وتفسيرها فقط إذا كنت مُدرِّبًا على فعل ذلك كجزء من دورك.

السن	مُعَدَّل ضربات القلب	مُعَدَّل التنفس	ضغط الدم الانقباضي	ضغط الدم الانبساطي
الولادة المبكرة	120-200	40-80	38-80	25-57
المولود بعد تسعة أشهر	100-200	30-60	60-90	30-60
سنة واحدة	100-180	25-40	70-130	45-90
3 سنوات	90-150	20-30	90-140	50-80
10 سنوات	70-120	16-24	90-140	50-80
المراهق	60-100	12-18	90-140	60-80
البالغ	60-100	12-18	90-140	60-80

درجة الحرارة العادية: 97.7-99.5 درجة فهرنهايت (36.5 درجة مئوية إلى 37.5 درجة مئوية) الحمى (علامة على العدوى) عادةً ما تكون درجة حرارة تزيد عن 100.4 درجة فهرنهايت (38 درجة مئوية).

تشبع الأكسجين الطبيعي: 96-99%

فيما يلي مثالٌ أساسيٌّ لتمودج تقييم المريض:

اسم المريض _____ هاتف _____ العمر/تاريخ الميلاد _____

العنوان / موقع الصرف: _____

سيرة الحالة الراهنة:

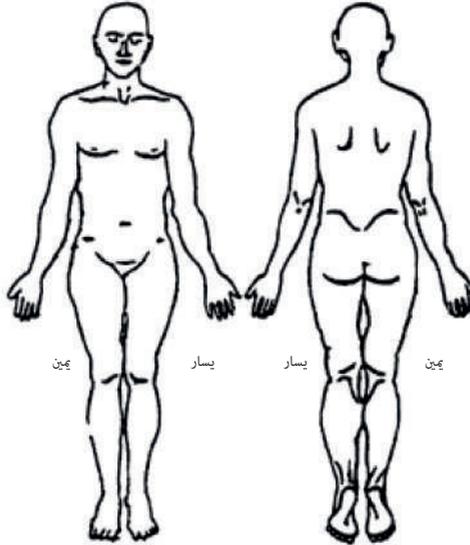
السيرة المرضية السابقة:

السيرة الدوائية (الأدوية/أنواع الحساسية)

السيرة الاجتماعية (بما في ذلك المنزل والوضع العائلي، وجهة الصرف المحتملة)

الاحتياطات أو موانع الاستعمال

(مخطورات ما بعد الجراحة، والأشغال المعدنية، وفقدان الإحساس، والجروح المفتوحة، والعدوى، إلخ.)



اسم الطبيب: _____ جهة اتصال المؤسسة: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

المضاعفات العامة التي قد تواجهها

قد يكونُ المرضى في خطرٍ أعلى لحدوث مضاعفاتٍ ثانوية في النزعات والكوارث، بسبب العوامل المرتبطة بتعطل النظم الصحية ومشاكل الإتاحة. تنشأ العديد من المضاعفات الثانوية من المتابعة غير الكافية في حالات الطوارئ. ويجب إعطاء الأولوية لامتلاك القدرة على تحديد عوامل الخطر لهذه المضاعفات وتخفيفها لمنع المزيد من المشاكل.

التهابات الجروح

يمكن أن تسبب الجروح المُصابة مشاكل في الأيام الأولى من الحالة الطارئة، ولكن يمكن أن تستمر في الوقاية لشهور. الإصابات المفتوحة ذات المستويات العالية من التلوث (من السحق أو الانفجار) أو عند خطر الإصابة بالعدوى بصورة مرتفعة. وتكون عدوى الجروح شائعة أيضًا في حالات مثل التسونامي والفيضانات، حيث تتعرض الجروح للمياه غير المُعالجة. وغالبًا ما يُقيد الوصول إلى المواد الاستهلاكية والمضادات الحيوية في العديد من الأماكن للحفاظ على نظافة الجروح، مما يؤدي إلى تفاقم المخاطر. ويمكن أن تزيد الكسور المفتوحة ومُعدّات التثبيت الخارجي الطويلة من خطر الإصابة بالتهاب نخاع العظم.



صورة 2: جرحٌ مُصاب بعد إصابة في العصب المتوسط

يمكن أن تكون آثارُ التهابات الجروح مُدمرة، مما يخلق مخاطر على الحياة والأطراف. وبالإضافة إلى الجروح الملوّثة، يتعرّض المرضى الذين يعانون من حروق/جروح طفيفة ومرضى ما بعد الجراحات للخطر في العديد من حالات الطوارئ. وأولئك الذين نزحوا من منازلهم أو الذين يعيشون في بيئات غير صحية مع نقص

المياه النظيفة هم أكثر عرضة للخطر. وقد يكون المرضى قد صُرفوا من مرافق صحية مكتظة، حيث تتم رعاية الجروح من قبل أفراد الأسرة في غياب التمريض المؤسسي المناسب، وقد يفتقرون إلى الموارد أو الفهم للالتزام بالمعايير العالية لرعاية الجروح أو الزرع أو رعاية التثبيت الخارجي.

النقاط الرئيسية

1. اتبع الإجراءات الأساسية للوقاية من العدوى ومكافحتها في كل الأوقات - وهذا يشمل غسل اليدين وتطهير المُعدّات
2. يجب أن يكون المعالجون على درايةٍ بالعلامات السبع العنقبة لعدوى الجروح (احمرار، وسخونة، وتورم، وإفراز قيحي، وتأخر الشفاء، وألم جديد أو متزايد، ورائحة كريهة) وعلى معرفة بما يجب القيام به عند تحديد واحدةٍ منها
3. يجب أن يكون المعالجون أيضًا على درايةٍ بالعلامات التحذيرية للإنتان (مضاعفة لعدوى شديدة) بما في ذلك الحمى، والإرتباك، والكلام المبهم، والطفح الجلدي غير السليبي، وزيادة مُعدّل ضربات القلب ومُعدّل التنفس والإسهال. وفي حالة الاشتباه في الإنتان، اطلب المساعدة الطبية العاجلة.
4. يجب إعطاء المرضى الذين تم صرفهم تعليمات واضحة حول العناية بالجروح وعلامات العدوى. ويجب توفير الإمدادات الكافية من الضمادات/مواد التنظيف وإنشاء عملية إجرائية للحصول على الرعاية الطبية للحالات المحتملة من الإصابة بالعدوى
5. يجب ترتيب متابعة المرضى، حتى لو انتقل مقدمو الرعاية الأصليون إلى عملٍ آخر
6. يجب الدعوة إلى الحصول على المياه النظيفة والتغذية الكافية لتعزيز الشفاء لهؤلاء المرضى

الإصابات الفاتنة

في مواجهة الأعداد الهائلة من المرضى، وقصور الوصول إلى أدوات التقييم الطبيّ بما في ذلك الدراسات المخبرية والتصوير بالأشعة وتوصيل الأعصاب، من المتوقع أن تفتوح بعض الحالات على الفرق الطبية عند توفير الرعاية المتقدمة للحياة. ونظرًا لأنّ المعالجين قد يكونون من أوائل أعضاء الفريق الطبيّ الذين يراجعون المرضى بعد الاستقرار أو الجراحة، فقد يصبحون أيضًا على دراية بالإصابات الفاتنة أو الحالات الأخرى. وبشكل عام، هذه الأخيرة قد تشمل هذه إصابات الأعصاب الطرفية أو الكسور غير النازحة أو إصابات الدماغ المعتدلة الخفيفة. ويمكن التعرف عليها بعد عدة أيام (أو حتى أسابيع) من حدوث الإصابة في بعض الأحيان. ويحتاج المعالجون دائمًا إلى الإبلاغ عن أيّ أعراض مبهمة إلى أحد أعضاء الفريق الطبيّ الداعم، وإلى أن يكونوا على دراية بعلامات التدهور البادية على مرضاهم.

النقاط الرئيسية

يجدر دائماً التحقّق مع المرضى (أو أفراد أسرهم) إذا كانت لديهم أيّ أعراض مبهمة في تقييم أولي.

الأمّ ضعيف الإدارة

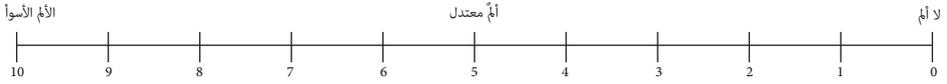
تتعرّض إدارة الأمّ للتجاهل غالبًا في حالات الطوارئ. قد يشارك أخصائيو إعادة التأهيل في تقييم الأمّ، وتقديم المشورة بشأن الاحتياجات لتسكين الأمّ، بالإضافة إلى تقديم علاجات غير دوائية للأمّ. ويجب تحديد بعض الممارسات العلاجية (مثلًا كما هو الحال بعد إصابات الحروق) بحيث تتزامن مع الإدارة المثلى للأمّ وتغييرات التضميد لتحسين إدارة الأمّ.

قد يستخدم الفريق العيادي مناهج تكيفية للتخدير وإدارة الأمّ في الأيام الأولى من أي استجابة، أو في حالات النزاع المُقيّدة. إذ قد يكون نوع الأدوية المتاحة وكميتها محدودة. وتُستخدم الكتل العصبية والكيمايين من الناحية الجراحية بشكلٍ شائع بدلاً من التخدير العام في حالات النزاعات والكوارث. الباراسيتامول، ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية والمُسكنات الأفيونية كلها موجودة في قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية، وبالتالي من المرجح أن تكون متاحة أكثر من مُسكنات الأمّ الأخرى، كما هو الحال مع أميتريبتيلين، والذي يمكن استخدامه (إذا وُصف بشكلٍ مناسب) للأمّ الأعصاب.

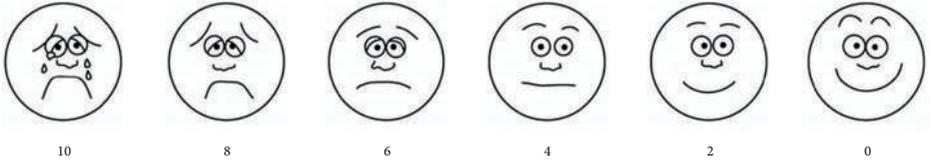
يجب أن يتمكن مرضاك من الوصول إلى الإمدادات الكافية من التسكين بالنسبة لأولئك الذين يتعاملون كجزء من فريق طبيّ مُصنّف للطوارئ. وخلافاً لإعادة التأهيل المتخصصة في الفريق الطبيّ للطوارئ ليست مُطلّبة بتوفير الدواء، لذلك يجب تطوير روابط مع آخرين من مُقدّمي الخدمات المحليين. ومن المفيد معرفة الأدوية المتاحة محليًا، وما إذا كان المرضى بحاجة إلى دفع ثمنها. وحتى إذا كان الدواء متاحًا دون وصفة طبية في بعض البلدان، يجب على أخصائيي إعادة التأهيل عدم وصف دواءٍ ما خارج نطاق ممارستهم أو تقديم المشورة بشأن استخدامه. ولاحظ أنه بالنسبة لواقفي أدوية إعادة التأهيل ذوي النطاق الاختصاصيّ الموسّع، قد لا تتمكن من وصف الدواء في دولةٍ أخرى، إذ لم يكن هذا ضمن النطاق المُحدّد لمهنتك في ذلك البلد.

ويمكن استخدام مخططات الأمّ البصرية لتقييم الأمّ:

مقياس النظر البصري



مقياس النظر البصري



أنواع الألم العامة

النوع	الأسباب	الوصفات الشائعة (أمثلة)
آلام حادة في مُستقبله الأذية	تلف في الأنسجة أو الأعضاء، مثل الألم الناتج عن كسر أو جرح أو إصابة جديدة	حاد، مؤلم، خافق (التهاوي)
آلام حادة في الأعصاب	تلف في الجهاز العصبي، مثلاً من جراء إصابة العصب المحيطي أو إصابة الحبل الشوكي	حرق، تجفد، إطلاق نار، شائك، كهربائي، غالباً في مناطق بعيدة عن الإصابة واستجابةً للمُنبهات التي لا تكون مؤلمة عادةً
ألم مزمن	ألم يستمر بعد الشفاء من الإصابة	كألم، مؤلم، غير محدد

النقاط الرئيسية

1. قد يعمل الموظفون في مرافق قد يكون الوصول فيها إلى التحكّم الفعّال في الألم محدوداً. اعمل مع الفريق لإيجاد أفضل الحلول لمرضاك
2. قد يكون الحفاظ على التحكّم في الألم عند الخروج من المستشفى أو في بيئة مجتمعية أمراً صعباً، خاصةً إذا لم يتمكن المرضى من الوصول إلى الأدوية المجانية/ميسورة التكلفة. وقد تكون هناك مشاكل في الوصول إلى العيادات والأموال اللازمة لجلب الوصفات الطبية، بالإضافة إلى الالتزام بالعلاج
3. ستؤثر أيضاً المعتقدات الثقافية حول أصول الألم والتوقعات وقبول الألم على العلاج والاستجابة لإعادة التأهيل.

مناطق الضغط

يمكن أن تزيد العديد من الإصابات الرضية من خطر الإصابة بقرحة الضغط، خاصةً في الحالات التي تجمع بين انخفاض الإحساس (مثل إصابات العصب الفقري أو المحيطي) مع قصور الحركة (مثل إصابات العمود الفقري أو إصابات الدماغ أو المرضى أثناء السحب). وهناك أدلة على زيادة في فُرَح الضغط في المرضى، وخاصة أولئك الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي، في النزاعات والكوارث. وقد ساهم تخفيف الضغط غير الكافي، والعجز في أعداد الموظفين، ونقص مستوى التعليم لدى مُقدِّمي الرعاية، وسوء التغذية والترطيب، وسوء رعاية المنانة والأمعاء، في فُرَح الضغط التي يمكن الوقاية منها.

صورة 3: مريضٌ مُصابٌ بقرحة ضغط

بعد إصابة في النخاع الشوكي في مخيمات الروهينجا، بنغلاديش 2019
© دافيد بريتي/هيومانيتي & انكلوجن



النقاط الرئيسية

1. كن على دراية بعوامل الخطر لقرحة الضغط، خاصةً لدى المرضى الذين يجلسون في الفراش، أو أثناء الجرح، أو مع انخفاض الإحساس.
2. عزِّز الوضعيات العلاجية في المرحلة الحادة؛ وأشرك المتطوعين والعاملين في التمريض وعائلة المريض/مُقدِّم الرعاية.
3. عزِّز العناية الجيدة بالمانانة والأمعاء، وتأكد من وجود إمدادات كافية من منتجات الحصر
4. ضع في اعتبارك الحصول على مراتب/وسائد مقاعد مناسبة محلليًا، خاصةً إذا كان التعامل مع المرضى يتم على الأرض. ارفع الحاجة للمعدات للمنسقين، مثل خلية تنسيق فريق الطوارئ الطبي
5. وُلِّق مخاطر الضغط ومناطق الضغط والتمسك الدعم من الفريق الطبي في إدارتها

مضاعفات الجهاز التنفسي

هناك طرقٌ متعددة يمكن أن تؤثر بها النزاعات والكوارث على الجهاز التنفسي. وهناك أسبابٌ مباشرة واضحة، مثل الفيضانات وتسونامي (شكلُ الالتهاب الرئوي التنفسي مشكلةٌ كبيرةٌ في أعقاب تسونامي المحيط الهندي عام 2004 في آتشيه)، بجانب صدمة الصدر الفعلية، أو استنشاق الدخان أو الضباب البركاني. وتعد التهابات الجهاز التنفسي الحادة أيضًا سببًا رئيسيًا للمرض في حالات النزوح والانتكاظ والرطوبة والظروف المعيشية غير الصحية. والمرضى الذين يعانون من عدم القدرة على الحركة بعد الإصابة أو الجراحة معرضون أيضًا لخطر الإصابة بمضاعفاتٍ في الجهاز التنفسي، مثل أولئك الذين عانوا من إصابة عصبية، مثل إصابة الحبل الشوكي أو السكتة الدماغية. ويمكن أن يؤدي تفتي الأمراض مثل الحصبة إلى مضاعفاتٍ تنفسية، مثل الالتهاب الرئوي، خاصةً عند الأطفال. وأخيرًا، تضمنت الاتجاهات الحديثة الناشئة في النزاعات استخدام الغازات السامة، بما في ذلك الكلور، والتي يمكن أن تسبب بدورها مضاعفاتٍ في الجهاز التنفسي

النقاط الرئيسية

1. يجب أن تتم رعاية المرضى في وضع مستقيم قدر الإمكان للحد من مضاعفات الجهاز التنفسي، حيثما كان ذلك ممكناً.
2. قد يساعد جلوس المرضى (المستقرون طبياً) خارج السرير، والحركة المبكرة، وبالنسبة للمرضى المُقْتَدِين في الفراش، باستخدام تقنية الدورة النشطة للتنفس (ACBT) أو فقاعة ضغط الزفير الإيجابي في تقليل المضاعفات التنفسية بعد العملية الجراحية.
3. يجب أن يكون أخصائيو إعادة التأهيل على استعدادٍ متى ما حصلوا على التدريب لاستخدام المهارات التنفسية الأساسية للعلاج التنفسي في النزاعات والكوارث، مما في ذلك تقييم الجهاز التنفسي، وتحديد الوضعية، والشفط (حيثما كان متاحاً)، والتقنيات اليدوية، وتقنيات تنقية الصدر الفاعلة وألعاب تنقية مجرى الهواء للأطفال. ومهارات العلاج الطبيعي التنفسي الحاد لدى الأطفال مهمة بشكلٍ خاص في حالات تفشي المرض مثل الحصبة (كما رأينا في ساموا في عام 2019) والإنفلونزا.



فقاعة ضغط الزفير الإيجابي

فقاعة ضغط الزفير الإيجابي: أداة بسيطة للعلاج التنفسي

يمكن استخدام فقاعة ضغط الزفير الإيجابي (Bubble Positive Expiratory Pressure) لتحفيز حركة الهواء من خلال الرئتين ودعم إزالة البلغم. طالع <https://www.gosh.nhs.uk/medical-information/procedures-and-treatments/bubble-pep>

للحصول على تعليمات مفصلة، فيما يلي مثال على سهولة صنع فقاعة ضغط الزفير الإيجابي:

تعليمات أساسية لفقاعة ضغط الزفير الإيجابي:

- I. اطلب من مريضك أن يأخذ نفساً وينفخ من خلال الأنبوب في الماء ليصنع فقاعات. يجب أن يكون الزفير لأطول فترة ممكنة. حاول إخراج الفقاعات من أعلى الزجاجية في كل مرة.
- II. كرر 6-12 مرة. هذه دورة واحدة.
- III. اطلب من مريضك أن ينفخ (مرة أو مرتين) (تقنية الزفير القسري) والسعال لإزالة البلغم، كما علمك أخصائي العلاج الطبيعي. شجع مريضك على السعال لطرد البلغم بدلاً من ابتلاعه.
- IV. كرر هذه الدورة (الخطوات من 1 إلى 3) إجمالاً 6-12 مرة



صورة 4: عرض فقاعة ضغط الزفير الإيجابي في بيئة منخفضة الموارد

© دافيد بريتي/هيومانتي & انكلوجن

سوء التغذية

تختلف عوامل سوء التغذية في النزاعات والكوارث اعتماداً على مستوى الأمن الغذائي وممارسات التغذية والخدمات الصحية قبل الطوارئ، فضلاً عن كيفية تأثر هذه الهياكل الآن. ويمكن أن يؤدي سوء التغذية (بما في ذلك نقص المغذيات الدقيقة) في النزاعات والكوارث إلى زيادة معدلات الاعتلال والوفيات وضعف التعافي. الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم معرضون بشدة لخطر الإصابة بإعاقات إدراكية وجسدية طويلة الأمد. ويُنصح بالعلاج التحفيزي واللعب الذي يشمل مقدّمي الرعاية بمجرد استقرار هؤلاء الأطفال طبيًا.

النقاط الرئيسية

1. يجب أن يدرك أخصائيو إعادة التأهيل أهمية التغذية الجيدة بعد الإصابة، ويجب أن يعملوا مع الفريق لضمان تغذية المرضى بشكل مناسب.
2. يجب أن يكون أخصائيو إعادة التأهيل قادرين على تحديد المرضى الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم (SAM)، بما في ذلك استخدام (أو الإحالة إلى الفريق الطبي) مَنسَب محيط منتصف الذراع (MUAC) كمرجع لهذا. ويجب إحالة هؤلاء المرضى إلى المراكز المتخصصة في دعم التغذية.
3. يمكن أن يؤثر نقص المغذيات الدقيقة الشديد (الأكثر شيوعًا الحديد وفيتامين أ) على التعافي. ومن الجيد أن تكون على دراية بالنواقص الشائعة في المناطق التي تعمل فيها، وكيفية التعرّف عليها.
4. سوء التغذية يشمل أيضًا السمنة، في البلدان التي ترتفع فيها نسبة السمنة لدى السكان، من المرجح أن يكون هناك عدد أكبر من المرضى المصابين بأمراض غير مُعدية، مثل مرض السكري واضطرابات القلب والأوعية الدموية.

الظروف الصحية الموجودة مسبقًا

بينما تسبب النزاعات والكوارث في حدوث إصابات، هي كذلك تُعطل الأنظمة والخدمات الصحية الحالية. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تفاقم الأمراض المزمنة (مثل مرض السكري وأمراض القلب والجهاز التنفسي).

قد يعاني مرضى الصدمات من حالاتٍ صحية موجودة مسبقًا يمكن أن تتفاقم أو تتفاقم بفعل إصابتهم. مرض السكري هو مصدر قلق خاص فيما يخص شفاء الجروح.

قد يتأثر الأشخاص ذوو الإعاقة بشكل غير متناسب بالنزاعات والكوارث. وقد وُثِّق ذلك جيدًا، وهناك حاليًا تركيزٌ أكبر على الدمج الفعال للأشخاص ذوي الإعاقات في الاستجابة للطوارئ. قد يكون الأشخاص ذوو الإعاقة أكثر عرضة للإصابة أو قد تُفقد أجهزتهم المساعدة؛ قد تكون البيئات أقلّ انفتاحًا للوصول إليها وقد يتوقّف الوصول إلى العلاج المنتظم والأدوية ومقدّمي الرعاية. ويجب أن يهدف أخصائيو إعادة التأهيل إلى تحديد هؤلاء الأشخاص بنشاط والعمل مع الزملاء أو المجموعات المجتمعية أو منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة لتلبية احتياجاتهم.

النقاط الرئيسية

1. خذ سيرةً طبيةً كاملةً لكل مريض؛ وانظر في الحصول على الأدوية أو العلاج والمعدات اللازمة للحالات المزمنة.
2. حدّد و/أو تعاون مع مقدّمي الرعاية الصحية المحليين لتفعيل مسار إحالة المرضى الذين يحتاجون إلى متابعة للحالات الصحية المزمنة.
3. ضع في اعتبارك الحاجة إلى استبدال الأجهزة المساعدة المفقودة أو التالفة، وكذلك الحاجة إلى أجهزة جديدة للأشخاص المصابين.

الأمراض المعدية

غالبًا ما تكون حالات تفشي الأمراض المعدية باعتبارها عواقب ثانوية لحالات الطوارئ مفاجياتٍ لأمراضٍ متوطنة ناجمة عن تأثير حالة الطوارئ - سواءً ضرر من خلال تلوث إمدادات المياه، أو تدهور الخدمات الصحية أو النزوح وما يترتب على ذلك من اكتظاظ. ويمكن أن تحدث حالات التفشي أيضًا في النزاعات نتيجةً لما سبق، بالإضافة إلى تعطيل برامج التطعيم والعلاج على المدى الطويل.

تشمل الأمراض المعدية الشائعة التي تظهر في حالات الطوارئ أمراض الإسهال (بما في ذلك الكوليرا)، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة، والحصبة، والأمراض المحمولة بالنواقل (مثل حمى الضنك والملاريا). كما يعد السل الرئوي مصدر قلق. في بعض المناطق المتأثرة بالنزاعات، عادت الأمراض التي كانت قريبةً من الاندثار، مثل شلل الأطفال، في الظهور مرةً أخرى الآن. ويعد الحصول على مياه الشرب الآمنة وبرامج التطعيم والتعرّف السريع على الحالات وإدارتها أمرًا حيويًا لمنع حالات تفشي الأمراض.

النقاط الرئيسية

1. يجب أن يكون أخصائيو إعادة التأهيل يقظين، أولاً فيما يتعلق بصحتهم الشخصية وحالة التحصين، ولكن أيضًا في تحديد الحالات المشتبه فيها والإبلاغ عنها.
2. كن على دراية بالحاجة المحتملة لزيادة خدمات إعادة التأهيل لعلاج الناجين من حالات تفشي معينة (طالع الفصل 1)
3. استعد للمساعدة في نشر رسائل الصحة العامة الرئيسية وتشجيع الممارسات الجيدة مع مرضاك

اعتبارات طب الأطفال

على الرغم من أن طب الأطفال في العديد من البلدان يعتبر تخصصًا سريعًا، إلا أنه في النزاعات والكوارث من المرجح أن يواجه جميع المعالجين مرضى من الأطفال. ويجب اعتبار الأطفال فئةً مميزةً من السكان. وسوف تُذكر الاعتبارات الخاصة بكل حالة في كل فصل، ولكن نذكر فيما يلي بعض الاعتبارات العامة:

يُصاب الأطفال عادةً بجانب أفراد الأسرة أو الأصدقاء. ويكون ذلك انعكاسًا نفسيًا ووقائيًا خطيرة، يجب معالجتها بالتزامن مع الرعاية الطبية وإعادة التأهيل. ويجب أن تكون إدارة محنة الطفل المصاب أولوية - لا تفرض إعادة التأهيل.

يختلف الأطفال تشريحيًا وفسولوجيًا عن البالغين. وسيتم تناول التفاصيل المتعلقة بالإصابات في الفصول القادمة. من منظور الجهاز التنفسي، وحتى سن 3 سنوات، يكون تناعم التهوية/التروية (VQ) عند الأطفال معاكسًا لما لدى البالغين: بسبب الامتثال لجدار الصدر، تكون الرئة التابعة سببة التهوية. ولتحسين تناعم التهوية/التروية، ضع الطفل ورتته الجيدة إلى الأعلى. المزيد من المعلومات حول العلاج التنفسي لدى الأطفال واردة في ورقة العلاج التنفسي الموجزة.

تؤدي إصابات الانفجارات بشكل خاص غالبًا إلى حدوث صدماتٍ مُتعددة، مما يجعل إعادة التأهيل المبكر أكثر تعقيدًا. الأطفال الأصغر سنًا على وجه الخصوص أكثر عرضة لإصابات الرأس والصدر ذات الصلة، في حين أن وجود بعض المتفجرات من مخلفات الحرب (مثل الذخائر العنقودية) يمكن أن يزيد من احتمال إصابات الأطراف العلوية عند الأطفال باعتبارها ألعابًا أو أشياء مسليةً عن طريق الخطأ.

قد يكون الأطفال ذوو الإعاقات محرومين اجتماعيًا في بعض السياقات نتيجةً لإصابتهم، مما يؤدي إلى عدم ارتيادهم للمدرسة أو الإبقاء عليهم في المنزل أو اعتبارهم غير قادرين على العمل أو الزواج في وقتٍ لاحقٍ من حياتهم. ويمكن أن يساعد التعليم المبكر مع أفراد الأسرة وروابط دعم الأقران في تخفيف ذلك.

ربما يعيش الأطفال المصابون تدمير مجتمعاتهم، والحرمان، والتشريد القسري من منازلهم، والمدارس والمجتمعات، والانفصال عن الأحباء، بما في ذلك الآباء، أو فقدانهم. وفي حين أن وكالاتٍ مُحدّدة غالبًا ما تتحمّل المسؤولية العامة عن حماية الأطفال وتعليمهم، فإن الحفاظ على سلامة الأطفال هو دورٌ منوطٌ بالجميع في الاستجابة الإنسانية. ارجع إلى الفصل 2 للحصول على معلومات حول حماية الأطفال في رعايتك.

النقاط الرئيسية

1. سيحتاج الأطفال إلى أجهزة مساعدة في حجم الأطفال ومعدّات أخرى. ويكون الوصول إلى المعدات الخاصة بالأطفال (مثل الكراسي المتحركة) والعكازات وتقويم العظام والأطراف الصناعية) غالبًا محدودًا. وعندما يحتاج الأطفال إلى أجهزة مساعدة على فتراتٍ زمنية طويلة، تجب إعادة تركيبها بانتظام أثناء نمو الطفل.
2. احمل بعض معدّات العلاج الصديقة للأطفال. ويمكن أن يكون حملُ بعض الألعاب الأساسية كجزءٍ من حقيبة العلاج (حتى لو كانت فقاعات وبالونات ومئات محمول مع موسيقى أو مقاطع فيديو) أمرًا مفيدًا حقًا.
3. تحتاج طرق العلاج إلى تعديل. ضع في اعتبارك التشبث واللعب والأساليب المناسبة للتمر والقائمة على النشاط مع الأطفال الأصغر سنًا.
4. أشرك الأسرة ومُقدّمِي الرعاية في كافة جوانب رعاية الطفل حيثما أمكن. وهذا من شأنه أن يعزّز الاستقرار للطفل ويحميه من المزيد من الضيق النفسي. وقدّر من يجب أن يعطي الموافقة داخل الأسرة، وفقًا للسياق المُحدّد.
5. حاول الإبقاء على الموظفين والمتطوعين المشاركين في رعاية الطفل من أجل الاستمرار وتعزيز مشاعر الحماية والاستقرار. قد يكون الموظفون المحليون أقلّ توافرًا من الموظفين الدوليين غير المألوفين.
6. يمكن أن يكون دعم الأقران قيمًا للغاية. يشعر الأطفال بمزيد من الاسترخاء في وجود صغار العمر الآخرين ويمكنهم دعم بعضهم البعض. حاول تجميع أسرة الأطفال/جلسات العلاج معًا ودمج الألعاب الجماعية التفاعلية.



صورة 6: طاقم إعادة التأهيل في هيومانتي & انكلوجن أثناء تقديم جلسة علاج لفتاتين صغيرتين بترت أطرافهما بعد الزلزال في النيبال، 2015 © لوكاس فيوف/هاندريكاب انترناشونال



صورة 5: طاقم إعادة التأهيل في هيومانتي & انكلوجن أثناء تقديم العلاج لطفلة في الرابعة من عمرها، ضحية غارة جوية في اليمن © وكالة أنباء الطلبة الإيرانية / هيومانتي & انكلوجن

أنشطة اللعب المناسبة للعمر والقائمة على إعادة التأهيل

في إعادة التأهيل	مثال	نوع اللعب	
استخدم الألعاب التي تُصدر أصواتاً أو أفعالاً لتشجيع الحركات. تعامل مع أشياء مثل الفقاعات أو الموسيقى.	الضغط على الأزرار، إحداث ضوضاء من الآلات.	استكشافي	6-18 شهراً
قم ببناء العلاج حول الأنشطة الحركية الأساسية والرائحة المفضمة بالمرح، مثل مكعبات البناء أو أعمال التقليد.	الجري والقفز والبناء.	فاعل	18 شهراً - 3 سنوات
اجعل الطفل يلعب دور الطبيب أو الممرضة وتقديم المساعدة أو بناء أنشطة حركية دقيقة حول الفن أو الألغاز الأساسية.	لعب دور الطبيب، والتليس، وتنفيذ أنشطة فنية.	تخيلي	3-6 سنوات
استخدم الألغاز المحلية أو الرياضات الشعبية التي ستتحدى مهارات الطفل، واستخدم الأنشطة الجماعية.	الألغاز والألعاب التي تتحدى المهارات الحركية.	تنافسي	6-9 سنوات
استخدم الرياضات أو أي لعبة أخرى مناسبة، بناءً على اهتمامات الطفل.	الرياضات الجماعية، وكذلك الاهتمامات أو الهوايات الفردية.	الفريق والفرد	9-14 سنة

لاحظ أن ما سبق هو مجرد دليل - سوف يتجاوب الأطفال بشكلٍ مختلف مع الأنواع المختلفة من اللعب.

إعادة التأهيل مع التشتت



يتوفّر دليلٌ ميدانيّ لإصابات الانفجارات عند الأطفال ويحتوي على فصلٍ عن إعادة التأهيل، بالإضافة إلى اعتبارات إعادة تأهيل الأطفال للإصابات، بما في ذلك إصابات الحبل الشوكي والحروق والكسور: <https://www.savethechildren.org.uk/content/dam/gb/reports/health/PBIBlastInjuryManualARABIC.pdf>

مناهج العلاج العامة

ستوضح الفصول السريرية الستة التالية بالتفصيل مناهج إعادة التأهيل المرتبطة بالظروف. ومع ذلك، هناك بعض المناهج العامة للعلاج في النزاعات والكوارث، تستحق إبرازها:

التعليم والإدارة الذاتية

غالبًا ما يكون وقتك مع المرضى في حالات الطوارئ مُقْتَدًا بشدة، وقد تكون فرض متابعة المرضى بانتظام محدودة وقاصرة. ويعدّ تثقيف المرضى ومُقدّمي الرعاية وتزويدهم بتوجيه واضح بشأن أي قيود وعلامات على المضاعفات والنصائح والتمارين، وشرح كيفية التقدم (وماذا يفعلون إذا لم يحرزوا تقدمًا)، أمرًا أساسيًا. وبينما ينتظر المرضى إدارة نهائية، يمكن للتعليم السابق للعمليات الجراحية أن يجعل رعاية ما بعد الجراحة أسهل بكثير.

النقاط الرئيسية

1. عدّل استخدامك للغة للتأكد من أن مريضك قادرٌ على فهمك.
2. تحقق من الفهم بحث المرضى أو مُقدّمي الرعاية على عرض أو شرح ما قمت بتعليمهم إياه للتو.

تعزيز الاستقلال الوظيفي

يغادر المرضى المستشفى في غالب الحالات للعودة إلى بيئاتٍ صعبةٍ للغاية - قد تُغلق الشوارع، أو يُقْتَد الوصول إلى الخدمات الأساسية (بما في ذلك توزيع المساعدات) أو قد يعيش المرضى في خيامٍ أو أماكن مزدحمة أو مواقع نائية. وبالتالي، يُعدّ تعزيزُ الاستقلال الوظيفي المبكر ذا قيمةٍ ثمينةٍ للغاية. وقد تحتاج في بعض الحالات إلى استخدام المنطق السريري لاتخاذ القرارات التي تحمي الشخص بشكلٍ أمثل عند الخروج من المستشفى إلى بيئات الكوارث أو النزاعات، بدلاً من اتباع ما قد تعتبر عادةً الممارسة الأفضل. من الأمثلة الجيدة على ذلك تقديم العكازات (بدلاً من الكرسي المتحرك) للمبتورين الذين يواجهون صراعاً مبكراً من المستشفى في البيئات الصعبة ذات التحديات، حيث يتكهم الكرسي المتحرك عالقين في غرفةٍ أو في خيمة.

رغم أن الأساليب السلبية غالبًا ما تكون غير مفيدة في الظروف الحادة، كن على وعي بأنه في بعض السياقات، سيكون العلاج 'اليدوي' أو العلاج الكهربائي غير ملائمٍ أو غير مناسب، خاصةً إذا كان العمل في مناطق نزاع مع ضحايا للتعذيب.

العمل مع أفراد الأسرة أو مُقدّمي الرعاية

يغلب في النزاعات والكوارث أن يكون أفراد الأسرة هم من يقدمون المساعدة اليومية الروتينية للمريض. ويمكن أن يشمل هذا الدعم في ضبط الوضعية، وتغيير الضمادات، والإعانة على الحركة، ودخول الحمام، والأكل/الشرب والاعتسال/ارتداء الملابس. لذلك، ولأنه من المحتمل أيضاً أن يكون وقتك مع المرضى محدوداً، فمن الضروريّ دعم مُقدّمي الرعاية هؤلاء على أفضل طريقة لأداء المهام بأمان، مع تعزيز استقلالية المريض أيضاً. يكون تثقيف المرضى ومُقدّمي الرعاية أثناء إعادة التأهيل الأساسي بعد الجراحة، بما في ذلك ضبط الوضعية ونطاق تمارين الحركة والتحويلات والتنقل أمراً، حيويًا غالبًا.

النقاط الرئيسية

1. ضع في اعتبارك الوسائل التصويرية لمُقدّمي الرعاية والموظفين، أو مخططات ضبط الوضعية.
2. طوّر توجيهاً باللغات المحلية.
3. تذكّر أن مُقدّمي الرعاية قد تكون لديهم ضغوطٌ خفية بجانب رعاية المرضى، وبالتالي قد يحتاجون إلى علامات/موارد بصرية لتذكّر التعليمات.

الدعم النفسي للمرضى

الإسعافات الأولية النفسية

بينما قد يحضر أخصائيو إعادة التأهيل خلال الأيام والأسابيع التالية للزراع أو الكارثة، يكون الدعم النفسي المهني للمرضى غالبًا قاصرًا على حالات الطوارئ. ويغلب أن يكون أخصائيو إعادة التأهيل هم أخصائيو الرعاية الصحية الذين يقضون معظم الوقت مع المرضى، لا سيما أولئك الذين يعانون من إصابات مُعْجَرة للحياة. أحيانًا يكونون في وضع يسمح لهم بدعم الناس، وعلى الرغم من أن الكثير منهم مجهزون جيدًا للقيام بذلك، قد لا يعرف البعض ما يجب قوله أو كيفية تقديم المساعدة. ومن المفيد أن يكون لديك إطار عمل ينصح بأن ما ستقوله سيكون مفيدًا، مع الحفاظ على نفسك وعلى من تساعدك في أمان واحترام لكرامة الناس وثقافتهم وقدراتهم. الإسعافات الأولية النفسية (PFA) تفعل هذا فقط: إن الوصف الرسمي للإسعافات الأولية النفسية هو أنها تضمن مساعدة إنسانية وداعمة وعملية للإخوان من البشر الذين يعانون من أحداثٍ متزامنة خطيرة.

إن تقديم الإسعافات الأولية النفسية يعني القدرة على:

- توفير رعاية ودعم عمليين لا يمتلآن انتهاكًا
- تقييم الاحتياجات والاهتمامات
- مساعدة الناس على تلبية احتياجاتهم الأساسية (على سبيل المثال، الغذاء والماء والمعلومات)
- الاستماع للناس، ولكن دون الضغط عليهم للتحدث
- إراحة الناس ومساعدتهم على الشعور بالهدوء
- مساعدة الأشخاص على الاتصال بالمعلومات والخدمات والدعم الاجتماعي
- حماية الناس من المزيد من الأذى (9)

يمكنك قراءة المزيد عن الإسعافات الأولية النفسية وتحميل الدليل الرسمي للعاملين في المجال الإنساني هنا:

https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en

دعم الأقران

يمكن أن يكون دعم الأقران خيارًا ممتازًا للمرضى الذين ربما عانوا من إصابات مُعْجَرة للحياة، مثل بتر الأطراف أو إصابات الجبل الشوكي. دعم الأقران يعني ببساطة تقديم المساعدة لشخصٍ على نفس مستوى الشخص الداعم. وقد يعني هذا في ظروف النزاعات والكوارث تجنيد متطوعين يعانون من ضعف ما قبل الكارثة كداعمين للأقران. هؤلاء المتطوعين، بمجرد تدريبهم، يستطيعون منح طمأننة الحياة بعد الإصابة، بالإضافة إلى الدعم العملي والعاطفي. وفي أوقاتٍ أخرى، يمكن الجمع بين المرضى الذين يعانون من مستوى مماثل من الإصابات في مركزٍ داخليٍّ أو في عيادة. وفي حين أن الهدف من دعم الأقران ليس استبدال المساعدة المهنية، إلا أنه يشجع على مشاركة العواطف والمشكلات واستراتيجيات التعاطي في مواجهة الإصابات الجديدة، بينما يخفف من عبء الدعم النفسي عن كاهل الموظفين.

الدعم النفسي والاجتماعي

يساعد الدعم النفسي الاجتماعي الأفراد والمجتمعات على معالجة الجروح النفسية وإعادة بناء الهياكل الاجتماعية بعد حالةٍ طارئةٍ أو حدثٍ حرج. ويمكن أن يساعد في تحويل الأشخاص إلى ناجين نشطين بدلاً من ضحايا سلبيين.

يشرح مصطلح 'الدعم النفسي الاجتماعي' إلى الصلة القوية بين المشكلات ذات الطبيعة الاجتماعية والنفسية. يعاني الأشخاص المتضررون من الصراعات والكوارث نفسها من تأثيراتٍ نفسية واجتماعية مختلفة تمامًا. قد يكون لديهم مخاوف ما قبل الحالة الطارئة، مثل التهميش، أو إعاقاتٍ سابقة، أو يعانون من مشاكل في الصحة العقلية. ويمكن أن تنشأ مشاكل أخرى كنتيجة مباشرة للحالة الطارئة، على سبيل المثال انفصال الأسرة، وتدمير الشبكات الاجتماعية وسبل العيش، والحزن، والاكتئاب واضطرابات القلق. وأخيرًا، يمكن أن تشكل استجابة المساعدة نفسها مشكلاتٍ نفسية اجتماعية بسبب الافتقار إلى الخصوصية أو الاعتماد على المساعدات أو القلق بشأن توزيعها.

يتوفر مقطع فيديو قصير يشرح الدعم النفسي والاجتماعي من منظمة (أنقذوا الأطفال) هنا:

<https://www.youtube.com/watch?v=h0L6u68tbI&list=PLmFabOawOWJ23dDi7RLAYp8Hyb2UWgDpy>

ضع في اعتبارك النقاط التالية عند توفير إعادة التأهيل المبكر في مثل هذه الأوضاع:

1. ضمان رعاية الفئات المهمشة والتأكد من حصولها على خدمات إعادة التأهيل
2. الاتصال بالوكالات لجمع شمل أي من أفراد الأسرة المنفصلين عن المرضى
3. التواصل مع الوكالات التي تقدم الدعم النفسي الاجتماعي، ومجموعات المجتمع المحلي، ومشاريع كسب العيش
4. ضع في اعتبارك سبل العيش في الماضي والمستقبل في أقرب وقت ممكن وادمج في أهداف إعادة التأهيل (الوصول إلى العمل ضروري ليس فقط للأمن الاقتصادي، ولكن أيضًا للرفاهية الشخصية والشعور بالانتماء)

المراجع

.*Management of limb injuries during disasters and conflict*. Geneva: ICRC, 2016

.*Pain Control in disaster settings: a role for ultrasound-guided nerve blocks*
Lippert SC, Nagdev A., Stone M. B., Herring A., Norris R. 6. s.l.: Annals of emergency medicine, Jun 2013, Vol. 61
pp. 690- 96

?*Medical Rehabilitation after natural disasters: why, when and how*
Rathore F. A., Gosney J. E., Reinhardt J. D., Haig A. J., Li J., DeLisa J. A. 10. s.l.: Arch Phys Med Rehabil, 2012, Vol. 93, pp. 1875-81

.*Disability inclusion and disaster risk reduction: Overcoming barriers to progress*
Twigg, Kett and Lovell. London: ODI, 2018, ODI Briefing Paper

.*Risk factors for mortality and injury post Tsunami, epidemiological findings from Tamil Nadu*
Guhar-Sapir, Debarati, Parry and Degomme. s.l.: PJJSA, 2006

.*Pressure ulcer occurrence Following the great east Japan earthquake: observations from a disaster medical assistance team*
Sato T, Ichioka S. 4. s.l.: Ostomy Wound Management, 2012, Vol. 58, pp. 70-75

.*Lessons from the 2015 earthquake(s) in Nepal: implication for rehabilitation*
Sheppard P. S., Landrey M. D. 9. s.l.: Disabil Rehabil, 2016, Vol. 38, pp. 910-13

.*Natural Disasters and the Lung*
Robinson B., Alatas MF, Robertson A., Steer H. s.l.: Respiriology, 2011, pp. 386-95

.WHO, War Trauma Foundation and World Vision International

.*Psychological First Aid: Guide for field workers*. 2011

الفصل 4

الفصل 4: إعادة التأهيل المبكر بعد الإصابة بكسور العظام

الأهداف:

بنهاية هذا الفصل، سوف تكون قادرًا على:

فهم علم أمراض كسور العظام، وتصنيفات كسور العظام، ومُقتضيات إعادة التأهيل المبكر

إكمال تقييم لكسور العظام الحادة، والذي يشمل تحديد المُضاعفات

التخطيط لإعادة التأهيل المبكر بعد الإصابة بكسور العظام والقيام به

تزويد التعليم والمشورة فيما يتعلق بالتعافي والمُضاعفات الثانوية لكسور العظام



الفصل 4:

إعادة التأهيل المبكر بعد الإصابة بكسور العظام

مُقدِّمة

في أغلب الأحيان، تكون إعادة التأهيل بعد الإصابة بكسور العظام أمرًا واضحًا، ولكن في حالات النزاعات والكوارث الشديدة، قد تكون عملية إعادة التأهيل الخاصة بك مُعقَّدة بسبب عدد من العوامل المرتبطة بالأوضاع. في حالات النزاعات والكوارث، عادةً ما يُعاني المرضى من إصابات مُتعدِّدة، الأمر الذي قد يتسبب في تعقيد خطة إعادة التأهيل. وينبغي أن يكون متخصصو إعادة التأهيل العاملين في أماكن النزاعات والكوارث مُلمِّنين بالكسور المُضاعفة، وأن يتبنوا تقنيات مُكيفة لإجراء العمليات الجراحية في حالات الكوارث.

تُعد كسور العظام من بين الإصابات الأكثر شيوعًا في حالات النزاعات والكوارث، حيث يُعاني حوالي نصف المرضى المتواجدين بمناطق النزاعات من كسر واحد على الأقل. يُرجى العلم، أنه نتيجة للزيادة المفاجئة في الطلب على الخدمات الصحية وأسرة المرضى داخل المستشفيات في حالات الطوارئ الشديدة، فقد يتم إخراج المرضى، الذين لا يُعانون من كسور في العظام تُهدِّد حياتهم، من المستشفى سريعًا أو قد يتوجَّب عليهم انتظار قرار الإدارة. وقد يتم إخراج المرضى على الفور بعد وضع الجبس (POP)، أو الجبائر اللدنة بالحرارة، أو حتى بعد إجراء جراحات تقويم العظام بفترة قصيرة. سيتوجب عليك البقاء على تواصل مع فريق التمريض والفريق الطبي ليتم تنبيهك بقدوم أي حالات تعاني من كسور العظام، حتى تتمكن من تقييمها قبل تخريج المريض من المستشفى.

يزيد خطر الإصابة بالتهاب الجروح في أوضاع النزاعات والكوارث، إذ في بعض الأحيان تتم إدارة المستشفيات الميدانية لعلاج الجروح في أماكن النزاعات بواسطة أفراد غير مؤهلين أو باستخدام مواد غير نظيفة، كما قد يتسبب بطء تحسُّن الأوضاع في حالات الطوارئ، كالزلازل أو الأعاصير، في إطالة التعرُّض لمصادر العدوى المحتملة، مثل المياه غير النظيفة، وتكون آلية الإصابة ذات صلة أيضًا، مثلما يُحتمل أن تتسبب آلية الانفجار في وصول الأوساخ والرواسب وغيرها من الملوثات إلى الجرح المفتوح، مما قد يتطلب إجراء عمليات إنضار شاملة أو متعددة. وقد يؤثر وجود الجروح أو غيرها من الإصابات بشكل كبير على خطة إعادة التأهيل للمرضى المصابين بالكسور. وقد لا تتوفر الملاحظات الطبية، وقد لا يُقدِّم الفريق الطبي أو الجراحي إرشادات ما بعد الجراحة. في حالة وجود أي شكوك متعلقة باعتبارات السلامة، مثل تحميل الوزن أو التقدُّم في خطة العلاج، فيجب على متخصصي إعادة التأهيل اتباع حُكمهم السريري والعمل فقط ضمن نطاق ممارساتهم وخبراتهم.

علم التشريح

من الضروري توفُّر فهم أساسي لعلم التشريح وعلوم وظائف العظام لفهم مُتعضيات كسور العظام لأداء وظيفتها وإعادة التأهيل؛ أو تحميل الوزن مقابل عدم تحميل الوزن، أو الكسر عبر مشاش العظم أو المحفظة المفصليَّة. فيما يلي مُلخص أساسي لأنواع كسور العظام، ووقت التعافي، ومُتعضيات الإدارة الطبية والجراحية. للمزيد من المعلومات المُفضَّلة حول أنواع الكسور، يُرجى الاطلاع على مُلخص كسور العظام وخلعها

<https://ota.org/research/fracture-and-dislocation-compedium>

لعلاج كسور العظام في حالات الطوارئ، يُرجى الاطلاع على إرشادات منظمة الصحة العالمية لإدارة الكوارث

<https://www.who.int/surgery/publications/EmergencySurgicalCareinDisasterSituations.pdf>

أنواع الكسور الشائعة

توجد أنظمة مختلفة لتصنيف كسور العظام؛ إلا أنه في حالات النزاعات والكوارث الشديدة، ليس من الضروري معرفة جميع تلك التصنيفات بشكل مُفضل لتقديم الرعاية الآمنة والفعالة. بعد أدق، يجب أن تكون على دراية ببعض الخصائص الشائعة لفهم مُقتضيات إعادة التأهيل والتعافي.

من المهم التحقّق مما يلي:

- تأكد من أن لديك معلومات حول موقع الكسر؛ وهل مرّ عبر رمج العظم، أو المفصل، أو هل توجد كسور مُتعدّدة على طول العظمة؟
- تقييم التشوّه؛ استقامة العظم، وهل هي مُتصلة أم خرجت من الجلد/الأنسجة الرخوة؟
- هل توجد إصابات ذات صلة؟ هل الكسر مفتوح أم مغلق وما حالة الأنسجة الرخوة المحيطة به؟ تحقّق من الملاحظات الجراحية واستفسر من الفريق الطبي حول الأضرار التي تعرّضت لها الأوعية الدموية أو الأعصاب، والتي قد تؤثر على إعادة التأهيل
- ماذا كانت خطة العلاج الطبية أو الجراحية؟ هل هناك أي محاذير أو تقييدات يجب اتباعها عقب تطبيق خطة العلاج؟

الأنواع الأساسية للكسور:

- الكسر المستقر (أو غير المُنزاح): تكون الأطراف المكسورة للعظمة مُصطفّة
- الكسر المُنزاح: تكون القطع المكسورة من العظمة منفصلة أو مُصطفّة بشكل خاطئ.
- الكسر المُغلق: العظمة لم تخترق الجلد
- الكسر المفتوح (أو المُضاعف): قد تخترق العظمة الجلد أو بسبب صدمة تُمزّق الجلد في وقت الكسر. قد تكون العظمة ظاهرة أو غير ظاهرة في الجرح
- كسر الغصن النضير: كسر في عظمة شابّة ورخوة، تلتوي فيه العظمة وتتكسر
- الكسر المُستعرض: يكون الكسر عبارة عن خط مستقيم عبر العظمة
- الكسر الحلزوني: يلتف الكسر حول العظمة؛ ويكون شائعاً في الإصابات الناتجة عن الالتواء
- كسر المقاومة/الكسر الشعري: كسر صغير أو شديد يُسبب كدمة داخل العظمة
- الكسر المائل: كسر مُنحرف عبر العظمة
- الكسر الانضغاطي: تُسحقّ العظمة مما يتسبب في أن يصبح مظهر العظمة المكسورة أعرس أو أكثر تسطحاً
- الكسر المُفتّت: يوجد في مكان الكسر ثلاث أو أربع قطع وكسور
- الكسر القطعي: تُكسر نفس العظمة في موضعين، وبذلك يكون هناك جزء "طاف" من العظمة

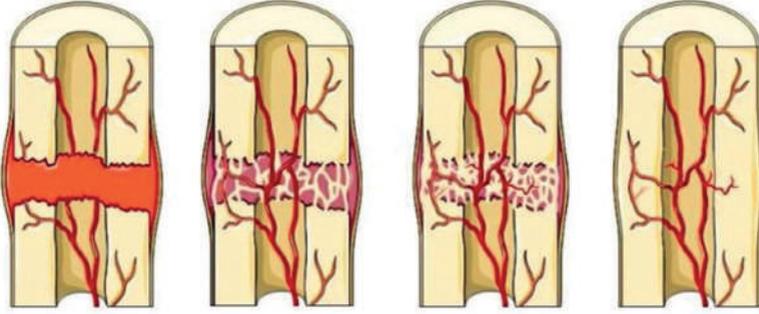
ينبغي أن تعلم أن بعض أنواع الكسور (مثل كسور الحوض) ترتبط بالإصابات الرضية عالية الطاقة، مثل الإصابات الناتجة عن الصدمات أو الانفجارات، كما أن علاجها يكون أكثر تعقيداً. عادةً ما ترتبط الإصابات الرضية عالية الطاقة بفقدان قدر كبير من الدم والتعرّض لإصابات رضية متعددة. وفي ظروف النزاعات والكوارث، تقل احتمالية نجا هؤلاء المرضى. وإذا نجوا بالفعل، فمن المحتمل أن يعانون من إصابات شديدة ذات صلة، مثل الإصابات البالغة بالعمود الفقري أو الأنسجة الرخوة أو تضرّر الأعضاء. وقد يقيّد ذلك عملية إعادة التأهيل، أو قد يؤخر مشاركتك في إعادة التأهيل. إذا راودتك الشكوك فيما يتعلق بتقييم حالات هؤلاء المرضى أو علاجهم، فعليك أولاً أن تطلب من الفريق الطبي تزويدك بمعلومات حول التدابير الاحترازية ذات الصلة، وأن تبقى دائماً ضمن نطاق ممارساتك. للمزيد من المعلومات حول نطاق ممارسة إعادة التأهيل، يُرجى مراجعة الفصل 2.

شفاء الجروح والإطار الزمني للتعافي

عند التعامل مع الكسور البسيطة، بشكل عام؛ فإن كسور عظام الأطفال هي الأسرع في الشفاء (تستغرق حوالي 3-6 أسابيع) وتليها كسور الأطراف العلوية لدى البالغين (حوالي ستة أسابيع) ثم كسور الأطراف السفلية (حوالي 8-12 أسبوعًا). بعد انقضاء مراحل النزيف الأولي والالتهاب، والتي تستغرق حوالي 4-6 أيام، تبدأ خلايا جديدة في التكون. وسيتم إعادة تشكيل هذه المواد العظمية وتقويتها على مدى الأسابيع والشهور التالية.

تذكر، رغم أنه من المفيد فهم المقاييس الزمنية التقريبية للتعافي من مختلف أنواع الكسور، إلا أن كل مريض يختلف عن الآخر. وفي ظروف النزاعات والكوارث، يُشفى المرضى بشكل أبطأ. قد يكون ذلك نتيجة لتعدد الإصابات، أو تأخر علاج الكسور أو عدم ارتقائه للمستوى المطلوب، أو التاريخ المرضي للمريض (إصابته بأمراض مثل السكري، الذي قد يؤثر على التروية أو التغذية الوعائية، مما يبطن عملية الشفاء أو يقيدها) أو الحالة الغذائية أو إذا كان المريض مُدخنًا. كما تؤثر الإصابات الوعائية والالتهابات على شفاء الكسور. أما الكسور الناتجة عن جروح الطلقات النارية أو آليات الانفجار، والتي قد تتسبب في وجود شظية بالقرب من العظمة، فيحتمل أن يتأخر التئامها أو قد لا تلتئم من الأساس. كما تُشفى الإصابات الناتجة عن الانفجارات أو الصدمات والتي تسبب تضررًا بالغًا للأنسجة الرخوة (إذا تم إنقاذ العضو) ببطء، بسبب ضعف التدفق الدموي، كما تزداد احتمالية إصابة الأعصاب المحيطة (PNI) على المدى الطويل.

الشكل 1: شفاء العظام



تزداد قوة العظام كاستجابة للحمل الذي تتعرض له، ولذلك فإنه بمجرد وضع حدود آمنة بواسطة الفريق الطبي فيما يتعلق بتحميل الأوزان؛ يجب أن تأخذ خطة العلاج بعين الاعتبار تحميل الوزن بشكل تدريجي ونظرًا لأن هذا الدليل يُركّز على المرحلة الحرجة من إعادة التأهيل، فعليك أن تعطي الأولوية لتوجيه المريض إلى الحدود الآمنة لتحميل الأوزان في المرحلة الأولية من عملية التعافي، وأن تقدّم له مشورة أساسية حول توقيت وكيفية البدء في زيادة حملة للأوزان في المنزل (انظر نشرة معلومات المريض).

كسور عظام الأطفال

عندما يُصاب الأطفال بكسور العظام، فإن عظامهم تُشفى بشكل يختلف عن البالغين. ف نظرًا لأن أربطة الأطفال أقوى من عظامهم، فيحتمل إصابتهم بالالتواءات أو كسور الغصن النضير (حيث تلتوي العظام ولكنها لا تُكسر). ورغم ذلك، ونظرًا لأن عظام الأطفال لا تزال في طور النمو، فإن الكسور التي تكون بطول صفيحة النمو (الغضروف المُشاشي) قد تتسبب في تشوهات نتيجة لتأثيرها على نمو العظام.

ومع ذلك، قد يُشفى الأطفال أسرع من البالغين (في غضون أربعة أسابيع في بعض حالات الكسور) ولديهم فرصة أفضل في إعادة تشكيل أي تشوهات. وكما هو الحال لدى البالغين، فقد تتأخر عملية الشفاء أو تتأخر بسبب سوء التغذية، أو الحمل الفسيولوجي، أو تعدّد الإصابات، أو وجود مشاكل صحية.

التدخل الطبي والجراحي

في الأحوال المثالية، يتعرف مرضى الكسور على الفريق الطبي أو الجراحي الذي سيجل الإجراءات الاحترازية أو الممنوعات في عملية إعادة التأهيل قبل فحص المرضى من قبل مُتخصصي إعادة التأهيل. ورغم ذلك، في ظروف النزاعات والكوارث، قد لا يحدث ذلك وقد تكون ملاحظات ما بعد الجراحة/الطبية محدودة أو غير متوفرة على الإطلاق. حيثما أمكن، حاول دائماً الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات من الفريق الطبي قبل مقابلة المريض. وإذا لم تكن متأكدًا بشأن أمر ما، فاطرح الأسئلة، ولا تقم بأي شيء منعه الفريق في تقييمك أو علاجك. فيما يلي شرح مُختصر لبعض استراتيجيات علاج كسور العظام الأكثر شيوعًا. تذكر أنه أثناء العلاج الجراحي، قد تتعرض الأنسجة الرخوة والتراكيب الحساسة مثل الأعصاب أو الأوتار للتلوث، أو قد توضع المسامير في الأنسجة الرخوة عن طريق الخطأ. ويُشير فقدان الحركة أو الإحساس بعد إجراء العمليات الجراحية إلى وقوع أي من تلك الأخطاء ويلزم عرض المريض على الفريق الجراحي.

1. الجبس (POP):

ويُعرف أيضًا باسم الجبيرة، وعادةً ما يكون قليل التكلفة ومتوفرًا على الفور، وهو يُستخدم لمنع حركة العظمة المكسورة وحمايتها حتى تُشفى. يتكون من ضمادات قطنية مغطاة بجزء مُبلل، والذي يتم تشكيله بشكل عضو المريض، قبل أن يجف ويصبح أشبه بغلاف صلب واقٍ. ويجب على المريض تجنب تعريض الجبس للبلل أو وضع أي شيء بداخله، وهذا ما يفعله بعض المرضى أحيانًا للتخفيف من الحكّة التي يشعرون بها. فقد يتسبب حكّ الجلد في الشعور بالألم أو الإصابة بالتهاب. يجب ألا يكون المقاس صغيرًا للغاية حتى يسمح بتدفق الدم، ولا تضع الجبس، أو تساعد في وضعه، إذا كان ذلك ضمن نطاق ممارساتك.

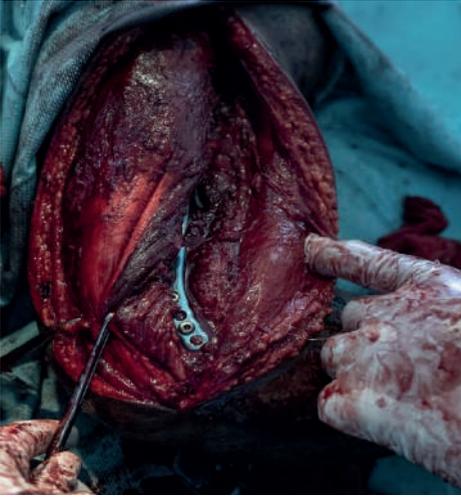


صورة 1: جبس

مُستخدم في ظروف النزاعات والكوارث
© دافيد برتي/هيومانتي & الكلوغن

أمر عليك الانتباه إليها في ظروف النزاعات والكوارث:

مُلازمة الحيّز (راجع جدول المُضاعفات أدناه)، أو الكسور المفتوحة، أو الجروح التي يتم علاجها بطريقة غير صحيحة باستخدام الجبس، وإصابات الأعصاب غير المُشخصة (راجع فصل إصابات الأعصاب المحيطة (PNI)).



صورة 2: التثبيت الداخلي لعظم العضد
© دافيد بريتي/هيوماتي & انكلوجن

التثبيت الداخلي:

يتم إدخال الصفائح المعدنية جراحيًا واستخدامها لتثبيت العظام في مكانها حتى تُشفى. يمكن للجراح إزالة القضبان أو عدم إزالتها بعد شفاء العظام. قد يُمنع التثبيت الداخلي في ظروف النزاعات والكوارث، بسبب خطر الإصابة بعدوى، أو عدم توفر الظروف المثالية لإجراء جراحة والتحديات التي تواجه المتابعة على المدى الطويل. ولا يمكن إجراء مثل تلك العمليات الجراحية إلا في المنشآت المبنية؛ لذلك تقل احتمالية تعرّض لها في المستشفيات الميدانية/الخيام.

أمور عليك الانتباه إليها في ظروف النزاعات والكوارث:
الالتهابات، فشل التثبيت، عدم تشخيص إصابة الأعصاب.

2.

التثبيت الخارجي:

يتم إدخال المسامير المعدنية أو أسلاك كيرشر جراحيًا عبر الجلد لتثبيت العظمة المكسورة في موضعها الصحيح حتى تشفى، ويتم ربطها بقضيب أو إطار خارجي، الذي يثبتها في موضعها. يلزم إزالة أداة التثبيت الخارجية بمجرد شفاء العظام. ويمكن استخدامها على عظمة مكسورة ومجزأة إلى عدة أجزاء، أو للتثبيت المؤقت لدى مريض يُعاني من عدة إصابات حتى تُجرى له جراحة العظام النهائية. قد تُتيح أدوات تثبيت العظام الخارجية تحميل الوزن المبكر مقارنةً بالجبس؛ ورغم ذلك، يجب مراجعة الفريق الجراحي دائمًا.

أمور عليك الانتباه إليها في ظروف النزاعات والكوارث:

التهاب موضع المسمار أو الجرح، التثبيت بدرجة غير كافية، عدم تشخيص إصابة الأعصاب، وضع المسامير بشكل غير صحيح عبر الأوتار أو الأعصاب.

3.



صورة 3 و4: أمثلة على التثبيت الخارجي

يُستخدم في ظروف النزاعات والكوارث
© دافيد بريتي/هيوماتي & انكلوجن

الشّد (الجلدي والهيكلية):

يُستخدم الشّد على نطاق واسع لعلاج كسور العظام وخلعها (هما في ذلك كسور عظام الرقبة والخذ، وكسور العمود الفقري، وكسور الحُقّ الإحلاي وبعض كسور الحوض) في ظروف النزاعات والكوارث. وعادةً ما يُستخدم بسبب تعذّر علاج الكسر/الخلع باستخدام الجبس، أو كإجراء مؤقت حتى يتمّ تزويد العلاج النهائي. قد يُستخدم الشّد الجلدي كإجراء قصير المدى للبالغين المُصابين بكسور فخذية، أو قد يكون علاجًا نهائيًا للأطفال المُصابين بكسور العظام. يكون الشّد الهيكلية أقلّ فعالية مع البالغين كعلاج نهائي، ولكنه يُستخدم بفعالية مع الأطفال المُصابين بكسور في الورك.

أُمور عليك الانتباه إليها في ظروف النزاعات والكوارث:

ظهور مناطق الضغط، التهابات المسالك البولية، التهابات الصدر، تفقّعات القدم (عند وجود القدم في القفد)، شلل العصب الشظوي، التهاب مسار المسبّار والحالات الانصمامية الانثارية (مثل الخثار الوريدي العميق [DVT] أو الانصمام الرئوي). وتنتج هذه المُضاعفات نتيجة لقلّة حركة المريض، وضومر العضلات، والضعف، والتصلّب الناتج عن الكسر. ولذلك قد يساعد القيام بالتمارين الرياضية بالسريير والعلاج التنفسي الأساسي (راجع الفصل 3) على التخفيف من هذه المُضاعفات؛ كل هذا ضمن التقييدات التي تفرضها الإصابة بالكسر والعلاج بالجزر.



صورة 5 و6: أمثلة على الشّد

يُستخدم في ظروف النزاعات والكوارث

© دافيد برتي/هيوماتي & انكلوجن

التقييم والإشراف

إن تقييمك لحالة مريض مُصاب بكسر في ظروف النزاعات والكوارث يجب أن يتبع نفس تسويق التقييم القياسي لإعادة التأهيل. إذا كان المريض يُعاني من إصابات أخرى أو كان متأثرًا بأدوية أو آلام ما بعد الجراحة، فقد يكون من الصعب إكمال التقييم بأكمله في جلسة واحدة. إذا كانت هذه هي الحالة، فلا مشكلة في إكمال الأجزاء التي يمكن إكمالها فقط من التقييم، وأن تقتصر خطة علاجك على ما يمكن القيام به بأمان حتى تجمع المزيد من المعلومات. قم بتقييم العناصر التي تشعر أنك مؤهّل لإكمالها فقط، والتي تقع ضمن نطاق مُمارساتك.

في نهاية التقييم ينبغي أن تكون قادرًا على تقديم قائمة بالمشاكل، ووضع خطة علاج تركز على قائمة المشاكل؛ وتحديد أهداف تريد تحقيقها مع المريض أو أسرته/مقدم الرعاية. تتوفر توجيهات للتقييم العام في الفصل 3 من هذا الدليل؛ إلا أن الاعتبارات المحددة التي قد تؤثر على تقييمك للكسر (وخطة العلاج) في ظروف النزاعات والكوارث قد تتضمن ما يلي:

- عدم توفر تاريخ طبي/معلومات كاملة عن الخلفية الصحية مثل حالة تحميل الوزن أو ملاحظات ما بعد الجراحة، بسبب التحويل الطارئ للمريض، والخدمات غير المكتملة، واحتمالية فصل المريض عن أسرته
- تزايد مخاطر إصابة المريض بالعدوى مثلًا آلية أو ظروف الإصابة (انفجار أو تعرض لمياه ملوثة لفترة طويلة) والتي قد تزيد من خطر الإصابة بالتلوث. ضعف إمكانيات غرفة العمليات وتلوث أجواء المستشفى، مثلًا مخيم طوارئ به خدمات تعقيم محدودة، قد يزيد أيضًا من خطر الإصابة بالعدوى. تعطل الرعاية قد يزيد من صعوبة استمرار العلاج، مما يتسبب في الإصابة بالتهابات شديدة أو صعبة العلاج.

التقييم الموضوعي

بالإضافة إلى السجل المرضي الموضوعي القياسي للمريض (راجع الفصل 3، تتميز بعض المعلومات بأهمية خاصة لمنح الأولوية لقائمة المشاكل التي يُعاني منها المريض ووضع خطة علاج آمنة وفعالة. ستجد أدناه معلومات هامة ومحددة حول الكسر يلزم أخذها في الاعتبار لكل قسم.

السيرة المرضية للحالة الراهنة (HPC):

- إطار زمني بالإصابة والعلاج حتى اليوم
- آلية الإصابة: هل كانت عالية أم منخفضة الطاقة؟ هل حدث أي اعوجاج؟ سششير هذه الإجابات إلى مدى إصابات الأنسجة الرخوة المرتبطة، وأي إصابات أخرى محتملة، وخطر التعرض لمضاعفات
- هل العلاج نهائي أم يلزم إجراء جراحة أخرى؟ تلزم مراعاة أي إرشادات لما بعد الجراحة (مثل حالة تحميل الوزن) من ملاحظات الجراحة أو فريق أطباء العظام

السيرة المرضية السابقة (PMH):

- الأمراض المصاحبة التي ستؤثر سلبيًا على شفاء الكسر تشمل مرض السكري، وأي أمراض في الأوعية الدموية، أو الاستخدام المطول للمنشطات، أو الحالات التي تؤثر على صحة العظام (مثل هشاشة العظام)
- استخدام العقاقير الالتهابية التي لا تحتوي على المنشطات قد يؤثر على المرحلة الالتهابية في شفاء الكسور الشديدة. كما يؤثر التدخين وسوء التغذية على عملية الشفاء بشكل عام
- يلزم تقديم اهتمام من نوع خاص للمرضى الضعفاء وكبار السن، وغيرهم من المصابين بأمراض مصاحبة تزيد من خطر التعرض لمضاعفات، مثل أمراض الجهاز التنفسي الأساسية أو الأمراض القلبية الوعائية، أو سوء التغذية، أو هشاشة الجلد، أو فرح الضغط الموجودة من قبل، أو سبق لهم التعرض للسقوط، أو لديهم ضعف في الإدراك.

السيرة الاجتماعية (SH):

- الأنشطة اليومية التي يحتاج المريض لإكمالها ليتمكن من الحركة باستقلالية، مثلًا هل سيحتاج المريض لتدبير أموره بيد واحدة؟ هل سيحتاج المريض لاستخدام السلام؟ هل سيتمكن المريض من أن يُحرك الكرسي المدولب بنفسه (مع أخذ العوامل البيئية والشخصية في الاعتبار)؟ على ماذا سينام المريض؟

الأم:

- هل تتم السيطرة على الأم ليُسمح للمريض بالحركة والتنقل (بالشكل الذي تسمح به حالة تحميل الوزن)؟
- هل الأم متناسب مع الإصابة ويشعر به المريض في الموضع المتوقع؟
- هل الأم ناتج عن إصابة لم يتم تشخيصها أو قد يشير إلى وجود مضاعفات خطيرة؟

الإحساس:

غالبًا ما تُسبب الإصابات عالية الطاقة إصابات في الأعصاب (والأوعية)، خصوصًا إصابات الخلع الكسري. قد يتسبب أيضًا الضغط الناتج عن الجبائر والإصلاح الجراحي في إصابات الأعصاب. يُرجى ملاحظة أن الإجراءات الجراحية، مثل وضع أداة تثبيت خارجية، قد يتسبب في إصابات الأعصاب وعليك تقييم إحساس المريض وحركته بعد الجراحة (للمزيد من المعلومات حول التقييم والعلاج، راجع فصل إصابة الأعصاب المحيطة (PNI)). فيما يلي بعض أنواع الكسور الأكثر شيوعًا، والتي قد تتسبب في إصابات الأعصاب.

جدول 1: الإصابات الناتجة عن إصابات الأعصاب

نوع الإصابة	العصب المتأثر عادةً	الأعراض السريرية
الخلع الكسري للكتف	الإبطي	ضعف العضلة الدالية (ضعف احتمال الكتف والقدرة على ثنيه) وفقدان الإحساس في القطاع الجانبي من الذراع العلوي (العصب الإبطي)
الكسر العضدي: الداني أو العمود	العصب الكعبري	سقوط الرُسخ وفقدان الإحساس في الوترتات (النسيج الرخو بين الأصابع)
الكسر العضدي - كسر فوق اللقمة (أكثر شيوعًا بين الأطفال)	العصب المتوسط - الفرع الأمامي بين العظمي	فقدان القدرة على ثني مفصل بين السُلمايات للإبهام، أي عدم القدرة على عمل إشارة "الموافقة".
خلع الرأس الكعبري +/- كسر الزند/العصب الكعبري "كسر مونتيجيا"	العصب الكعبري - الفرع الخلفي بين العظمي	فقدان امتداد مفصل الرُسخ والمفصل السنعي السلمي لجميع الأصابع
خلع الركبة الكسري ذي الرأس الشظوي	العصب الشظوي الأصلي	سقوط القدم
كسر الورك/الحُق/الحوض	العصب الوري (الخلفي) العصب الفخذي (الخلفي)	سقوط القدم ضعف القدرة على ثني الورك/مد الركبة

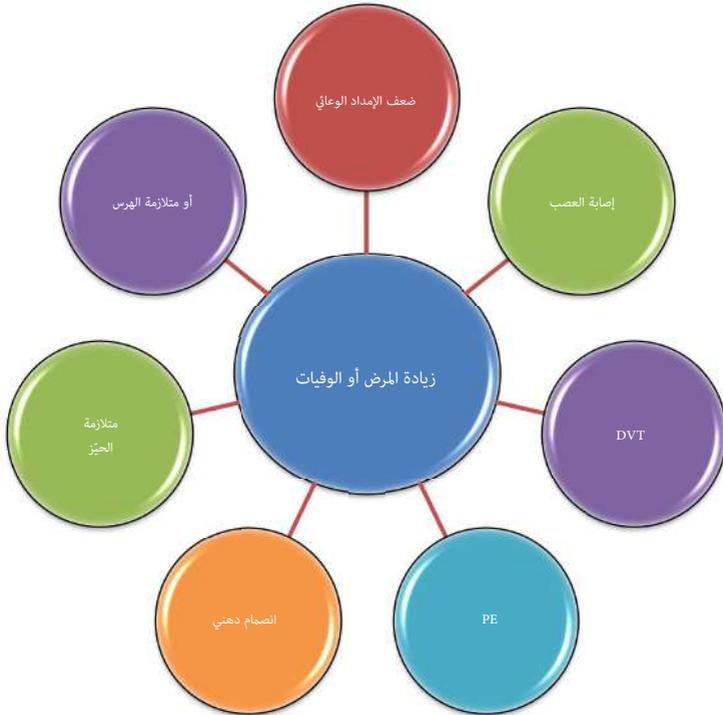
تقييم الأهداف

إن الدور الأول لأخصائي إعادة التأهيل هو تحديد أي مضاعفات حالية أو محتملة. يُعد إجراء فحص عصبي وعلاني سريع نقطة بداية جيدة. ويمكن إجراؤه سريعًا إذا لم تكن هناك نتائج تدعو للقلق.

تذكر أهم خمس نقاط

1. الأُم - هل هناك أُم غير متوقَّع عند اللمس البسيط و/أو عند قيام شخص آخر بتمديد العضلات المرتبطة بالإصابة؟ هل يوجد إيلام حول الجرح أو موضع المسماة؟
2. المَدَل (اعتلال عصبي حسي) - هل يوجد أي تغير غير مُبرَّر في الإحساس؟ إذا كان ذلك صحيحًا، فقيِّم مناطق العصب المُحيطي القاصية عن الكسر (انظر فصل إصابة الأعصاب)
3. الشلل - هل هناك أي ضعف غير مُبرَّر؟ قيِّم الحركة/نشاط العضلة في العضو
4. الشحوب - هل لون العضو مماثل للطرف الآخر؟ هل لونه رمادي وداكن أو هل هناك لون أحمر فاتح حول الجرح؟ قيِّم إعادة امتلاء الشُعيرات (الطبيعي = إعادة الامتلاء في أقل من ثانيتين)
5. البرد القارس - هل درجة الحرارة تساوي الطرف الآخر؟ قم بقياس النبض

الشكل 2: المُضاعفات الخطيرة للكسور:



جدول 2: المضاعفات الخطيرة للكسور، وإنذارات الخطر، والإجراءات الواجب اتخاذها

المضاعفات	العلامات والأعراض (إنذارات الخطر)	الإجراء اللازم اتعاه
<p>انحلال الريدات (أو متلازمة الهرس)</p> <p>عوامل الخطر:</p> <p>الإصابة بالهرس (الناتجة عن تضرر العضلات مع وجود نواتج عرضية تُسبب الضرر للكليتين)</p> <p>الإطار الزمني:</p> <p>عادةً ما يحدث في فترة قصيرة جدًا (من يوم إلى 3 أيام تقريبًا) بعد الإصابة</p>	<p>ألم حاد في العضلات/تورم</p> <p>حُمى</p> <p>قيء</p> <p>اضطراب</p> <p>بول بلون الشاي</p> <p>عدم انتظام ضربات القلب</p>	<p>يتطلب اتخاذ إجراء سريع من قبل الجهاز الطبي</p> <p>يشمل العلاج الإنعاش بالسوائل وعلاج الفشل الكلوي المرتبط بالإصابة</p>
<p>متلازمة الحيز (العادة)</p> <p>عوامل الخطر:</p> <p>الكسور الظنبوبية أو كسور الساعد، إصابات الهرس لكسور الرُسخ عالية الطاقة</p> <p>الإطار الزمني:</p> <p>عادةً ما يحدث في فترة قصيرة جدًا بعد الإصابة</p>	<p>ألم غير مُتناسب مع الإصابة ذات الصلة وألم عند تحريك عضلات الحيز المُصاب بمساعدة شخص آخر</p> <p>تورم شديد</p> <p>التغيرات العصبية الوعائية - النقاط الخمس</p>	<p>يتطلب اتخاذ إجراء سريع.</p> <p>أبلغ الجراح على الفور.</p> <p>قم بإزالة أي جِيس أو جبيرة تُحيط بمكان الإصابة وارفع العضو لمستوى القلب. قد يتطلب بضع لفافة طارئ</p>
<p>الانصمام الدهني أو الانصمام الرئوي (PE)</p> <p>الإطار الزمني:</p> <p>يحدث في فترة قصيرة جدًا بعد الإصابة</p>	<p>زيادة مُعدل التنفس، ضيق التنفس، الاضطراب، التّوأم، ظهور طفح على الصدر/العنق (انصمام دهني)، الألم في الصدر (انصمام رئوي)</p>	<p>أبلغ الفريق الطبي على الفور. تحقّق من الملاحظات؛ راقب الأكسجين إذا لزم الأمر وإذا كان ذلك ضمن نطاق مُمارساتك</p>
<p>خثار الوريد العميق (DVT)</p> <p>عادةً ما يُصيب ريلة الساق ولكنه يحدث في الأطراف العلوية أيضًا. قد يتطور ذلك إلى انصمام رئوي (انظر أعلاه)</p> <p>الإطار الزمني:</p> <p>يكون المريض أكثر عُرضة للخطر عقب الإصابة وطوال أول ثلاثة أشهر بعد الإصابة</p>	<p>تورم العضو واحمراره وتصلّبه، والشعور بالألم عند لمسه. السخونة وتغيّر اللون (عادةً إلى اللون الأحمر ولكن قد يكون إلى اللون الرمادي المزرق)</p>	<p>أبلغ الفريق الطبي. تحقّق مما إذا كان الفريق موافقًا على تنقل المريض</p>
<p>الالتهاب</p> <p>قد يكون ذلك نتيجة للجروح الجراحية، أو الكسور المفتوحة، أو مواضع المسامير</p>	<p>ألم جديد أو متزايد، أو سخونة، أو احمرار، أو تورم، أو إفرازات خضراء أو رمادية، أو ألم عند اللمس</p>	<p>أبلغ الفريق الطبي</p>



صورة 8: اليمين، ما بعد بضع اللفافة لتخفيف متلازمة الحيز



صورة 7: اليسار، غرسة معدنية ملتهبة

متلازمة الحيز

متلازمة الحيز هي حالة طبية طارئة. يتراكم الضغط داخل العضلات، مما قد يقلل من تدفق الدم ويمنع وصول المواد الغذائية والأكسجين إلى الأعصاب وخلايا العضلات. في حالة عدم علاج متلازمة الحيز، فقد تتسبب في الضرر الدائم للعضلات وموت الأنسجة والالتهابات. في حالة الشك في الإصابة بمتلازمة الحيز (انظر الجدول أعلاه لمعرفة الأعراض)، فيلزم إزالة جميع الضمادات الضيقة والجبس، وقد يلزم إجراء بضع لفاقة طارئ (قطع الجلد واللفافة لتخفيف الضغط في الحيز).

بعد إكمال التقييم العصبي الوعائي الأساسي واستبعاد أي إنذارات خطر، قم بتقييم ما يلي (مع ملاحظة أي إرشادات/تقييدات، سواء كانت متعلقة بما بعد الجراحة أو غير ذلك):

نطاق الحركة (ROM) - قيم نطاق الحركة النشط ونطاق الحركة بمساعدة الغير حتى يتم التوصل لغير ذلك. على سبيل المثال، بعد ترميم الوتر، ابدأ بنطاق الحركة النشط حتى يكون المريض مُحكّمًا وتتمكن من مراقبة الألم. إذا لم يكن لدى المريض نطاق حركة نشط كامل، ولم يكن ذلك بسبب الألم، فقيم نطاق الحركة بمساعدة شخص آخر برفق، مع الأخذ في الاعتبار أي بنية لأنسجة رخوة قد تتأثر.

القوة - قيم قوة أعضاء الجسم المتأثرة باستخدام مقياس أكسفورد المُدرّج لتقييم قوة العضلات/الاختبار البدوي لقوة العضلات (انظر الفصل 3 والفصل 5)، بدءًا بالاختبار متساوي القياس (انقباض العضلة مع الحفاظ على طولها) وصولاً إلى الحركة عكس الجاذبية إن أمكن. يلزم تجنّب الحركات المقاومة في حالات الكسور الشديدة.

الوظيفية - فُكر كيف سيتعامل المريض مع تغير الأوضاع، مثلاً للانتقال من الرقود إلى الوقوف، وفُكر إذا كان سيحتاج لأدوات مُساعدة على الحركة للقيام بذلك. خُطط كيف سيقوم المريض بأنشطته اليومية مع الالتزام بتقييدات تحميل الوزن. قد تتضمن الاعتبارات الوظيفية الأخرى استخدام المريض للمرحاض، وميولة السرير، وتعديل وضعه لتخفيف الضغط على الجلد إذا كان عليهم التزام الفراش (انظر إرشادات تحديد وضع المريض في فصل إصابات الدماغ المكتسبة (ABI) وإرشادات حول تجنُّب مُضاعفات الجهاز التنفسي).

اعتبارات أخرى لتقييم الأهداف

الجبس/الجبيرة - تحقّق مما إذا كان غير مُكفّكاً أو ضيقاً أكثر من اللازم بسبب التورّم في المرحلة الأولى عقب الإصابة بالكسر. تأكد من عدم إعاقة حركة المفاصل (في أصابع اليدين والقدمين) دون داعٍ لذلك. ما لم تكن هناك حالة طارئة، تجنّب إزالة الجبس حتى تتمكن من استبداله بأخر بشكل آمن (ومؤهل). إذا كنت تشكّ في الإصابة بالتهاب، فاطلب الدعم من فريق التمريض أو الفريق الطبي.

أداة التثبيت الخارجية - افحص جميع مواضع المسامير بحثاً عن علامات الالتهاب. تحقّق من أن جميع الأسلاك والمسامير صلبة وثابتة. تحقّق من ربط كل صامولة ومسماير. افعل ذلك بشكل منظم، مثلاً من أعلى لأسفل، ومن اليسار لليمين، وقم بذلك/علم المريض كيفية القيام بذلك بنفس الطريقة في كل مرة. مع مراعاة نظافة اليدين. بالإضافة إلى الالتهابات المحتملة والمضاعفات العصبية الوعائية، قد تُصيب مواضع المسامير الأوتار أو بطون العضلات، مما يتسبب في تقليل الحركة والشعور بالألم.

استخدام الأشعة السينية - قد تكون الأشعة السينية (وغيرها من طرق التصوير) مفيدة كجزء من عملية التقييم إذا كانت قراءتها ضمن نطاق مُمارساتك كأخصائي إعادة تأهيل. وإذا لم تكن كذلك، فاطلب من زميل مؤهل القيام بذلك ولا تحاول تفسيرها بنفسك.

البثور الناتجة عن الكسور - عادةً ما تظهر في المناطق التي تقل بها الأنسجة تحت الجلد، مثل الكاحل والظنوب والكوع. تكون البثور إما شفاقة (بها سوائل صليّية) أو نزفية (ممتلئة بالدم). تجنّب العبث بالبثور، ورافع العضو لتقليل التورّم، وأبلغ الفريق الطبي.

تدابير النتائج - يجب أن تكون تدابير النتائج في هذه الظروف سريعة وسهلة الإدارة. دائماً ما تُستخدم تدابير النتائج في المرحلة الأولى من إعادة التأهيل بعد الإصابة بالكسور، والتي تتضمن اختبار العضلات اليدوي، ونطاق الحركة، والأهداف الوظيفية.

العلاج

يرتبط قسم العلاج في هذا الفصل بكسور الأطراف العلوية والسفلية. لعلاج كسور العمود الفقري، يُرجى مراجعة الفصل 8 للمزيد من المعلومات، وللحصول على معلومات حول كسور الحوض، فانظر المربع أدناه. في جميع المراحل، فُكر في أي إرشادات احترازية متعلقة بالعمود الفقري قبل مُباشرة عملية إعادة التأهيل. إذا كان المريض مسموحاً له بالتنقّل باستخدام مشد للعمود الفقري، فاحرص على تركيبها بالشكل الصحيح (علم الأسرة/مُقدم الرعاية) قبل نقله.

تهدف عملية إعادة التأهيل بعد الإصابة بالكسور الشديدة إلى التعزيز الوظيفي بأمان ودعم شفاء الكسور مع الحفاظ على الوظيفة وتقليل المضاعفات. يجب أن تبدأ عملية إعادة التأهيل باكتساب ثقة المريض، وتقديم المعلومات والمشورة الأساسية، وإضافة التمارين الخاصة بالحركة والوظيفة، بالقدر الذي يسمح به الفريق الطبي ويتحمّله المريض.

لمعرفة الاعتبارات المحددة التي قد تؤثر على علاجك في ظروف النزاعات والكوارث، يُرجى الاطلاع على الفصل 2.

كسور الحوض

قد تكون كسور الحوض مستقرة أو غير مستقرة، وعادة ما يتأكد وجودها باستخدام التصوير. ترتبط الكسور غير المستقرة على وجه الخصوص بالإصابات عالية الطاقة، مثل إصابات الهرس أو الانفجار، ويُحتمل أن تكون مصحوبة بإصابات أخرى، ومنها إصابات البطن والجهاز البولي، وفقدان كمية كبيرة من الدم. قد يضع الفريق الطبي شريطاً، والذي لا يمكنك إزالته أثناء العلاج أو دون مناقشة الأمر أولاً مع الفريق. قد يتم علاج المرضى المصابين بكسور الحوض المستقرة وإصابات محدودة أخرى من خلال الراحة في السرير.

قد تكون عملية إعادة التأهيل بطيئة ولكنها تتبع المبادئ المعتادة؛ من تجنب المضاعفات مثل الآلام الناتجة عن الضغط، وتخفيف الشعور بالضعف وقصر العضلات، وتعزيز القوة ونطاق الحركة تدريجياً من خلال الزيادة التدريجية في المهام الوظيفية وتحميل الوزن (كما يتفق مع إرشادات الفريق الطبي). فُكر في مضاعفات الإصابات الأخرى لاستخدام الأجهزة المساعدة (مثل إصابات الأطراف العلوية، تقييد استخدام العكازات) وقم بتضمين مُقدمي الرعاية لتعزيز استقلالية المرضى في المهام اليومية، مثل استخدام الحمام، والتي ستتأثر بالحركة المحدودة.

قائمة الأولويات

تعتمد الأولوية في علاج الكسور على تلبية معايير الرعاية الأساسية بالجرح والكسر، والتي تتمحور حول الأهداف الجراحية التالية:

- إنضار الجروح الكافي
- تغطية الأسجة الرخوة
- تثبيت العظمة للسماح بشفاء العظام بالقدر المطلوب

أهداف العلاج بإعادة التأهيل

لقد ثبت أن الحركة النشطة المبكرة لمرضى الإصابات الرضية يُحسن من وظيفية المريض ومن النتائج. يجب أن تشمل جميع عمليات إعادة التأهيل على معلومات مكتوبة مع تدريب الأسرة/مقدم الرعاية لتعزيز تقدم العلاج. كما ثبت أن استخدام المرضى لدفاتر اليومية لتسجيل تمارينهم اليومية وأوقات تحركهم/خروجهم يُحسن من التزامهم ببرنامج إعادة التأهيل.

يجب أن تركز خطتك العلاجية على ما يلي:

- الحركة المبكرة للمريض
- الحفاظ على نطاق حركة المفصل
- الحفاظ على القوة
- الرجوع إلى الوظيفة المثالية
- خطة إخراج المريض (وتشمل مرضى العيادات الخارجية/المتابعة المجتمعية)

للكسور البسيطة التي لا تؤثر على نطاق الحركة، وحيث يمكن للمريض الحركة بأمان، يمكنك تزويد المرضى أو مُقدمي الرعاية بمعلومات أساسية للحفاظ على قوة العضلات ونطاق حركتها، وتقليل الألم الذي يشعرون به في أثناء فترة شفاء الكسر (انظر نشرة معلومات المريض). انصح المرضى بتلقي خدمات إعادة التأهيل بعد شفاء الكسور (عادةً بعد إزالة الجبس أو أداة التثبيت الخارجية) إذا كانت لديهم مشاكل مستمرة، حيث قد لا يُعرض عليهم ذلك بشكل تلقائي. تجنب القيام بأعمال رعاية الكسور أو مواضع المسامير إذا لم يكن ذلك جزءاً من ممارساتك الطبيعية (انظر المعلومات حول نطاق الممارسات في الفصل 2 للمزيد من المعلومات)، ولكن احرص على أن يعرف المريض ما ينبغي عليه فعله وأن تتوفر لديه الموارد للقيام بذلك، مثلاً أن يتوفر لديه الجبس الخاص به، ويمكنه الوصول إلى الصابون والماء النقي، وأن تتوفر لديه معلومات حول أماكن طلب المساعدة إذا احتاج إليها.

العلاج بإعادة التأهيل

لكل إصابة طابع مختلف، وفي ظروف النزاعات والكوارث، يحتمل أن ترى حالات معقدة لدى مرضى لديهم إصابات متعدّدة. قد يكون من الأفضل التركيز على المفاصل والعضلات التي تُستخدم في الحركات الوظيفية الأساسية وللخروج من السرير. ففكر في أهم حركة يجب أن يكون المريض قادرًا على القيام بها. احرص على السيطرة على الألم قبل بدء أي علاج لإعادة التأهيل؛ يُرجى مراجعة الفصل 3 للمزيد من المعلومات حول علاج الألم.

يجب أن تكون مُلمًا بأي مضاعفات محتملة وأي إنذارات خطر، والتي قد لا تكون واضحة سريريًا حتى يبدأ المريض في التحرك.

علاج الوذمة

تُعتبر مبادئ "الحماية، الراحة، الثلج، الضغط، الرفع" وتُعرف اختصارًا بتقنية PRICE، طريقة مناسبة لتقليل الأعراض الشديدة في مرحلة الوذمة، كما يمكنك استخدام ضمادة مطاطية إن وجدت. يجب استخدام حَمَّالَت الأطراف العلوية بالتبادل مع تقنية PRICE، مع ممارسة التمارين الخفيفة لتقليل التورم. من المهم علاج الوذمة عند الإصابة بكسور اليد والرُسخ. إذا لم تتم السيطرة على الوذمة، فقد تتسبب في التصلب، وتقليل نطاق الحركة، وزيادة الألم، والتشوّه/الضعف على المدى الطويل. ويُعد رفع العضو لمستوى أعلى وتحريكه باستمرار (مع تجنب تعطيل عملية شفاء الكسر) أمرًا أساسيًا ويمكن تعليمه للمريض.

نطاق الحركة وتمارين المقاومة

يلزم تعليم التمارين الفاعلة وأوالتمارين مع المقاومة للعضو (الأعضاء) المصابة، وذلك بهدف الحفاظ على قوة المريض وزيادتها، وتجنّب إصابته بالتصلب، وتقليل خطر الإصابة بقرح الضغط. على سبيل المثال، إذا كان المريض لا يُحرك الجزء أسفل الكوع بسبب الجبس نتيجة لكسر في الرُسخ، فعليك تزويده بتمارين للكف والكوع والأصابع. وبشكل عام، للمفاصل لأعلى وأسفل المفصل الذي لا يتحرك، عليك تشجيع المريض على التمارين الفاعلة او المنفعلة.

يجب أن يُحسّن المريض من قوته بشكل تدريجي، وينتقل من تمارين متساوية القياس (انقباض العضلة مع الحفاظ على طولها) إلى تمارين مقاومة للجاذبية إلى تمارين مع مقاومة. ولكن في المراحل الحرجة، قد يكون تحميل الوزن ممنوعًا ويُسمح بالتمارين متساوية القياس فقط؛ ويجب تأكيد ذلك دائمًا مع الفريق الطبي.

التمارين



الحركة في السرير

إن أهم الأولويات (بمجرد أن يصبح ذلك آمنًا) هي أن يجلس المريض في وضع قائم في السرير، وأن يتعلم مُقدم الرعاية التقنيات اليدوية لتسهيل ذلك. سيساعد هذا على تقليل خطر الإصابة بقرح الضغط، وضغط الدم الوضعي، ويحسن من وظيفة الجهاز التنفسي، خصوصًا لدى المرضى الذين تتم معالجتهم بالشدّ والذين يجب عليهم التزام السرير. شجّع المريض على المساعدة في ذلك بأكبر قدر ممكن. استخدم الأدوات المتوقّرة، مثل حبل مربوط في طرف السرير، لتسمح للمريض بالاستقلالية وتسهيل الحركة في السرير.

تحميل الوزن

تحقق دائماً من حالة تحميل الوزن مع الفريق الطبي. إذا تعذّر عليك الحصول على معلومات في المراحل الأولى، فمن الأكثر أماناً أن تفترض أن المريض لا يُحمل الوزن حتى يتضح الأمر. في حالة السماح بتحميل بعض الوزن، فكر دائماً إذا كان لدى المريض القدرة على فهم الإرشادات، وأن يمثل إليها. إذا كان المريض لا يُحمل الوزن، فتأكد من فهم المريض لذلك ومن امتثاله لهذا الأمر. ركّز على تعليم تقنيات التنقل الجيدة والتعامل اليدي التي تُتيح للمريض ولأسرته متابعة عدم تحميل الوزن مع نقله بدون مساعدة، أو بعد خروجه من المستشفى.

تحميل الوزن



نقل المريض

يمكن تنفيذ خطوات نقل المريض بالترتيب التالي:

- الجلوس بشكل متوازن على اللوح المنزلق للنقل (إن وجد)
- الجلوس للوقوف
- النقل المرتكز باستخدام أدوات مساعدة على الحركة (سّادة أو مشاية)
- السير (مع/بدون أداة مساعدة على الحركة) مع الالتزام بحالة تحميل الوزن لكل عضو

تكون لوحات الانزلاق قصيرة ومصنوعة من خشب ناعم، وتُتيح للشخص الانتقال من وإلى الكرسي المدولب. في ظروف النزاعات والكوارث، من غير المحتمل أن تتوفر لديك لوحات انزلاق ولكن يمكن تصنيعها محلياً. عند التخطيط لمُمارسات النقل أثناء العلاج بإعادة التأهيل، تذكر أن المريض قد ينتقل إلى أرضية المنزل، وخصوصاً إذا كان يعيش في خيمة، أو يجلس على الأرض لتناول الطعام. ولذلك، من المهم ممارسة إجراءات نقل المريض وفقاً لتجهيزات منزله.

قد تشمل الأجهزة المساعدة على المشي على سّادة/مشاية أو عكاز أو عصي مشي. وإذا لم يتوفر أي من ذلك، فاختر الجهاز الذي يقدم أفضل حماية ممكنة لحالة تحميل وزن المريض، إذا كانت تقيد حركته. في المرحلة المبكرة من إعادة التأهيل، قد يفيد الاستعانة بعدة أشخاص للمساعدة في التعامل اليدي والتنقل؛ وسيضمن ذلك سلامة نقل المريض، ويقال من وقت الالتزام بالسرير ومن المضاعفات المحتملة. يمكن أيضاً القيام بتمارين الوقوف التدريجي (مثلاً نقل الوزن، والدخول، والخطو، والتوازن) (الساكن والمتحرك) أثناء نقل المريض.

قد تكون الحملات تذكيراً مفيداً للمريض حتى لا يُحمل الوزن على الطرف العلوي أثناء نقله. (انظر فيديو نقل المريض بلوح انزلاق ثنائي بدون تحميل الوزن - على طرف السرير، وعلى لوح، وفي كرسي في وجود شخص مساعد أمامه وخلفه).

نقل المريض
والحركة

اللياقة القلبية الوعائية والقوة

اللياقة القلبية الوعائية وتعزيز القوة هي أمور مهمة لتجنب زوال التكيف العام، ويمكن تحقيقها من خلال: زيادة عدد مرات و/أو تكرارات تمرين الجلوس للوقوف، ومدّة الخروج من السرير، وتمرين الحركة. ومن المهم مراعاة السرعة في أثناء هذه العملية، حيث قد تؤدي إلى الإصابة بالإرهاق، ولذلك يُنصح بالمشي لمسافات قصيرة متعددة والجلوس بشكل متكرر لفترات أقصر في البداية. كما يجب تشجيع المريض على الخروج من السرير لتناول الطعام/ارتداء الملابس.

المعالجة الكهربائية

تُمنح المعالجة الكهربائية في وجود غرسات معدنية وتحديات عملية، مثل التوفر المحدود للكهرباء أو الوسائد أحادية الاستخدام. ويُفضل التركيز على إعادة التأهيل النشط والوظيفي، والتدريب بهدف مساعدة المريض على معالجة نفسه في المنزل. إذا كان هناك توقع قوي بأن تتسبب المعالجة الكهربائية في تشكيل جزء من العلاج بإعادة التأهيل في حالتك، فعليك العمل مع المريض لتقييم الفوائد المحدودة مقارنةً بأسلوب علاجي أكثر فعالية والاتفاق معًا على وضع خطة.

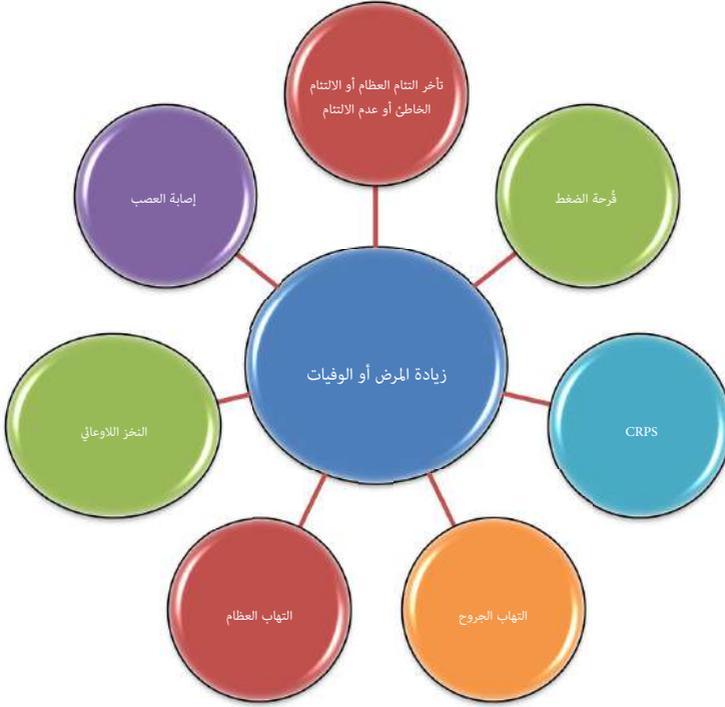
التواصل مع فريق متعدد الاختصاصات (MDT)

يُعد التواصل مع فريق متعدد الاختصاصات أمرًا هامًا لعلاج مرضى كسور العظام، ولذلك ففكر فيما يلي لخطتك للعلاج بإعادة التأهيل:

- انضم للجولات اليومية بالأجنحة وتسليم دورات العمل مع فريق أطباء العظام/قسم التمريض إن وجدت
- قدم تغذية راجعة لفريق أطباء العظام وموظفي الجناح بعد الجلسات العلاجية
- خطط توقيت جلسات إعادة التأهيل عندما يستلم المريض المسكنات الخاصة به، وليس خلال الوجبات!
- قدم تغذية راجعة لموظفي الجناح إذا كانت المسكنات ذات تأثير أقوى أو أضعف من أنشطة إعادة التأهيل الخاصة بك.
- تحدّث إلى الأسرة/مُقدمي الرعاية لتعزيز تقدّم العلاج والتزامهم
- إن أمكن، اجمع بين جلسات إعادة التأهيل وواجبات التواصل مع فريق متعدد الاختصاصات، مثلًا تغيير الملابس، وشجّع أفراد الفريق الآخرين على دعم الخطة العلاجية لإعادة تأهيل المريض (مثلًا التشجيع على إكمال التمارين)

الاعتبارات النفسية

في ظروف النزاعات والكوارث، من المهم جمع معلومات حول آلية الإصابة، بما في ذلك معلومات حول محاولات إيذاء النفس، سواءً كان الحادث يتضمن ضحايا أو أي من أشكال اضطرابات ما بعد الصدمة. لدى المرضى الذين يُبلغون عن أو تظهر لديهم أعراض اضطرابات عاطفية أو مشاكل نفسية، ففكر في إحالتهم لقسم خدمات الصحة النفسية داخل المستشفى أو في العيادات الخارجية، إن وجدت. يُرجى الأطلاع على الفصل 3 للمزيد من المعلومات حول الإسعافات الأولية النفسية.



ملاحظة

ملاحظة: يجب أن تكون مُلمًا دائمًا بالأمراض المُصاب بها مريضك والتي قد تظهر على هيئة مضاعفات كسور، بصرف النظر عن الظروف، مثل السُّل أو السرطان.

الجدول 3: المضاعفات الظاهرة المتأخرة أو دون الحادة

المضاعفات	العلامات والأعراض (إنذارات الخطر)	الإجراء اللازم اتباعه
التهاب العظم والنقي (التهاب في العظم)	<ul style="list-style-type: none"> — حمى — التورم، الشعور بالضييق (أو التهيّج لدى الأطفال) — ألم، وتورم، واحمرار، وشعور بالسخونة في منطقة العظم — فقدان المدى الحركي الحركة 	أبلغ الفريق الطبي بمخاوفك.
سوء الالتحام (تُشفى العظام بشكل غير مستقيم)	<ul style="list-style-type: none"> — التشوه — ضعف الوظيفية في المنطقة المصابة — الشعور بعدم الراحة — الألم — التورم 	في حالة عدم متابعة مرضى العمليات الجراحية من قِبل الفريق الجراحي (وهو ما قد يحدث في العديد من ظروف النزاعات والكوارث) فعليك أخذ موعد لدى طبيب جراحة عظام لمراجعة المريض
عدم الالتئام (الكسر لا يُشفى)	<ul style="list-style-type: none"> — الحركة المستمرة لموضع الكسر بعد انقضاء وقت الشفاء المتوقع — ضعف الوظيفية في المنطقة المصابة — الشعور بعدم الراحة — الألم — التورم 	في حالة عدم متابعة مرضى العمليات الجراحية من قِبل الفريق الجراحي (وهو ما قد يحدث في العديد من ظروف النزاعات والكوارث) فعليك أخذ موعد لدى طبيب جراحة عظام لمراجعة المريض
متلازمة الألم الموضعي المعقد (CRPS): ألم حاد بشكل غير معتاد مع ضعف وظيفي يتسبب في تطوّر إصابة تالية. النوع 1 (إصابة تالية أو عدم القدرة على الحركة حتى بدون إصابة أعصاب) أو النوع 2 (الإصابة مع إصابة أعصاب)	<ul style="list-style-type: none"> — ألم مُستمر، أو ألم مخالف، أو فرط تألم، حيث يكون الألم غير متناسب مع أي حدث معروف مُسبب للألم — الوذمة، أو تغير في تدفق الدم في الجلد، أو نشاط الغدد العرقية (التعرق أو نمو الشعر أو الأظافر غير الطبيعي) أو قلة نطاق الحركة في منطقة الألم — استبعاد حالات أخرى من شأنها أن تفسر درجة الألم والاختلال الوظيفي 	استشر الفريق الطبي وضع خطة علاجية مشتركة
النخر اللاوعائي - موت العظام نتيجة لفقدان إمدادها بالدم. أكثر شيوعًا في كسور أسفل الورك، وعنق الكاحل، والخصر الزورقي.	<ul style="list-style-type: none"> — ألم يزيد سوءًا بالتدرج، وخصوصًا عند تحميل الوزن — قلة نطاق الحركة في المفصل المصاب 	حدّد موعدًا سريعًا لمراجعة أخصائي جراحة عظام

التخطيط لإخراج المريض أو إعادة التأهيل المستمرة

في حين أن الخطة الكاملة لإخراج المريض لا يُحتمل أن تُشكل جزءاً من إعادة التأهيل المباشرة لمرضى الكسور، فلا يزال عليك التخطيط لها منذ أول تقييم لك. هل سيحتاج المريض للإحالة إلى قسم آخر، أو لأجهزة مساعدة؟ قد يستغرق تنظيم ذلك والحصول عليه وقتاً أطول في ظروف النزاعات والكوارث، لذلك عليك التخطيط مُسبقاً. فكر في حاجتك إلى:

- الأدوات المساعدة على الحركة، ومنها الكراسي المدبولة (إذا كان من الممكن توفيرها في المنطقة التي تعمل بها)
- برامج التدريب المنزلي
- التعليم العائلي والدعم
- متابعة إعادة التأهيل وأخذ مواعيد في عيادات جراحة العظام

إذا احتاج المريض لاستخدام العكازات أو المشايات، فتأكد من قدرته على الحركة بها بأمان وبمستوى تحميل الوزن المُحدد له. وفي حالة وجود إصابات بالأطراف العلوية أيضاً، فاحرص على مراجعة حالة تحميل الوزن قبل استخدام الأدوات المساعدة على المشي. إذا كانت الإصابات في الرُسخ أو اليد، فقد تكون العكازات المُعدلة ملائمة. تأكد من قدرة المريض على الوقوف والجلوس بأمان باستخدام العكاز، وكذلك من قدرته على الالتفاف والصعود والنزول ثلاث درجات (أو أكثر إن أمكن). وتذكر أنه ليست جميع الأجهزة المساعدة وأدوات المساعدة على المشي مفيدة في المناطق التي ستعمل بها. في حالة استخدام جبيرة، فُرجى مراجعة القسم المتعلق باستخدام الجبيرة في فصل إصابة الأعصاب المحيطية (PNI) لمعرفة تعليمات الرعاية والإجراءات الاحترازية ذات الصلة.

دراسة الحالة

السجل المرضي السابق

السيد أبو خير ذكر عمره 34 عاماً توجه إلى غرفة الطوارئ (ER) بعد تعرضه لانفجار، حيث أُلقي لمسافة 100 متر من موقع الانفجار. كان شبه واع عندما وصل إلى غرفة الطوارئ بعد ثلاث ساعات من الإصابة، وفقدانه لكمية كبيرة من الدم. وتم إدخاله على الفور إلى غرفة العناية المركزة (ICU) بعد تقديم العلاج التحفظي الأولي. وأثناء الفحص، أُجريت له أشعة مقطعية على الرأس، والتي كانت نتيجتها طبيعية، في حين أكدت الأشعة السينية الأمامية الخلفية، والمستعرضة، والمائلة إصابته بكسور متعددة: كسر خلعي بالحوض، وكسور فخذية ثنائية، وكسر ظنبوي أيسر. كانت نتيجة الفحص العصبي الوعائي للمريض طبيعية.

أثناء تواجده بغرفة العناية المركزة، كان العلاج يشتمل على:

- نقل الدم
- مسامير داخل النخاع (IM) في كلا الفخذين
- تثبيت خارجي للظنوب الأيسر
- علاج تحفظي لكسور الحوض

بعد 18 يوماً في العناية المركزة، تم نقل السيد أبو خير إلى جناح العظام. ونُصح بالراحة في السرير لسته أسابيع، بسبب كسور الحوض، ولا يُسمح له بتحريك مفصل الورك. ولم يتلق أي علاج لإعادة التأهيل خلال فترة إقامته بالعناية المركزة.

السجل الاجتماعي: مُدخّن شره لمدة 12 عاماً ويتناول القات (مُخدّر شعبي).

السجل الأسري: 6 أبناء. أخوه هو مُقدم الرعاية الأساسي أثناء فترة بقائه بالمستشفى.

الفحص البدني

تقييم الأم

مقياس تقييم الأم الرقمي: 7/10 (عند الراحة)، 9/10 مع حركة بسيطة

العامل المشدد: أي حركة في الطرف السفلي

العامل المُريح: الراحة في وضع الاستلقاء مع تباعد طفيف والتدوير الخارجي للورك والأدوية
موضع الألم: عند مفصل الورك، والركبة، وفوق منطقة المؤخرة

ملاحظات

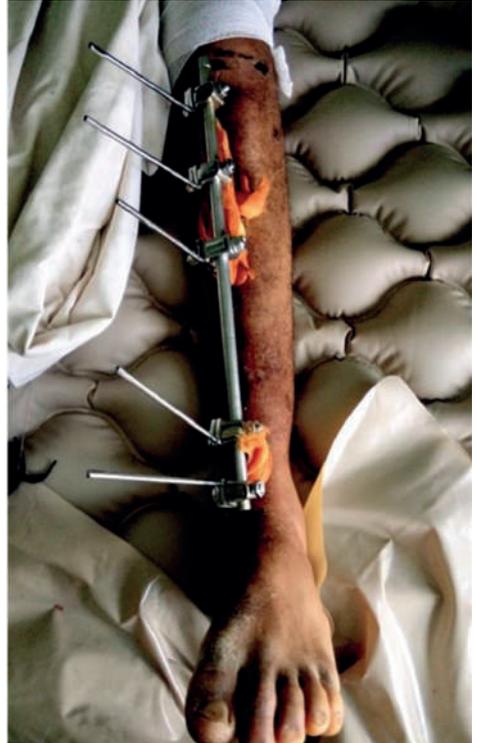
- الراحة في وضع الاستلقاء مع رفع الرأس قليلاً ووضع قنينة وعائية (IV) وقسطرة بولية موضعية
- ندبة طويلة تمتد على طول الموضع الجانبي للفخذين الثنائيين، وعضلات الفخذ رباعية الرؤوس
- تورم الطرف السفلي الثنائي (من أصابع القدم إلى الكربة)، مثبت خارجي للظنبوب الأيسر
- ألم واضح عند حركة أصابع القدم والكاحل
- بشرة القدم والكاحل جافة ومشققة وشاحبة

عند الفحص

- تقييد بسيط في المدى الحركي بمساعدة شخص آخر في الكاحل وأصابع القدم في الطرفين بسبب الألم
- العضلات الظهرية +5/3 العضلات الأخمصية 4/5
- محدودية في المدى الحركي الفاعل، وشكاوى من وجود ألم ولكن قد يحاول الحركة قليلاً،
- لا يمكنه إجراء انقباض متساوي القياس للعضلة رباعية الرؤوس بسبب الألم 1/5
- ثني الركبة: اليمنى 20 درجة، اليسرى 35 درجة



صورة 10: الأشعة السينية تُظهر المسامير عبر الفخذين



صورة 9: مريض وحالة تثبيت خارجي

النقاط الأساسية للفصل

- عادةً ما تكون إعادة التأهيل بعد الإصابة بالكسور في ظروف النزاعات والكوارث أمرًا معقدًا بسبب وجود تعقيدات ما بعد الصدمات المتعددة
- من المهم الإلمام بالمضاعفات وإنذارات الخطر، والتي قط تظهر حتى مع الكسور البسيطة
- يُتيح لك التقييم الدقيق، الذي يتضمن السجل الاجتماعي وتحديد الأهداف المشتركة مع المريض، منح الأولوية لخطة إعادة التأهيل الخاصة بك بالشكل الملائم
- في أثناء فترات عدم الحركة، سواءً كانت بسبب الجَز أو تثبيت خارجي أو جِيس أو الجبائر اللدنة بالحرارة، ينبغي أن يتم التركيز على الحفاظ على القوة ونطاق الحركة والاستقلالية الوظيفية قدر الإمكان.
- قدّم المشورة للمريض فيما يتعلق برجوعه إلى أنشطته واستخدامه للعضو المصاب ضمن حدود تحميل الوزن التي حددها الفريق الطبي/الجراحي. ويحتمل أن تكون تحفظة في المرحلة الأولى

نصّ أساسي موصى به

ملخص تصنيف الكسور والخلوع من جمعية دراسة التثبيت الداخلي للكسور/جمعية جراحة العظام جمعية دراسة التثبيت الداخلي للكسور (AO) وجمعية جراحة العظام (OTA) لعام 2018. متاح في.

إدارة إصابات الأطراف في النزاعات والكوارث. اللجنة الدولية للصليب الأحمر 2016. <https://icrc.aoeducation.org/>

المراجع

Physical agent modalities (2nd ed.) Bracciano, A. 2008 Thorofare, NJ: SLACK Incorporated

(British Orthopaedic Association Standards for Trauma and Orthopaedics (BOAST including diagnosis and management of compartment syndrome of the limb)

Available at: <https://www.boa.ac.uk/standards-guidance/boasts.html>

Fundamental of hand therapy: Clinical reasoning and treatment guidelines for common diagnoses of the upper extremity (2nd ed.) Cooper, C. 2014 St. Louis, MO: Mosby

Introduction to orthotics: A clinical reasoning and problem-solving approach (5th ed.) Coppard, B. M. and Lohman, H. L. 2020 St. Louis, MO: Elsevier

?Fractures due to gunshot wounds: do retained bullet fragments affect union

Riehl, J.T., Connolly, K., Haidukewych, G. and Koval, K., 2015. The Iowa orthopaedic journal, 35, p.55

الفصل 5

إعادة التأهيل المبكر لإصابات الأعصاب الطرفية

الأهداف:

مع نهاية هذا الفصل سيكون بوسعك:

إظهار فهم أساسي للأمراض الناتجة عن إصابات الأعصاب الطرفية وتصنيفها

إجراء تقييم لمريض يعاني من إصابة الأعصاب الطرفية

تطوير قائمة مشكلات وخطة علاج لمريض مصاب بإصابة أعصاب طرفية

تطوير جدول زمني واقعي للتعافي وتجنب المضاعفات الثانوية لمريض مصاب بإصابة أعصاب طرفية



الفصل 5

إعادة التأهيل المبكر لإصابات الأعصاب الطرفية

مقدمة

إصابات الأعصاب الطرفية شائعة للغاية في حالات الكوارث أو الصراعات وهي إحدى الأسباب الأساسية للعجز طويل الأمد. لكن أثناء الكوارث والصراعات، قد يفوت الفريق الطبي أو الجراحي تشخيص إصابات الأعصاب الطرفية لأن أولويتهم تنصب على إنقاذ العضو الطرفي أو الحياة. لذلك ربما يكون محترفو التأهيل أول من يلاحظ إصابة الأعصاب الطرفية وعليهم دومًا البحث عن هذه الإصابة في تقييمهم للمصاب أثناء الصراعات أو في الكوارث.

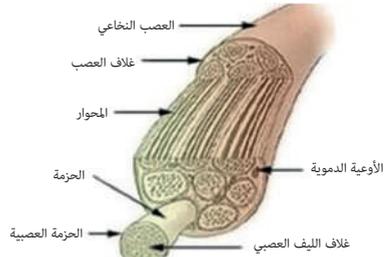
غالبًا ما تحدث إصابات الرضخ المتعددة المركبة كجزء من إصابات الأعصاب الطرفية. يمكن أن تصاب الأعصاب بطرق متنوعة ومستويات خطيرة مختلفة. في ظروف الصراعات والكوارث، قد يحدث انضغاط للأعصاب عند انقباس شخص أسفل الأنقاض أو عند جرحه بسكين أو بحطام متطاير، أو كنتيجة لضرر من انفجار. لاحظ أن إصابة الأعصاب الطرفية يمكن أن تنشأ أيضًا عن عدوى فيروسية، ولأنها تتطلب عملية تأهيل مشابهة، فلن نشرح بالتفصيل في هذا الفصل.

التشريح

يمكن أن تكون الأعصاب أعصاب حركية توفر الحركة للعضلات أو أعصاب حسية تزود منطقة من الجلد بالإحساس أو أعصاب تقوم بكلتا الوظائفيتين. تسبب الإصابات للأعصاب الطرفية لذلك في مشكلات في الطاقة والإحساس للعضلات والمنطقة المستفيدة من هذا العصب. على سبيل المثال، يجوز أن تجعل إصابة أعصاب اليد الشعور بالأشياء الدقيقة وإمسакها صعبًا، بينما إصابة أعصاب الساق قد تضعف الانثناء الظهراني اللازم لرفع إحدى قدمي الشخص عن الأرض عند السير.

أثناء الصراعات وفي الكوارث، نادرًا ما يصاب المرضى بإصابة عصب طرفي فقط، وغالبًا يصاب بإصابات متعددة، وأغلبها كسور. يجب معالجة الإصابات العصبية أو الوعائية والوصول بها إلى حالة الاستقرار، أي تثبيت الكسر قبل معالجة إصابة الأعصاب الطرفية. قد لا تتوفر ترميم أعصاب معينة أو إجراءات تطعيم معينة في ظروف الصراعات والكوارث، لكن التأهيل المبكر وتقديم المشورة للمريض يمكن أن يقللا من المضاعفات ويعظما الوظيفة المستقلة لكل منهما.

يتكون العصب من المحاور العصبية للخلايا العصبية (العصبونات) منضمة معًا على شكل مجموعات تسمى الحزم. يغطي كل محور عصبي طبقة واقية تسمى غلاف الليف العصبي، وكل خلية عصبية أو حزمة محاور عصبية تغطي طبقة واقية إضافية تسمى طهارة الحزمة العصبية. العصب بأكمله مثل شريط يتكون من خلايا عصبية متعددة مغلقة بطبقة خارجية من الأنسجة الرابطة تسمى غلاف العصب. تنضم الأعصاب معًا أيضًا بواسطة سائل واعي وأوعية دموية توفر الطاقة والعناصر المغذية للعصب. من الجدير بالذكر أن المعلومات الحسية تنقل في الطبقة الخارجية من نسيج العصب، ولهذا يتأثر الشعور في الإصابات الانضغاطية وغالبًا ما يتأثر بصورة أكبر من الوظيفة الحركية أو الطاقة.



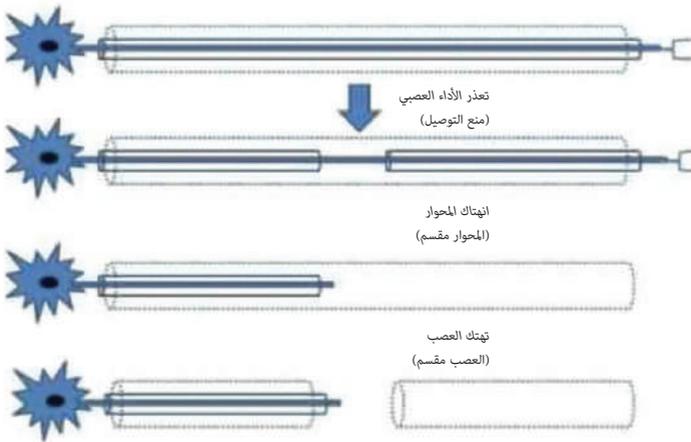
الشكل 1: تشريح العصب المحيطي

الجدول 1: الطرق الشائعة لإصابة العصب المحيطي

الشد/الإطالة	البتر/القطع	الانضغاط
قد تحدث إصابة للعصب بسبب الإطالة الزائدة عن الحد عند تعرض شخص لشد الطرف تحت حجارة أو في مساحة ضيقة بعد انهيار مبنى. مثال على ذلك الضفيرة العضدية في حالة ولادة صعبة.	قد يحدث البتر أو القطع (الكامل أو الجزئي) للعصب في حالة إصابة الشخص بأنقاض متطايرة أو بطلقة بندقية أو بطعنة. قد يحدث قطع للأعصاب أيضًا أثناء الجراحة، مثل قطع مسمار مثبت في غير مكانه لعصب شظوي.	قد تحدث الإصابة الانضغاطية للعصب في حالة انسحاق شخص أو مفصل، أي انحناسه أسفل أنقاض مبنى منهار، أو في متلازمة الحيز، أي انضغاط العصب الكعبري داخل الذراع المهشم/المتورم (انظر فصل الكسور).

تصنيف إصابات الأعصاب الطرفية

من الضروري امتلاك بعض الفهم لمستوى إصابة الأعصاب للتعويض مدة الالتئام ومداها. يوجد نظاما تصنيف رئيسيان: فنظام «سيدون» يقسم إصابات الأعصاب إلى ثلاث فئات رئيسية، وفقًا لمستوى الضرر، بداية من إصابة «بطانة» نسج العصب وصولاً إلى انقطاع العصب بكامله.



الشكل 2: درجات إصابة العصب (سيدون 1942)

طور «ساندرلاند» نظام تصنيف أضاف المزيد من التفصيل. لكن في الصراعات والكوارث، من غير المرجح توافر الاختبارات من أجل امتلاك معلومات كافية لتطبيق تصنيف «ساندرلاند».

الجدول 2: تصنيف ساندرلاند

إمكانية التعافي	الأعصاب	ساندرلاند	سيديون
احتمالية جيدة للتعافي الكامل خلال ثمانية أسابيع.	غالبًا ما يحدث ذلك بسبب الانضغاط، لا تحدث إصابة دائمة للعصب. يعاني المريض من شلل غير كامل.	الدرجة الأولى	تعذر الأداء العصبي
احتمالية جيدة للتعافي الكامل	حدث تلف جزئي في العصب، وما يزال جزء كبير من الألياف العصبية يعمل وجزء لا يعمل	الدرجة الثانية	انهتاك المحوار
إمكانية التعافي، لكنه يتسم بالبطء، ولن يصل التعافي إلى 00%. قد تكون هناك إلى جراحة	تلف ما يقرب من نصف ألياف العصب وما يزال نصفها يعمل	الدرجة الثالثة	انهتاك المحوار
يجب التدخل الجراحي	تعرض العصب لتلف جزئي، حيث لا تعمل أغلبية ألياف الأعصاب وما يعمل هو عدد صغير	الدرجة الرابعة	انهتاك المحوار
يجب التدخل الجراحي	غالبًا ما يحدث ذلك بسبب البتر. يتأثر العصب بشدة ويعاني المريض شلل كامل وفقدان في الإحساس	الدرجة الخامسة	تهتك العصب

استرداد العصب

بالنسبة لإصابات الدرجة الأولى/تعذر الأداء العصبي، يكون هناك فرصة جيدة لتعافي العصب والعمل بشكل طبيعي مرة أخرى مع استعادة الحركة والإحساس. بالنسبة لإصابات الدرجة الثانية، قد يكون الالتئام ممكنًا لكن بصورة أبطأ، لأن ألياف العصب التالفة تحتاج إلى إصلاح ويجب أن تنمو ألياف العصب الجديدة قبل عودة الحركة والإحساس إلى الوضع الطبيعي. بالنسبة للإصابات من الدرجة الثالثة وأعلى، يلزم إجراء جراحة لاسترداد الإحساس والوظيفة الحركية.

التدخل الجراحي



ملاحظة

ملاحظة: تتسم جراحة إصلاح الأعصاب التالفة بالتخصية العالية وقد لا تكون متاحة في أثناء الصراعات والكوارث، أو ربما يتم توجيه الموارد الجراحية المحدودة المتاحة لاتخاذ حياة الأفراد.

الترميم الأوتري (الطرف إلى الطرف) يربط هذا الأسلوب طرفي العصب المقطوع وهذا هو الخيار الجراحي المثالي، لكن يجب إجراء ذلك خلال الأيام القليلة الأولى من الإصابة ودون أي إطالة أو شد في موقع الإصلاح.

المضاعفات الثانوية

المضاعفات الثانوية لإصابات الأعصاب الطرفية هي قضية مهمة كذلك، وقد نوقش بعضها بتفصيل أكبر في الفصول الافتتاحية. قبل الصرف من المستشفى، أو كجزء أساسي من العلاج، ينبغي على المريض ومقدم الرعاية له العلم بالمضاعفات المحتملة التالية وكيفية تجنبها أو التقليل منها.

فقدان الوظيفة - يمكن أن تقلل إصابات الأعصاب الطرفية قدرة المريض على إكمال أنشطة يومية أساسية كاملة، مثل الاغتسال وارتداء الملابس والطبخ وما شابه. من المفيد في هذه الظروف استخدام أدوات مثل الجبانز أو التقنيات التعويضية.

التورم - بسبب انخفاض تدفق الدم والتسرب للمفاوي قد تورم الأطراف وتأخذ وقتًا طويلاً للتعافي، مما يؤدي إلى مزيد من تعذر الأداء العصبي والألم. من المفيد الاحتفاظ بالطرف في وضع مرتفع مريح ونطاق حركة سلسي معتاد ونطاق حركة نشط ما أمكن.

التقفع - بسبب عدم توازن القوة العضلية حول المفصل، يمكن أن يحدث التقفع أو قصر العضلة الثابت في خلال أيام. من المفيد الحفاظ على الطرف في وضع استقرار محاييد عبر استخدام جهاز تقويم لذن حراريًا، مع التحريك المنتظم للمفاصل في كامل المدى الحركي لها.

الحروق/التهتكات - يمكن بسهولة أن يتعرض المرضى الذين يعانون من انخفاض الإحساس لحروق أو إصابات نتيجة للالتصاق مع أسطح ساخنة أو ماء أو عدم استخدام ملابس وحذية واقية. اختر الماء بالمفصل العكسي أو المتمتع بالإحساس، وارند دائماً أحذية داعمة مغلفة في حال انخفاض الإحساس في القدم.

قرح الانضغاط - يواجه المرضى الذين يعانون من ضعف الإحساس كنتيجة لإصابة أطراف عصبية خطر تكون قرحات انضغاطية، التي يصعب رؤيتها لدى أصحاب البشرة الداكنة. من المفيد الحفاظ على جفاف الجلد والتغيير المنتظم لوضع القدم والفحص المنتظم للجلد (استخدم مرآة عند الضرورة).

ورم العصب - سماكة غير سرطانية في الألياف العصبية تتشكل من أنسجة غير موصلة توقف إرسال الإشارات عبر العصب. أورام الأعصاب هي مضاعفة محتملة مقيدة لتعافي العصب يمكن أن تسبب الألم أو فرط الحساسية؛ هي لا تتطور عادةً إلا بعد ستة أسابيع من الإصابة.

الألم وفرط الحساسية - يمكن أن يسبب ذلك الإزعاج ويحتمل أن يقود إلى متلازمة الألم المحلي المركب (انظر المراجع أدناه). من المفيد بدء التدريب على إعادة التحسس لأن ذلك يقلل خطر هذه المضاعفة.

بطء التئام الجروح - تطبن إصابات الأعصاب الطرفية التئام جروح البشرة، وهنا يجب توجيه عناية إضافية لأي إصابات أخرى في المنطقة المصابة.

تأثر الصحة العقلية - بحسب شدة الإصابة العصبية، قد يؤثر الالتئام البطيء للغاية أو الفقدان الدائم للوظيفة بشكل كبير على الصحة العقلية للمريض في محاولاته للتكيف مع الحياة بعد الإصابة. أجل مريضك إلى خدمات الصحة العقلية المحلية حال توفرها ما أمكن.

العوامل المؤثرة على التعافي

ينبغي إعلام المريض بالعوامل أو السلوكيات المحددة التي قد تؤثر سلبيًا على التئام إصابة أعصاب طرفية.

السكري - سيبطن بصورة واضحة تعافي العصب. خذ هذا الأمر في الاعتبار عند التخطيط لإجراءات إعادة التقييم وموعد التعافي.

الشعور بألم شديد عند التعرض لمؤثر بسيط (خلل الاستجابة) - يجب بدء تدريبات مبكرة على إعادة التحسس باستخدام مواد في حوزة المريض بالمنزل لمحاولة تقليل هذه المضاعفة، التي تحد من إعادة التأهيل.

الحروق/هشاشة البشرة - تشكل صعوبة في التعامل وفي تحرك المنطقة المصابة وتنفيذ التقنيات اليدوية وكذلك زيادة خطر العدوى. حافظ على نظافة اليدين والتزم بتوجيهات الفريق الطبي.

التدخين - يقلل بشكل كبير من تدفق الدم وإمكانية التئام العصب.

التغذية - ينبغي على المريض الالتزام بنظام غذائي صحي والترطيب ببروتينات كافية، قد يكون هذا صعبًا في ظروف الصراعات والكوارث.

التقييم

ينبغي استخدام تقييم إعادة التأهيل القياسي عند تقييم مرضى الإصابات العصبية الناتجة عن كارثة مفاجئة أحد أجزاء التقييم الخاصة بالأعصاب الطرفية هو التأكد من السلامة العصبية للعضلة أو منطقة الجلد، بمعنى وصول الإمدادات العصبية الطبيعية إليها، أو تأثيرها عصبيًا، بمعنى تضرر هذه الإمدادات العصبية. قد يكون من الصعب بسبب احتمال تعدد الإصابات إكمال تقييم شامل. إذا كان هذا ما عليه الأمر، من المقبول حينئذٍ إكمال جوانب التقييم الممكن تنفيذها والتي تقع ضمن نطاق ممارستك. في نهاية التقييم، يجب عليك أن تكون قادرًا على عمل قائمة بالمشكلات التي سيركز عليها علاجك وتطوير خطة علاج وأن تكون قادرًا على تحديد بعض الأهداف مع مريضك أو عائلته ما أمكن.

يمكن العثور على مزيد من التفاصيل بشأن ما ينبغي تضمينه في تقييمك الشخصي والموضوعي العام في الفصل 3، أما المعلومات أدناه فهي تخص إصابات الأعصاب الطرفية.

التقييم الشخصي

تاريخ تقديم الحالة (HPC): اكتشف ما أمكن طريقة الإصابة وآلية الإصابة والعلاجات السابقة لها، بما في ذلك أي جراحات.

التاريخ الدوائي السابق (PMH): حاول اكتشاف ما إذا كان المريض قد خضع لجراحة سابقة أو لعلاجات طبية سابقة أو حالية؛ قد يؤثر ذلك على نتائج إعادة التأهيل.

التاريخ الاجتماعي: هذا الأمر حيوي من أجل إعداد خطة إعادة تأهيل شاملة. خذ التالي في الاعتبار:

من مقدم الرعاية الأساسي أو فرد العائلة الأنسب؟

ما نمط الحياة السابق للمريض، يشمل ذلك العمل والسكن والترفيه؟

هل يملك المريض مكانًا للإقامة فيه بعد صرفه من المستشفى؟

الأمم

من المهم تقييم مستوى الألم والعلاج من أجل جعل العلاج أكثر راحة وإفادة. تشمل أدوية الألم الناتج مباشرة عن الأعصاب أميتريبتيلين وجابابنتين وبريجابالين. يجب أن تكون على علم بأن هذه الأدوية قد تستغرق وقتًا ليكون لها أثر مخفف للألم. من السهل استخدام مقياس تمثيلي بصري، يصنف فيه المريض درجة ألمه عبر عشر درجات، والذي يشجع استعماله في هذه الظروف على الرغم من صعوبة عزل الألم المرتبط بالإصابة العصبية فقط في مريض يعاني من مضاعفات إصابات متعددة. يمكن العثور على مزيد من المعلومات بشأن إدارة الألم العام في الفصل 3.

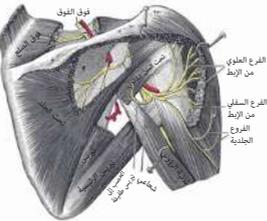
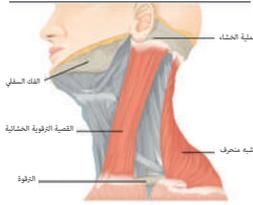
من الأمور الأخرى المحددة التي يستفسر بشأنها من مصاب الأعصاب الطرفية

الوظيفة: أسأل المريض عن مدى التأثير الوظيفي بالإصابة، مثل (ارتداء الملابس والاعتسال والعمل ورعاية الأشخاص المسؤولين منه. من المهم معرفة مدى تضرر اليد المسيطرة في إصابات اليد والذراعين لأن ذلك يؤثر على كل مفصل علوي

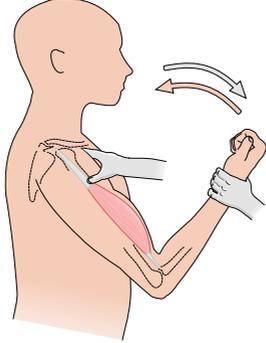
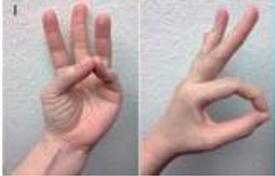
النوم: أسأل المريض عن مدى تأثير نومه بالألم أو قدرته على الوصول إلى وضع مريح ليلاً. في حالة تأثر النوم، سيكون من أولويات العلاج الوصول إلى وضع نوم مريح.

الإحساس: أسأل المريض هل يشعر بدبابيس وإبر أو تنميل وانخفاض في الإحساس أو الشعور.

الإصابات العصبية الشائعة والأعراض السريرية		
الأعصاب	العضلة/وظيفة العضلة المتأثر	إيجابية الاختبار
العصب الشوكي الإضافي	يؤثر على العضلة شبه المنحرفة	الوضعية - لوح الكتف يسقط بعيداً عن العمود الفقري. تقييم تباعد لوح الكتف . اختبار: اليد خلف الظهر وأرفع اليد بعيداً عن الظهر. (ما يزال يمكن للكتف أن يهتز لأن العضلة الرافعة للكتف ما تزال تعمل)
العصب الصدري الطويل	يؤثر على العضلة المنشارية الأمامية	يتحرك لوح الكتف في اتجاه الحبل الشوكي عند الراحة. يجنح لوح الكتف عند الحركة
العصب الإبطي يصاب عادة بكسر خلعي في الكتف	الدالية	عدم القدرة على الحفاظ على تباعد عند 90 درجة
العصب فوق الكتفي	يؤثر على العضلة تحت الشوكة والعضلة فوق الشوكة	قم بتقييم الدوران الخارجي للمفصل العضدي



الإصابات العصبية الشائعة والأعراض السريرية

عدم القدرة على ثني الكوع	<p>اختبار العضلات: العضلة ذات الرأسين</p> 	العضلة ذات الرأسين	العصب العضلي الجذلي
عدم القدرة على عبور الأصبعين الثاني والثالث وضعف المسك والتحرير		<p>المستوى المرتفع - العضلة المنثنية العميقة للأصابع، العضلة الزندية المثنية للرسغ</p> <p>مستوى المعصم - العضلات الظهرية وبين العظام والمقربة للإبهام</p>	العصب الزندي
وجود تدلي في المعصم		<p>المستوى الأعلى - العضلة ثلاثية الرؤوس</p> <p>الباسطات الإصبعية والمعصم</p>	العصب الكعبري تشيع إصابته مع الكسر الكتفي
اجراء اختبار OK واختبار الانضغاط		<p>المستوى المرتفع - العضلة المثنية الطويلة لإبهام اليد، العضلة المثنية السطحية للأصابع</p> <p>مستوى المعصم - ضربة اليد</p>	العصب المتوسط تشيع إصابته مع الكسر الكتفي فوق اللقمة

الاختبار الخاص لإصابة الأعصاب الطرفية



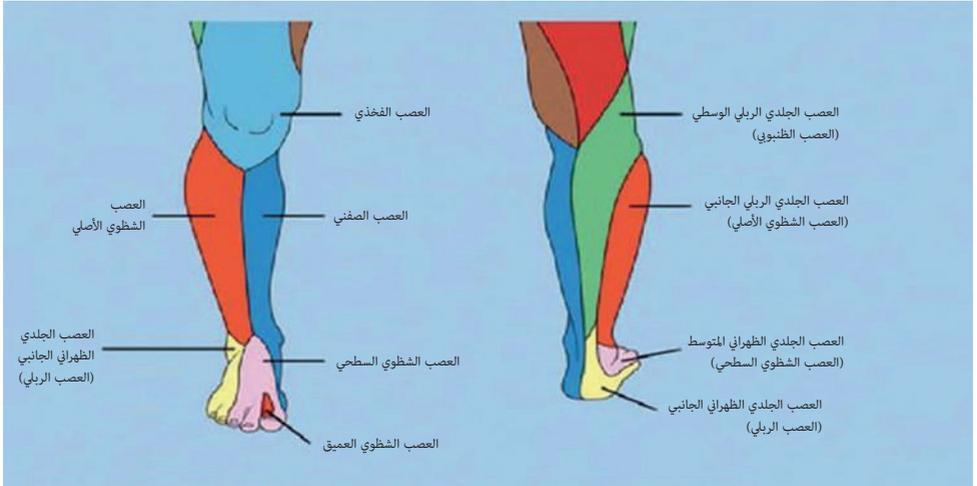
الهدف الرئيسي للتقييم الموضوعي هو تحديد أي البنيات تتأثر عصبيًا وتلك التي لا تتأثر، وكذلك التعرف على أي مشكلات ثانوية.

الاختبار الحسي: يتم تنفيذ معلومات حسية على الجانب الخارجي، ولذلك يكون محيط العصب الأكثر تعرضًا للمنطقة الأولى التي تصاب. يمكن أن يعمل الاختبار الحسي كاختبار سريع لتلف الأعصاب في ظروف يصعب فيها إجراء فحص شامل، كما هو الحال في وجود كسور متعددة ومثبت خارجي. شاهد هذا الفيديو لطبيب يفحص قدرة

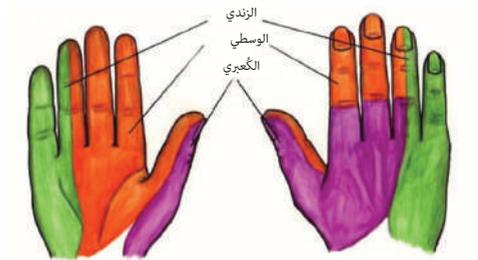
مريض على التمييز بين الأحاسيس المختلفة: <https://www.youtube.com/watch?v=jjibJqTppyg>

الاختبار بقطاع جلدي، وفيه يمكن أن تعطي منطقة الشعور بالألم المدعومة بجذر عصب أو عصب معين معلومات محددة عن أي الأعصاب تعرض للتلف. لاحظ أن هناك بعض التباين بين الأفراد فيما يخص القطاع الجلدي والتغذية العصبية.

الشكل 5: القُطَاع الجلدي للمفصل السفلي



الشكل 6: توزيع العصب الزندي والوسطي والكعبري في الرأس



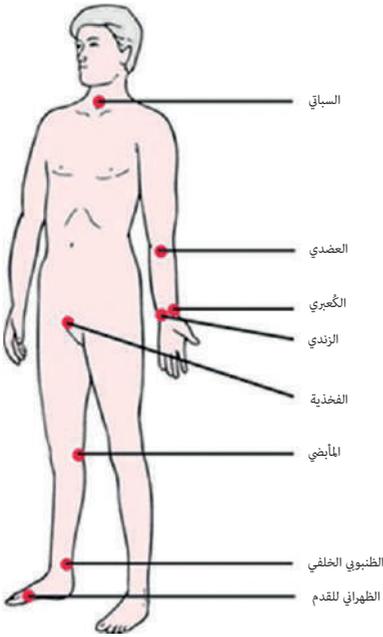
الاختبار الحركي

غالبًا ما تؤدي إصابات الأعصاب الكبرى إلى ضعف شديد في العضلات يليه ضمور، يمكن أن يبدأ بعد 72 من الإصابة. يمر الموصل العصبي العضلي بتغيرات كبيرة بعد إصابة الأعصاب، وهو يمثل النقطة الأكثر حرجًا في التعافي الوظيفي، حتى بعد تجديد أعصاب مناسب.

إلى جانب اختبارات العضلات البدوية توجد اختبارات وظائف أعصاب حركية يمكنها اكتشاف ضعف العضلات الناتجة عن إصابات الأعصاب المحيطة بالأطراف العلوية والسفلية. اختر عضلة واحدة لكل عصب محيطي، مثل العضلة تحت الشوكة للعضب فوق الكتفي. استخدم مقياس أكسفورد لقياس العضلات لتسجيل القوة. في حال تعذر توصيل العصب الحركي، فلن تنشط العضلة بالشكل المناسب، مما يؤثر على الحركة الفاعلة ودرجة العضلة ووضعية الطرف. تحقق من المدى الحركي للمفاصل أعلى المنطقة المتأثرة وأسفلها، وكذلك في المنطقة المتأثرة نفسها.

اختر حركة وظيفية واحدة للمنطقة المتأثرة، مثل وضع قطعة ملابس خارجية وتمشيط الشعر الوقوف والنزول من السرير وصعوده. بالنسبة لإصابات أعصاب الأطراف السفلية، استخدم اختبار المشي المحدد مدة زمنية واختبار بيرج للتوازن، كلاهما اختبار سريع وموثوق. تصوير المشية بفيديو هاتف الطبيب أو هاتف المريض يمكن أن يكون إجراءً مفيدًا للمراجعة والعودة إليه في تاريخ لاحق. في منطقة تغيب فيها حركة فاعلة أو تنخفض، فيجب تقييم الحركة المنفصلة أيضًا. في حال وجود الحركة مع ضعفها، كرر الحركة لمدة تصل إلى عشر دقائق لتقييم الإجهاد. يتسبب غياب الانقباض المشترك في المفصل في عدم الاستقرار وانخفاض التحكم اللامركزي، أي انخفاض التحكم في الثني الأمامي مع تدلي القدم.

الشكل 7: مواقع النبضات المحيطة



يمكن تقييم الحركة العصبية، بمعنى كمية حركة العصب المحيطي داخل الأنسجة، من خلال دراسة مسار العصب ومعرفة الحركة المفصل التي ستضعه تحت إجهاد الاستطالة أو التمدد. العامل المهم هنا هو انزلاق العصب للخلف وللأمام أثناء حركة مفصل، وعدم وجود نقاط التصاق أو إجهاد قد تتسبب في ألم أو في تقييد التعافي. نقاط الالتصاق هذه هي عادةً عند المفصل أو عند مرور العصب عبر الأنسجة الرخوة. كن حريصًا على تجنب الإفراط في إطالة العصب أو إجهاده (سيظهر الإحساس بوجود دبابيس وإبر).

أجر تقييم للنسيج الرخو عبر التعامل مع المنطقة أو تلمس النسيج أو الشعور بضيق الأجزاء أو التقلص أو القصر أو الرخاوة. تحسس كل الأنسجة الرخوة في المنطقة، وليس فقط النسيج المتأثر عصبيًا.

تذكر أنه ربما يشترك في ذلك بنيت أخرى، ويجب العلم بأي تعارضات للحركة عند إجراء هذه الاختبارات.

النبضات المحيطة

يمكن استخدام النبضات المحيطة كأداة سريرية مفيدة في معرفة حالة اشتباه في إصابة أطراف عصبية، ويوضح الشكل أعلاه مواقع النبضات المحيطة:

الجدول 5: العلامات الحمراء لإصابات الأعصاب الطرفية

العلامات الحمراء: العلامات التالية خاصة بإصابات الأعصاب الطرفية. يجب العلم دومًا بالعلامات الحمراء التي لا تدل على أمراض محددة بالنسبة لمريضك، مثل حالات العدوى. راجع الفصل 3 لمزيد من المعلومات.

العلامات أو الأعراض	الأسباب المحتملة	الإجراء الواجب اتخاذه
طرف متورم ساخن بلون أحمر، والمريض يشكي من ألم شديد يسوء مع الحركة السلبية	متلازمة الحيز	أوقف العلاج، ونبه الفريق الطبي
طرف متورم ساخن بلون أحمر مع غياب للنبضات. يشكي المريض من ألم وقصر نفس أثناء الراحة	تخثر وريدي عميق أو انصمام رئوي	أوقف العلاج، ونبه الفريق الطبي
يشكي المريض من ألم شديد؛ قد تلاحظ عدم تساوي عند المفصل أو حركة أو شكل عظمي غير طبيعي	كسر غير مستقر لم يتم تشخيصه أو مقيد الحركة	أوقف العلاج، ونبه الفريق الطبي
ديابيس وإبر وتمثيل ثنائي الجانب، ضعف ثنائي الجانب في اليدين أو القدمين، صداع وتمثيل حول الرأس، انخفاض شديد في نطاق حركة العنق. عدم قدرة من التعب على الحفاظ على وضعية رأس. ضعف متعدد الأقسام وتغيرات حسية متعدد القطاعات	عدم استقرار العمود الفقري الرقبى	أوقف العلاج، ونبه الفريق الطبي

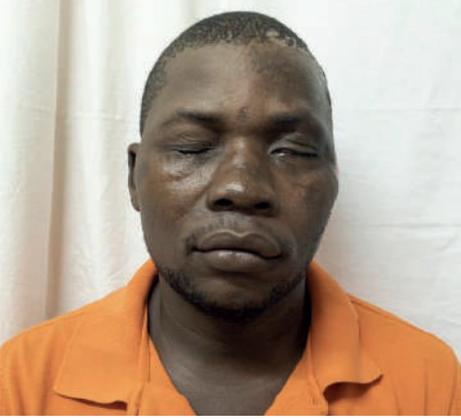
تضرر العصب الوجهي

العصب الوجهي يدعم العضلات الوجه، بما يسمح بتعبيرات الوجه وحركاته. هو لا يمد الوجه بالإحساس. يمكن أن يتضرر العصب الوجهي كنتيجة لإصابة في الوجه أو الرأس أو الرقبة. العصب الوجهي هو العصب القحفي السابع. ينشأ العصب من جسر جذع الدماغ وينتهي في المخ خلف الأذن. يوجد بجانب العصب القحفي السادس، والذي يمد العضلات المبعدة للعين والعصب القحفي الثامن، ووظيفته هي السمع والتوازن.

للعصب الوجهي أربعة أفرع تدعم الوجه؛ وهذه الأفرع هي الجبهة والعين والوجنة والذقن. في حالة تضرر العصب الوجهي، سيتدل جانب واحد كامل من الوجه. وهذا يختلف عن السكتة والتي يتدل بها النصف السفلي من الوجه فقط. كما يوفر العصب الوجهي الإحساس لجزء من اللسان والعظام الصغيرة في الأذن.

إذا اشتبهت في تضرر العصب الوجهي، يمكنك اختبار وظيفته بتقييم الحركات الوجهية ومطالبة المريض بما يلي:

1. رفع الحاجبين - في حالة التضرر، لن ترتفع الجبهة ولا تنكمش.
2. أغلق العينين - في حالة التضرر، لن تغلق العين أو تغلق بشكل جزئي فقط.
3. الابتسام - في حالة التضرر، لن ترتفع الوجنة المتأثرة.
4. دفع الشفة السفلية للأمام - لن يتحرك الجانب المتأثر.



صورة 2: مريض يعاني من إصابة عصب وجهي، غير قادر على إغلاق عينه بالكامل في الجانب المتأثر
Davide Preti/HI ©



صورة 1: مريض يعاني من إصابة عصب وجهي، غير قادر على رفع الخد المتأثر عند الابتسام
Davide Preti/HI ©

سيجد المريض بضرر عصب وجهي صعوبة في تناول الطعام والشرب والحديث وإغلاق العين للغمز والنوم وإظهار التعبيرات الوجهية.

ينبغي أن يتضمن العلاج في المراحل المبكرة:

1. العناية بالعينين - اشرح للمريض طريقة ربط شريط على عينيه وإغلاقها واستخدام جل العين لحمايتها وتجنب جفافها.
2. ادمع الوجنة للحديث والشرب وتناول الطعام، وللمساعدة في الوظيفة الضرورية للعضلة أو تجنب سيلان اللعاب أو تجنب تداخل الحديث.
3. تجنب النشاط الزائد في الجانب غير المتأثر لتقليل عدم التوازن.
4. مع حدوث التعافي، جراء تمرين وجهي تدريجي بسيط لتشجيع الحركة الطبيعية للحفاظ على قوة العضلة ونطاق الحركة.

العلاج التأهيلي

للعلاج التأهيلي هدفان رئيسيان في إصابات الأعصاب الطرفية: استعادة أكبر قدر ممكن من الاستقلالية وتعريف المرضى ومقدمي الرعاية لهم بالتوقعات الفعلية وإستراتيجيات العلاج . ينبغي أن يبدأ التأهيل من الأنشطة الأساسية، مثل تمرين المدى الحركي ، ثم التدرج بالعلاج ، أي وضع جبيرة ثم تنفيذ تمارين إعادة الحس . في حال لم يكن التأهيل طويل الأمد ممكنًا في الصراعات والكوارث، فمن المبادئ المهمة للتأهيل الفعال لمصاب بإصابة أعصاب طرفية هو دعم المريض بالمعرفة والتمرينات للاستمرار في التأهيل بشكل مستقل، بعد تخريجه من المستشفى.

أهداف العلاج

- الحفاظ على مدى حركي فعال ومدى حركي منفعل للأنسجة الرخوة المتأثرة والمحيطية (الناهضة والمناهضة) والمفاصل
- تجنب الحركات أو الأوضاع التي قد تمثل إطلالة زائدة وشد للعصب المتأثر
- تقليل ألم الاعتلال العصبي
- تقليل الحركات التعويضية وغير العادية، والسماح بالحركة الرئيسية
- تقليل ندوب الأنسجة الداخلية
- استعادة الوظيفة الحسية والحركية
- من الضروري تقديم المشورة والتعليم المناسب لكل من المريض ومقدم الرعاية
- تجنب المضاعفات الثانوية

العلاج

- تحريك المنطقة المتأثرة (4-6 مرات في اليوم) بحركات فاعلة ومنفصلة ، مع استخدام المسكنات المناسبة لتقليل خطر التققع. تجنب ذلك إذا كانت هناك موانع استعمال مرتبطة بالإصابة، مثل جراحة تعويضية حديثة أو كسر غير مستقر.
- حماية المنطقة المتأثرة عصبيًا بجبيرة أو دعامة أو عصا لتجنب أي ضرر إضافي وتقليل الألم والحفاظ على محاذاة المفصل.
- إيجاد الوضع المناسب للراحة والنوم
- التحريك العصبي - الأعصاب هي أنسجة متحركة، لكن يجب عدم إطلاتها (تمديدها) إلى نقطة تحريض التنميل (الشعور بالخدس). عند تحريك المفصل، فكر في دفع العصب في حركة سلسلة.
- تحميل الوزن - بمجرد استقرار الكسور أو ثباتها أو توقفها عن الحركة، ينبغي بدء تحميل الوزن بأسرع ما يمكن لكل من الذراع والساق، لتنبية التحكم الحركي والمسارات العصبية.
- اشرح للمريض أو مقدم الرعاية كي يتولى بعض عناصر العلاج إذا كان من الممكن تكرارها بأمان ومن دون رقابة (دائمًا افحص أولاً). ينبغي على المرضى تكرار العلاج مرات متعددة كل يوم، من أجل أن يكون فعالاً، وليمكن للمريض الاستمرار عليها بعد تخريجه من المستشفى.
- يجوز استخدام الحث الكهربي أو العلاج الكهربي في علاج إصابة الأعصاب المحيطية ، لكن فقط إذا كان ذلك في نطاق تخصصك، وبعد توفر وحدات معينة مناسبة للعلاج وإمكانية استمرار المريض في هذا العلاج بانتظام، وتحت إشراف. لا ينصح كذلك باستخدام في المرحلة الحادة من التأهيل أثناء الصراعات أو الكوارث.

نصيحة لمقدمي الرعاية

- لا ينبغي تجاهل المنطقة المصابة؛ عليك بتحفيز الطرف أو المنطقة المصابة لكن احرص على تجنب الإفراط في ذلك لأن الإطالة والاستخدام المفرط قد يسببان الألم ومزيد من التلف.
- تذكر أن إصابة الأعصاب المحيطة تشتمل على فقدان محتمل للإحساس، مما ينتج عنه خطر التعرض لحروق وقرح ضغطية، والتي يمكن أن تظهر في غضون ساعات بعد الإصابة الأولية. افحص الجلد بانتظام.
- لا تسحب أو تجذب طرف مصاب، لأن هذا السحب قد يزيد من تلف العصب.
- حافظ على مدى حركي منفعل لتجنب تقلص المفاصل وقصر الأنسجة. من المهم العثور على وضع استقرار مريح للطرف من أجل النوم.
- في حالة تلف عصب الكتف، ادمع الذراع عن قرب، أي على مقربة من الجسم، مع توجيه عناية خاصة للمناطق التي بها تورمات.
- عند استخدام الجبائر، تأكد من سلامتها وصلاحيها للتلبيس والخلع ومناسبتها للبشرة.
- عند الغسيل، تجنب الماء مفرط السخونة وحفف المنطقة الجلدية بعناية بعد ذلك، مع توجيه عناية إضافية لطيات الجلدية بين أصابع اليدين والقدمين.
- درجة الحرارة والعناية بالجلد عمومًا: ينبغي على الشخص أن يرتدي دوماً حذاءً ويتجنب الحرارة والبرودة (مثل مكعبات الثلج) في المناطق عديمة الإحساس ومنخفضة الإحساس.
- احذر من الغدوش الصغيرة التي قد لا يتم الشعور بها أو ملاحظتها، مثل الغدوش من الحيوانات الأليفة والأشواك، والتي قد تتطور إلى جروح أكبر وحدوث عدوى في حال عدم ملاحظتها وتنظيفها وحمايتها سريعًا.

دور التجبير وأهميته

من المهم استخدام التجبير لعلاج إصابة عصب محيطي، لكن ذلك قد يمثل تحديًا في بعض الحالات. تسفر كل الإصابات في الأعصاب المحيطة عن فقدان محتمل للحركة ويؤدي ذلك إلى عدم توازن في العضلات تالي لذلك، مما ينشأ عنه احتمال زيادة فقدان الوظيفة كنتيجة لانقباض الأنسجة المحيطة. من بين أهداف التجبير حماية الأنسجة المصابة وتعزيز بيئة الالتئام ومنع تكون التقيح أو تقليله وتعويض الوظيفة الحركية المفقودة وتسهيل الأنشطة اليومية الوظيفية أو تحسينها.

يتطلب الأمر من أجل وصف جهاز تقويم مخصص وصنعه وتركيبه ما يلي:

1. فهم قوي للمبادئ الميكانيكية الأساسية لإجراء التجبير
2. العلم بالخصائص الميكانيكية لمواد التجبير
3. امتلاك المعرفة بالتشريح العميق والظاهري
4. معرفة تأثير قوى الضغط والشد والقص على الأنسجة
5. فهم عميق للفيزيولوجيا المرضية وأدوات التشخيص وعلاج إصابات الاعصاب المحيطة

ينبغي على الأطباء الذين يستخدمون الجبائر المحاولة الجاهدة لممارسة نهج التأهيل في «حده الأدنى»، مع تأكيد على البساطة ومعقولة التكلفة والمرونة والاستدامة فيما يخص فعالية الجبائر. تزيد هذه الطريقة من الممارسة من رضا المريض وامتثاله للعلاج. يمكن استعمال التجبير في العديد من المواقف: عند التثبيت الخارجي أو الشد بعد الجراحة الرئيسية وأثناء انتظار خياطة العصب أو التئامه أو النقاها بعد العلاج وكإجراء تعويضي لإصابة دائمة.

قد يطلب منك توفير التعبير في كلتا مرحلتي التعافي: إصلاح الإصابات الحادة والحماية، وفي منع الوظيفة أو إيقافها المستديم أو المساعدة فيها.

ينبغي أن تتسم جبائر مرحلة إصلاح الإصابات الحادة والحماية بالبساطة.

في المرحلة الحادة، ينبغي إيقاف حركة العصب المتضرر بشدة بمواد سهل توفرها، مثل:

- جبيرة جيسية جيدة التثبيت لمنع تدلي المعصم في حالات شلل العصب القشري
- تعليق الذراع في حالة إصابة الضفيرة العديدة لتجنب الخلع الجزئي
- استخدام جبائر أصابع صغيرة من الألومنيوم لمنع التشوه المخلبي للأصابع في إصابات العصب الزندي
- شريط لاصق للإمساك بالإبهام في وضعية المقاربة أثناء الليل في إصابات العصب المتوسط
- جبائر ليلية للإمساك بالقدم في زاوية قائمة في إصابات العصب الشظوي الجانبي والوركي



ملاحظة

ملاحظة: في ظروف معينة، تتوفر جبائر المعصم مسبقة الصنع أو أجهزة تقويم الكاحل والقدم، مثل:

- جبيرة المعصم الراحية الجيسية
- جهاز تقويم اليد مسبق الصنع
- لوح القدم الخلفي الجيسي أو جهاز تقويم الكاحل والقدم مسبق الصنع

جبيرة لمنع التفتع والمساعدة في أداء الوظيفة

إذا كانت الحالة متأخرة، يجب استخدام جهاز تقويم أو تعليقة مقيدة للكتف ما أمكن، ويجب إحالة المرضى إلى مركز موجود لتقييم حالة المرضى وتزويدهم بجهاز تقويم مخصص ومتابعته. ينبغي أن يكون جهاز التقويم مريحاً ومصنعاً من مواد خفيفة الوزن وسهل التلبس والخلع، وموضوع بشكل جميل ومناسب للاستخدام مع الاستمرار في الأداء الوظيفي وتطبيق المبدأ التوجيهي «القليل كثير».

تركيب جهاز تقويم الكاحل والقدم



صورة 3: مثال على جبيرة في وضع معصم محايد، والتبعيد الشبكي الأول لمنع التفتع

على الرغم من إمكانية صنع الأجهزة التوقويمية لإصابات الأعصاب المحيطة باستخدام أي مواد متاحة، فإن العملية تستهلك وقتاً كبيراً وقد تكون النتائج ضعيفة. في حالة وجود مركز تأهيل بالمنطقة، فينبغي تصنيع جبائر ديناميكية وثابتة هناك.

كيفية العناية بالجيرة

من الممكن أن تساعد المعلومات أدناه في مناصرة المريض وجيرته، غير أنه يجب أن يكون تعريف المريض بالمبادئ أدناه جزءًا من العلاج.

الفحص: عند فك الجيرة، تأكد من عدم وجود أي علامات حمراء. في حالة تلاشي العلامات في خلال نصف ساعة، فلا قلق، لكن إذا استمرت فإن الجيرة ستحتاج إلى التعديل. إذا كانت اليد متصلبة بعد فك الجيرة، فيجب تمرين كل مفصل لدقائق قليلة. من المفيد أيضًا وضع اليد في ماء ساخن.

الغسيل: في حال كانت الجيرة مصنوعة من مواد حساسة للحرارة، فلا تضعها في ماء ساخن أو تتركها بالقرب من مصادر حرارية، مثل مُشع حراري أو حافة نافذة مشمسة، لأن ذلك سيغير شكلها. من المهم تنظيف الجيرة باستخدام ماء بارد أو فاتر مع سائل غسيل أو صابون خفيف.

التعديل: إذا ظهرت مشكلات في جيرة لم تصنعها بنفسك، فلا تحاول حلها استبدالها أو تعديلها. اتصل بالطبيب المعالج أو المركز الذي سلمك الجيرة. فيما يخص الأطفال والمراهقين، يجب مواءمة جهاز التقويم ليناسب نمو المرضى، وتتبع متابعة الأطفال كل ثلاثة أشهر.

عليك عند تلقي مريض لجيرة أو جهاز تقويم توجيهه فيما يخص جدول ارتداء الجيرة (أي مدة الارتداء وطريقتها). يرتبط ذلك بشدة الإصابة العصبية وخصوصًا في النشاط العضلي. على الرغم من أن هدف الجيرة هو دعم الأداء الوظيفي، فإن الأطباء يحتاجون إلى معرفة أنه في غالب الأحيان لا يفيد التجبير في التحريك الفاعل للجزء المصاب.

فيديو تعليمي لتطبيق جيرة معصم جيسية:

<https://icrc.aeducation.org/videos/foot-and-anklefractures-and-sprains-lower-leg-backslab-splint.html>

فيديو تعليمي لشريحة خلفية جيسية لأسفل الساق:

<https://icrc.aeducation.org/videos/metacarpal-and-phalanx-thumb-spica.html>

نتائج العلاج التأهيلي

من الصعب التنبؤ بمدى التعافي بعد إصابة الأعصاب المحيطية. خصوصًا في الأيام الـ 7-10 الأولى قد يكون من الصعب معرفة مستوى الضرر الدقيق للعصب، مما يجعل من المستحيل إعطاء جدول زمني دقيق للتعافي أو عدم التعافي. يوفر الجدول في قسم التصنيف توجيهات أساسية بشأن احتمالية تعافي العصب في ظروف مثالية. لا يأخذ ذلك في الاعتبار العوامل الأخرى التي قد تقلل احتمالية التعافي من إصابة محيطية. ينبغي أخذ هذه العوامل في الاعتبار عند تقييم مريضك وتقديم المشورة له. غالبًا ما تتشابه العوامل التي يمكن أن تقيد إمكانية تعافي العصب أو تبطله مع العوامل الصحية الأخرى التي تؤثر على التام الأنسجة، وهنا نخض بالذكر مرض السكري والأمراض الوعائية وكبر السن وانخفاض المناعة وضعف التغذية والتدخين. إضافة إلى هذه العوامل، يتأثر التعافي التالي لإصابة أعصاب محيطية بالتأخر في العلاج وضعف فهم المريض للإصابة وضعف الالتزام بخطة تأهيل مستمرة أو عدم إمكانية الوصول إلى مثل هذه الخطة. لتوفير أفضل فرصة ممكنة للتعافي، يجب التعرف المبكر على إصابة الأعصاب المحيطية (أول 7-10 أيام) وإذا أمكن وضع خطة لإعادة التقييم كل ستة أسابيع لضمان التعرف المبكر على الإصابة، والإعلام المبكر للمريض والمراقبة المستمرة للتقدم أو المضاعفات.

دراسة حالة: طرف سفلي

الخلفية

أصيب أحمد، البالغ من العمر 22 عامًا برصاصة متفجرة من بندقيّة قنّاص في طرفه السفلي الأيمن من مسافة حوالي 200 متر. يعاني أحمد من جرح مفتوح مع إزاحة وتفتت بالظنوب الداعم الأوسط وكسر بالشظية، ولا توجد معلومات عن إصابات محتملة بالأعصاب أو الأوعية. جاء أحمد إلى قسم الطوارئ وقد تم التثبيت المؤقت للحركة والعناية بالجرح الرئيسي. كانت الخطة الطبية الأولية للحفاظ على حالة تقييد الحركة حتى إنضار الجرح جراحيًا وتطبيق مثبت خارجي إذا أمكن.

تقييم التأهيل

التقييم الشخصي: أحمد متزوج وأب لثلاثة أطفال، وزوجته حامل حاليًا في سبعة أشهر. وصل إلى المستشفى دون رفقة من أي فرد من أفراد العائلة أو الأصدقاء. فقد أحمد عمله كمقدم إسعافات أولية منذ أربعة أشهر ولديه فرصة الآن لبدء وظيفة بدوام جزئي كمساعد صحي في خلال أسبوعين. يعيش أحمد مع عائلته والوالدي زوجته كبار السن ويعتمد الجميع في معيشتهم عليه جزئيًا. يسكن في شقة بالدور الرابع لمنى بسيط (يشارك في مكان استحمام في الدور الأرضي، ستائر بلاستيكية على النوافذ، لا درابزين سلام). يساعد أحمد أخو زوجته في زراعة قطعة أرض صغيرة، تزرع فيها العائلة الخضروات كوسيلة للعون في موقفهم المالي الصعب.

التقييم الموضوعي في غرفة الطوارئ: يرقد أحمد في سريره دون وسيلة متاحة للمساعدة في الحركة، وهو واعى ومنتبه ويستجيب للتقييم. لوحظ وجود جرح مفتوح في ظهر الساق اليمنى. كما لوحظ أيضًا تورم (أصابع القدم وظهر القدم والكعب ومنطقة الجلد المحيطة بالجرح) وشحوب لون جلد أصابع القدم. هناك شعور بدرجة حرارة منخفضة في أصابع القدم وظهر القدم، مقارنة بالجانب الآخر.

الإحساس: فقدان الحس باللمس الخفيف لأخصص القدم والجزء الجانبي من القدم، وانخفاض الإحساس على الجزء العلوي من القدم.

الشيء الفاعل لأصابع القدم: M0، التمديد الفاعل لأصابع القدم: M2، لا يمكن إجراء اختبار على العضلات القابضة الظهرانية للكاحل والعضلات القابضة الأخمصية بسبب توقف الحركة الناتج عن الكسر.

اختبار PROM لأصابع القدم: اكتمل لكن مع ألم. لا يمكن اختبار المدى الحركي للكاحل والركبة بسبب توقف الحركة الناتج عن الكسر.

اختبار VAS على الموقع المصاب: 7/10

احتمال الإصابة الوعائية، يتطلب الأمر المزيد من الاستقصاء بمجرد الاستقرار

التقييم الموضوعي بعد 24 ساعة، بعد الجراحة مع إنضار الجرح وتطبيق العضلة القابضة الخارجية الشظوية: يرقد أحمد في السرير، بلا أدوات مساعدة في الحركة متاحة. يتمتع بالوعي ومنتبه ويستجيب للتقييم. لوحظ زيادة التورم على طول الساق السفلية اليمنى وشحوب لون جلد أصابع القدم (لا تغيير بعد 24 ساعة)

الإحساس: فقدان الحس باللمس الخفيف لأخصص القدم، وإحساس قوي بدبابيس وإبر على الجزء الجانبي من القدم

الشيء الفاعل لأصابع القدم: M0، التمديد الفاعل لأصابع القدم: M2، العضلات القابضة الظهرانية للكاحل: M2، العضلات القابضة الأخمصية للكاحل: M0، انقلاب القدم: M0، انقلاب القدم M2

نضات دعسية وأطراف سفلية ثنائية طبيعية شعيرية.

- اختبار PROM لأصابع القدم: نطاق كامل لكن مع ألم، اختبار PROM للكاحل واقدام: نطاق حركة كامل
- اختبار VAS على الموقع المصاب: 5/10
- علامة حمراء: الإصابة الوعائية مستبعدة بعد التقييم الجرحي

الانطباع الإكلينيكي

مرضى بعمر 22 عامًا يعانون من كسر تفتيتي في ظنوب/شظية الجانب الأيمن، تم علاجه بمثبت خارجي. اشتباه في إصابة جزئية بعصب الظنوب وإصابة محتملة شظوية جزئية، مع شدة إصابة العصب الظنوبي. (لا اشتباه في إصابة عصبية كاملة بسبب وجود المظاهر بعض الإحساس). تلف عصبي أسفر عن غياب القدرة على رفع الكعب والدفع عند السير. غياب الثني الأحمصي وانقلاب يؤثر على استقرار الكاحل، أسفر عن استئثار خطر وجود إصابة أخرى بالنسيج الرخو. حركة الكاحل مسموحة في ظل وضع مثبت خارجي. ستساعد الزوجة ومقدم الرعاية في تسهيل العلاج ومتابعة الرعاية بالمنزل.



صورة 4: مريض بتثبيت خارجي لظنوب/شظية الجانب الأيمن: الكاحل الأيمن متورم والمرضى غير قادر على الثني الأحمصي لأصابع القدم اليمنى

أهداف العلاج

* لا تستخدم التنبيه الكهربائي في وجود كسر غير معالج أو أعمال معدنية

- أعلم المريض بالآثار المترتبة على فقدان الإحساس بالقدم
- ابدأ في تطبيع فرط الحس (النخز) على الجزء الجانبي من القدم وأصابع القدم (قد يمتد ذلك إلى الأسابيع الثمانية التالية)
- امنع تقييد المدى الحركي لكل من الكاحل وأصابع القدم، وتجنب ضعف عضلة الساق (على الفور)
- قلل الألم وتعامل مع الألم بالصورة المناسبة
- تمتع بإمكانية السير على عكازين مرفقين في الداخل والخارج مع تحميل الوزن (بحسب التعليمات) لمسافة 300 متر على الأقل في خلال سبعة أيام
- لصر المريض إلى المنزل بأمان
- كن قادرًا على صعود السلم ونزوله بمساعدة عكازين مرفقين يوميًا من أجل صرف المريض إلى المنزل بأمان

الأهداف طويلة الأجل (في خلال ستة أشهر)

- استعادة التحسن الملحوظ إلى الطاقة الكاملة فيما يخص الثني الأحمصي والانقلاب وثني أصابع القدم، زائد الإحساس الطبيعي
- العودة إلى السير المستقل دون مساعدة
- الرجوع إلى العمل كمساعد صحي
- القدرة على رعاية الطفل الجديد ومساعدة أخو الزوجة في توفير الطعام وتولي الواجبات العائلية
- إعادة تقييم الإصابة بتحديد شدة إصابة العصب، أي تعذر الأداء العصبي أو تهتك العصب

نهج العلاج

- طرق إزالة الحساسية وإعادة التأهيل الحسي باستخدام مواد مختلفة
- تعديل الحذاء (البطانة أو الفوم) لارتدائه على القدم المصابة
- تمارين المدى الحركي الفاعل والمنفعل، بما في ذلك تمارين التقوية للعضلة الأليوية وعضلات البطن ، مثل « تمرين الجسر »
- تدريبات النقل وتدريبات المشية الآمامية الآمنة التي تؤكد على نمط سير كاحل-أصابع قدم وإعادة التدريب على أسطح مختلفة، مثل الحصى غير المتساوي والعشب وسلام التدريب
- تمارين القدم الداخلية، مثل التقاط منديل بأصابع القدم

التعليم

- شرح وقت التعافي من تعذر الأداء العصبي أو انتهاك المحوار: إمكانية تعافي جيدة لكن لا يمكن ضمان نسبة 100%. ستعطي إعادة تقييم الأعراض بعد ثمانية أسابيع صورة أفضل للنتيجة النهائية ودرجة الإصابة
- تموضع القدم أثناء الرقود (لا تماس للكعب، استخدام وسادة) ووضع الجلوس (كاحل بزاوية 90 درجة) مع قدم على الأرض وحذاء مبطن
- أهمية ملامسة القدم للأرض أثناء السير، احترام النصائح الطبية فيما يخص تحمل الوزن
- الفحص المنتظم لجلد القدم في الجزئين العلوي والأخمي، مع توجيه اهتمام خاص بالكعب
- اغسل القدم في ماء فاتر، يوميًا مع التجفيف الجيد الحفاظ على جفاف مواقع المسامير جافة ونظيفة، ومراقبة علامات العدوى (الحرارة، التورم، الاحمرار، الألم)
- استمر لثلاث مرات يوميًا في تمارين المدى الحركي الفاعلة والمنفصلة والتحريك العصبي، بحسب التعليمات

النتيجة



صورة 5: مريض يكمل تمرينات التقوية في ظل وجود المثبت الخارجي في موضعه

عند الخروج من المستشفى (بعد سبعة أيام بالمستشفى)، يتمتع أحمد بحركة كاحل نشطة جيدة (M3+) لكن يحتاج إلى تحسين الثني الأخمصي النشط (M1+) حيث تم تزويده ببرنامج خاص به لتنفيذه بالمنزل. كما أنه يتبع التعليمات بشأن تمرينات المدى الحركي المنفصلة اليومية للحفاظ على حركة الكاحل وأصابع القدم بمساعدة زوجته، التي تم تدريبها على ذلك. يتحرك أحمد بصورة مستقلة على عكازين، لكن من وقت لآخر يسير على قدميه دون عكاز، حيث تم تحذيره من هذه العادة السيئة. يعلم أحمد بانخفاض إحساس أخمص قدمه، ومن ثم فهو عرضة للإصابة، وخصوصًا عند ذهابه إلى الحقل مع أخو زوجته. وقد أبلغ أن تحسن الإحساس أو عودته إلى الصورة الطبيعية ونشاط العضلة قد يستغرق مدة طويلة، وتم تشجيعه على الاستمرار في الالتزام بالنصائح والبرنامج المنزلي. يستطيع الآن صعود السلالم باستقلال وأمان، وهو ما يسمح له الوصول المستقل إلى مكان الاستحمام والخروج من المنزل (انظر الصور)

دراسة حالة: الطرف العلوي

الخلفية

منذ عشرة أيام، تعرض محمود البالغ من العمر ستة وعشرين عامًا لجرح نافذ في ظهر ذراعه الأيمن كنتيجة لسقوط جزء من سقف معدني عليه أثناء رياح الإعصار العاصفة التي ضربت جزيرته. كان بإمكانه الوصول إلى علاج طبي أولي في المستشفى المركزي، وفيه تم تنظيف الجرح وتركيب مثبت خارجي لتثبيت كسر متعدد الشظايا في العظمة العضدية الوسطى. كنتيجة للاستقرار الطبي لحالته بصورة أو بأخرى، فقد صُرف من المستشفى وطلب منه الحضور للتأهيل كمريض إعادة خارجية في الأسبوع التالي لتقييم الجرح والتأهيل.

تقييم التأهيل

التقييم الشخصي: التقييم الشخصي هنا صعب لأن محمود يعاني من ألم حاد وحزن بسبب عدم قدرته على إيجاد مأوى لزوجته وطفليه منذ الإعصار. و يعيش حاليًا في مأوى مؤقت أعدته منظمة غير حكومية عالمية ويحضر إلى العيادة وحده. قبل الإعصار كان يرعى عائلته الصغيرة يعمل على سيارة أجرة في منطقتة. يستعمل محمود اليد اليسرى، ولا يعاني من تاريخ مرضي سابق أو مشكلات بالحركة. أبلغ محمود عن ألم حاد (VAS 10/10) بطول ظهر ذراعه، يصاحب ذلك تنميل في الجزء العلوي من اليد حول منطقة الإبهام. الألم شديد وعلى وجه الخصوص ليلاً ويواجه صعوبة في النوم. منذ إصابته، عانى صعوبة في تحريك ذراعه الأيمن لكنه أبلغ عن أنه أصبح أقل قدرة على مد معصمه وأصابه منذ الجراحة. على الرغم من صعوبة ذلك أبلغ محمود أنه كان يستخدم يده اليسرى فقط لقلقه من الأعراض ويعتقد بحدوث شيء سيء لذراعه الأيمن.

التقييم الموضوعي: يجلس المريض وقد دعم ذراعه الأيمن بذراعه الأيسر عبر جسده (وضعية حمانية). وُضع مثبت خارجي على عظم العضد الأيمن في مواقع مسامية نظيفة والجرح ملتئم دون دليل على العدوى. يوجد تورم بسيط في اليد اليمنى لكن درجة الحرارة ولون الجلد طبيعيين على طول الذراع الأيمن.

الإحساس: فقدان كلي للإحساس في الإبهام الأيمن العلوي. كل المناطق الأخرى تستشعر جيدًا، لكن فرط التألم موجود عند الحركة النشطة؛ حركة كاملة للرقبة وطرف علوي أيسر غير متأثر. حركة الكتف الأيمن مقيدة بسبب التيبس والألم لكن الوظيفة الحركية سليمة. مد المرفق وبسط الساعد ومد المعصم والذراع والإبهام: M0. كل العضلات الأخرى بطول الطرف العلوي الأيمن: M4 مقيدة بسبب الألم.

الحركة السليمة: خشونة في نطاق حركة المرفق والمعصم والأصابع والإبهام

الوظيفة: غير قادر على إمساك أي شيء باليد اليمنى والضغط عليه

الانطباع الإكلينيكي

مريض بعمر 26 عامًا بيد اليمنى مسيطرة يعاني من كسر شظوي مفتوح بعظمة العضد الوسطى عولج بمثبت خارجي. اشتباه في إصابة بالعصب الكعبري يُحتمل أن يكون قد تعرض لها وقت الإصابة الأولية أو بعد ذلك. اشتباه في هتك العصب بسبب موقع الإصابة وآليتها، والتنميل الكلي وفقدان الحركة في توزيعات العصب الكعبري. تُجد مستويات الألم لديه من خيارات التأهيل الحالية مع وجود احتمال مستمر لتأثير كبير على الوظيفة والصحة العقلية. يُجد غياب التمديد النشط للمعصم والأصابع والإبهام من القدرة على إمساك اليد بالأشياء، على الرغم من القدرة على ثني الأصابع. خطر كبير يتعلق بتقفع المفصل الثانوي وخلل الاستجابة وانخفاض الوظيفة على المدى الطويل.



صورة 6: مريض مهتبت خارجي على العضد الأيمن

أهداف العلاج

المدى القصير: تقليل الألم والإدارة المناسبة للألم للمساعدة على النوم وتحسين القدرة على التقييم الدقيق للمريض وتحسين قدرة المريض على اتباع خطة علاج. تحسين فهم المريض لوظيفة العصب المحيط ولماذا المعاناة من الأعراض الحالية من أجل تحسين الثقة والسماح له بالمشاركة في التأهيل دون خوف من ضرر إضافي. أعلم المريض بالعواقب على السلامة المرتبطة بفقدان الإحساس في ظهر اليد. استعد المدى الحركي المنفعل الكامل في جميع المفاصل بالذراع الأيمن. زود المريض بجبيرة لتحسين موضع المعصم والسماح بوظيفة المسك. شجع المريض على استخدام اليد/الذراع الأيمن دون خوف من الضرر. نظم إعادة تقييم في الأسابيع الستة التالية لمراجعة أي دليل على تعافي العصب الكعبري

المدى الطويل: عالج ألم العصب أو تعامل معه بشكل فعال في حالة استمرار هذا الألم. امنع تقفع الثني عند المرفق والعصب والأصابع والإبهام للحفاظ على الوظائف وتحسين النتيجة إذا كانت الجراحة الثانوية متاحة خلال العامين التاليين، عند الاشتباه في وجود تهتك بالعصب. استخدم جبيرة للمساعدة في الوظيفة.

نهج العلاج

- انصح المريض بشأن الوضع المريح بدعم الذراع ورفع اليد لتقليل احتمال التورم. لن يتحمل المريض هذا الوضع المحمي لمدة طويلة، فهناك خطر من الإصابة بتقفع الثني.
- انصح المريض بتناول أدوية آلام الأعصاب الموصوفة، لتحسين القدرة على النوم وإدارة التأهيل واستخدام اليد والذراع
- البدء في استخدام تقنيات إزالة الحساسية بمجرد بدء تناول أدوية آلام العصب
- استخدام جبيرة تمديد للمعصم مع التوصية بإزالتها بانتظام لتجنب فقدان نطاق حركة الثني للمعصم وقدرته. أعلم المريض بالمسكات الوظيفية أثناء استخدام الجبيرة وشجعه على استخدام الذراع الأيمن
- تمارين المدى الحركي الفاعلة والمنفصلة لعلاج التيبس الأولي، ومنع التقفع وبناء قوة العضلات غير المتأثرة. تواصل مع الفريق الطبي لإرسال أي دليل على إصابة العصب الكعبري.
- ضع خططاً للجدول الزمني لإزالة المثبت الخارجي

التعليم:

شرح إصابة العصب الكعبري وألم العصب للمريض لا يعلم إلا بالكسر. من المهم إعادة التقييم في خلال 6-8 أسابيع لتحديد تعذر الأداء العصبي أو تهتك العصب، لكن ينبغي على المريض إدراك أن فرص الإصابة على المدى الطويل مرتفعة. من المهم للغاية تناول أدوية لآلام الأعصاب لإدارة النوم والقدرة على الالتزام بالتأهيل. قد لا يعمل الدواء على الفور لكن تأثيراته ستتراكم بمرور الوقت.

استعادة الحركة المنفصلة وتجنب تقفع الثني عند المرفق والمعصم والأصابع والإبهام. سيفيد الحفاظ على المدى الحركي الكامل والقوة العضلية للعضلات غير المتأثرة في عدم حدوث ضرر. استخدام جبيرة معصم للمساعدة في الوظيفة ومنع التقفع. تقديم النصح بشأن الإزالة المنتظمة للجبيرة لمراقبة أي مناطق ضغط (خصوصًا عند القاعدة فاقدة الحس للإبهام) والسماح بثني المعصم النشط الكامل. الاستمرار في التدريبات ثلاث مرات على الأقل.

النتيجة

بعد جلسة التأهيل، تفهم محمود قسمي إصابته وتعرف على الكسر العضدي وإصابة العصب الكعبري. وادرك ألم العصب الذي يعانيه وأصبح لديه خطة بالاشتراك مع الفريق الطبي لتوفير أدوية آلام أعصاب معينة. سيعمل محمود على المدى الحركي بنفسه، والآن لم يعد يشعر بالقلق بشأن التسبب في تلف أكبر ويريد منع أي مضاعفات أخرى. يمكنه وضع جبيرة معصمه بنفسه وهو قادر الآن على قبض يده والإمساك بالأشياء. هو يدرك أنه يحتاج إلى العودة إلى العيادة لتقييم آخر ليراقب علامات التعافي على العصب، لكنه على علم بوجود فرصة كبيرة لأن يصبح غير قادر على مد مرفقه ومعصمه وأصابعه وإبهامه بنشاط على المدى الطويل.

النقاط الأساسية

- غالبًا لا تتوفر الفحوصات اللازمة لتشخيص شدة الإصابة العصبية الطرفية أو نوعها في ظروف الصراعات والكوارث، ويجب بدء تعليم المريض وعلاجه على الفور في جميع الإصابات العصبية للحفاظ على أداء العصب لوظيفته. سَظهر إعادة التقييم بعد ستة أشهر تحسُّنًا في حالات تعذر الأداء العصبي، وإلا فإن التنام العصب وتجديده يكون بطيئًا (بعد أقصى 2 مم) في الوقت الذي تتطلب فيه التمزقات ترميمًا جراحيًا.
- قد لا يتم التعرف على إصابات الأعصاب المحيطية في حالة الرضوح المتعددة، و باعتبارك المسؤول عن التأهيل قد تكون أول من يقيم وجود حالة إصابة أطراف عصبية ويعالجها.
- ينبغي أن يشتمل علاج إصابة الأعصاب المحيطية على معلومات تعليمية تعطى لمقدم الرعاية والمريض بشأن المخاطر المحتملة الناشئة عن إعاقته القدرات وخصوصًا الإحساس.

قراءات إضافية موصى بها

تتوفر معلومات إضافية مرتبطة بمتلازمة الألم المحلي المركب (CRPS) على:

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/complex-regional-pain-syndrome/symptoms-causes/syc-20371151>

المراجع الأساسية

British Orthopaedic Association Standards for Trauma and Orthopaedics

(BOAST) (يشمل تشخيص متلازمة الحيز للطرف وإدراجها) متوفر في:

<https://www.boa.ac.uk/standards-guidance/boasts.html>

Fundamental of hand therapy: Clinical reasoning and treatment guidelines for common diagnoses of the upper extremity (الطبعة الثانية)

Cooper, C. 2014 St. Louis, MO: Mosby

Peripheral Nerve Injury. An Anatomical and Physiological Approach for Physical Therapy Intervention

Stephen J Carp, 2015. F.A. Davis Company

(الطبعة السابعة) *Occupational therapy for physical dysfunction*

Radomski, M. V. and Trombly Latham, C. A., 2014. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins

War surgery. Working with limited resources in armed conflicts and other situation of violence

Giannou G., Baldan M., Molde A. Vol. 2

الفصل 6

الفصل 6: التأهيل المبكر للمصابين بالبتز

الأهداف:

بإنهاء هذا الفصل، ستكون قادرًا على:

- فهم واستيعاب المقصود بالبتز
- إجراء تقييم لمريض مصاب بالبتز (مرحلة ما قبل البتز وما بعد البتز)
- فهم المضاعفات المصاحبة لعمليات البتز
- توفير إعادة التأهيل المبكر لمريض مصاب بالبتز



الفصل 6:

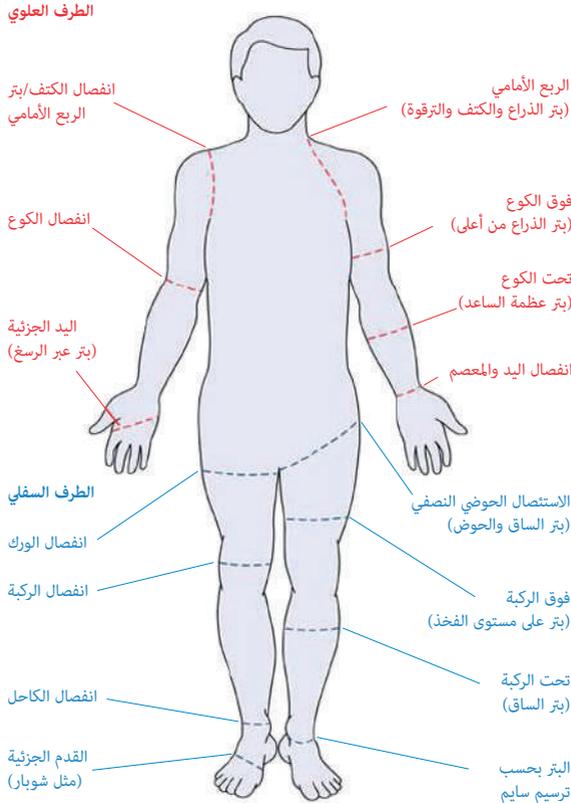
التأهيل المبكر للمصابين بالبت

مقدمة

في الكوارث والنزاعات المسلحة، يحدث عادة بتر الأطراف بسبب التعرض لصدّات ناجمة عن هذه النزاعات (كالإصابات الناجمة عن المعارك باستخدام الأسلحة) أو الكوارث (الإصابات الناجمة عن الارتطامات). يتوقف اللجوء إلى قرار البتر، كحل نهائي يبدل عن محاولة إنقاذ الطرف المصاب، على بعض العوامل المتعلقة بحالة كل شخص (أي: حالة الأوعية الدموية، والأعصاب، والأنسجة الرخوة وحالة العظام في الطرف المصاب لدى الشخص، ومستوى صحته العامة، ونحو ذلك من العوامل) وعوامل أخرى متعلقة بالبيئة (تنوع المنشأة الطبية، وأو مستوى الرعاية اللاحقة للعمليات الجراحية واللاحقة لعملية التأهيل، وأو مدى توفر الوصول إلى أطراف اصطناعية وأو خدمات الكراسي المتحركة، ونحو ذلك). من المؤشرات العامة التي تدل على ضرورة اللجوء إلى قرار بتر الأطراف حدوث تلف شديد في الأنسجة وإصابات حادة في الأوعية الدموية (في حالة عدم قدرة الجسم على إعادة بناء الأوعية الدموية) وحالات العدوى الكاسحة. وجدير بالذكر أن الأمراض غير المعدية، بما فيها مرض السكري، تمثل مشكلة في النزاعات المسلحة وعند الكوارث كما تمثل مشكلة في المواقف الأخرى؛ وتساهم بشكل مباشر ومستمر في الاضطرار إلى إجراء عمليات البتر.

يتم تحديد درجة بتر الأطراف - سواء الأطراف السفلى أو العليا - حسب المستوى الذي تحدث عنده.

الشكل 1: بتر الأطراف السفلية والعليا



فيما يلي بعض العوامل التي ينبغي وضعها في الاعتبار عند اختيار مستوى البتر:

- إمكانية التئام وتعافي الجِدعة (نهاية الطرف المتبقي بعد البتر)
- الحالة الصحية العامة للمصاب
- درجة خطورة إجراء عمليات جراحية إضافية
- مدى ملاءمة تركيب طرف اصطناعي (إذا كان المصاب مرشحاً على الأرجح لتأهيل مستخدمي الأطراف الاصطناعية)
- النتائج الوظيفية الممكنة
- طول الأنسجة والعظام القابلة للتجدد والنمو
- عمر الشخص المصاب

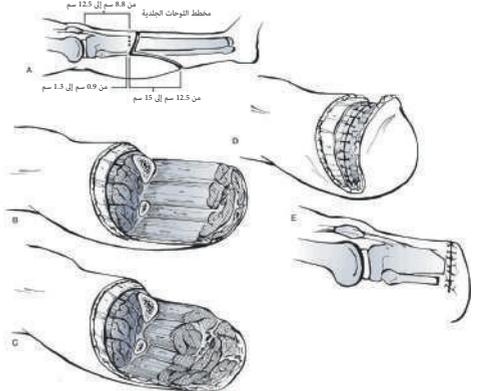
لتحقيق الاستخدام الأمثل للطرف الاصطناعي، من المهم أن تكون الجِدعة (نهاية الطرف المتبقي بعد البتر):

- متينة وقوية، ومبطنة جيداً بأنسجة عضلية رخوة وفيرة حتى يتسنى توزيع إجهادات القص ليتحمل الجسم وزن الشخص بالتساوي
- متوازنة عضلياً، بحيث تتصدى مجموعات العضلات الناهضة والمضادة بعضها لبعض لمنع حدوث أي اعوجاج للمفصل أو تشوهه
- لا تتأثر بأي تشوه أو تقلص
- خالية من الألم

في أوقات النزاع المسلح والكوارث، يكون معدل حالات بتر الأطراف السفلية أعلى عادةً من معدل حالات بتر الأطراف العليا. في حالات بتر الأطراف السفلية، يعد بتر الساق هو الأكثر شيوعاً، ثم يليه البتر على مستوى الفخذ. أما في حالات بتر الأطراف العلوية، فيعد بتر عظمة الساعد هو الأكثر شيوعاً، ثم يليه بتر عظمة العضد. وعموماً، يجب أن يحدث البتر من أذن مستوى ممكن من الأنسجة القابلة للتجدد والنمو. في حالات بتر طرف من الأطراف السفلية، سيكون هناك فقدان أكبر للأداء الوظيفي الذي كان الجسم يحصل عليه من كل مفصل تم فقده وكل عضلة تم فقدها خلال البتر واستبدالهما بمكونات أطراف اصطناعية، وستظهر الإعاقة والضعف بدرجة أكبر، وسيزداد استهلاك الجسم للطاقة وللأكسجين الذي لا بد منه للتحرك والتنقل. ورغم أن إبقاء الجدعة (نهاية الطرف المتبقي بعد البتر) بأكبر طول ممكن يعد جيداً وأفضل لطريقة مشي المريض باستخدام الطرف الاصطناعي، إلا أنه لا ينبغي الحرص على إبقاء الطول على حساب التئام وتعافي الجِدعة ذاتها. في حالة الأطفال المصابين، يُفضل إجراء حَزْ مفصل الركبة في عملية البتر على مستوى الفخذ كلما أمكن، لأن ذلك يحافظ على صفيحة النمو في طرف عظمة الفخذ البعيد، مما يسمح بنمو أكبر للعظام النسبية ويمنع فرط النمو العظمي.



الصورة 2: الطرف المتبقي (الجدعة)



الصورة 1: بتر الساق (سدلية طويلة)

في النزاعات والكوارث، يحدث تلوث الجروح بدرجة أكبر بسبب هجوم مجموعة متنوعة من الجسيمات الغريبة والكائنات البيئية الدقيقة على الأنسجة المصابة المتهتكة والضعيفة التي تعد بيئة خصبة لنمو البكتيريا والعدوى. عند الاضطرار إلى البتر، في الغالب ستعتمد التقنية الجراحية الناجحة على اتباع طريقة تعامل مكونة من مراحل: تتضمن الإضرار المتكرر والإغلاق الأولي الآجل (DPC) للجرح، لتقليل حدوث العدوى والإنتان (تلوث الدم). في مثل هذه الحالات، نرى أن الإغلاق الأولي الآجل (DPC) للجرح والإصابات المتزامنة (لأن المرضى الذين يعانون من البتر في كثير من الأحيان يعانون من إصابات أخرى كذلك)، سيكون له تأثير كبير على خطة العلاج والجدول الزمني المقرر لإعادة التأهيل.

في النزاعات المسلحة والكوارث، لا تزال الحاجة ظاهرة إلى عمليات البتر المقصلي من حين لآخر. في عملية البتر المقصلي يتم قطع جميع الأنسجة على نفس المستوى. يتطلب هذا النوع من البتر بترًا مغلقًا - في نهاية الأمر - يتم إجراؤه على مستوى أعلى. تتوقف إدارة حالة الشخص المصاب على توقيت العملية وحالة الجرح. لا ينصح بإجراء البتر المقصلي، لأنه يحتاج إلى مزيد من المراجعة الجراحية لتحقيق إغلاق الجرح، الأمر الذي يتطلب حتمًا تقصير الطرف. من الظروف الاستثنائية التي قد تتطلب الحالة فيها إجراء بتر مقصلي عندما يكون هذا الإجراء لا بد منه لإنقاذ حياة الشخص واستخراجه من تحت الأنقاض (لتمكين استخراجه مثلًا من تحت الأعمدة والهياكل الخرسانية المنهاره).

الرأب العضلي وتقنية رأب العضلة بالعظم

من المهم أن يكون أخصائي التأهيل على علم بالتقنية الجراحية التي استخدمت في إسناد العضلات، لأن ذلك سيؤثر أيضًا على أولويات إعادة التأهيل المبكرة.

الرأب العضلي: تتم خياطة كل من العضلات الناهضة والمناهضة معًا لاستبقاء بعض وظائف العضلات.

تقنية رأب العضلة بالعظم: تتم خياطة واجهة العضلات بالعظم من خلال ثقب الحفر، مما يوفر جعدة مستقرة للغاية. من منظور إعادة التأهيل، تعد تقنية رأب العضلة بالعظم أفضل بكثير لتحسين التحكم والتقليل من الأنسجة اللينة الزائدة في منطقة العضلات المقربة. ورغم أنها إجراء أطول إلا أنها التقنية الجراحية المفضلة.

يعد تأهيل مبتوري الأطراف من جراء الكوارث والنزاعات المسلحة أمرًا غير يسير. حيث سيواجه الاخصائين بعض المشاكل، تشمل قلة الخبرة السريرية، ومحدودية تدخلات أو الدعم الذي يوفره الفريق متعدد التخصصات (MDT)، ونقص المعدات الطبية، وعدم توفر الوصول في كثير من الحالات إلى الخدمات المتخصصة، مثل خدمات الأطراف الاصطناعية. لكن رغم كل ذلك، يمكن لأخصائين العلاج الطبيعي اخصائين العلاج الإشغالي التأثير بشكل كبير على استقلالية المريض (اعتماده على نفسه) وسلامته عند خروجه من المستشفى، وإعداده وتأهيله ليستخدم الطرف الاصطناعي المحتمل تركيبه له.

تأهيل المرضى المصابين بالبت

يركز التأهيل على منع حدوث مضاعفات وتحسين الاستقلال الوظيفي للمريض (اعتماده على نفسه) وتيسير تنقله وتحركه. للمرضى المصابين بالبت، تنقسم عملية التأهيل إلى أربع مراحل:

● مرحلة ما قبل البتر

● مرحلة إعادة التأهيل المبكرة (مقسمة على مراحل ما بعد البتر ومرحلة ما قبل تركيب الطرف الاصطناعي)

● مرحلة تأهيل مستخدمي الأطراف الصناعية

● مرحلة ما بعد التأهيل.

سيركز هذا الفصل على المرحلتين الأوليين. ومع ذلك، سيتم تقديم بعض المعلومات الأساسية في نهاية الفصل الخاص بمرحلة تأهيل مستخدمي الأطراف الصناعية ومرحلة ما بعد التأهيل.

لا شك أن تأهيل المريض بعد عملية البتر يعد مهمة صعبة ومعقدة، ولضمان الحصول على أفضل نتائج، من المهم اتباع ما يلي:

اعتماد أسلوب الرعاية الذي يركز على الشخص نفسه	في عملية التأهيل، يجب أن يكون المرضى ومقدمو الرعاية الصحية على نفس القدر من المشاركة والتفاعل لضمان الحصول على نتائج إيجابية لخدمات التأهيل تناسب احتياجات كل فرد وبيئته وتفضيلاته الشخصية
اعتماد أسلوب الفريق متعدد التخصصات	يجب على أعضاء الفريق مشاركة الأهداف فيما بينهم ونشر ممارسات الرعاية المتداخلة. يشمل الفريق الأساسي المثالي كلاً من الطبيب الجراح وأخصائي العلاج الطبيعي وأخصائي العلاج الإشغالي وأخصائي الصحة النفسية وأخصائي الأطراف الصناعية والمرمضة والمريض نفسه وأسرتة/ مقدم الرعاية الصحية. يمثل عمل الفريق متعدد التخصصات تحدياً في ظل النزاعات المسلحة والكوارث. قد يظهر نقص في التدخلات من جميع الاختصاصين؛ والغالب أن يكون النقص في بعض الاختصاصات، مثل النقص في أخصائيي الصحة النفسية وأخصائيي العلاج الإشغالي. يجب أن يبحث أخصائيي العلاج الطبيعي عن هذا الدعم، حينما أمكن، لكن يجب أن يكونوا على دراية ببعض المهارات الأساسية والاستراتيجيات التي يمكنهم استخدامها في حالة غياب هذه الاختصاصات
اتخاذ القرار الصحيح بشأن استخدام الطرف الصناعي على المدى البعيد، حسب ظروف وحالة كل مصاب	القرار المتعلق باللجوء إلى استعمال الطرف الصناعي وهل هو مناسب للمريض أم لا يجب اتخاذه بتعمول وتربط وفي الوقت الصحيح (دون عجلة)، في ضوء جميع المعلومات المتاحة وبعد موافقة المريض. إذا لم يكن المريض جاهزاً للتدريب على طريقة المشي باستعمال الطرف الصناعي الجديد فور التنام موضع البتر - لأي سبب من الأسباب - فإن مرحلة ما قبل استعمال الطرف الصناعي سوف تستمر حتى يتم اتخاذ قرار نهائي. قد يظهر نقص في توفر الأطراف الصناعية في النزاعات والكوارث خلال الأسابيع والأشهر الأولى من بدء حالة الطوارئ أو لا يتاح الوصول إليها، مع تراكم الحالات التي تنتظر دورها في التركيب (حينما أتيح تركيب الأطراف الصناعية). ينبغي أن تلاحظ أن تقديم الخدمة قد يتغير عقب اندلاع حالة طوارئ، وأن هناك منظمات مثل منظمة الإنسانية والدمج (HI) واللجنة الدولية للصليب الأحمر لديها المهارات اللازمة لتقديم الخدمات السريعة والمتوسعة
تسهيل الإدارة الذاتية والتأكيد على دورها	تثقيف المريض بتعليمات التأهيل ومهارات الإدارة الذاتية لحالته واللازمة لتحقيق أفضل نتائج الأداء الوظيفي على المدى الطويل وتقليل المضاعفات قدر الإمكان. تظهر أهمية هذا الأمر بشكل خاص في أوقات النزاعات المسلحة والكوارث، حيث تقل المدخلات المهنية المتخصصة ويصعب الوصول إليها. كما يجب التركيز على الإدارة الذاتية في أوقات النزاعات المسلحة والكوارث.
ضمان توفير الرعاية الصحية الملائمة للجذعة	تتمثل الوظيفة الرئيسية للجذعة في أن تكون بمثابة رافعة للتحكم الجيد في الطرف الصناعي الجديد. لذا من المهم جداً التأكد من توفير الرعاية المناسبة للجذعة ومنع حدوث أي اعوجاج للمفاصل قد يحول دون استخدام الطرف الصناعي الاستخدام الأمثل
إدارة الاستجابات النفسية والعاطفية	من شأن عملية البتر أن تغير حياة الفرد بشكل جذري وتسبب له تغيراً نفسياً دائماً، فضلاً عن احتمال حدوث حالات اضطراب نفسي وعاطفي. هذا الأثر النفسي لعملية البتر الرضحي يمكن أن يتسبب في ظهور بعض أو كل مراحل الحزن التي قد يمر بها الشخص المصاب، وهي: الإنكار، الغضب، المساومة، الاكتئاب ثم القبول والتسليم

في بعض الأحيان، لن يرى أخصائيي العلاج الطبيعي المشاركون في التأهيل المبكر المرضى الذين يعانون من بتر في الأطراف إلا حين وقت خروجهم من أجنحة حالات الجراحة الحادة، مما يعني أنهم قد لا يشاركون في مراحل إعادة التأهيل اللاحقة لهم. قد تكون متابعة إعادة التأهيل أمراً غير مؤكد. على الرغم من هذه التحديات، يلعب كل من أخصائيي العلاج الطبيعي وأخصائيي العلاج الإشغالي دوراً حيوياً في هذه الأوقات ويمكنهم التأثير بشكل كبير على نتائج المرضى، حتى في حالة عدم توافر وحدة إعادة التأهيل المخصصة أو خدمة تقديم الأطراف الصناعية. من خلال التركيز على مسألة الحركة والتنقل الآمن، وإعداد الجذعة للتمكن من استخدام الطرف الصناعي وتقليل المضاعفات، يمكن أخصائيي العلاج الطبيعي و أخصائيي العلاج الإشغالي التأثير بشكل كبير على استقلالية المريض (اعتماده على نفسه) وسلامته عند خروجه من المستشفى، وإعداده وتأهيله ليستخدم الطرف الصناعي المحتمل تركيبه له. لذلك تم إعداد هذا الفصل لدعم الأخصائيين خلال المراحل المبكرة من عملية إعادة التأهيل، بغض النظر عن النتائج الأخيرة لما يقومون به من تدخلات مع المرضى.

مرحلة ما قبل البتر

من المسلم به الآن، أنه في أوقات النزاع المسلح والكوارث، يمكن تأجيل قرار البتر بعد حدوث إصابة شديدة في الأطراف، حين لا تشكل الإصابة خطرًا مباشرًا يهدد حياة الشخص. قد يفيد تأخير إجراء عملية البتر في تجاوز فترة الطوارئ العصبية التي يمر بها المصاب مما يتيح الفرصة لاتخاذ القرار الصحيح دون عجلة، ومن هنا يتم وضع خطة ملائمة للإجراء الطبي في ضوء الاستفادة من كل المعلومات البيئية والسباقية المتاحة (بما فيها مدى توفر خدمات الأطراف الصناعية وخدمات إعادة التأهيل المحلية) ثم إنهاؤها بقيام المريض وأسرته/مقدم الرعاية بتقديم نموذج الموافقة المستنيرة. يتعين يمكن أخصائيي العلاج الطبيعي وأخصائيي العلاج الإشغالي المشاركة بشكل فعال في مرحلة ما قبل البتر قدر الإمكان. فيما يلي أهداف مرحلة ما قبل البتر:

1. المساهمة في عملية التخطيط الجراحي التي يقوم بها الفريق متعدد التخصصات
2. استكمال إجراء تقييم أساسي وشامل لحالة المريض
3. تجهيز المريض لما يتوقعه له الأطباء ومساعدته في التخفيف عنه من أي قلق بشأن العلاج اللازم بعد العملية الجراحية وإعادة التأهيل طويل المدى
4. مراقبة الحالة النفسية/العاطفية للمريض وإرشاده إلى تلقي الدعم اللازم إن لزم الأمر
5. ضمان الإلمام بالخدمات المتاحة محليًا التي سيحتاجها المريض (أو الأسرة ومقدمو الرعاية) (من أطراف صناعية، أو كراسي متحركة، أو خدمات الدعم النفسي، والرعاية النفسية الاجتماعية، ونحو ذلك)

يؤدي إكمال التقييم الأولي والشامل إلى دعم تحديد الأهداف، ويساعد في التعرف المبكر على العوائق المحتملة لاستخدام الطرف الصناعي مع إلقاء الضوء على مدى استجابة المريض للاضطرابات النفسية الحادة وأساليب التأقلم مع هذه التغيرات المستجدة في حياة المريض. يجب أن يسبق إجراء عملية البتر إجراء آخر مهم وهو التخطيط الجيد لكيفية خروج المريض من المستشفى، قدر الإمكان، للتأكد من وضع حلول لأي عقبات كبيرة قد تواجه المريض وتتعلم بالبيئة المحيطة عند مغادرة المستشفى أو المنشأة الطبية.

التقييم

يُرجى الرجوع إلى الفصل 3 للحصول على تفاصيل التقييم العام. فيما يلي تفاصيل البتر:

التقييم الشخصي

- تاريخ الحالة المرضية: آلية وطريقة حدوث الإصابة وتاريخها، والإصابات الأخرى، والإجراءات الجراحية أو الخطط الجراحية وأي قيود أو احتياطات
- التاريخ المرضي السابق: الأداء الوظيفي قبل الإصابة، والانتباه إلى مرض السكري والعوامل الأخرى التي ربما تؤخر الالتئام والشفاء والقدرة البدنية/ اللياقة البدنية، لأن ذلك سيكون له تأثير على القدرة على استخدام الأطراف الصناعية
- التاريخ الاجتماعي: المهن والمسؤوليات التي كان يتم القيام بها فيما قبل الإصابة (مثل العمل، والأنشطة الترفيهية، والأدوار الأسرية، واليد المستخدمة (أي استخدام اليد اليمنى أو اليسرى) لمبتوري الأطراف العلوية والوجهة التي سيتم توجه إليها عند الخروج من المستشفى والتفاصيل المتعلقة بإمكانية الوصول إلى الأطراف الصناعية/ أشكال الدعم المتاحة/مدى القرب من خدمات الرعاية الصحية وخدمات الإعاقة
- تاريخ استعمال الأدوية: من المهم السيطرة بشكل فعال على الألم مبكرًا في أقرب وقت ممكن والتأكد من حصول المريض على الأدوية اللازمة للاعتلالات الصحية الأخرى التي يعاني منها
- أشياء أخرى محددة يجب وضعها في الاعتبار:
- الاستجابة النفسية/العاطفية للوضع الحالي، وفهم إجراء البتر الطبي، وماذا سيحدث للمريض
- المعتقدات والاتجاهات (الاعتبارات الثقافية)، خاصة فيما يتعلق ببتر الأطراف والإعاقة
- أولويات المريض الخاصة بالتعافي والشفاء وإعادة التأهيل

التقييم الموضوعي

يتعين مراعاة ما يلي:

- عمر المريض (أي احتمالية نموه الجسماني مستقبلاً والاعتبارات الخاصة بمستوى التر، والحاجة إلى إجراء مراجعات للأطراف الصناعية المركبة دورياً بشكل متكرر)
- الاستقرار من الناحية الطبية والاستعداد النفسي لبدء عملية إعادة التأهيل النشط
- الإصابات الأخرى (مثل إصابات الأنسجة الرخوة والكسور وإصابات الدماغ الرضية)
- حالة الأطراف المتبقية (أي: القوة، ومدى الحركة "ROM"، والإحساس)
- خطر إصابة الجلد الناتج عن الضغط، متلازمة الحيز (انظر فصل "الكسور")
- الحالة النفسية (أي: دليل الاستجابة للاضطرابات الحادة، وأساليب التكيف والتأقلم)
- الحالة الغذائية (أي: خطر التعرض لسوء تغذية والحاجة إلى تناول المكملات الغذائية)

يمكن قياس مدى التقدم والنتائج السريرية، إذا سمح الوقت وأتاح الوضع السريري هذه الإمكانيات، من خلال استخدام مقاييس نتائج الأداء الوظيفي (انظر الفصل 3) ومجموعة من المقاييس الموضوعية، تشمل نطاق الحركة، والاختبارات البدوية للعضلات، والقياسات المحيطية لحجم/وذمة الجذعة والمقاييس التناظرية البصرية للألم. يجب ألا تتداخل هذه الإجراءات مع التركيز على ملاحظات ومشاهدات قدرة الأداء الوظيفي والأهداف الموضوعية، ولكن تحقيق الاستقلال الوظيفي الأمثل (اعتماد المريض على نفسه) يجب أن يحظى بالأولوية في مرحلة إعادة التأهيل المبكر في أوقات النزاعات المسلحة والكوارث.

تشمل الأهداف الرئيسية السابقة للعمليات ما يلي:

الهدف	يتم تحقيقه من خلال:
المساهمة في عملية التخطيط الجراحي التي يقدها الفريق متعدد التخصصات	مراعاة العوامل التالية التي قد تؤثر على عملية اتخاذ القرار بشأن مستوى التر: <ul style="list-style-type: none"> الأمراض المصاحبة التي تجعل المريض غير قادر على تحمل الطرف الصناعي العمر: (ويشمل الاعتبارات المتعلقة بحز مفصل الركبة في مقابل التر على مستوى الفخذ) الإعاقات الإدراكية التي تعيق تعلم كيفية استخدام الطرف الصناعي إعاقة (ضعف) في الإحساس أو الألم المزمن أو حالات التهاب المفاصل التي تؤثر على المفاصل المتبقية بعد التر إعاقة الأطراف العلوية أنواع التقنيات التكنولوجية الخاصة باستعمال الأطراف الصناعية ومدى توافرها وأو مدى القرب من خدمات توفير الكراسي المتحركة
تناول خطة إدارة الألم في مراحل ما قبل التر وبعده	استيعاب الأمور جيداً، من خلال مناقشتها مع الفريق الجراحي، وكيفية التعامل مع ألم المريض قبل وبعد العملية الجراحية؛ فهذا من شأنه إثراء تخطيط وتحديد مواعيد جلسات المراجعة والعلاج الأولية بعد الجراحة تذكر أن المريض قد يشعر بألم في الجرح وألم في الأعصاب (الأعصاب) وقد يشمل أيضاً الألم الناتج عن الإصابات الأخرى
تناول خطة الإغلاق الجراحي للجرح/إدارة الجرح	طلب تعليمات واضحة (موثقة بشكل نموذجي في مذكرة ملاحظات حالة المريض) حول طبيعة حالة المريض وما لا يسمح له بالقيام به في الأيام الأولى بعد عملية التر قد تؤدي جروح المريض إلى تقييد حركته بعد الجراحة، بينما الإغلاق الأولي الأجل (DPC) للجرح وحدث تسريب من الجرح أو صعوبة التئام وإغلاق الجرح فإن كل هذا قد يعيق أنواعاً معينة من الحركة، نظراً لإمكانية التعرض لإصابات أخرى

الهدف	يتم تحقيقه من خلال:
البء بتعيين مواقع الخدمات المتاحة محليًا في أقرب وقت ممكن	<p>تعيين المعلومات الخاصة بما يلي (تشمل جهات الاتصال ومعلومات الإحالة):</p> <ul style="list-style-type: none"> خدمات إعادة التأهيل وأجهزة الحركة إعادة التأهيل المجتمعي الدعم النفسي والرعاية النفسية الاجتماعية خدمات تقديم الدعم المحلي ومنظمات تقديم الدعم لمبتوري الأطراف/المعاقين للمرضى وأسره/مقدم الرعاية الخاص بهم، حيثما كان ذلك متاحًا
ضمان توافر المواد والمعدات اللازمة للاستعمال بعد العملية الجراحية	<p>ضمان توافر المواد والمعدات الطبية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> الضادات المرنة لتضميد الجروح والضغط عليها الأدوات والأجهزة المعينة على المشي/الكراسي المتحركة لوح الجِدَّة (للكراسي المتحركة) وسائل ضبط الموضوع لرفع الأطراف المتبقية عند الحاجة، (مثل الوسائد، والقطع الإسفنجية أو الرغوية، والمناشف)؛ مع ملاحظة أنه يجب عدم استخدامها تحت الركبة. الأدوات المساعدة لتسهيل الاستحمام واستخدام المراوح الداخلية بشكل مناسب (مثل مقعد الحمام، وكرسي الاستحمام - على الرغم من عدم ملاءمة/توافر مثل هذه الأغراض في العديد من البيئات)
تثقيف المريض والأسرة/مقدم الرعاية وإمدادهم بتعليمات مفصلة في هذه المرحلة، من المهم الحكم على كمّ المعلومات الجديدة التي يمكن للمريض قبولها واستيعابها	<p>توفير تعليمات توعوية مفصلة حول:</p> <ul style="list-style-type: none"> خطة إدارة الألم بعد العملية الجراحية وأهمية التواصل مع المريض في حالة عدم إدارة الألم بشكل جيد الإحساس الشبهي والألم الشبهي الخطة الموضوعة لتحرك وتنقل المريض بعد العملية الجراحية وأسباب أهمية تحرك وتنقل المريض بسرعة بعد الجراحة (أو الالتزام بأي قيود تتعلق بالحركة) مراحل إعادة تأهيل مبتوري الأطراف وكيف يتقدم مسار عملية إعادة التأهيل، وما هي نتائج الأداء الوظيفي للجسم بعد عملية البتر وكيف يمكن استخدام أجهزة الحركة لتحسين القدرات الوظيفية لجسم المريض الوجهات التالية المحتملة (إذا كانت معلومة) والإحالات أعضاء الفريق متعدد التخصصات وأدوارهم تقديم عرض توضيحي عن أجهزة الحركة؛ وهذا من شأنه دعم عملية التوعية، كما يتيح الفرصة للمريض ولأسرته لطرح أي أسئلة لديهم حول هذه الأجهزة دور التغذية في التئام الجروح؛ ضع في اعتبارك إمكانية اتباع نظام غذائي غني بالبروتين إذا أمكن أحرص على عدم إعطاء المريض وعدًا بتركيب طرف صناعي له، إذ إن هذا قد يعطيه أملًا قد لا يتحقق في حالة عدم ملاءمة الطرف الصناعي للمريض بعد العملية الجراحية، أو في حالة وجود صعوبات تتعلق بالحصول على طرف صناعي

مرحلة التأهيل المبكر (بعد العملية الجراحية)

تتمثل أهداف مرحلة ما بعد العملية الجراحية في:

1. تعزيز التعافي بعد الجراحة
2. تعزيز التئام موضع البتر
3. علاج الإصابات المترتبة
4. توفير كرسي متحرك أو عكازات
5. إجراء تقييم مستمر للوقوف على مدى توفير الأطراف الصناعية
6. التأكد من معرفة أقرب مزود خدمات أطراف صناعية محلي قريب من المريض بشكل فعلي
7. مواصلة العلاج المتقدم في مرحلة ما قبل إجراء العملية الجراحية (إن أمكن)

بعد العملية الجراحية، قد يظهر عدد من المضاعفات ويجب أن تكون على دراية بها:

- **التهاب الجرح:** إفرازات متغيرة اللون أو ذات رائحة كريهة، صديد، زيادة الإحساس بشفة المكان (مقارنة بالطرف المقابل)، الوذمة، الاحمرار الزائد (احمرار الجلد) حول الجرح، وزيادة الألم
- **الخثار الوريدي العميق (DVT):** يحدث غالبًا في ريلة الساق، لكن يمكن أن يظهر في أي طرف. تشمل العلامات: الألم الشديد، التورم، الشعور بالدفء، الاحمرار، التقلصات، زيادة الألم عند الحركة، تغير لون جلد الطرف المصاب إلى اللون الأزرق أو الأبيض، والشعور بألم شديد في الطرف المتأثر. كما يمكن أن يحدث الخثار الوريدي العميق (DVT) أيضًا حتى في حالة ظهور علامات أو أعراض ضئيلة أو عدم ظهورها مطلقًا
- **تأخر الالتئام:** يجب أن تظهر علامات الالتئام التدريجي على الجرح (قلة الإفرازات والوذمة، انخفاض حدة الألم المنبعث من الجرح، اقتراب حواف الجرح بعضها من بعض لتشكل ندبة في النهاية). في حالة تأخر الالتئام، سيظل الجرح رطبًا، وستستمر الوذمة وقد لا تلتئم حواف الجرح، أو قد يُعاد فتحها (يعرف هذا باسم فتح الجرح أو "تفزز الجرح"). تعد العدوى أو الوذمة التي لا يمكن السيطرة عليها جيدًا من الأسباب الشائعة لتأخر التئام الجروح
- **الألم:** ألم الجرح وآلام الاعتلال العصبي (ألم الأعصاب) و/أو الإحساس الوهمي أو الألم الوهمي في الأطراف وقد يشمل أيضًا الألم الناتج عن الإصابات الأخرى. ضع في اعتبارك إمكانية استخدام مقياس نظير بصري بسيط لدعم الرصد الموحد للألم خلال مختلف جلسات العلاج
- **التعظم المنتبذ (HO):** التعظم المنتبذ هو نمو العظم داخل الأنسجة الرخوة في مواضع لا ينبغي أن يكون فيها وجود للعظم. عادة ما تكون العلامة الأولى للتعظم المنتبذ هي فقدان المفصل لقدرة على التنقل أو الحركة، مما قد يعد من وظيفة الطرف. يمكن أن يشير التورم، واحمرار الجلد، ودفء الجرح، والألم الموضعي، وظهور الكتل الواضحة واوجاع المفصل إلى حدوث التعظم المنتبذ. يعد التشخيص التفريقي مهمًا إذ قد تشير هذه الأعراض أيضًا إلى وجود العديد من المضاعفات الأخرى، تشمل العدوى والخثار الوريدي العميق (DVT). غالبًا ما يحدث التعظم المنتبذ في المفاصل الأقرب إلى مكان الجرح، لكن ليس دائمًا
- **التئام العظمي:** يُعرف أيضًا باسم النابتة العظمية. وهي عبارة عن نتوءات عظمية تتكون عند أقصى أطراف بقايا العظام عند موضع البتير. قد تكون نتوءات العظام مؤلمة عند الفحص بالجلوس (وضع اليد) أو عند الضغط على المنطقة، مما يجعل استخدام الطرف الصناعي غير مريح أو غير محتمل. في الحالات الشديدة، قد يؤدي التئام العظمي إلى تلف الجلد أو تقرحات

الصورة 3: بعد بتير الفخذ، يظهر على الأشعة السينية التعظم المنتبذ



الورم العصبي: الأورام العصبية عبارة عن حزم أو كتل من الأطراف العصبية الحساسة تتكون عند قطع العصب أثناء عملية البتر. يمكن أن يشير الألم الحاد للموضعي أو الألم المفاجئ أو الوخز الناتج عن طريق الجس فوق الجذعة إلى ظهور ورم عصبي

مناطق الضغط: افحص الجلد المحيط بالتبوتات العظمية، بما في ذلك عظم العجز والأرداف والكعب والمرفقين والعمود الفقري والكتف بحثاً عن المناطق المحمرة. يتوقع أن يزول الاحمرار في غضون 20 دقيقة من تخفيف التلامس/الضغط. تشير المناطق التي لا تبيض عند لمسها، أو في مواضع الجلد التالف، إلى ظهور تقرحات ناتجة عن الضغط وعليه لا بد من اتخاذ إجراءات فورية لتفادي تفاقم الحالة

متلازمة العيز: يتم ملاحظة الطرف بأكمله بحثاً عن الأعراض الخمسة التالية: الألم، والشحوب (شحوب الجلد)، والتنميل (الخدري)، والنبض (عدم وجود نبض أو نبض ضعيف) والشلل (ضعف حركة العضلات)

بعد إجراء الجراحة، من المهم أيضاً مراقبة مضاعفات الجهاز التنفسي، مع وجود بعض العلامات التي تشمل السعال المنتج للبلم، وسماع أصوات من الصدر "طرية"، وضيق في التنفس وزيادة درجة الحرارة، في حالة شعورك بالقلق، يُرجى الاتصال بالفريق الطبي.

تقييم ما بعد العملية الجراحية

بعد الجراحة، يتم إجراء تقييم للمريض، أو مراجعة تقييم ما قبل البتر، لوضع خطة العلاج اللازمة، ولتحديد مقاييس النتائج ووضع أهداف للمستخدمين. كما يوفر تقييم ما بعد العملية الجراحية معلومات من شأنها أن تساعد في الوصول إلى قرار سليم بشأن استخدام الأطراف الصناعية. ونظراً لاحتمال رؤية عدد كبير من المرضى لأول مرة بعد العملية الجراحية، فقد قمنا باستنساخ التقييم الذاتي لمرحلة ما قبل العملية، مع ذكر الإضافات المتعلقة بالرعاية في مرحلة ما بعد العملية الجراحية، كما هو موضح أدناه:

التقييم الشخصي

تاريخ الحالة المرضية: طريقة (آلية) حدوث الإصابة وتاريخها، والإصابات الأخرى، وكم مضى من الوقت منذ وقوع الإصابة وحتى إجراء البتر، والإجراء الجراحي بما في ذلك الإغلاق الأولي الآجل (DPC)، وتاريخ الإغلاق المحدد للجرح (ما لم يكن تم إغلاقه بالفعل)، وإدارة أي إصابات مترافقة، وخطط رعاية الجروح، واحتياجات ما بعد العملية الجراحية أو القيود وخطة الإدارة وتاريخ الخروج من المستشفى المتوقع.

هل صحة المريض مستقرة/مناسبة وهل هو مؤهل لإعادة التأهيل المبكر؟

التاريخ المرضي السابق والأداء الوظيفي قبل الإصابة - انتبه إلى مرض السكري والعوامل الأخرى التي قد تؤخر الالتئام والقدرة البدنية/اللياقة البدنية، لأن ذلك سيكون له تأثير على إعادة التأهيل المبكر والقدرة على استخدام الأطراف الصناعية

التاريخ الاجتماعي: المهن والمسؤوليات التي كان يتم القيام بها قبل الإصابة (مثل العمل والأنشطة الترفيهية والأدوار الأسرية)، واليد المستخدمة (أي استخدام اليد اليمنى أو اليسرى) لمُبْتَوِي الأطراف العلوية والوجهة التي سيتم توجيه إليها عند الخروج من المستشفى والتفاصيل المتعلقة بإمكانية الوصول إلى الأطراف الصناعية/أشكال الدعم المتاحة/مدى القرب من خدمات الرعاية الصحية وخدمات الإعاقة عند الخروج من المستشفى

تاريخ تناول الأدوية: هل المريض يتناول أدوية مضادة لمستقبلات الألم وأدوية لعلاج آلام الأعصاب ومضادات الغثيان ومضادات حيوية؟ من المهم التمكن من السيطرة بشكل فعال على الألم في مرحلة مبكرة قدر الإمكان والتحقق من حصول المرضى على الأدوية اللازمة لعلاج ظروفهم الصحية الأخرى

أشياء أخرى محددة يجب وضعها في الاعتبار:

- تفاصيل الاتصال بالطاقم الطبي المحلي التابع للفريق متعدد التخصصات المشاركين في رعاية المريض

الحالة النفسية

تحقق من استجابة المريض النفسية/ والعاطفية لوضعه الحالي، قبل التسرع في التقييم والعلاج. تتشابه عملية فقدان الأطراف مع مراحل الحزن، وقد يتأثر المرضى بطرق أخرى بسبب النزاع المسلح أو الكارثة الحادثة. كن مستعداً لمناقشة الأطراف الصناعية من خلال التأكد من أنك على دراية بحالة ووضع المستلزمات المحلية. لا تقدم أي وعود لا يمكنك الوفاء بها. تحقق من فهم المريض لإجراءات البتر الخاصة به ولماذا تم إجراء البتر، بالإضافة إلى حالته المعرفية والإدراكية (القدرة على تلقي معلومات جديدة والتصرف بناءً عليها)، والدوافع، والاكئاب، والقلق، ونحو ذلك. اسأل ما هي أولويات المريض للشفاء وإعادة التأهيل، لأنها قد تختلف عن أولوياتك أنت. تأكد من أنك على دراية بالاعتبارات الثقافية المحلية (كالمعتقدات والاتجاهات)، خاصة فيما يتعلق ببت الأطراف والإعاقة. اسأل نفسك: هل مريضك مستعد للانخراط في إعادة التأهيل؟ إذا كان المريض يواجه متاعب، فهل تتاح خدمات استشارية محلية أو خدمات دعم الأقران؟ للحصول على أساسيات دعم الأشخاص في وقت الأزمات، يرجى الرجوع إلى دليل منظمة الصحة العالمية المسمى "الإسعافات الأولية النفسية".

التقييم الموضوعي:

افحص الجزء المتبقي من الطرف الذي تم البتر منه

يجب إجراء فحوصات لأي أطراف/جروح متبقية بالتعاون مع بقية أعضاء الفريق السريري. لا تكشف الجرح أو تعريه إلا إذا كنت قادراً ومؤهلاً لتضميده وإعادة تغطيته.

طول الجزء المتبقي من الطرف الذي تم البتر منه: يجب أن تكون هناك مساحة كافية لعناصر الأطراف الصناعية التعويضية

النسيج الرخو: إذا تمت عملية البتر كما ينبغي، فلن توجد أطراف منبعجة زائدة عند موضع البتر، وسيتم توسيد النهايات العظمية وتغطيتها بالشكل الملائم

النهايات العظمية: حافة عظم مشطوفة، مع عدم وجود نتوءات عظمية، وقطع شظية أقصر من الطُّبُوب بقدر 2 سم. تحديد الفحص بالجلس (بوضع اليد) أو الأشعة السينية

لا أورام عصبية: يجب أن تُسحب الأعصاب عميقاً داخل الأنسجة الرخوة أثناء الجراحة حتى لا تتوتر الأعصاب ويحدث لها اضطراب مضاعف بالقرب من السطح، مما يتسبب في ورم عصبي (انظر المضاعفات، أعلاه)

شكل الجذعة (الجزء المتبقي من الطرف بعد البتر): الشكل المثالي للفخذ بعد إجراء عملية البتر الفخذية هو الشكل المخروطي، والشكل المثالي للساق بعد إجراء عملية بتر الساق هو الشكل الأسطواني. أنت لا تريد أن تكون الجذعة بصلية الشكل لأنه من الصعب جداً في تلك الحالة تركيب الطرف الصناعي الجديد بها



الصور 4 و 5 أعلاه: ضعف شكل الجذعة (L) بالإضافة لأذرع قصيرة، وأنسجة رخوة زائدة وخط ندبة عبر العظام، شكل جيد (R) بالإضافة إلى شكل أسطواني، وتغطية جيدة للعضلات، وسديلة مائلة والنسيج الصحي

- خط الندبة: لا ينبغي أن يكون هذا الخط على نهاية العظم، لذلك عليك التحقق مما إذا كان لديك ندبة ثابتة أو متحركة، وما إذا كان النسيج الندي بارزاً أو خفيفاً
 - الجرح: يجب أن تكون على دراية بأي علامة من علامات العدوى (تضخُّم، رائحة غير مألوفة، تسريب "إفرازات"، احمرار، التهاب، حواف جلدية نخرية)، لذلك تحقق مما إذا كانت الغرز داخلية أو خارجية واعلم أن بعض الجروح ستظل مفتوحة
 - الإمداد الوعائي: يجب أن تكون هناك إمدادات كافية لالتئام الجرح. يجب أن تكون الجذعة دافئة ويحس بها المصاب ولونها صافي معتدل وذات معدل نبض جيد.. إلخ.
 - الألم/الوجع عند اللمس: على طول خط الندبة، والورم العصبي، والجزء المصاب من النسيج الرخو
 - غطاء العضلات: دليل على رآب العضلة بالعظم والرأب العضلي بالشكل الأمثل. تغطية عضلية كافية على طرف العظم المقطوع
 - حالة الجلد: كن على دراية جيدة بالندبات، وترقيق الجلد، والبثور، والجلد غير الملتمم، ومشاكل الأمراض الجلدية، مثل الإكزما
 - الإحساس: ستحتاج إلى أن يكون اختبار وفحص الإحساس سليماً خاصةً فوق مناطق الأطراف الصناعية الحاملة لوزن الجسم، وكذلك في نهاية الجذعة
- لمزيد من المعلومات حول الجروح التي بها بتر، يُرجى مشاهدة الفيديو المُعد من قِبَل منظمة الإنسانية والدمج (HI) والرابطة البريطانية لأخصائيي العلاج الطبيعي المعتمدين في إعادة تأهيل مبتوري الأطراف (BACPAR).



الألم

ليس فقط في الطرف المتبقي ولكن في الجسم بشكل عام. قم بتسجيل نوع الألم (ما في ذلك الألم الوهمي) ومدى شدته وتوزيعه. انظر قسم الألم أدناه لمزيد من التفاصيل.

مدى الحركة وقوة العضلات

بما في ذلك ما فوق مستوى البتر وفي الأطراف المتبقية. لا تنس أن تضع أي إصابات أخرى في الاعتبار. بالنسبة للمرضى الذين يعانون من بتر في الأطراف السفلية، انتبه بشكل خاص لخطر تقفع (اعوجاج) الشفي في الورك والركبة.



الوظيفة

التحرك على الفراش (السري): في النزاعات والكوارث، قد يشمل هذا حتى المرضى الذين تتم رعايتهم ومعالجتهم على الأرضيات لعدم توفر أسرة لهم، لذا تأقلم مع الوضع حسب الظروف المتاحة.

توازن الجلوس/التحمل: يتعلق بعمليات البتر على مستوى الفخذ، خاصة ثنائية الجانب. لديها رافعات قصيرة وبالتالي يتحول مركز الجاذبية إلى الورا.

الانتقالات: من وإلى الأسطح ذات الصلة. شاهد الفيديو المُعد من منظمة الإنسانية والدمج (HI) والرابطة البريطانية لأطباء العلاج الطبيعي المعتمدين في إعادة تأهيل مبتوري الأطراف (BACPAR) حول الانتقالات لتحصل على إرشادات عملية في هذا الشأن.



إمكانية التنقل: بالنسبة للمرضى الذين يعانون من بتر في الأطراف السفلية، يشمل ذلك استخدام كرسي متحرك أو عكازات.

متطلبات الجلوس/الضغط/الكرسي: خاصة للأشخاص الذين لديهم بتر ثنائي. لا تنس الأنواع الجذعية القابلة للتمدد الخاصة بالمرضى الذين تم إجراء بتر لهم على مستوى الساق، وذلك حتى يتمكنوا من الجلوس وتوفر لهم الراحة.

في حالات البتر في الأطراف السفلية، يجب أن يشمل التقييم الموضوعي التالي للجراحة كلاً مما يلي:

- الساق المقابلة، مدى الحركة، القوة، الإصابات المترابطة، وضع القدم
- قوة الذراع (أي القدرة على النقل واستخدام الكرسي المتحرك والأجهزة أو الوسائل المساعدة على المشي)
- خفة اليد وبراعة استخدام قبضة اليد، والتي قد تؤثر على نوع نظام التعليق الخاص بالطرف الصناعي

في حالات حدوث بتر في الأطراف العلوية، فبالإضافة إلى ما سبق يجب أن يشمل التقييم الموضوعي ما يلي:

- الذراع المقابل (أي القوة والقدرة على النقل وخفة اليد وبراعة استعمال القبضة، والتي قد تؤثر على نوع نظام تعليق الطرف الصناعي)

إعادة التأهيل المبكر: العلاج

إدارة الوذمة

يمكن تحقيق إدارة الوذمة باتباع مجموعة متنوعة من الطرق والأساليب، بما في ذلك التمارين الفعالة ورفع الجعدة وانضغاط الجعدة. راجع إرشادات الفريق متعدد التخصصات حول كيفية إدارة الوذمة المتبقية بعد الجراحة في ميثوري الأطراف السفلية لتطلع على مزيد من المعلومات ولمراجعة الأدلة المتاحة:

https://bacpar.csp.org.uk/system/files/guidance_v.8_0.pdf

لمزيد من المعلومات حول معالجة الوذمة، يُرجى مشاهدة الفيديو المُعدّ من قِبَل منظمة الإنسانية والدمج (HI) والرابطة البريطانية لأطباء العلاج الطبيعي المعتمدين في إعادة تأهيل ميثوري الأطراف (BACPAR).

انضغاط الجَدعة



الوصف	المزايا	العيوب
بلا ضمادات	<ul style="list-style-type: none"> ■ لا يوجد خطر من ارتداء الضمادة بشكل غير صحيح ■ من السهل متابعة وملاحظة موضع جرح العملية الجراحية 	<ul style="list-style-type: none"> ■ لا يمكن التحكم في الوذمة ■ تأخذ الجروح فترات طويلة لتلتئم ■ يوجد خطر متزايد من عدوى الجرح
ضمادة صلبة (ضمادة صلبة أو شبه صلبة مطبقة على بقايا الساق المتبوترة لاحتوائها ومنع تشكّل وذمة إضافية بعد الجراحة)	<ul style="list-style-type: none"> ■ تقليل حدوث الوذمة ■ تقليل وقت الالتئام ■ تقليل الوقت المطلوب لقبول الأطراف الصناعية وتصميمها ■ تقليل حدوث تشوهات التئّم الثابتة في الركبة ■ حماية الجعدة جسدياً من الرضوح والإصابات الخارجية ■ تسمح الضمادات الصلبة سهلة النزاع بفحص بقايا الطرف منتظمة الشكل ■ القدرة على التطبيق والاستعمال قبل الموعد مقارنة بالوسائل العلاجية الأخرى، مثل مقصات الجعدة 	<ul style="list-style-type: none"> ■ تتطلب خبرة كبيرة للتطبيق والاستعمال ■ أنواع غير قابلة للنزع وغير مناسبة في حالات النزاعات المسلحة والكوارث، بسبب نسبة الخطر المرتفعة للإصابة بالعدوى

الوصف	المزايا	العيوب
الجوارب الضاغطة (مقلص الجعدة)	<ul style="list-style-type: none"> وذمة خفيفة تحسين البنية الوعائية للجعدة، مع تسريع التئام الجرح يمكن أن تقلل من الألم الوهمي من السهل ارتداؤها ونزعها 	<ul style="list-style-type: none"> غالبية الثمن وغير متوفرة تتطلب أخذ قياسات وعمل تجهيزات بحيث تكون بمواصفات مناسبة لمن يرتديها قد تتطلب إعادة التجهيز والاستبدال حسب التغيرات التي تطرأ فيما بعد على شكل الجعدة
الضمادات الضاغطة المرنة (تضميد الجعدة)	<ul style="list-style-type: none"> وذمة خفيفة تحسين البنية الوعائية للجعدة، مع تسريع التئام الجرح يمكن أن تقلل من الألم الوهمي يمكن لكل من المريض ومقدم الرعاية استعمالها وتطبيقها بشكل مستقل بمجرد معرفة الطريقة الصحيحة لكيفية لفها وربطها أرخص ثمنًا ومتوفرة بدرجة أكبر 	<ul style="list-style-type: none"> إذا تم لف الضمادة بشكل خاطئ، فقد يؤدي ذلك إلى بطء في التئام الجروح وتدهور في شكل الجعدة يجب أن يتم فحص الجرح بانتظام، لذلك يتم ربط الضمادة وفكها بصورة منتظمة التضميد التنظيف ليس متاحًا دائمًا على نطاق واسع

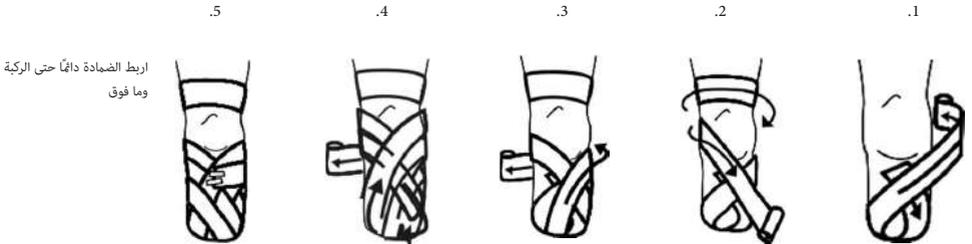
غالبًا ما تُرى حالات انضغاط الجعدة في مناطق النزاعات المسلحة والكوارث، نظرًا لتوافرها وسهولة تطبيقها واستعمالها في تلك المناطق.

لمزيد من المعلومات حول معالجة الوذمة، بما في ذلك عرض توضيحي لكيفية استعمال ضمادة الجعدة، شاهد مقاطع الفيديو المُعدّة من قِبَل الرابطة البريطانية لأطباء العلاج الطبيعي المعتمدين في إعادة تأهيل مبتوري الأطراف (BACPAR) منظمة الإنسانية والدمج (HI):

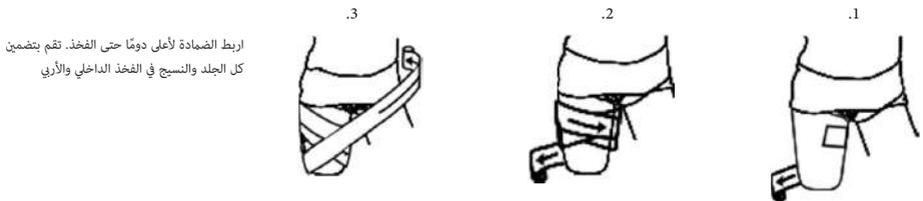


تجنب استخدام المشبك أو الدبابيس لربط الضمادة - استخدم شريط الربط الملحق بالضمادات بدلاً من ذلك.

الشكل 2: التضميد لبتير أسفل الركبة



الشكل 3: التضميد لبتير أعلى الركبة





الصورة 7: التضميد لبتير أعلى الركبة
Davide Preti/HI ©



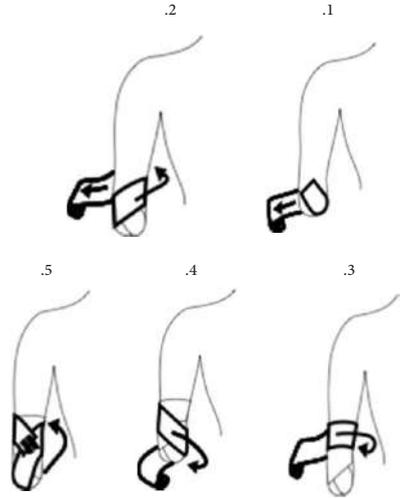
الصورة 6: التضميد لبتير أسفل الركبة
Davide Preti/HI ©



الصورة 8: التضميد لبتير الكوع
Davide Preti/HI ©

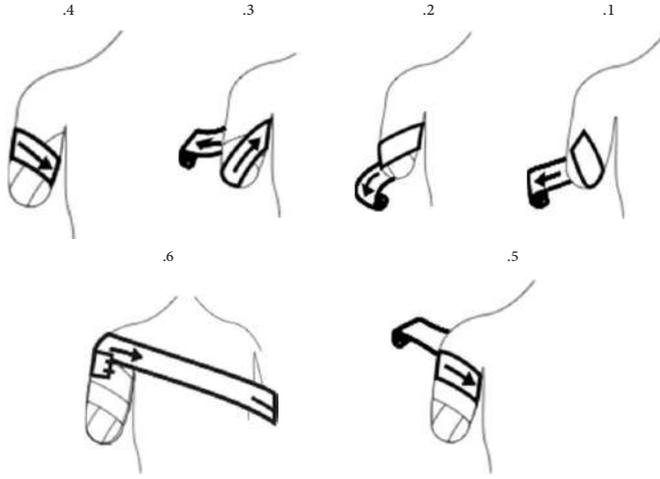


الشكل 4: التضميد لبتير الكوع



ربط الضمادة دائماً فوق الكوع

الشكل 5: ربط الضمادة لبت أعلى الكوع



ربط الضمادة دائماً فوق الكوع

ضبط وضعية الجسم

يهدف ضبط وضعية الجسم إلى منع حدوث الاعوجاج (التقفع) وتخفيف الوذمة، وكذلك تقليل خطر حدوث مضاعفات أخرى، مثل قرح الفراش (الضغط) ومشاكل الجهاز التنفسي. عليك تثقيف وتعليم المريض ومقدم الرعاية الأوضاع الصحيحة التي يمكن فيها المريض فيها الجلوس والتمدد (الاستلقاء) للمساعدة في منع حدوث اعوجاج في المفاصل أعلى مستوى البتر.



حافظ على الركبة في وضع مرن عند الجلوس



إبقاء الركبة في وضع التمديد عند الجلوس



ضع وسادة تحت الركبة أثناء النوم



حافظ على الركبة في وضع التمديد أثناء النوم

أبدأ لا تضع وسادة تحت مفصل الركبة مباشرة

- بالنسبة للمرضى الذين خضعوا لعملية بتر الساق، من الضروري منع حركات اعوجاج ثني الركبة
- بالنسبة للمرضى الذين عانوا من بتر على مستوى الفخذ، من المهم منع ثني الورك وتقلصه
- تجنب الثني/التحميل/الدوران الخارجي لفترات طويلة

بالنسبة لحالات البر في الأطراف السفلية، يمكن أن يكون الاستلقاء على البطن مفيدًا لتحقيق تمديد الركبة الكامل المستمر وتحقيق تمديد متعادل للورك (لمنع اعوجاج الشني في أي مفصل من المفاصل). ستحتاج إلى التفكير في طريقة كيفية استيعاب الإصابات المترابطة.

التحكم في الألم

الشعور بالألم نتيجة حتمية لعملية البر، وبالنسبة للكثيرين، لن ينجم الألم عن رضح (صدمة) الجراحة فحسب، بل قد يتضمن أيضًا عرضًا للاعتلال العصبي يُعرف باسم ألم الطرف الوهمي. يمكن أن يكون الألم معقدًا أيضًا بسبب إصابة إضافية في نفس الطرف أو أجزاء أخرى من الجسم. بالنسبة لمُتخصصي إعادة التأهيل المشاركين في المراحل الأولى من عملية إعادة التأهيل، يكمن التحدي هنا في تحديد أسباب مستقبلية الألم (الأذية) والاعتلال العصبي للألم (راجع الفصل الثالث) التي تتطلب الانتباه والاهتمام، لتسهيل معالجة المريض ومن ثمّ تمكين حدوث إعادة التأهيل الفعال. تتطلب المعالجة الفعالة للألم نهجًا تعاونيًا متعدد التخصصات.

آلام ما بعد البر: آلام ما بعد البر الناتجة عن ضرر جسدي في موضع الجرح. تعتبر هذه الآلام أمرًا طبيعيًا بعد إجراء الجراحة؛ لكن إذا استمرت هذه الآلام أو زادت عن حدها فقد تكون علامة على العدوى، وفي هذه الحالة يجب طلب المشورة والنصيحة الطبية. يجب التفريق بين الألم في موضع الجرح عن الألم الموجود في الطرف المتبقي وألم الطرف الوهمي. بعد البر، قد تحدث حالات الألم الثلاث معًا.

ألم الطرف المتبقي: ألم أو إحساس بالوجع في المناطق القريبة من موضع الجزء المتبقي من الجسم. يُعرف هذا الألم بألم الطرف المتبقي أو ألم الجذع وغالبًا ما ترتبط شدته بشكل إيجابي بألم الطرف الوهمي.

الإحساس الوهمي بالطرف: يعد هذا شعورًا طبيعيًا لدى غالبية المبتورين، وهو ليس شعورًا ضارًا، ولا يصفه المريض بأنه مؤلم أو مزعج. يمكن أن يشمل الشعور بأن الطرف لا يزال موجودًا، متبوعًا بأحاسيس مثل الحكّة. في مثل هذه الحالات، تُعد التوعية (قبل وبعد الجراحة) وطمأننة المريض أمرًا أساسيًا.

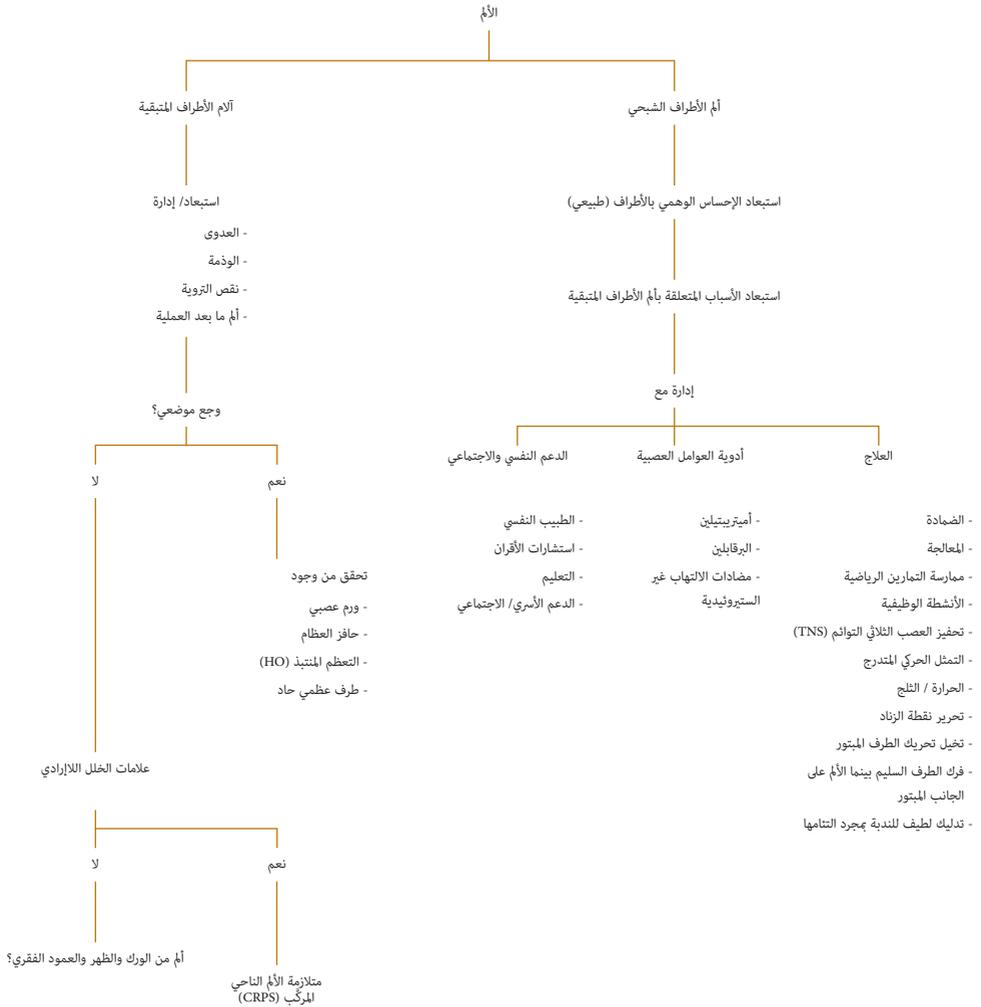
ألم وهمي في الطرف: يُصنّف على أنه نوع من آلام الاعتلال العصبي، بينما يُصنّف كل من ألم الطرف المتبقي وآلام ما بعد البر على أنهما ألم ناجم عن ضرر جسدي (مستقبلية الألم). غالبًا ما يكون ألم الطرف الشبيحي أشد في الجزء البعيد من الطرف الشبيحي ويمكن أن يتفاقم أو تثيره عوامل جسدية (الضغط على الطرف المتبقي، الوقت من اليوم، الطقس) والعوامل النفسية، مثل التوتر العاطفي. تشمل الأوصاف شائعة الاستخدام للإصابات الحادة والهرسية وإصابات التشنج والحروق والتيار الكهربائي والقفز. يجب أن يهتم التقييم الخاص بألم الطرف الوهمي بتحديد الدوافع الرئيسية. قد تكون هذه الدوافع عبارة عن تلاؤمات وتكيفات موجهة مركزيًا وإحساسات محيطية وعوامل نفسية/اجتماعية وعوامل عضلية هيكلية. يمكن أن يستهدف العلاج حينها هذه الدوافع.



ملاحظة

ملاحظة: يجب أن يتم تنفيذ التمثيل الحركي المتدرج (GMI) فقط من قِبل أخصائي العلاج الطبيعي ذي الخبرة ذات الصلة.

يمكن العثور على مزيد من التفاصيل في هذا الموقع: <http://www.gradedmotorimagery.com>



ارجع إلى ودمة UKEMT ونشرة الأم العلاجية للحصول على مزيد من الإرشادات للمرضى

لمزيد من المعلومات حول الأم الموجود في مناطق البر، شاهد هذا الفيديو القصير المُعد من منظمة الإنسانية والدمج (HI) والرابطة البريطانية لأطباء العلاج الطبيعي المعتمدين في إعادة تأهيل مبتوري الأطراف (BACPAR):



التوعية بالعناية بالجدعة

تتجبل الالتئام من خلال النظافة السليمة وتديلد الندبة وإزالة التحسس ومعالجة الجدعة. يساعدا التديلد في الحد من فرط التحسس؛ من الؤوم الأول، لذلأ يُصح بمسح الطرف المتبقي وتديلده بلطف ويمكن أن تزداد الوؤرة تدريجياً بعد ذلك مع الائمئال للشفاء. هذا مفيد أيضاً لتحسين الوعي وتقبل حقيقة فقدان الأطراف. راجع القسم المتعلق بالمضاعفات لمعرفة المشاكل الشائعة في الطرف المتبقي.

تعزير التعافي من خلال

- التواصل مع الممرضة بخصوص الأمور المتعلقة بتغيير الضمادة
- السيطرة على الوؤمة
- ضمان التغذية الكافية والمناسبة
- الوقاية من حالات السقوط عن طريق التوعية والتنقلات الآمنة والاستخدام الآمن للكرسي المتحرك
- ضبط وضعية الجسم بالشكل الصحأ
- التآقق من العدوى، وتلف النسيج الإضافي
- معالجة الندبة، بما في ذلك مواقع المتربعين لتطعيم الجلد وترقيعه
- تدعيم الصحة النفسية للمريض.

تثقيف المريض حول كيفية رعاية الجزء المتبقي من الطرف

إن هذا الأمر أمر بالغ الأهمية للمرضى وذلأ لكون مرض السكري عاملاً مساهماً في اتآاذ قرار البر. مناقشة أهمية رعاية جزء الطرف المتبقي وذلأ بالآ على تفادي السقوط وضمان العناية الجيدة بالبشرة وارتداء الأحذية المناسبة.

علاج الإصابات المتزامنة و/أو الأعراض المصاحبة

تعتبر إصابات الأطراف العادة التي تتطلب البر "إصابات محيرة"، مما يعني إمكانية تحديد الإصابات الأآرى غير الظاهرة، كإصابات الرأس، وكسور العظام الصغيرة أو إصابات الأنسجة الرخوة بشكل صحأ بعد حين. يجب التآقق من الشعور بألم أو ضعف مستمر باعتبار ذلك مؤشراً محتملاً لوجود إصابة غير مشخصة. إلى جانب عملية البر، توجد ضرورة لمراجعة جميع الإصابات المتزامنة التي تم تحديدها والتعامل معها بالشكل اللائق. ينبغي منح أولوية العلاج حسب كل حالة، وتحديد العلاجات التي قد تؤخر أو تعيق عملية إعادة تأهيل مستخدمي الأطراف الصناعية.

دراسة حالة

جرى عرض طفل يبلغ من العمر ست سنوات على فريق الطوارئ الطبية (EMT) لإغلاق بر مقصلي تحت الركبة، وكان يضع جبيرة ساق كاملة على ساقه الأآرى. ثم بعد فحصه، تبين أن هذه الجبيرة تخفي تحتها كسراً مفتوحاً في قصبة الساق وإصابة في العصب الشظوي. ولهذا صار من الضروري التعامل مع الإصابات الموجودة بالجانأ غير المبتور لدى ذلك الطفل حتى يتمكن من المشي مستخدماً الطرف الصناعي. وزادت الأمور سوءاً من جراء الحالة النفسية السيئة للطفل نتيجة للإصابة وشعوره بالخوف من الطاقم الطبي. كان بصحة الطفل أحد أآاربه (وليس الوالدين). أصبحت مسألة التعامل مع هذه الحالة النفسية السيئة وتقديم التوعية اللازمة للمريض ومقدم الرعاية له جزءاً أساسياً من عملية إعادة التأهيل المبكر؛ حيث كان لا بد من بناء الثقة قبل البدء في إعادة التأهيل البدني.

التمرين الفعال

يهدف التمرين الفعال إلى تحسين قوة العضلات وحركتها، وتقليل الوؤمة، والحد من ضور العضلات، وزيادة القدرة على الحركة واعتماد المريض على نفسه ومساعدته على التكيف النفسي. ينبغي البدء في ممارسة تمارين رياضية فعالة لآءة الطرف المتبقي وكذلك للجسم كله بأسرع ما يمكن مع اتآاذ الاحتياطات المناسبة المتعلقة بأي إصابات أخرى.

لمزيد من المعلومات حول إعادة التأهيل الوظيفي للأطراف العلوية، يُرجى الرجوع إلى الفيديو المُعدّ من قِبَل منظمة الإنسانية والدمج (HI) والرابطة البريطانية لأخصائيي العلاج الطبيعي المعتمدين في إعادة تأهيل مبتوري الأطراف (BACPAR):



تمارين العضلات الأساسية

تعتبر تمارين ثبات العضلات الأساسية مهمة بشكل خاص في حالة إصابات الأطراف المتعددة المرضى الذين يعانون من عمليات البتر عالية المستوى يمكن البدء في القيام بهذه التمارين في وقت مبكر، حتى أثناء التزم الراحة في الفراش. بعد التثقيف حول الوضعية الصحيحة أمرًا محوريًا، ولا يقل أهمية عن التوعية بكيفية تعلم المشي بالطرف الصناعي. تعتبر وضعية الارتكاز على الركبة وضعية جيدة بشكل خاص في حالة بتر الساقين، وهذا يشمل الارتكاز على أربع نقاط في المراحل اللاحقة. وفي المراحل المبكرة تعتبر تمارين تمديد الورك وثبات الجذع تمارين مفيدة أيضًا.

تمارين بتر الأطراف السفلية

من المهم أن يحافظ المريض على قوته ونطاق حركته بعد البتر.

يتعين تقديم النصح للمريض ولبن يراعه بضرورة الحفاظ على تحريك جميع المفاصل المتبقية في إطار النطاق المتاح كاملاً، خاصة المفاصل التي تعلق الجزء المبتور (الورك والركبة) لمنع الاعوجاج.

تعد التمارين التالية تمارين جيدة لتعزيز القوة ونطاق الحركة.



رفع الساق بشكل مستقيم

- قم بوضع ساقيك أمامك
- قم بشد فخذك
- ارفع ساقك بعيداً عن السرير
- استمر في تلك الوضعية لمدة عشر ثوانٍ
- قم بتنزيل الساق ببطء
- كرر هذا عشر مرات
- كرر ما سبق مع الساق الأخرى



إطالة عضلة الورك

- استلق على ظهرك، ويفضل بدون وسادة
- قوّب فخذك نحو صدرك وأمسكها بيديك
- حرك الساق المقابلة للأسفل بشكل مستو على السرير
- استمر لمدة 30 - 60 ثانية، ثم استرخ
- كرر هذا خمس مرات
- كرر ما سبق مع الساق الأخرى



تمرين وضعية الجسر



- قم بالاستلقاء على ظهرك واضعًا ذراعيك على الجانبين
 - ضع زوجًا من الوسادات الصلبة أو أعطية ملفوفة تحت الفخذين
 - اشطف معدتك وشد الأرداف وارفع مؤخرتك بعيدًا عن السرير
 - استمر على هذا النحو لمدة خمس ثوانٍ
 - كرر هذا عشر مرات
- لزيادة صعوبة هذا التمرين، اطلب من المريض عقد ذراعيه على صدره، كما هو موضح في الصورة

تمرين مباعدة الورك في وضعية الاستلقاء على الجانب



- استلق على جانبك
 - قم بثنى الساق السفلية
 - حافظ على استقامة الوركين والساق العلوية مع وضعية جسمك
 - ارفع الجزء العلوي من الساق ببطء، مع إبقاء الركبة مفرودة
 - قم بتنزيل الساق ببطء
 - كرر هذا عشر مرات
- ملحوظة: لا تدع المريض يحرك وركه للأمام أو للخلف
كرر ما سبق مع الساق الأخرى

تمرين تمديد الورك في وضعية الانبطاح



- استلق بشكل مستو على بطنك لمدة عشر دقائق، ثلاث مرات في اليوم
- استلق بشكل مستو على بطنك مع إبقاء الوركين في شكل مستو على السرير مع رفع ساقك عن السرير
- استمر على هذا النحو لمدة خمس ثوانٍ
- كرر هذا عشر مرات



تمارين ما قبل تركيب الطرف الصناعي في حالة بتر الأطراف العلوية

غالبًا ما يتم إهمال وظيفة الطرف العلوي، ونطاقه وقوته، لكنها أمور أساسية لتحقيق نتائج جيدة وتحسين جودة الحياة للمريض. يعد نطاق حركة الكتف مهمًا جدًا في حالة الحاجة لاستخدام الطرف العلوي للقيام بوظيفة أكبر، مثلما يحدث عقب بتر الأطراف السفلية على الجانبين، أو بالنسبة للمريض الذي يعاني من بتر ثلاثي ويحتاج إلى الاعتماد على نفسه في الصعود والنزول. والجدير بالذكر أن حدوث ضيق في العضلات الصدرية الكبرى والصغرى أمر وارد جدًا بسبب الجلوس لفترات طويلة، لذا يلزم مواجهة هذا الأمر.

يتعين على مريضك الانتهاء من جميع هذه التمارين حسب المدى المتاح له، ما لم يُذكر غير ذلك.

<ul style="list-style-type: none"> الدوران يسارًا ويمينًا خمس مرات الإثناء نحو اليسار واليمين خمس مرات التمديد والإطالة خمس مرات 	<ul style="list-style-type: none"> الرقبة (تستكمل التمارين بلطف، ووفقًا لحالة المريض) - وفي حالة الشعور بدوار/ازدواج الرؤية/إغماء من جراء ممارسة هذه التمارين، يجب وقفها على الفور والاتصال بالفريق الطبي
<ul style="list-style-type: none"> إلى اليسار وإلى اليمين خمس مرات 	لف جذع الجسم
<ul style="list-style-type: none"> ارتفاع الكتف عشر مرات إطالة الكتف عشر مرات تراجع لوعي الكتف عشر مرات 	حزام الكتف
<ul style="list-style-type: none"> الانثناء عشر مرات التمديد والإطالة عشر مرات المباعدة عشر مرات لف وتدوير الوسط عشر مرات تدوير الجسم إلى الجانبين عشر مرات 	الكتف
<ul style="list-style-type: none"> الانثناء عشر مرات التمديد والإطالة عشر مرات 	إذا كان البر أسفل الكوع

للمزيد من المعلومات حول إعادة التأهيل الوظيفي للأطراف العلوية، يُرجى الرجوع إلى الفيديو المُعد من منظمة الإنسانية والدمج (HI) والرابطة البريطانية لأخصائيي العلاج الطبيعي المعتمدين في إعادة تأهيل مبتوري الأطراف (BACPAR):



تحسين القدرة على الحركة والاعتماد على النفس

من خلال تعليم المريض كيفية الحركة في السرير وكيفية الانتقال الآمن والاستخدام السليم للكرسي المتحرك أو أجهزة الحركة الأخرى.

الحركة في السرير: التقبّل: يعدّ التلقب في كلا الاتجاهين أمرًا مفيدًا، كما يعدّ أحد التمارين الأساسية الممتازة في المراحل المبكرة بالرغم من عدم استخدامه كثيرًا.

الاضطجاع وأخذ وضعية الجلوس: يحدث تغير في مركز الجاذبية لدى الأشخاص الذين تم بتر جزء من الفخذ لديهم، وخاصة مبتوري الجانبين نظرًا لافتقارهم إلى التوازن. يلزم إعادة توجيه المريض حول كيفية التحول من وضعية الاضطجاع لوضعية الجلوس، يمكن استخدام قوالب أو ما يماثلها من قطع أو أدوات عند القيام بهذا.

أعلى وأسفل السرير: احذر من الانزلاق وقوة القس إذا كان المريض لديه بعض الجروح أو كان جلده ضعيفًا. قد تتوفر أو لا تتوفر الشراشف التي تساعد على الانزلاق، وبالتالي يتعين عليك النظر في كيفية تقليل قوى القس والاحتكاك، قبل إغلاق الجرح أو بعد إغلاقه مباشرة، يلزم حماية الجرح بكل عناية واهتمام.

التوازن عند الجلوس: ابدأ بالعمل على التوازن عند الجلوس أثناء الجلوس في وضع مستقيم في السرير.

الوقوف: ابدأ بالاعتدال من وضعية النوم ثم الجلوس ثم الوقوف (بدعم أو بدون دعم). حاول التوازن وأنت تقف بجوار السرير بمساعدة وسيلة ما؛ يتم إخبار المريض بعدم قدرته على التوازن من جراء فقدان أحد أطرافه، أو بسبب محاولاته استخدام بقية الطرف المبتور بحكم التعود.

يعد مبتورو الأطراف أكثر عرضة للسقوط بسبب الأساسيس الهوائية المحتملة؛ وإعادة تعديل مركز الكتلة بعد فقدان جزء من الجسم وفقدان القوة؛ بالإضافة إلى تدلي جدعة الأطراف السفلية لأسفل عند الوقوف، مما قد يزيد من الوذمة والأم.

التنقلات

عند إرشاد وتوجيه المريض إلى كيفية الانتقال، يجب تعديل التعليمات بما يتوافق مع المستشفى والبيئة المحيطة عند خروجه من المستشفى:

- من غير المحتمل تعديل ارتفاع الأسرة ويجب مراعاة ذلك
- كما يجب تعليم المريض كيفية الانتقال والتحرك من الأرض في حالة استلقاء بعض المرضى على الأرض (أو المعرضون للسقوط)
- وإذا كان يتعين على المريض صعود سلالم عقب الخروج من المستشفى، فلا بد من إرشاده إلى كيفية التنقل الآمن على السلالم
- كما يجب إرشاد المريض إلى كيفية الجلوس في وضع القرفصاء لاستخدام المراحيض
- لا بد من النظر بعين الاعتبار لأي جروح توجد في منطقة الأرداف وتفاذي قوى القص في أثناء أي تنقلات وتحركات
- غالبًا ما يكون التحول جانبًا والاستلقاء على أحد الجوانب أمرًا غير مناسب بالرغم من شيوعه، وذلك يتوقف على الإصابات الأخرى
- في حالة المرضى الذين قاموا ببت طرفين أو ثلاثة، يجب النظر بعين الاعتبار لمسألة التحرك إلى الأمام/الخلف عند التقييم الأولي. فهي حركات أكثر أمانًا وسهولة ويمكن للمريض القيام بها، ويسهل عليه التوقف عنها والعودة إلى السرير في حال مواجهة أي مشكلة
- قم بتحذير المريض من الإحساس الوهمي بالطرف ميتور وإمكانية تحريكه. قد ينسى المريض أحيانًا أثناء حالة من التوهان أو تشوش الذهن - تحدث غالبًا في الليل - أنه فقد أحد أطرافه فيحاول الوقوف والمشي عليه

للحصول على عروض توضيحية تتعلق بالانتقالات الآمنة للمرضى مبتوري الأطراف في أوقات النزاعات والكوارث، يُرجى الاطلاع على الفيديو المُعد من قِبَل منظمة الإنسانية والدمج (HI) والرابطة البريطانية لأخصائيي العلاج الطبيعي المعتمدين في إعادة تأهيل مبتوري الأطراف (BACPAR):



الوصف الطبي لاستعمال أجهزة الحركة المؤقتة

تعتبر الكراسي المتحركة أجهزة ضرورية أثناء إعادة التأهيل المبكر للأشخاص الذين يعانون من بت في الأطراف السفلية في الجانبين. ومع ذلك، يشهد استخدامها في حالات بت الأطراف السفلية في جانب واحد في أوقات الكوارث بعض الجدل.

الجدل الدائر: في الأماكن ذات الدخل المرتفع، لا يُنصح باستخدام العكازات لمبتوري الأطراف من جانب واحد، ويفضل لهم استخدام الكراسي المتحركة، ويليها استخدام الأجهزة الأخرى مثل أجهزة الحركة الهوائية المساعدة بعد البت (PPAM) تليها الأطراف الصناعية. ومع ذلك، قد لا تتوافر مثل هذه الأجهزة في أوقات النزاعات والكوارث، وقد تكون مدة الإقامة في المستشفى قصيرة أو ربما يكون استخدام الكراسي المتحركة أمرًا غير مناسب في بيئة النزاعات المسلحة/الكوارث. ربما يقف المرضى في طابور طويل منتظرين حصولهم على أطراف صناعية. ما زال يُنظر لاستخدام العكازات على أنه أمر مناسب - ويتعين على أطباء العلاج الطبيعي النظر بعين الاعتبار في كلا الخيارين لمرضاهم.

إيجابيات استعمال الكراسي المتحركة

أكثر أمانًا نظرًا لـ:

- تقليل مخاطر السقوط
- تقليل فرصة خبط الجذعة في الأشياء المحيطة وتعريضها للضرر
- حماية الساق السليمة (في حالة وجود إصابات أخرى أو مرض السكري) - سيعمل الكرسي المتحرك على تقليل الضغط المتكرر على الساق السليمة، وبالتالي يقلل من فرصة تعرض تلك القدم والساق لإصابة ثانوية، مما قد يسفر عن مزيد من عمليات البت

سليات استعمال الكراسي المتحركة

- عدم القدرة على السير فوق الأرض غير المستوية أو الناعمة، مما يحد من الوصول إلى الخدمات الأساسية كما يزيد من الاعتماد على الآخرين
- عدم التوافر الدائم ومنح الأولوية لمن لا يستطيعون التنقل بدونه
- يجب تجهيز الكرسي المتحرك بحيث يؤدي الغرض منه بشكل جيد ليكون مفيداً للمريض

في حالة عدم إمكانية تفادي استخدام أجهزة المشي المساعدة (أي إذا كان الكرسي المتحرك غير مناسب أو اختار المريض استخدام العكازات بنفسه)

- تأكد من ضبط أجهزة المشي المساعدة بشكل صحيح
- أرشد المريض إلى كيفية استخدام أجهزة المشي المساعدة بشكل آمن
- أرشد المريض إلى كيفية تجنب السقوط
- اشرح للمريض مخاطر تدلي الجذعة (أي احتمالية زيادة الوذمة والألم وطول الوقت المستغرق للوصول إلى الشفاء)



يجب على الأشخاص الذين يعانون من بر في الأطراف أن يستخدموا لوحًا ساندًا للجذعة عند الجلوس على كرسي متحرك أو كرسي عادي

تقديم الدعم النفسي والتوجيه اللازم بشكل دائم

قد يعاني متوروا الأطراف من تقلبات كبيرة في حالتهم النفسية والعاطفية. ويعد تأخر استجابة المريض لهذا الحدث الأليم أمرًا شائعًا. يتعين على أطباء العلاج الطبيعي مراقبة الحالة النفسية لكل مريض خلال كل جلسة علاج والاستجابة بشكل مناسب لأي مشاكل تظهر. من خلال اليقظة والانتباه لعلامات الاضطراب النفسي أو العاطفي وتقديم الاستجابة المناسبة، يمكن لأطباء العلاج الطبيعي تعزيز استراتيجيات التأقلم الإيجابي وزيادة مشاركة المريض في عملية إعادة التأهيل. حيث إن توجيه وتوعية المريض بشكل مستمر يضمن فهمه الفعلي لمراحل عملية إعادة التأهيل بعد البر وإطاراتها الزمني، مما يحد من المخاوف وخيبات الأمل المحتملة. احرص على إشراك الأسرة والأصدقاء في عملية إعادة التأهيل إن أمكن ذلك.

تحديد الأهداف في إعادة التأهيل المبكر

إن تحديد الأهداف في إعادة التأهيل المبكر يتطلب من المعالجين الموازنة بين الأولويات التي تفرضها الأجواء التي يعملون فيها، والأهداف التي صرح بها المريض وأسرته أو مقدم الرعاية. من الواضح أن عملية إعادة التأهيل المبكر لن تلبى جميع متطلبات أو أهداف إعادة تأهيل المرضى متوروا الأطراف. إن القيود المتمثلة في الوقت ومحدودية الموارد والمرافق وزيادة الطلب على الخدمات تحد من نطاق الأهداف التي يمكن وضعها للمرضى. لكن هذا لا يعني تجاهل منظور المريض وأسرته أو مقدم الرعاية وأولوياتهم. في الواقع، تعد دراسة البيئة التي يعيش فيها المريض وتاريخه المرضي والوظيفي السابق وأهداف التعافي أمرًا شديد الأهمية للعمل بشكل تعاوني، كما أنه أمر محوري لفهم دوافع المريض واستجاباته النفسية للإصابة. يمكن أن تدعم النصائح التالية وضع الأهداف بشكل فعال في عملية إعادة التأهيل المبكر:

تقديم تعليمات واضحة ودقيقة ومتسقة للمريض وأسرته أو لمقدم الرعاية طوال جميع التفاعلات. على سبيل المثال، تقديم تعليمات حول مدة القبول بالمستشفى وعملية التعافي وإدارة الألم وأولويات خدمات إعادة التأهيل المتاحة والقبول المتعلقة بها

الترجيم بمنهج الصدق والصراحة في جميع الأوقات، ولو استحالت تنفيذ ذلك. على سبيل المثال، كن صريحاً بشأن تعليمات مدى ملاءمة استخدام الطرف الصناعي، ومدى توافر خدمات الأطراف الصناعية ودرجة احتمالية العودة إلى ممارسة أنشطة محددة. عند الشك، يُفضل ذكر كل ذلك بوضوح، وإلا وُصفت بعدم الدقة أو التضليل. المرضى بحاجة للتواصل معهم بنابع من الرحمة وبشكل فعال. كما أن مراعاة توقيت هذه المحادثات يعد أمراً مهماً ويجب ترتيب مسألة تدخل الدعم النفسي الاجتماعي أو الدعم النفسي إن أمكن

عند تحديد أهداف بسيطة للعلاج الوظيفي (العلاج الطبيعي)، من المهم شرح كيف يؤدي تراكم هذه الأنشطة إلى تحقيق إنجازات شديدة الأهمية. من أمثلة ذلك، شرح كيف يساعد تمرين الانتقال المريض على استخدام المرحاض/الاستحمام وحده، أو كيف تساهم تمارين تقوية العضلات في نجاحه في استخدام العكازات أو الأطراف الصناعية

يجب أن تكون الأهداف لها علاقة بالأجواء التي يعيش فيها المريض. اطلب من المريض وصف منزله وبيئته ومجتمعهم لضمان قيام عملية إعادة التأهيل بإمداده بالمهارات المفيدة له بعد الخروج من المستشفى. على سبيل المثال، نجد أن تعليم مهارات استخدام الكرسي المتحرك للمريض الذي يعيش في منطقة لا يمكن الدخول إليها بالكرسي المتحرك أمر غير مناسب، في حين يعد تعليمه كيفية الاستخدام الآمن للعكازات على الأسطح المنحدرة والأرض غير المستوية أو على السلام أمراً مهماً

تحقق بشكل دوري من فهم المريض وأسرته أو مقدم الرعاية لبرنامج إعادة التأهيل وأهداف العلاج. كن على استعداد لتكرار الشرح التوضيحي والتعليمات. استخدم الوسائل المكتوبة والمصورة قدر المستطاع وخصص وقتاً للأسئلة. استعن بمتجرب إن أمكن في حالة عدم القدرة على الاستيعاب بسبب اللغة

مرحلة ما قبل تركيب الأطراف الصناعية

هي استمرار لمرحلة ما بعد العملية الجراحية وتبدأ بمجرد تمكن المريض من استيعاب المعلومات المناسبة وذات الصلة التي يتضمنها هذا الجزء

أهداف مرحلة ما قبل الأطراف الصناعية هي:

1. تقييم توفير الأطراف الصناعية من عدمه
2. التحضير لاستخدام الأطراف الصناعية (حتى البت في قرار المضي قدماً أو التوقف)

الأهداف: استكمال العلاج الذي بدأ في مرحلة ما قبل وبعد العملية الجراحية وذلك بعد مراجعة خطط وأهداف العلاج

إدارة/ضغط الوذمة

التحكم في الألم

تفادي حدوث الاوجاع

تحسين عملية الشفاء

علاج الإصابات المتزامنة حسب مقتضى الحال

زيادة نطاق الحركة وقوة العضلات

تحسين الوضعية/ التوازن / الحركة/ الأداء الوظيفي

التشجيع على القيام بالأنشطة اليومية والاعتماد على النفس، وهذا يشمل الصعود والهبوط

تقديم تعليمات للمريض وأسرته بجانب الدعم النفسي

توزيع الأجهزة والمعدات وتعليم كيفية الاستخدام الآمن

الاتصال بالفريق متعدد التخصصات ومركز الأطراف الصناعية للتعرف على خطة وأهداف العلاج المستمر

التحضير للخروج والتوجه إلى وحدة أو رابطة لإعادة التأهيل

يستمر التدريب السابق لتركيب الأطراف الصناعية إلى جانب تمارين تقوية العضلات، ونطاق الحركة وتمرين التمديد والإطالة للجسم كله، بالإضافة إلى التمارين الخاصة بتقوية الجعدة التي بدأت بعد إجراء الجراحة. تقديم تمارين التوازن وتنسيق الحركات والأنشطة الوظيفية. يرجى الاطلاع على الروابط التالية:

تمارين الساق المبتورة: https://bacpar.csp.org.uk/system/files/?file=pirpagexercisestranstibial_0.pdf

تمارين عبر الفخذ: https://bacpar.csp.org.uk/system/files/documents/2018-09/pirpagexercisestransfemoral_1.pdf

تقييم مدى ملاءمة توفير الأطراف الصناعية لحالات بتر الأطراف السفلية

سيحدد الفريق متعدد التخصصات خلال مرحلة ما قبل تركيب الطرف الصناعي، جنبًا إلى جنب مع المريض (الأسرة/ مقدم الرعاية)، ما إذا كان استخدام الطرف الصناعي هو الحل الأنسب للمريض.

العوامل المؤثرة على توفير الأطراف الصناعية

- البيئة التي العيش فيها المصاب
- مستوى البتر أو وجود بتر مزدوج
- المشاكل الإدراكية: صعوبات التعلم وتذكر المعلومات الجديدة واستخدامها
- أهداف المريض الخاصة ودوافعه
- الحالة والقدرة البدنية
- الإصابات المتزامنة/الأعراض المصاحبة
- مدى توافر خدمات الأطراف الصناعية
- وجود اعوجاج شديد في الورك أو الركبة
- وجود جروح مفتوحة أو مضاعفات أخرى في الجعدة

في حالات بتر الطرف السفلي

إذا كان من الملائم تركيب الطرف الصناعي:

- التنسيق مع خدمة تركيب الأطراف الصناعية لتخطيط توفير الطرف الصناعي المطلوب
- المشاركة في مناقشة الفريق متعدد التخصصات بشأن اختيار نوع الطرف الصناعي المناسب، وتصميم المقبس (التجويف)، والمكونات والمواد المستخدمة في صنع الطرف الصناعي
- تحديث خطة العلاج والأهداف إذا لزم الأمر

إذا لم يكن من الملائم تركيب الطرف الصناعي:

- الاتصال بجهة التزويد المعنية لمعرفة ما إذا كان هناك خدمة لتوفير كرسي متحرك دائم
- المشاركة في مناقشة الفريق متعدد التخصصات بشأن خيار التنقل الأنسب لمريضك - الكرسي المتحرك أم العكازات (انظر أدناه)
- تحديث خطة العلاج والأهداف إذا لزم الأمر

في حالات بتر الطرف العلوي

في النزاعات المسلحة والكوارث، قد تكون الأجهزة الطرف الصناعية للأشخاص الذين يعانون من بتر في الأطراف العلوية محدودة بالنسبة لهم أكثر من الذين يعانون من بتر في الأطراف السفلية وقد يقتصر على أطراف صناعية (تجميلية) غير فعالة أو أجهزة طرفية غير متحركة

■ التنسيق مع وحدة إعادة التأهيل لتخطيط إجراء توفير الأطراف الصناعية اللازمة

- المشاركة في المناقشة بين الفريق لاختيار نوع الطرف الصناعي المناسب، وتصميم المقبس (التجويف)، والمكونات والمواد اللازمة لصناعة الطرف الصناعي
- تحديث خطة العلاج والأهداف إذا لزم الأمر

مرحلة تأهيل مستخدمي الأطراف الصناعية

يبدأ إعادة تأهيل مستخدمي الأطراف الصناعية منذ وقت تركيب الأطراف الصناعية، ويجب أن يوفر للمريض فهمًا جيدًا لكيفية تحقيق أقصى استفادة من الأطراف الصناعية. التعاون والعمل الجماعي عن قرب مع أخصائي تركيب الطرف الصناعي يعد مهمًا جدًا، لأن هذا الأخصائي قادر على مساعدتك في فهم كيفية عمل الطرف الصناعي. الهدف من مرحلة إعادة تأهيل مستخدمي الأطراف الصناعية هو تحقيق أعلى مستوى من الحركة واعتماد المريض على نفسه.

الهدف	يتم تحقيقه من خلال:
فهم مختلف أنواع الأطراف الصناعية وقطع الأطراف الصناعية المتاحة المناسبة لمريضك	<ul style="list-style-type: none"> فهم مناطق تحمل ضغط الجذعة التعاون عن قرب مع أخصائي الأطراف الصناعية
المدائمة على برنامج التمرين	<ul style="list-style-type: none"> فهم التمارين المناسبة لتدريب المرضى الجدد على استعمال الأطراف الصناعية الجديدة لهم
تعليم المريض كيفية استخدام الطرف الصناعي والعناية به	<ul style="list-style-type: none"> النظافة الصحية مناطق الضغط صيانة الطرف الصناعي ينبغي أن تكون قادرًا على تعليم المريض كيفية ارتداء الأطراف الصناعية وخلعها بشكل صحيح فهم وضعية الجلوس التي تتحمل أساليب الوقوف اللازمة للمرضى الذين يعانون من بر في الساق أو بر على مستوى الفخذ معرفة أوقات الحاجة إلى إجراء تعديلات على الطرف الصناعي - مثل انخفاض حجم الجذعة، بسبب انخفاض التورم أو ضمور العضلات - لضمان ملاءمة جيدة للمقبس (التجويف) ومواءمة الطرف الصناعي
التدريب على طريقة المشي	<ul style="list-style-type: none"> فهم كيف ستؤثر مستويات البر المختلفة على مكونات الطرف الصناعي اللازم، وكيف تؤثر مكونات الأطراف الصناعية المستخدمة على طريقة المشي تدريب مريضك على أن ينقل وزن جسمه بشكل جانبي تدريب مريضك على نقل وزن جسمه باتجاه أمامي واتجاه خلفي فهم مبادئ إعادة تعلم المشي لدى الشخص الذي يمشي باستخدام طرف صناعي فهم أخطاء المشي الأساسية بعد البر وإدراك التعامل الصحيح معها فهم كيف يمكن للمريض صعود السلم ونزوله إذا خضع لبر الساق أو بر على مستوى الفخذ

ينبغي حضور أطباء العلاج الطبيعي وأطباء العلاج الإزشغالي بشكل مثالي أثناء جلسات تركيب الطرف الصناعي، حيث من المفيد معرفة كيف يقف المريض بالاعتماد على الطرف الصناعي الجديد، ونوعية التغيرات التي تم إجراؤها، وكيف يتم تعليق عمل الطرف الصناعي (مرتبط بجذعة المريض) وما هي مكونات الطرف الصناعي المستخدمة. رغم أنه قد يتم إجراء التعديلات اللازمة لاحقاً فيما بعد، بسبب تغير حجم الجذع أو لحدوث ضمور في العضلات، إلا أن التدريب على الطرف الصناعي يبدأ منذ أول تركيب.

يجب أن تركز جميع أنشطة إعادة التأهيل على دعم الشخص الذي خضع للبر لتتمكن من المشاركة في أنشطة حياته الوظيفية المهمة له. لذا ينبغي أن تساهم جميع التمارين في تمكين المريض من إكمال أنشطة حياته اليومية معتمداً على نفسه بأكبر قدر ممكن. يعد دمج الأنشطة الوظيفية في إعادة التأهيل أمراً حيوياً لحصول المريض على نتائج إيجابية على المدى الطويل. يمكن أن تشمل الأمثلة على ذلك التعود على الاستحمام وارتداء الملابس، أو إعادة تخطيط كيفية إنجاز المهام المنزلية، أو إدراج نشاط المشي لمسافات طويلة إذا كان المريض بحاجة إلى الوصول إلى أماكن بعيدة، أو ركوب الدراجة، أو قيادة السيارة، أو القيام بأعمال البستنة أو الزراعة. يمكن استخدام أجهزة مساعدة لدعم الاستقلال الوظيفي حين لا يكفي إعادة التأهيل وحده أو استخدام الطرف الصناعي في إنجاز المهمة المطلوبة. تظهر أهمية ذلك في حالات البر في الأطراف العلوية، والتي على الأرجح ستترك لدى الشخص المصاب إعاقة وظيفية بدرجة ما.

في النزاعات المسلحة والكوارث، يجب دائماً إعطاء الأولوية لوضع مهارات وظيفية آمنة ومستقلة (ليعتمد المصاب على نفسه) تساعد في خروج المريض من المستشفى باطمئنان دون قلق عليه، وذلك من خلال وضع أهداف سريرية أكثر تحميماً يمكن تناولها في تجهيزات وإعدادات إعادة التأهيل في البيئات عالية الموارد.

الوصفة الطبية لجهاز التنقل الدائم:

سيحتاج العديد من المرضى طوال بقية حياتهم إلى استخدام أدوات المشي أو أجهزة الأطراف الصناعية أو الكراسي المتحركة (يشار إليها أيضًا باسم "أجهزة الحركة"). لذلك يجب أن تلبى هذه الأجهزة متطلبات كل مستخدم وبيئته، وتوفر الملاءمة والمواءمة والدعم بالشكل المناسب، وتلبي المبادئ الميكانيكية الحيوية السليمة، وأن تكون آمنة ودائمة وميسورة التكلفة وقابلة للصيانة في بلد المستخدم. ويجب توفرها دائماً إلى جانب إعادة التأهيل البدني والتدريب المناسبين. ومن ثم فإن أفضل الخدمات التي توفرها أجهزة التنقل المصممة للاستخدام على المدى الطويل هي أفضل الخدمات المحلية التي يمكنها تكييفها مع السياق المحلي وتظل متاحة للمتابعة، مما فيها صيانة هذه الأجهزة و/أو استبدالها.

الكراسي المتحركة

يمكن استخدام الكراسي المتحركة لتعزيز الحركة وتحسين الاعتماد على النفس حتى:

- يتسلم الشخص طرفه الصناعي
- كوسيلة تكمل عمل الأطراف الصناعية لاستخدامها في مواقف وأنشطة الحياة اليومية المختلفة
- إذا كان من غير المرجح أن يكون الشخص مرشحاً لإعادة تأهيل الأطراف الصناعية

بالنسبة للمستخدمين (المؤقتين والدائمين)، يجب أن يكون الكرسي المتحرك آمناً ومتيناً ويوفر الدعم المناسب والوضع المناسب، مما في ذلك لوحة إسناد الجذعة للعرض الذين يعانون من بتر في الساق، علاوة على وجود وسادة لتخفيف الضغط. في مرحلة التأهيل المبكر، يجب تشجيع استخدام كرسي متحرك للتنقل مع التقليل من تشجيع استعمال الأدوات المساعدة على المشي (كالعكاز)، ما لم يكن هناك ضرورة لذلك. لذا يجب تعليم جميع المرضى الذين عانوا من بتر مهارات استعمال الكراسي المتحركة كجزء من برنامج إعادة التأهيل.

ضبط وتركيب الكرسي المتحرك وتدريب مستخدمه

بالنسبة لمستخدمي الكراسي المتحركة الدائمة، من المهم أن يتم الانتهاء من ضبط وتركيب الكرسي المتحرك بشكل صحيح قبل إكمال تدريب المستخدم (وهو أمر أكثر شمولاً في هذه المرحلة من تدريب مستخدمي الكراسي المتحركة المقدم في مرحلة التأهيل المبكر). يرجى الاطلاع على الروابط التالية: اعتبارات اختيار الكراسي المتحركة لمبتوري الأطراف:

<https://www.motivation.org.au/limesquare/wp-content/uploads/2018/01/FJ-Wheelchairs-for-Amputees-REVA.pdf> و

منظمة الصحة العالمية - برنامج التدريب على مهارات استعمال الكرسي المتحرك - الدليل المرجعي الأساسي للمشاركين:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78236/9789241503471_reference_manual_eng.pdf

تحقق مما يلي أثناء تركيب الكرسي المتحرك:

- أن يكون الكرسي المتحرك بالمقاس الصحيح، وقد تم إجراء جميع تعديلات الضبط اللازمة، مثل توفير لوحة سائدة للجدعة للمرضى الذين خضعوا لعملية بتر في أحد الأطراف. قد يحتاج المرضى الذين خضعوا لعملية بتر عالي المستوى أو بتر مزدوج إلى وضع محور العجلة الخلفية خلف مستوى أكتافهم لتقليل خطر إمالة الكرسي المتحرك
- أن يدعم الكرسي المتحرك والوسادة مستخدم الكرسي المتحرك للجلوس في وضعية مستقيمة؛ و
- أن يخفف الكرسي المتحرك الضغط بشكل فعال

قم بتنفيذ تركيب الكرسي المتحرك بالترتيب التالي:

- فحص الحجم وضبط التعديلات
- فحص الوضعية
- فحص الضغط
- تحقق من الراحة والملاءمة أثناء تحرك مستخدم الكرسي المتحرك

أثناء تدريب الشخص على استخدام الكرسي المتحرك، فإن أهم ستة أشياء يجب تذكره هي:

- كيفية التعامل مع الكرسي المتحرك، بما في ذلك كيفية استخدام الفرامل وتحريك ألواح القدم ومساند الذراع
- كيفية انتقال الشخص من الأرض إلى الكرسي، ومن الكرسي إلى السرير، ومن السرير إلى الكرسي، والدخول إلى / أو الخروج من الكرسي المتحرك وكيفية دفعة للتحرك به بأمان
- التنقل على كرسي متحرك - بما يتناسب مع احتياجات المستخدم
- كيفية تفادي حدوث تقرحات بجسم المستخدم بسبب كثرة الضغط عليه وماذا تفعل إذا تفاقمت هذه التقرحات
- كيفية العناية بالكرسي المتحرك والوسادة في المنزل
- ماذا تفعل إذا ظهرت مشكلة

لضمان نجاح تدريب مستخدمي الكراسي المتحركة:

- اكتشف ما يعرفه مستخدم الكرسي المتحرك بالفعل
- اشرح واعرز المعلومات ثم اترك مستخدم الكرسي المتحرك يمارسها بنفسه أمامك.
- استخدم لغة يفهمها الجميع
- اجعل مستخدم الكراسي المتحركة يتعلمون ويستفيدون بعضهم من بعض كشكل من دعم الأقران
- استخدم مهارات تواصل جيدة
- كن مشجعاً

الأطراف الصناعية

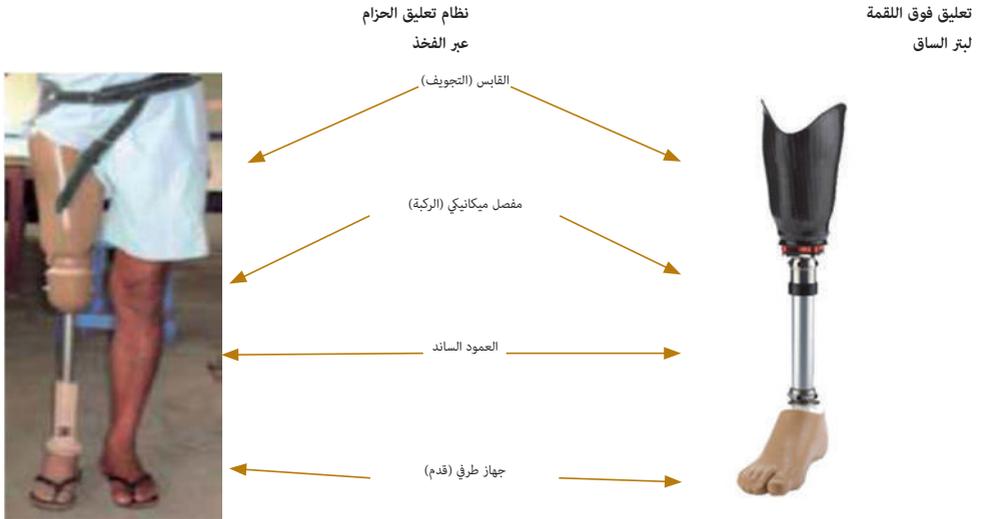
رغم أن تركيز هذا الفصل ينصب على التأهيل المبكر، نظرًا لأن الأطراف الصناعية غالبًا ما تكون هدفًا نهائيًا لإعادة التأهيل المبكر، إلا أنه من المهم فهمها جيدًا. الطرف الصناعي هو جهاز يُستعمل خارجيًا ويُستخدم كبديل تعويضي لجزء الأطراف الغائب أو الناقص كليًا أو جزئيًا. رغم اختلاف أنواع الأطراف الصناعية، من حيث المكونات والمواد وطرق العمل المختلفة، لكن جميعها يخدم نفس الهدف: وهو دعم الوظيفة، وتوازن الجسم، وسهولة الاستخدام، والجلد الاصطناعي المثالي، من أجل استعادة الشخص لمظهره قدر الإمكان، وجودة الحياة والاعتماد على النفس.

تشتمل مكونات الأطراف الصناعية على المقبس (التجويف والوصلة بين الشخص المصاب بالبر والطرف الصناعي)، والأجهزة الطرفية (عبارة عن قدم للأطراف السفلية واليدين/ أو خطافات للأطراف العلوية)، ومفاصل ميكانيكية (للركبة والورك والمعصم والكوع والكتف)، والعمود الماسك (الذي يسمح بتعديل طول الطرف الصناعي) ونظام التعليق (إبقاء الطرف الصناعي مرتبطًا بالجسم).

يعتبر المقبس (التجويف) أهم مكون في الطرف الصناعي، حيث إنه يحدد راحة المستخدم وقدرته على التحكم في الطرف الصناعي. يمكن أن تكون الأطراف الصناعية للأطراف العلوية "موجهة حسب حركة الجسم"، حيث يتم في هذه الحالة التحكم في الجهاز الطرفي من خلال حركات الكتف نفسه والتي يتم التقاطها بواسطة نظام تسخير، أو تكون مجرد أطراف مظهرية "تجميلية"، لا توفر أي من إمكانيات الإمساك الفعالة.

تتراوح مكونات الأطراف الصناعية من مستويات التعقيد الأساسية إلى المتقدمة. في النزاعات المسلحة والكوارث، فإن المكونات الأكثر استخدامًا توفر الوظائف الأساسية والراحة للمستخدم وعادةً ما تكون مصنوعة من مجموعة محدودة من المواد. هذه المكونات الأساسية منخفضة التكلفة نسبيًا وقد تتضمن مفاصل الركبة البسيطة وأقدام الكعب المبطن (قدم SACH) واليدين الصناعيين والخطافات غير الفعالة.

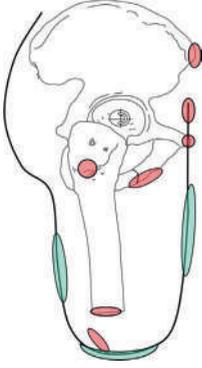
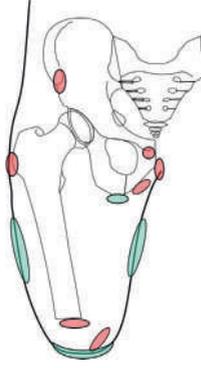
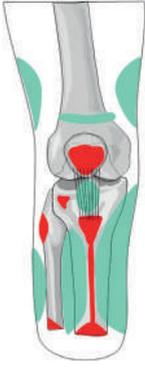
في النزاعات المسلحة والكوارث، من المعروف أن توفير الأطراف الصناعية يتم بأفضل شكل ممكن من خلال مقدمي الخدمات الوطنيين أو المنظمات الدولية غير الحكومية طويلة الإقامة، مثل اللجنة الدولية للصليب الأحمر أو منظمة الإنسانية والدمج (HI). وهذا أمر حيوي لأن الأطراف الصناعية تتطلب إعادة تعديل وضبط تركيب منظم لضمان أن التقنية المستخدمة مناسبة ومستدامة.



يتعاون كل من أطباء العلاج الطبيعي وأطباء العلاج الإثنشغالي عن قرب مع أخصائي الأطراف الصناعية، وينبغي أن يصبحوا بارعين في المجالات التالي ذكرها، إذا عملوا بانتظام مع أشخاص خضعوا لعملية بتر:

- ملائمة ومواءمة الطرف الصناعي؛ لتكون قادرًا على تقييم ما إذا كان هناك أي انحراف في المشية و/أو ألم ناتج عن ضعف التوافق والمواءمة
- وظائف مكونات الأطراف الصناعية المختلفة؛ أن تكون قادرًا على تعليم المريض كيفية استخدام الطرف الصناعي بشكل صحيح وتطبيق استراتيجية تدريب المشي الصحيحة
- ارتداء الأطراف الصناعية وتركيبها بشكل صحيح
- كيفية ضبط تغير المقاس وماذا تفعل إذا كان المقيس (التجويف) موضوعًا بشكل غير مريح
- تحديد مناطق الضغط الحساسة ومناطق تحمل الجدة
- يجب معالجة أي احمرار يظهر في المناطق الحساسة لمدة تزيد عن عشر دقائق من قبل أخصائي الأطراف الصناعية

المناطق الحساسة للضغط (باللون الأحمر) والمناطق التي تتحمل الضغط (باللون الأخضر)

بتر على مستوى الفخذ		بتر الساق	
عرض جانبي	عرض أمامي	عرض جانبي	عرض أمامي
			

خطة الخروج من المستشفى

في النزاعات المسلحة والحوادث، قد يصدر في أي وقت قرار خروج المريض من الرعاية الحادة/رعاية المرضى الداخليين. يجب أن يبدأ تخطيط الخروج خلال مرحلة ما قبل الجراحة، حين تكون وجهة الخروج معروفة للشخص بأكبر قدر ممكن من التفاصيل. بعدما تصبح القدرات الوظيفية للمريض مستقرة بشكل أفضل، سيصبح من الممكن تقييم الأجهزة المساعدة المطلوبة لخروجه من المستشفى. يجب النظر بعناية في كيفية تسهيل اعتماد الشخص على نفسه في أنشطة الحياة اليومية، لدعم الحصول على أفضل نتائج على المدى الطويل وتقليل العبء على مقدم الرعاية. أهداف مرحلة ما بعد إعادة التأهيل هي:

- تسهيل الخروج الآمن من المستشفى للمرضى الداخليين و/أو رعاية إعادة التأهيل
- لضمان جودة تدريب المرضى الذين خضعوا لعمليات بتر أطراف وتدريب مقدمي الرعاية بشأن الإدارة طويلة المدى وأين ومتى يطلبون المساعدة
- لضمان إحالة المريض ومقدم الرعاية إلى جميع خدمات الدعم اللازمة

الهدف	يتم تحقيقه من خلال:
تحديد الوجهة التي سيتم التوجه إليها عند الخروج من المستشفى	<p>ناقش مع المرضى إلى أين سيتوجهون بعد الخروج من المستشفى:</p> <ul style="list-style-type: none"> مركز تأهيل مرضى داخليين/ مرضى خارجيين، منزل خاص/ مسكن خاص، مخيم/ مأوى مؤقت هل وجهة التفرغ تعاني من أضرار / أمانة / يمكن الوصول إليها / داعمة بشكل كاف؟
تحديد الأجهزة المساعدة المطلوبة للخروج من المستشفى	<ul style="list-style-type: none"> تأكد من أنه يمكن توفير أي جهاز محليًا واستمرار توفيره تأكد من تثقيف المريض بشكل مناسب بشأن الاستخدام الآمن للأجهزة
تأكد من تمكن المريض من التواصل مع منظمات الإعاقة أو شبكات دعم الأقران، حيثما كان ذلك متاحًا	<ul style="list-style-type: none"> إحالة المريض إلى الشبكات المتاحة محليًا أو على الأقل تقديم معلومات عنها له
ضمان تلبية احتياجات المأوى والحماية والصرف الصحي والنظافة العامة الصحية (الغسل) للمريض	<ul style="list-style-type: none"> راجع الخدمات المحددة في حالة وجود مخاوف مع توفر الخدمات
تأكد من تلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية للمريض	<ul style="list-style-type: none"> راجع خدمات الدعم النفسي والاجتماعي المستمرة إذا لزم الأمر وتأكد أنها متاحة
تأكد من حصول المريض على الدعم المعيشي و/أو إعادة التدريب المهني له	<ul style="list-style-type: none"> إحالة المريض إلى الدعم المتاح محليًا أو على الأقل تقديم معلومات له حوله

تؤثر عدة عوامل على توقيت خروج المريض من المستشفى. يجب على أطباء العلاج الطبيعي أن يدركوا أن قرار خروج المريض قد يصدر بمجرد أن يكون الجراح راضيًا عن درجة التئام الجروح، وقد تحدث غالبية إعادة التأهيل كمرضى خارجي. في حالات أخرى، سيظل المرضى داخل المستشفى ينتقلون رعاية الحالات الحادة حتى يصبحوا مستعدين للانتقال إلى إعادة تأهيل المرضى الداخليين. من الواضح أن توقيت الخروج من رعاية المرضى الداخليين سيكون له تأثير مباشر على تخطيط الخروج والاحتياجات.

مرحلة ما بعد التأهيل

عندما يخرج الأشخاص الذين خضعوا لعملية بتر من إعادة التأهيل، يجب تدريبهم بالكامل على كيفية العناية بالأطراف الصناعية والجدعة. يجب أن يكون هذا جزءًا لا يتجزأ من برنامج إعادة التأهيل منذ بدايته ويجب أن يشمل مقدمي الرعاية قدر الإمكان. يمكن توزيع المنشور الذي يشرح بالتفصيل النصائح المقدمة أثناء إعادة التأهيل ويقترح تمارين يجب إجراؤها في المنزل على مبتوري الأطراف لمساعدتهم على تذكر ما يجب فعله. يجب أن يكون المرضى قادرين أيضًا على الحصول على خدمات المتابعة المناسبة والعودة إلى المركز إذا ظهرت لديهم مشاكل في الأطراف الصناعية.

يجب أن تحتوي نشرة المريض على المعلومات التالية:

● كيفية ارتداء وخلع الطرف الصناعي

● رعاية الجذعة

● رعاية الأطراف الصناعية (أو الكراسي المتحركة)

● التضميد

● أين تذهب وماذا تفعل إذا واجهت أي مشاكل في الطرف الصناعي أو الكرسي المتحرك

● إرشادات حول أي أجهزة مساعدة متوفرة

النقاط الرئيسية

● من الضروري اتباع أسلوب الفريق متعدد التخصصات، بما في ذلك خدمات المرضى والخدمات المحلية، حسب توفرها، لضمان إعادة تأهيل

الشخص الذي يعاني من البر على نحو فعال وبفعالية

● إن بر الأطراف المؤلم من شأنه أن يغير حياة الفرد إلى حد كبير؛ فهو لا يؤدي إلى إحداث تغييرات بدنية غير قابلة للتعديل فحسب، بل قد يؤدي

أيضاً إلى إحداث تأثير نفسي خطير

● لاستخدام الأطراف الصناعية على النحو الأمثل، ينبغي ألا يظهر على الطرف المتضرر أي تشوه أو انكماش إضافي وينبغي أن يكون خاليًا من الألم

● يؤدي إعادة التأهيل المبكر إلى إمكانية نجاح الأطراف الصناعية بشكل أكبر. كلما طال التأخير، زاد احتمال حدوث مضاعفات، مثل الانقباضات

المشتركة والضعف العام والحالة النفسية المكتئبة. لكن مع ذلك، فإن اتباع نهج مرن هو أمر مهم أيضاً للتكيف مع الإصابات المترتبة و/أو التأثير

النفسية

● يجب أن يتذكر أطباء العلاج الطبيعي وأطباء العلاج الانشغالي أن إعادة تأهيل الأطراف الصناعية تسير وفق عملية منطقية وتتبع سلسلة من:

ارتداء الطرف الصناعي، وضمان ملائمة ومواءمة الأطراف الصناعية المناسبة، والانتقال من وضع الجلوس إلى الوقوف، وتعليم المريض طريقة

المشي (مرحلة الوقوف، ومرحلة التآرجح والمهام الوظيفية)

المراجع الرئيسية

- حزمة التدريب على خدمة الكراسي المتحركة: الدليل المرجعي الأساسي. منظمة الصحة العالمية
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78236/9789241503471_reference_manual_eng.pdf
- المبادئ التوجيهية السريية لإدارة العلاج الطبيعي قبل وبعد الجراحة للبالغين الذين خضعوا لعملية بت في الأطراف السفلية
BACPAR (2016) https://bacpar.csp.org.uk/system/files/bacpar_guidelines_nice_35_lr.pdf
- إدارة إصابات الأطراف أثناء الكوارث والنزاعات المسلحة. جنيف: اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 2016.
[/https://icrc.aeducation.org](https://icrc.aeducation.org)
-

الفصل 7

الفصل 7: إعادة التأهيل المبكر لإصابات الدماغية المكتسبة

الأهداف:

بنهاية هذا الفصل، سيكون بوسعك:

- إظهار المعرفة الأساسية لإصابة الدماغ المكتسبة (ABI)
- قم بإجراء تقييم أساسي لمريض يعاني من إصابة الدماغ المكتسبة ABI
- وضع قائمة تحديد مشكلات لمريض يعاني من إصابة الدماغ المكتسبة ABI
- وضع وتقديم خطة إعادة تأهيل أساسية لمريض يعاني من إصابة الدماغ المكتسبة ABI



الفصل 7:

إعادة التأهيل المبكر لإصابات الدماغ المكتسبة

مقدمة

تُعد إصابة الدماغ المكتسبة (ABI) من أحد الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز في حالات النزاع أو مناطق الكوارث. يمكن أن تتراوح إصابات الدماغ من إصابة مؤقتة خفيفة إلى اعتلال شديد مدى الحياة. في هذا الفصل، نشير إلى إصابة الدماغ المكتسبة ABI على أنها أي إصابة في الدماغ والتي لم تكن موجودة عند الولادة أو مورثة. يمكن تقسيم إصابات الدماغ المكتسبة إما إلى إصابة دماغية رضية أو غير رضية. على سبيل المثال، يمكن لإصابة الدماغ غير الرضية أن تحدث بسبب نقص إمدادات الدم إلى الدماغ، كما هو الحال في السكتة الدماغية، أو بسبب مرض معدٍ، مثل التهاب السحايا. تحدث الإصابة الدماغية الرضية بواسطة قوى خارجية، مثل طلق ناري أو جرح شديد.

في النزاعات والكوارث، من المرجح أن يرى المتخصصون في إعادة التأهيل أنواعًا مختلفة من إصابات الدماغ المكتسبة، سواء كانت رضية أو غير رضية. تزيد النزاعات والكوارث من إمكانية حدوث إصابات الدماغ المكتسبة، سواء من خلال الأشخاص المصابين بشكل مباشر، وعلى المدى الطويل حيث تمنع أنظمة الرعاية الصحية المعطلة الأشخاص من الوصول إلى أديتهم المعتادة. على سبيل المثال، قد يمنع النزاع الطويل أو تدمير الطرق بسبب الزلازل توزيع الأدوية الخافضة للضغط، مما يؤدي إلى زيادة حدوث السكتة الدماغية.

في النزاعات والكوارث، قد ترى إصابات في الدماغ ناتجة عن طلقات نارية أو ضربة في الرأس أو إصابة نافذة، مثل الشظايا المخترقة للجمجمة أو إصابة ناتجة عن التباطؤ السريع في حادث سيارة. يمكن أن تتسبب الموجات الصدمية من الانفجارات، مثل القنابل أو حطام الانفجار، بتلف في الدماغ وجروح بالدماغ مفتوحة أو مغلقة. إن الأطفال عرضة بشكل خاص لإصابة الدماغ نتيجة للانفجارات، بسبب حجمهم وضعفهم النسبي، مثل جلد أرق وعظام جمجمة أكثر نعومة. تشمل الأسباب الغير رضية لإصابة الدماغ تلك التي نراها في حالات النزاع ومواقع الكوارث الملاريا الدماغية والتهاب السحايا والسكتة الدماغية المتعلقة بأمراض القلب والأوعية الدموية أو الخلايا المنجلية والأورام التي تسبب الضغط على الدماغ أو الاقتراب من الغرق. هناك العديد من المصادر المحتملة لإصابة الدماغ ولكن يجب ألا تعتبر هذه الأمثلة قائمة شاملة لجميع الأسباب المحتملة.

في المناطق التي تعطل بها خدمات الرعاية الصحية بشدة أو تتطور بشكل سيئ قبل الأزمة، من غير المرجح أن يعيش الأشخاص الذين يعانون من إصابات دماغية شديدة، في حين أن أولئك الذين يعانون من إصابات أقل حدة قد يتم تفويتهم عندما تكون حالات الطوارئ أو الإصابات الجماعية طاغية على الخدمات الصحية المتاحة. لذلك، في الأغلب يقوم أخصائيو إعادة التأهيل بعلاج إصابات الدماغ الخفيفة ومتوسطة الشدة.

يجب أن يكون جميع المتخصصين في إعادة التأهيل الذين يعملون في النزاعات والكوارث قادرين على توفير معلومات الرعاية اللاحقة للمرضى الذين يعانون من إصابات دماغية خفيفة أو إصابات دماغية مشتبها فيها، بما في ذلك كيفية التعرف على علامات التدهور. غالبًا ما يكون إعادة تأهيل إصابة الدماغ المكتسبة معقدًا بسبب وجود إصابات متعددة، مثل كسور الجمجمة (وغيرها) المقتربة بها، والجروح المفتوحة والإصابات الداخلية. يمكن تطبيق مبادئ التقييم والعلاج الموضحة في هذا الفصل على جميع العروض التوضيحية لإصابة الدماغ المكتسبة.

عادة ما يكون الشلل الدماغى ناتجًا عن تلف في الدماغ قبل أو عند الولادة ويتميز بالحركة المضطربة. إن إعادة التأهيل لها دور مهم تؤديه. لم يتم تصنيف الشلل الدماغى كإصابة دماغية مكتسبة وبالتالي لم يتم تناوله في هذا الفصل. تتوفر موارد عبر الإنترنت لإرشادك، مثل

https://www.physio-pedia.com/Managing_Children_with_Cerebral_Palsy

تحتاج إصابة الدماغ المكتسبة في الدماغ النامي لطفل رضيع أو طفل صغير نفس احتياجات إعادة التأهيل للشلل الدماغى. في تلك الحالات، يكون من الأفضل أن تستخدم الموارد الخاصة بالأطفال لإرشادك.

عرض توضيحي لإصابة الدماغ المكتسبة في النزاعات والكوارث

في النزاعات والكوارث، ستؤثر بعض العوامل على نهج المتخصص في إعادة التأهيل لتقييم وعلاج المريض المصاب بإصابة الدماغ المكتسبة. يرجى الرجوع إلى الفصل 3 من هذا الدليل لمعرفة العوامل العامة التي يمكن أن تؤثر على رعاية إعادة التأهيل الخاصة بك، ومع ذلك، يرجى مراعاة النقاط التالية الخاصة بإصابة الدماغ المكتسبة:

الجوانب السلوكية: حيث أن إصابة الدماغ يمكن أن تؤدي بشكل مباشر إلى تغييرات في السلوك وخفض تثبيطي (مثل إصابة الفص الجبهي)، يمكن أن تظهر ردود الفعل في النزاعات أو الكوارث تجاه التجارب المؤلمة كتغيرات في السلوك أو التعبير. يمكن أن تختلف التفاعلات الاجتماعية والتعبير عن العواطف أيضًا عبر الثقافات، وقد يتم تقويت التغييرات إذا كنت تعالج مريضًا من خلفية ثقافية مختلفة. اسأل أحد أفراد الأسرة عما إذا كانت تفاعلات الشخص قد تغيرت منذ الإصابة، وكيف.

الملف الشخصي للمصاب بإصابة الدماغ المكتسبة: من المرجح أن يموت المرضى الذين يعانون من إصابات دماغية كارثية بسبب التوافر المحدود لجراحة الأعصاب والعناية التنفسية. وأيضًا فإن المرضى الغير واعين يكونوا غير قادرين على طلب المساعدة، وبالتالي في الزلازل، على سبيل المثال، قد يكونون آخر من يتم سحبهم من تحت الأنقاض. من المرجح أن تقوم بفحص المرضى الذين يعانون من الإصابات الدماغية الخفيفة والمتوسطة. عادةً ما يتم صرف هؤلاء الأفراد بسرعة لأن الطلب على أسرة المرضى الداخليين في المستشفى يكون مرتفع. تأكد من أنك على دراية بعلامات التدهور في إصابة الرأس (سيتم شرح علامات التدهور هذه لاحقًا في هذا الفصل) ويمكن أن تشرحها للمريض ومقدم الرعاية قبل خروجهم.

جراحة الأعصاب: إذا كنت تعمل في منطقة تتوفر فيها جراحة الأعصاب مع دعم الرعاية اللاحقة، فلاحظ أنه غالبًا ما تكون هناك اعتبارات وموانع خاصة تتعلق بوضع المريض ودعم التنفس وعوامل أخرى. اعمل فقط ضمن نطاق ممارستك وتلقي الإرشاد دائمًا من الفريق الطبي في هذه المواقف.

التشريح

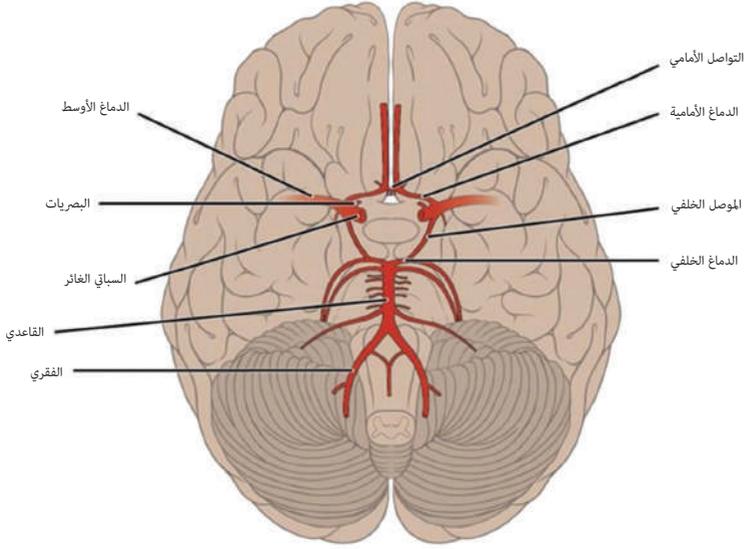
يتطلب التفكير السريري في إصابة الدماغ المكتسبة فهمًا للتشريح الأساسي للدماغ؛ في حالة عدم وجود صور، يمكن أن تعطي الأعراض مؤشرًا على الموقع ومدى الإصابة، في حين أن أي معلومات حول الإصابة يمكن أن تخبرك ببعض الأعراض التي يجب توقعها ومشاهدتها.

يتكون الدماغ من الجانبين الأيمن والأيسر (نصفي الدماغ)، والتي تتواصل عبر المسالك العصبية المعروفة باسم الجسم الثفني. لكل جانب أربعة فصوص: أمامية وزمنية وقذالية وجدارية. في قاعدة الدماغ، يقع جذع الدماغ الذي يتكون من النخاع المستطيل الجسر والدماغ المتوسط. يتواجد المخيخ وراء ذلك.

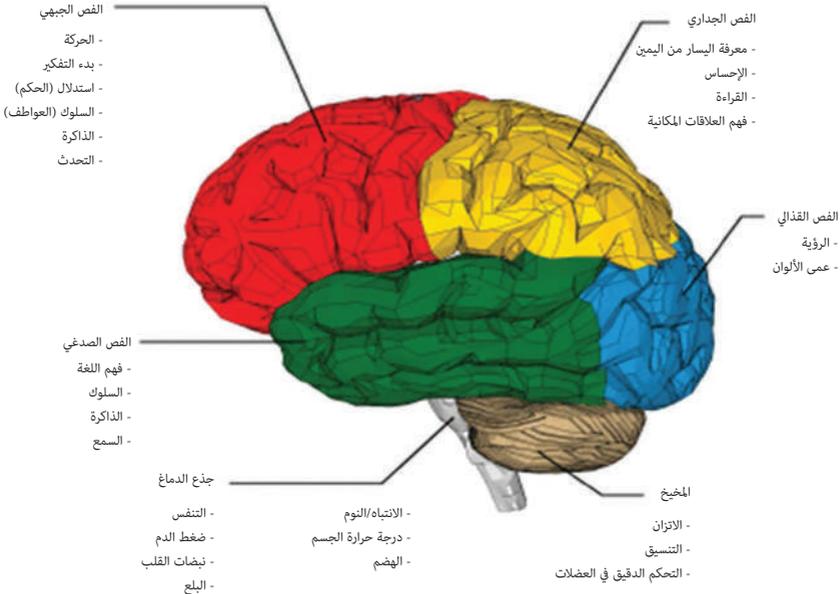
الغُرف، والتي تسمى البطينات، داخل الدماغ تصنع السائل الدماغى الشوكي، والذي يدور بين البطانات الخارجية الواقية لتوسيد الدماغ. يحتوي الدماغ على ثلاث طبقات حماية (السحايا): الأم الجافية الخارجية بين الدماغ والجمجمة. الأم العنكبوتية في الوسط؛ وطبقة الأم الحميمية الأقرب إلى الدماغ.

يشكل تدفق الدم إلى الدماغ من الشرايين السباتية والفقارية الداخلية حلقة في قاعدة الدماغ (دائرة ويليس) تحمي الدماغ عندما يصبح شريان الإمداد مسدودًا. الفروع الطرفية من هذه الدائرة تزود مناطق الدماغ وقد يؤدي الانسداد في هذه الفروع، على سبيل المثال السكتة الدماغية، إلى تلف الأنسجة. يتم التحكم في الضغط في الجمجمة (الضغط داخل الجمجمة (ICP)) لضمان إمدادات الدم الكافية لأنسجة المخ. تؤدي صدمة أنسجة الدماغ إلى زيادة الضغط داخل الجمجمة، مما قد يتسبب في المزيد من تلف الأنسجة.

الشكل البياني 1: دائرة ويليس



الشكل البياني 2: مناطق ووظائف الدماغ



تصنيف إصابات الدماغ المكتسبة

توجد أنظمة متعددة لتصنيف إصابات الدماغ في النزاعات والكوارث، من غير المحتمل أن تتمكن أنت أو مريضك من الوصول إلى العديد من أنواع الفحوص، مثل التصوير بالرنين المغناطيسي أو التصوير المقطعي، التي عادة ما تندر أنظمة التصنيف؛ ومع ذلك، لا يزال من المفيد الحصول على المعرفة حول التصنيف. يمكن وصف إصابات الدماغ من خلال سببها، أو منطقة الدماغ المعنية أو تطور الإصابة. في النزاعات والكوارث، من المهم التركيز على الحصول على إجابة لثلاثة أسئلة أساسية:

هل إصابة الدماغ المكتسبة رضية أم غير رضية؟ يمكن اكتشاف ذلك من خلال آلية الإصابة، إما من المريض نفسه، أو ملاحظاته الطبية، عند التسليم أو من أحد أفراد الأسرة أو مقدم الرعاية. قد يكون لهذا آثار على الإصابات المحتملة والحالة العاطفية للمريض واستعداده للانخراط في إعادة التأهيل المبكر

هل إصابة الدماغ المكتسبة مفتوحة أم مغلقة؟ ينبغي أن يكون لدى المريض، مقدم الرعاية أو تحتوي ملاحظاته الطبية على هذه المعلومات. احذر من وضع افتراضات - قد يكون لدى المريض ضمادات وعصابات حول رأسه بسبب تمزق فروة الرأس، ولكن قد تكون إصابة الرأس نفسها مغلقة. قد يكون لهذا آثار على استقرار المريض والتنظيف الذي يجب عليك تقديمه حول التوضع والعناية بالضغط

هل إصابة الدماغ أولية أم ثانوية؟ تشير الأولية إلى الإصابة الأولية، التي يمكن أن تكون مؤلمة أو غير مؤلمة، بينما الثانوية تعني استجابة مستمرة للإصابة الأولية، مثل التورم أو ارتفاع الضغط داخل الجمجمة أو النوبة أو العدوى. قد تتمكن من الحصول على هذه المعلومات من تقييمك الشخصي، ولكن من المحتمل أنك ستحتاج إلى التحقق من الملاحظات الطبية أو التحدث مع الفريق الطبي. إذا كان تاريخ إصابة المريض غير واضح، فقد يكون لذلك آثار على توفير التنظيف بشأن تشخيص التعافي ووضع خطة علاجية دقيقة

شدة إصابة الدماغ المكتسبة:

توجد العديد من الأنظمة لتصنيف شدة إصابة الدماغ. إن أداة "التنبه، اللفظي، الألم غير المستجيب" (AVPU) هي تبسيط لمقياس غلاسكو للغيبوبة (GCS)، والذي يمكن استخدامه بسرعة ودقة في حالات النزاع أو الكوارث. يرجى الرجوع إلى الفصل 3 لمزيد من المعلومات حول كيفية استخدام هذه الأداة.

عندما يكون الورم الدموي (النزيف) موجوداً في إصابة الدماغ الرضية، يمكن أيضاً وصف الإصابة من خلال مكان النزيف، إما فوق (خارج الجافية) أو تحت (الجافية) الأم الجافية، أو بطانة الدماغ. من المحتمل أن تحصل على هذه المعلومات فقط إذا كان تصوير الدماغ متاحاً. تتسبب الأورام الدموية في إصابة الدماغ من خلال الضغط الذي يمارس على المناطق المحيطة، مما يقطع إمدادات الأكسجين. إنها شائعة في المناطق الأمامية والصدغية حيث يتم دفع الدماغ تجاه المناطق البارزة في الجمجمة.

عليك أن تعلم أن هناك علامات متعددة لإصابة الدماغ، بما في ذلك النزف داخل الدماغ، أو إصابة الاعتلال العصبي المحوري، أو نزف تحت العنكبوتية أو السكتة الدماغية. يجب أن يسترد نهجك في إعادة التأهيل دائماً معلومات من الفريق الطبي وتقييم شامل والعمل ضمن نطاق ممارستك.

الإصابات ذات الصلة التي يجب أن تكون على علم بها:

كسور الجمجمة

كما هو الحال مع عظام الجسم الأخرى، يمكن أن تتراوح كسور الجمجمة من بسيطة، بدون كتل أو نتوءات واضحة، إلى أكثر تعقيداً، حيث قد يكون شكل الجمجمة مشوهاً بشكل ملحوظ. قد تكون الكسور في الجمجمة أيضاً مفتوحة أو مغلقة (راجع فصل الكسور). تحمل الكسور المفتوحة مخاطر عالية للعدوى الثانوية. ينبغي أن تدرك أن الكسور في قاعدة الجمجمة قد تتوافق مع تسرب سائل أصفر باهت أو لزج (CSF) من الأذنين أو الأنف ويمكن أن تؤدي إلى عدوى، مثل التهاب السحايا، في المستقبل. علامات وأعراض كسر الجمجمة: نزيف، ألم، تورم، تشوه وكدمات في الوجه. يمكن أن تشمل الكدمات خلف الأذنين أو وجود عيون سوداء؛ من الأفضل مراجعة الكدمات بشكل متكرر.

الانتكاس

يمكن أن تسوء أي إصابة في الرأس، سواء كانت خفيفة أو معتدلة أو شديدة، حيث يتضخم الدماغ المصاب ويخلق المزيد من الضغط والمزيد من الضرر. تذكر أنه في المرضى الذين يعانون من إصابات أخرى، مثل إصابة الحبل الشوكي أو كسور متعددة، قد يتم تجاهل إصابة خفيفة في الدماغ في البداية وقد لا يتم ملاحظة الأعراض إلا في وقت لاحق من العلاج أو بعد الخروج من المستشفى. إنه من المهم تعليم أفراد الأسرة علامات التدهور التي يجب الانتباه إليها، وأن عليهم العودة إلى الطبيب إذا اشتبهوا في أن الشخص يزداد سوءاً. إذا كان المريض مفرداً، أو انفصل عن الأصدقاء أو العائلة، فيجب وضع خطط بديلة للمراقبة، مثل إبلاغ الجار أو نقطة الاتصال الصحية في سكن الطوارئ.

تشير الأعراض التالية إلى علامات التدهور المحتملة:

- مريض فاقد الوعي أو تغير في حالة الوعي (لا يستطيع المريض إبقاء عينيه مفتوحتين)
- تعب غير عادي
- الصداع الذي يزداد سوءاً أو لا يزول
- تعب متزايد (الشعور بالتعب عندما تكون مستيقظاً بشكل طبيعي)
- سلس البول المزدوج
- الدوخة أو فقدان التوازن
- الغثيان أو القيء
- التهيج أو تغير المزاج
- إدغام الكلمات أو مشاكل في فهم الكلام
- صعوبات التركيز أو الذاكرة
- ضعف في أحد العضلات أو أكثر
- مشاكل بصرية، مثل صعوبة التركيز أو الحساسية للضوء
- النوبات
- أي نزيف أو تصريف لسوائل شفاقة من الأنف أو الأذنين

التقييم

يجب أن يتبع تقييم المريض المصاب بإصابة في الدماغ في النزاعات والكوارث نفس التنسيق الذي يتبعه التقييم العصبي القياسي، على النحو المحدد أدناه. نظرًا لطبيعة الإصابة، قد يكون من الصعب إكمال التقييم الذاتي وقد يكون المريض منفرد. إذا كان هذا هو الحال، فمن المقبول إكمال أجزاء التقييم التي يمكن القيام بها فقط. قم فقط بتقييم المكونات التي تشعر أنها مؤهلة لإكمالها واعمل ضمن نطاق ممارستك.

في نهاية التقييم، فإنه يجب عليك أن تكون قادرًا على عمل قائمة بالأولويات والأهداف وخطة علاج ملائمة وأن تكون قادرًا على تحديد بعض الأهداف مع مريضك أو عائلته / مقدم الرعاية حيثما أمكن.

يتم تقديم إرشادات التقييم العامة في الفصل 3 من هذا الدليل، ومع ذلك، ضع في اعتبارك العناصر المحددة لإصابة الدماغ المكتسبة المذكورة أدناه.

التقييم الشخصي

تاريخ تقديم الحالة (HPC):

منذ متى كانت الإصابة؟

هل كان هناك فقدان للوعي؟

هل تقدمت الأعراض أو تدهورت؟

التاريخ الطبي السابق (PMH):

استكشف ما إذا كان المريض قد خضع لأي جراحة أو حالات طبية قد تؤثر على نتيجة إعادة التأهيل

التاريخ الاجتماعي:

من هو مقدم الرعاية الرئيسي/ فرد العائلة الذي سوف يشارك في إعادة التأهيل؟

التقييم الموضوعي

أشياء يجب الانتباه إليها:

علامات الإصابة، بما في ذلك الجروح وعلامات الجراحة

علامات العدوى (راجع الفصل 3 لمعرفة تلك العلامات)

أي مرفقات (مثل القسطرة)

معدل ضربات القلب والجهاز التنفسي (إذا كانت مرتفعة أو منخفضة بشكل غير طبيعي، تنبيه الفريق الطبي)

موضع وتماثل عيونهم ووجههم ورأسهم وجذعهم وأطرافهم

العمليات الوظيفية (أي ما الذي يمكنهم فعله؟)

السلوك (انظر تقديم إصابة الدماغ المكتسبة)

تذكر أن تكون دائمًا على دراية بعلامات التدهور لمريضك. يرجى الرجوع إلى الجدول 1 لمزيد من المعلومات.

أداة قياس التنبيه، اللفظي، الألم غير المستجيب

يمكن استخدام ذلك لتقييم شدة الحالة بسرعة والتحقق من تدهور إصابة الدماغ المكتسبة في النزاعات والكوارث. المريض المستقر يكون تقييمه أ، لكن إذا انخفض قياس التنبيه، اللفظي، الألم غير المستجيب فهذا يعني أن المريض يتدهور؛ في هذه الحالة يجب إبلاغ الفريق الطبي. عند استخدام أداة قياس التنبيه، اللفظي، الألم غير المستجيب (أو أي مقياس) لتقييم المريض، يجب ملاحظة النتيجة كخط أساس ثم تكرارها على فترات منتظمة (على سبيل المثال يوميًا) لتقييم أي تغيير. يرجى الرجوع إلى الفصل 3 لمزيد من المعلومات حول كيفية استخدام مقياس التنبيه، اللفظي، الألم غير المستجيب.

العلامات الحمراء والمضاعفات

تلك خاصة فقط بإصابة الدماغ المكتسبة؛ ومع ذلك، يجب أن تكون دائماً على دراية بالعلامات الحمراء/ المضاعفات الخاصة بغير أعراض. راجع الفصل 3 للمزيد من المعلومات.

الجدول 1: العلامات الحمراء لإصابة الدماغ المكتسبة

العلامة الحمراء	المعنى	الإجراء الواجب اتخاذه
تدهور التنبيه، اللفظي، الألم غير المستجيب أو قائمة علامات التدهور	علامات على تفاقم إصابة دماغ أو تم تجاهلها مسبقاً	قم بتنبيه الفريق الطبي على الفور
تغير مفاجئ (زيادة أو نقصان في ضغط الدم)	قد يشير إلى حالة طبية خطيرة، بما في ذلك الضغط الزائد في الدماغ، أو نقص تدفق الدم	قم بتنبيه الفريق الطبي على الفور
قرحة الضغط المفتوحة أو التي لم يتم شفاؤها	المريض عرضة للإصابة بعدوى. يمكن أن تؤدي قرحة الضغط التي لا تلتئم إلى التهاب العظم والنخاع	قد تتمكن من مواصلة العلاج إذا كان لا يفسد الجرح، ولكن ينبغي عليك تنبيه فريق التمريض راجع وضع المريض وتنظيفه، وتجنب استلقاء المريض على قرحة الضغط
يعاني المريض من سعال مستمر أو سعال مُتَّبِعٌ لِلتَّبْعِم	قد يكون المريض قد أصيب بعدوى في الرئة و/ أو قد يعاني من مشاكل في البلع. إذا كان السعال أكثر انتشاراً مقترناً مع تناول أي شيء عن طريق الفم (طعام/شراب)، فقد يواجه مشاكل في البلع	قم بتنبيه الفريق الطبي. تثقيف الأسرة حول إرشادات التغذية الآمنة: الوضع المستقيم، والمعدل البطيء، ومقدار صغير. قد يستفيد بعض المرضى من الطعام المهروس/ المصفى أو جعل المشروبات أكثر سمكاً. حافظ على نظافة الفم من بقايا الطعام والبكتيريا

مدى الحركة (ROM): تحقق أولاً من مدى الحركة الفاعل ثم مدى الحركة الغير فاعل في كل مفصل. سيخبرك هذا عن قدرة المريض على اتباع الأوامر وإذا كان لديه أي ضعف أو تقلصات.

التوتر العضلي: عند تحريك المفاصل من خلال نطاق الحركة، قد تشعر بقبض أو مقاومة، مما يشير إلى توتر عضلات عالي. بدلاً من ذلك، قد يكون الطرف مرناً، مما يشير إلى توتر منخفض.

القوة: اختبر كل مجموعات العضلات باستخدام مقياس Oxford MRC. راجع الفصل 3 للمزيد من المعلومات. عن استخدامه. يمكن تقييم قوة الجذع على نطاق واسع من خلال قدرة المريض على الجلوس.

الإحساس: تحقق من القدرة على الشعور بلمسة خفيفة والألم في الأطراف الأربعة-تأكد من إغلاق أعين المريض أثناء التقييم.

استقبال الحس العميق: أسهل طريقة لفحص استقبال الحس العميق هي باستخدام إحساس وضع المفصل باستخدام الإبهام وإصبع القدم الكبير. تأكد من إغلاق أعين المريض. قم بتحريك السلامي القاصي بشكل سلمي و اطلب من المريض تحديد ما إذا كانت الحركة للأعلى أم للأسفل. يمكن اختبار استقبال الحس العميق عن طريق وضع الطرف المصاب للمريض بشكل سلمي في وضع واطلب منه عمل نفس الوضع بطرفه الغير متضرر إذا كان لديه شلل نصفي؛ يجب إغلاق العينين.

التنسيق: بالنسبة للطرف العلوي، اختر الإصبع على الألف وابتحث عن أي علامات رعاش أو فوق أو تحت الإطلاق. بالنسبة للطرف السفلي، اختر انزلاق الكعب على طول الساق من الكاحل إلى الركبة. هناك تقييمات إضافية للتنسيق يمكن القيام بها، ولكن يجب أن يتم ذلك فقط إذا كان ضمن نطاق ممارستك. يمكن العثور على مزيد من المعلومات حول التقييمات الأخرى في دليل إعادة التأهيل في حالات الكوارث المفاجئة، المشار إليه في نهاية هذا الفصل.

البصر: تقييم مفصل للبصر خارج نطاق هذا الفصل؛ ومع ذلك، غالبًا ما يكون المتخصصون في إعادة التأهيل هم أول من يلاحظ مشاكل بصرية بعد إصابة الدماغ المكتسبة. قد تشمل المشاكل البصرية عدم وضوح الرؤية والرؤية المزدوجة / أو انخفاض الرؤية المحيطية. قد تلاحظ أيضًا تغيرات في حجم / تفاعل التلاميذ، أو فشل في النظر لأعلى.

السلوك والمزاج: إن إصابة الدماغ المكتسبة، وبالأخص تلك التي تتضمن الفص الجبهي، يمكن أن تؤدي إلى تغييرات في السلوك والمزاج. قد يفقد المرضى القدرة على التحكم في عواطفهم. قد تحدث ثورات عاطفية، تشمل الصراخ أو البكاء أو الضحك وتقر سريعًا. قد يصبح المرضى جامدين جدًا في تفكيرهم، أو يكون لديهم دافعًا منخفضًا أو يكونوا متحررين في سلوكهم أو كلامهم. باستخدام لغة واضحة أو موحية قد تكون خارج الشخصية قبل إصابة الدماغ المكتسبة. إذا كان المريض يعاني من صعوبة في التحكم في عواطفه، فقد يواجه نوبات من البكاء أو الضحك لا علاقة له بالمشاعر التي يشعر بها في الوقت الحالي. قد تبدو شخصية المريض أيضًا أكثر هدوءًا مما كانت عليه قبل إصابة الدماغ المكتسبة، وقد يواجهون صعوبة في إظهار العاطفة، والمعروفة باسم "التأثير المسطح".

الإدراك، الذاكرة المعرفة: قد تظهر التغييرات في الإدراك، الذاكرة المعرفة على شكل انخفاض في الانتباه أو صعوبة في فهم المهام والجمل المعقدة أو صعوبة قراءة العاطفة في الآخرين. حاول إجراء تقييمك في مكان هادئ وخالي من التشتيب باستخدام تعليمات واضحة وبسيطة. خذ فترات راحة حسب الحاجة.

التواصل: تحديات التواصل شائعة جدًا بعد إصابة الدماغ. يمكنك فحص صعوبات التواصل عن طريق:

● مراقبة التواصل أثناء المحادثة مع المريض (على سبيل المثال خلال تقييماتك الأخرى)

● سؤال المريض / الشخص المرافق له عن التغييرات في التواصل (استخدم المطالبات أدناه أو قائمة التحقق من الاتصال المعرفيل إصابة الدماغ المكتسبة)

<https://www.assbi.com.au/resources/Documents/Assessment%20Resources/Free/CCCABI%20checklist%20FINAL.pdf>

البلع: السعال عند تناول الطعام أو الشرب علامة على أن المريض قد يعاني من مشكلة في البلع. قد يزيد هذا من خطر دخول الطعام / الشراب إلى الرئتين، مما قد يسبب عدوى في الصدر.

التقييم الوظيفي: كجزء من أي تقييم بدني، إنه من الضروري تقييم القدرة الوظيفية للمريض. عند تقييم المهام الوظيفية، يجب مراعاة ما يلي:

● هل يمكن للمريض إكمال المهمة؟

● هل يمكن للمريض ترتيب المهام بشكل صحيح؟

● هل يمكن للمريض التحكم في عوامل التشتيب؟

● هل المريض مندفع وهل لديه بصرية؟

● هل المريض يعاني من أي إهمال لجانب واحد من جسمه؟

● إذا كان المريض لديه إهمال لجانب واحد من جسمه، هل يمكنه تعويض ذلك؟

ملاحظة

ملاحظة: نظرًا لطبيعة إصابة الدماغ المكتسبة، قد يكون لدى المريض توازن ضعيف وقد يكون عرضة لخطر السقوط؛ لذا، فإنك تحتاج إلى البقاء بالقرب من المريض أثناء تقييمات المهام وقد تحتاج إلى شخص آخر لمساعدتك. ابدأ تقييمك الوظيفي بمهام أسهل ومستوى أدنى:

- حركة السرير - هل يمكن للمريض الاستدارة بجانب واحد وهل يمكنه الجلوس على حافة السرير؟ ما هو مستوى المساعدة المطلوبة؟
- الانتقالات - من السرير إلى الكرسي، من السرير أو الكرسي المتحرك إلى المراوح وما إلى ذلك، ما هو مقدار المساعدة أو المعدات التي يحتاجها المريض؟
- الجلوس (مع وضع الأقدام على الأرض) - هل يمكن للمريض الحفاظ على وضع الجلوس بشكل مستقل أو بمساعدة، ثم هل يمكنه الحفاظ على التوازن أثناء الوصول؟
- من الجلوس للقيام والوقوف (اختر فقط إذا كان المريض لديه توازن جيد في الجلوس) - ما مقدار المساعدة (الشخص أو المعدات) المطلوبة وكم من الوقت يمكن للمريض أن يبقى في وضع النهوض؟ إذا كان يمكن للمريض القيام، هل يستطيع أن يخطو خطوة؟
- المشي - (اختر فقط إذا كان يمكن للمريض أن يقف ويخطو بأمان)- هل يمكن للمريض المشي وكم المساعدة اللازمة و/أو المعدات؟ مشاكل التوازن وصعوبة تنسيق الحركة (عدم القدرة على الكلام) أكثر شيوعًا في إصابات المخيخ
- أنشطة الحياة اليومية - هل يمكن للمريض أداء مهام روتينية، مثل الأكل والشرب والغسيل وارتداء الملابس والاستحمام والطهي؟
- انظر لقسم العلاج أدناه للحصول على معلومات إضافية

شاهد هذا الفيديو لتقييم إعادة التأهيل لمريض أصيب بسكتة دماغية:

<https://www.youtube.com/watch?v=Xb19-uSwtBg&list=PLmFabOawOWJ04eZoQw-QdW7280mcPVlrb&index=2>

مقاييس النتائج

يمكن العثور على معلومات تفصيلية حول مقاييس النتائج (OM) في الفصل 3 من هذا الدليل. يجب استخدام مقاييس النتائج في بداية التقييم/العلاج ويمكن تكرارها بانتظام لتحديد أي تقدم يحرزه المريض. لذلك، في النزاعات والكوارث، من المهم اختيار مقياس نتائج بسيط وسهل الاستخدام. يمكن أن تكون مقاييس النتائج مفصلة قليلاً، وتقييم المهام المتعددة، مثل تقييم Rivermead Motor، أو يمكن أن تكون بسيطة وتلزم معدات بسيطة أو لا معدات على الإطلاق، مثل اختبار المشي الذي يبلغ طوله عشرة أمتار. يمكنك العثور على مجموعة واسعة من مقاييس نتائج المرضى عبر الإنترنت على

<https://www.stroking.ca/en> و <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures>

يمكن استخدام الوقت الذي يستغرقه المريض في الانتقال من حافة السرير إلى الكرسي المتحرك باعتباره مقياس نتائج لقياس التقدم.

قائمة المشاكل وخطة العلاج وتحديد الهدف:

بعد الانتهاء من تقييم مريض إصابة الدماغ المكتسبة، من المفيد إنشاء قائمة بمشاكل المريض. سوف يسمح لك هذا بعد ذلك بوضع خطة علاج بناءً على المناطق التي تريد مساعدة المريض بها. من المهم أن تسأل مريضك عما يريد تحقيقه من خلال إعادة التأهيل. سيسمح لك ذلك ببناء مجموعة من الأهداف التي يمكنك العمل من أجلها معًا. تذكر، أنك قد يكون لديك وقت محدود فقط مع كل مريض. لذا، قم بتحديد أولويات جوانب التقييم التي تحتاج إلى إكمالها، من أجل إعطائك المعلومات التي تحتاجها لبداية إعادة التأهيل. يعد التعليم مكونًا مهمًا في خطة العلاج الخاصة بك، ويجب عليك تحديد فرد الأسرة الرئيسي أو مقدم الرعاية الذي سيشترك في العلاج.

العلاج التأهيلي

العلاج التأهيلي له هدفين رئيسيين لإصابة الدماغ المكتسبة:

1. لاستعادة أكبر قدر ممكن من الاستقلالية في المريض

2. تثقيف المريض ومقدمي الرعاية حول التوقعات الواقعية واستراتيجيات الإدارة

يجب أن تبدأ عملية إعادة التأهيل من الأنشطة الأساسية، مثل تغيير وضعيات الجسم (عند الضرورة)، التركيز على الأنشطة الأخرى، وزيادة مستوى الصعوبة خطوة بخطوة (الجلوس والوقوف والموازنة والمشي). تتضمن المبادئ الهامة لإعادة التأهيل العصبي الفعال ممارسة مهام وظيفية محددة، مثل الجلوس للوقوف بشكل منظم ومتكرر.

التوضيح في السرير

يجب تغيير وضع المريض بشكل متكرر (كل 3-4 ساعات) لتجنب المضاعفات، مثل الإصابة بقروح الضغط والتقلصات ومشاكل التنفس.

إن الهدف من التوضيح هو تجنب تقصير العضلات (أي تطور التقلصات) أو الضغط على مفاصل أو مناطق معينة من الجلد. يمكن نقل المريض من الاستلقاء على الجانب الأيمن أو الأيسر على السرير. إذا كان المريض يعاني من شلل نصفي (ضعف على جانب واحد من الجسم)، يمكن تغيير وضعه وفقاً للصور أدناه. إن استخدام الوسائد مفيد للتوضيح؛ ومع ذلك، إذا لم يكن لديك وسائد، يمكن أيضاً استخدام البطانيات/ المناشف المطوية.

الجلوس خارج السرير

ينبغي أن يبدأ التوضيح في الجلوس بمجرد أن يكون المريض مستقراً طبيًا، حيث يمكنه تحسين مستوى التنبيه ويسمح للمريض بالتنفس بعمق. للحصول على معلومات عن المستويات الطبيعية لمعدل ضربات القلب ومعدل التنفس وضغط الدم وما إلى ذلك، يرجى الرجوع إلى الفصل 3 من هذا الكتيب. إن الجلوس خارج السرير يعزز أيضاً النشاط في العضلات اللازم للحصول على وضع مستقيم. في أقرب وقت ممكن، قم بتثقيف مقدم الرعاية والموظفين الآخرين، على سبيل المثال الممرضات، لوضع المريض بأمان.

الرسم البياني 3: مريض يعاني من شلل نصفي أيسر



التعبئة

يمكن أن تساعد الحركات الغير منفصلة في تجنب تطور التقلصات والمساعدة في المشاكل الحسية إن وجدت. يمكن للحركة الانتقائية المساعدة، إذا كان الشخص لديه بعض النشاط العضلي، أن تحث وتوجه التعافي للنشاط للحركة. إذا كان هناك توتر عضلي مرتفع وفقدان نطاق الحركة، يمكن أن تكون التمثيط الطويل مع الضمادات والجبائر والوضعية مفيدة (يمكن استخدامها أثناء راحة المريض). إذا كان يمكنك الوصول إلى جيبس أو مواد التجبير بالحرارة، يمكنك عمل الجبائر الأساسية لمنع التقلصات. إذا كان المريض يحتاج إلى تجبير طويل الأمد، فقد تحتاج إلى العمل بالمواد المحلية وطلب المساعدة من الحرفيين.

إن التجبير والتجيبس لمريض يعاني من إصابة في الجهاز العصبي المركزي تعد مهارة صعبة ومعقدة، فهو يتطلب درجة عالية من التفكير السريري لفهم المخاطر والآثار السلبية المحتملة، والتي تكون أكثر تعقيدًا مما كانت عليه في حالة مريض يعاني من إصابة في العصب المحيطي.

انظر <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/attachments/splinting-guidelines/neurosplinting-quick-reference-guide.pdf> لمزيد من التوجيه.

التحكم في الجذع

التحكم في الجذع هو مؤشر مبكر للنتائج الوظيفية بعد إصابة الدماغ المكتسبة. إذا كان التحكم في الجلوس ضعيفًا، فمن المهم تركيز العلاج على تمارين تدريب الجذع عن طريق تقليل الدعم المتقدم من الخلف وعلى الجانبين تدريجيًا ثم التقدم إلى أنشطة توازن الجلوس الديناميكية.

الوقوف في مراحل مبكرة

يمكن للوقوف أن يكون مفيدًا في:

- منع تقصير مثنية الأخمص للكاحل
- العضلات المثنية للورك
- منع فقدان كثافة العظام في الأطراف السفلية
- تشجيع التنفس العميق
- زيادة الانتباه

■ معالجة انخفاض ضغط الدم الوضعي (انخفاض ضغط الدم الذي يسبب الدوخة) بعد الراحة الطويلة في الفراش

يجب مراقبة معدل ضربات القلب ومعدل التنفس والعلامات الأخرى، بما في ذلك التعرق واللون وتعبير الوجه ومستوى الانتباه؛ سيشير هذا إلى مدى تحمل المريض للعلاج. عند إيقاف المريض للمرة الأولى، من الأفضل أن يساعده شخصان على النهوض من الجلوس على السرير، بحيث أنه في حالة الدوخة أو الشعور بالإغماء، يمكنك إرقاد المريض على الفور ورفع أرجله.

مهارات التنقل (الانتقال من السرير للكروسي، من الجلوس للنهوض، الوقوف، التوازن، المشي، الانتقال على الأرض)

إذا تمكن المريض من الحفاظ على وضع الجلوس بشكل مستقل، فيمكن تدريبه على الانتقال من السرير إلى الكروسي والعودة. إذا لم يكن من الممكن للمريض القيام بذلك بنفسه، فيمكن تدريب مقدم الرعاية على المساعدة.

حيثما تسمح الموارد المتاحة، يمكنك إعطاء المريض وسيلة مساعدة للمشي (إطار للمشي إذا كان بإمكانه استخدام كلا ذراعيه أو عصا بنقطة ارتكاز منفردة أو عصا رباعية إذا لم يكن باستطاعتهم ذلك). من المهم تعليم المريض كيفية استخدام مساعد المشي بأمان. مع تحسن المريض، قد يحتاج إلى دعم أقل، على سبيل المثال الانتقال من استخدام إطار المشي إلى عصا بنقطة ارتكاز منفردة. في حالة منعكس مثنية الكاحل بسبب التوتر العالي أو ضعف ثني الظهر، قد يتم توفير مقوام الكاحل (AFO) لتحسين المشي عن طريق مساعدة القدم للاتصال بالأرض.

إذا كان اتزان المريض ضعيفًا، فقم بالعمل في أوضاع مختلفة، مثل الجلوس، والركوع بركبة واحدة أو كليهما والوقوف لتحسين استقراره. إذا كان المريض عادةً يقضي الكثير من الوقت جالسًا على الأرض في المنزل، فعليك تدريبه على الجلوس على الأرض والعودة إلى الوقوف.

وظيفة الطرف العلوي

يمكن أن يعاني المرضى من ضعف الذراع وتورم وشد عضلات في الأطراف العلوية. قد يكون هذا بسبب التوتر العالي أو التوتر المنخفض في العضلات، التقلصات، عدم استقرار الكتف والتغيرات في الإحساس والألم.

في حالات الضعف الخفيف إلى المتوسط، شجع استخدام اليد المصابة قدر الإمكان. يمكن استخدام حبل تعليق على اليد أو الذراع غير المتضررة (العلاج بالحركة المحرصة بالقيود) لمنعها من الحركة. هذا يمكن أن يعزز التحسن في الجانب الأضعف، مع تعديل المعصم والإصبع النشط. إذا كانت الذراع/اليد متورمة، ادعّمها في وضع مرتفع عند الجلوس باستخدام وسادة أو مناشف ملفوفة. للمساعدة على منع تقلصات وآلم الكتف، ضع الذراع بانتظام كما هو موضح في المخطط أدناه، طالما كان المريض مرتاحًا. في حالة التوتر العالي الذي يتسبب في اليد المشدودة، يمكن استخدام جبيرة الراحة لتجنب الانقباضات. راجع فصل إصابة الأعصاب الطرفية لمزيد من المعلومات حول التجبير واستخدام المواد المحلية.



صورة 6: وضعيات بالجبيرة وقت الاسترخاء

عدم استقرار أو ألم الكتف: قد يحتاج المريض لداعم للذراع (عن طريق الوسادات/ المناشف الملفوفة) أو حبل تعليق لعدم استقرار الكتف. عليك تعليم المريض ومقدم الرعاية كيفية حماية الذراع عن طريق تجنب سحبه أو تجنب تركه معلق في وضع اعتمادي. يمكن العثور على المزيد من المعلومات حول الألم في الفصل 3 من هذا الدليل.

المشاكل الحسية: يمكن أن يتأثر الإحساس بطرق مختلفة؛ قد يتم تقليل اللمس أو فقدته أو المبالغة فيه، مع شعور بعض الأحاسيس بعدم الراحة أو عدم تحمل المريض. إذا كان الأمر كذلك، يمكنك المساعدة في إعادة تدريب إحساس المريض باستخدام مواد وأشياء ومواد ذات قوام مختلف لتحفيز الألياف الحسية في مناطق الإحساس الغائب / المتغير. قد يتم تقليل استقبال الحس العميق وقد يجد المريض صعوبة في فهم مكان أطرافه في الفضاء دون ملاحظتها. إذا كان الأمر كذلك، قم بتعليم المريض الإستراتيجيات التعويضية الأساسية، مثل مراقبة الطرف عند تحريكه، أي الوصول إلى شيء ما.

الإعياء: إن الإعياء هو مشكلة كبيرة في إصابة الدماغ المكتسبة، حتى بين المرضى الذين يعانون من إصابات خفيفة في الدماغ، بما في ذلك الارتجاج. إذا أبلغ المريض عن شعوره بالإعياء أو أظهره، فقم بتضمين ناصح بشأن الأنشطة الصحية للنوم (غرفة نوم مظلمة وهادئة مع ضوء محدود ووقت نوم واستيقاظ روتيني) وأنشطة مشي. خلال جلسات إعادة التأهيل، قم بالحد من الضوء لمنع المريض من التحفيز الزائد.

مهارات الرعاية الذاتية، بما في ذلك أنشطة الحياة اليومية: تشجيع استخدام الطرف المصاب حيثما أمكن، أو دمج الأنشطة التي تشتمل على أطراف. إذا لزم الأمر ساعد الطرف المصاب أثناء الحركة. إذا لم يكن لدى الطرف المصاب أي حركة نشطة، فقم بتعليمه تقنيات الاستحمام وارتداء الملابس بأحد الأطراف (تذكر أنه يجب وضع الطرف/ الجانب الضعيف في الكم أولاً وإخراجه الأخير). يمكنك أيضًا تعليم مقدم الرعاية للقيام بذلك دون إصابة المريض بالشد أو إحداث احتكاك على الجلد الرقيق، أو سحب

الكتف/ الطرف على الجانب المصاب. ابحث عن الوسائل المساعدة التي يمكن توفيرها أو بنائها لمساعدة المريض على زيادة استقلاليتته (مثل الوسائل المساعدة لدخول الحمام). يظهر هذا الفيديو مريضاً يساعد نفسه على الارتداء بعد سكتة دماغية:

https://www.youtube.com/watch?v=zZkwr_mfU5Y&list=PLmFabOawOWJ04eZoQw-QdW7280mCPV1rb&index=5

يمكن أن يكون الإمساك مشكلة كبيرة تسبب الألم وتفاقم التشنج. من المهم تحديد روتين الأمعاء والمثانة في أقرب وقت ممكن للحد من المضاعفات والألم. عادة ما يقود فريق التمريض إعادة تدريب المثانة والأمعاء، مع مساهمة وتعاون متخصصين في إعادة التأهيل. إذا لم يتم عمل روتين للمثانة والأمعاء، قم باستشارة الفرق الطبي.

التنفيس: إن المشاكل التنفسية هي مضاعفات شائعة في إصابة الدماغ المكتسبة. راجع القسم التنفسي في الفصل 3 لمزيد من المعلومات.

التثقيف: من أحد المكونات الهامة للعلاج لكل من المريض ومقدم الرعاية له هو تعليمهم كل ما يخص الحالة. يجب توعية الأسرة بمختلف جوانب حالة المريض والصعوبات التي يواجهها وقدراته المتبقية.

البلع: لا تقدم الطعام للمريض إلا عندما يكون منتهيًا وقادرًا على تناوله عن طريق الفم. يجب نصح المريض دائمًا بالجلوس في وضع مستقيم عند تناول الطعام أو الشرب وتناول الطعام ببطء، مع أخذ كميات صغيرة في كل مرة. يمكن أن يساعد تناوب تناول الطعام و الشراب (على الرغم من تجنب وجود قوامين مختلفين في الفم في نفس الوقت). يمكن أن يساعد تشجيع المريض على السعال كل بضعة ملاحظ يمكنه حماية مجرى الهواء. قد يستفيد بعض المرضى من تليين الطعام لتقليل الحاجة للمضغ. يمكن أن تشكل الوسائل الرقيقة خطرًا خطيرًا على المرضى الذين يعانون من صعوبات في البلع. يمكن أن يكون توفير المشروبات الأكثر سمكًا بشكل طبيعي والتي تتدفق بشكل أبطأ مفيدًا في منح المريض مزيدًا من الوقت والمزيد من التحكم في البلع. على سبيل المثال، يمكنك إضافة الباطس المهروسة إلى الحساء أو الموز إلى العصير أو استخدام الدقيق لتكثيف بعض المشروبات. يعد الحفاظ على نظافة الفم بشكل جيد، بحيث يكون الفم خاليًا من اللعاب الزائد أو بقايا الطعام، والتي يمكن أن يتم شطفها، أمر بالغ الأهمية في تقليل مخاطر الشفط.

المزاج والسلوك: من المهم أن يفهم المريض وعائلته أن هذه التغييرات ناتجة عن إصابة في الدماغ وليست خطأ الشخص المصاب. ويُصح بالهدوء عند انزعاج المريض لتجنب زيادة الانفعالات. إذا أظهر المريض سلوكيات عقوبة أو عدائية، فخطط لعلاجك وفقًا لذلك؛ الحضور مع زميل، استخدام مساحة خاصة خالية من المواد التي يمكن أن تصيب المريض أو الآخرين ولا تثقل المريض بالمهام أو التعليمات. طمأن العائلة أنه من غير المحتمل أن يؤدي سلوكهم أو أفعالهم إلى احتياج عاطفي. أعد توجيه المريض بلطف إلى موضوع آخر، بمجرد أن يهدأ، وطمأن المريض نفسه.

المهارات المعرفية: غالبًا ما ترتبط التغييرات المعرفية بإصابة الدماغ المكتسبة ومن المهم طمأنة المرضى ومقدمي الرعاية بأن مشاكل الذاكرة أو الانتباه ناتجة عن إصابة الدماغ. انصح الأسرة بأن استراتيجيات، مثل الاحتفاظ بمذكرة، والروتين المنتظم والتكرار، قد يكون مفيدًا.

التواصل: بشكل مثالي، إذا لوحظت صعوبات في التواصل، فإنه ينبغي إشراك معالج النطق واللغة (SALT). في النزاعات والكوارث، من غير المحتمل أن معالج النطق واللغة متاحًا، لذلك، فإن أحد أكثر الطرق فعالية لدعم التواصل الناجح هو التأكد من أن الأشخاص الآخرين في البيئة (الموظفين والأسرة) يستخدمون استراتيجيات تواصل جيدة. حاول إنشاء وسيلة واضحة للتواصل بـ "نعم" أو "لا"، لأن هذا يوفر وسيلة للحصول على الموافقة على تدخلاتك ويتيح استخدام الأسئلة المغلقة، مثل التحدث عن الألم والجوع واستخدام المحراض وما إلى ذلك.

لدعم الاتصال:

تعامل مع المحادثة على افتراض أن المريض مؤهل وقادر على التفاعل

تجنب أسئلة الاختبار واهدف إلى تفاعل حقيقي ثنائي الاتجاه

لدعم الفهم:

استخدم نبرة صوتية طبيعية للمحادثة

استخدم فكرة واحدة لكل جملة

قدم الموضوعات وكن واضحاً عند تغيير الموضوع

جرب أشكال الدعم المرئي أو اكتب كلمات رئيسية - تحدث وقم بالإشارة/ اكتب في نفس الوقت

لدعم التعبير:

امنح المريض وقتاً للرد

استخدم وسائل دعم مرئية أو اكتب كلمات مفتاحية

استخدم الأسئلة الاختيارية (على سبيل المثال 'هل هذه أمك، أخيك أو أحدٍ آخر؟')

تأكد من أنك تفهم المريض من خلال تكرار ما فهمته (على سبيل المثال 'أنت تسأل عن أخيك، هل هذا صحيح؟')

الوسائل المساعدة على التواصل:

قد تكون مفيدة لبعض المرضى. إن لوحات التواصل ليست 'حلاً' تلقائياً ولكنها تتطلب درجة من التصميم والدعم والممارسة للمريض ومن حوله. يمكن تصميم لوحات التواصل الشاملة لأماكن محددة للنزاعات والكوارث، فيما يلي مثال مستخدم في موزمبيق أثناء الاستجابة للطوارئ:

https://www.up.ac.za/media/shared/212/ZP_Files/humanitarian-aid-emergency-medical-services-portugese.zp172927.pdf

نتائج العلاج التأهيلي

فورية: إن أي شخص تعرض لإصابة في الرأس معرض لخطر التدهور. قبل إخراج المريض، أو إرساله إلى المنزل، تأكد من أنه ومقدمو الرعاية على دراية بعلامات التدهور وكيف يمكنهم الاتصال بالخدمات الطبية إذا واجهوا أو لاحظوا حدوث هذه العلامات.

المدى القصير: يعاني واحد من كل ثمانية مرضى مصابين بإصابة خفيفة في الدماغ من أعراض مستمرة، مثل الصداع، مشاكل في التوازن، الإرهاق، وتغيرات في المزاج أو الإدراك. يجب حل هذه المشكلات بمرور الوقت، ولكن من المهم أن تصحح المريض بأخذ الأمور ببطء وعدم العودة إلى جميع أنشطته السابقة بسرعة كبيرة.

المدى المتوسط: بحلول الوقت الذي تصرف فيه مريضك، أو تنهي المرحلة المبكرة من إعادة تأهيله، يجب أن تكون قد حققت أهدافًا معينة مدرجة أدناه:

- ينبغي أن يتمكن المرضى (ربما بمساعدة مقدم الرعاية) من إدارة أعلى مستوى من حركتهم المستقلة. قد يكون هذا تحرك في السرير وتموضع، تنقلات أو الوقوف/المشي بمساعدة
- ينبغي أن يعرف المريض ومقدم الرعاية نظام التمارين الخاص به للاستمرار في المنزل، مع التركيز على التمارين الوظيفية التي يتم تكرارها مرارًا. يجب أن يعرفوا أن التحسن يمكن أن يستمر مع هذه التمارين
- إذا كان المريض يستخدم جباير أو مساعدات، مثل الكرسي المتحرك، فيجب أن يكون قادرًا على استخدامه بأمان والتحقق من وجود علامات على تلف المعدات أو على جلده
- يجب أن يعرف المريض ومقدم الرعاية ما هي الأنشطة والأوضاع التي يجب تجنبها لأنها قد تسبب الضرر، على سبيل المثال سحب المريض بذراعه الضعيف أو الاستلقاء على السرير دون تغيير الوضع لأكثر من أربع ساعات عندما يكون غير قادر على الحركة بشكل مستقل
- يجب أن تكون قد راجعت معهم نشرة معلومات المريض المناسبة ومنح المريض ومقدم الرعاية فرصة لطرح أي أسئلة إضافية قد تكون لديهم

طويل الأمد: من غير المحتمل أن تتمكن في حالة النزاع والكوارث من الاستمرار في رؤية مريضك بعد المرحلة الحادة، ولكن من المهم ربطه بأي خدمات متاحة على المدى الطويل. يعتمد التحسن والنتائج على المدى الطويل على العديد من العوامل؛ وتشمل شدة الإصابة الأولية، وجود إصابات إضافية (والتي يمكن أن تعقد أو تبطل التعافي) وقدرة المريض ومقدمي الخدمة على فهم/ الالتزام ببرنامج التمارين المنزلية. لسوء الحظ، لن يتعافى جميع المرضى تمامًا بعد إصابة الدماغ؛ وستترك لدى البعض صعوبات مدى الحياة نتيجة لإصابتهم. إذا كان الأمر يبدو مناسبًا، يمكنك إبلاغ أسرة المريض أنه، عندما يحل النزاع أو يستقر في حالة الكوارث، قد تتوفر المزيد من خدمات إعادة التأهيل ويمكنهم طلبها للحصول على رعاية إضافية وإعادة تأهيل.

دراسة الحالة

الخلفية

المریضة امرأة تبلغ من العمر 32 عاماً تم سحبها من تحت أنقاض مبنى منهار بعد ثلاث ساعات من الزلزال قبل عشرة أيام. أصيبت في الرأس وكسور متعددة (عظم العضد الأيسر، الساق اليسرى/ الشظية، الأضلاع 7، 8، 9 على الجانب الأيمن) وبعض إصابات الوجه. أفادت شقيقتها، التي كانت حاضرة عندما تم إنقاذ المريضة، بفقدان مؤقت للوعي في طريقها إلى المستشفى وكانت المريضة مشوشة. لم تبلغ عن أي قيء أو نوبات. قالت الممرضة التي صاحبت المريضة إلى قسم إعادة التأهيل أن الملاحظات الطبية غير متاحة وأنها لا تعرف المريضة جيداً.

التقييم

الملاحظة: تستلقي المريضة في سرير، يبدو عليها أنها متعبة، عاطفية وتبكي بسهولة، لكنها توافق على العلاج. ترتدي جيرة على الجانب الأيسر تحت الركبة وذراعها الأيسر معلق في حمالة.

المدى النشط للحركة: غير قادرة على التقييم على الجانب الأيسر بسبب الكسور، ولكنها قادرة على ثني أصابع اليدين والقدمين. سألت المريضة للقيام بحركات بسيطة، ثني ركبتيها اليمنى وأخذ يدها إلى فمها. كانت المريضة قادرة على تحريك ساقيها اليمنى، ولكن ليس خلال كامل نطاق حركتها؛ لا توجد حركة في الذراع اليمنى. نطاق حركة سلمي: تم اختياره في جميع المفاصل (الخالية من الجبس) على كلا الجانبين دون ملاحظة أي مشاكل.

التوتر العضلي: تم الاختبار على الجانب الأيمن فقط، بما أن الجانب الأيسر مثبت بواسطة الجبس و الحملات. شعرت أن الطرف العلوي مرن جداً أثناء الاختبار، لكن لوحظ بعض المقاومة للانشاء الظهري عند الكاحل الأيمن.

القوة: تم الاختبار بواسطة مقياس Oxford MRC، وحصلت على درجة 0/5 لجميع مجموعات العضلات الرئيسية من خلال الطرف العلوي الأيمن و 2/5 في الطرف السفلي الأيمن.

الإحساس: عند الاختبار، لوحظ انخفاض الإحساس باللمسة الخفيفة في الذراع والساق اليمنى، وكان استقبال الحس العميق طبيعيًا في جميع الأطراف.

التنسيق: لم يتم اختباره بسبب الكسور على الجانب الأيسر وضعف شديد في الجهة اليمنى.

الكلام والفهم: يبدو أن المريضة تتواصل بشكل طبيعي وتتبع الأوامر الأساسية بلغتها.

التقييم الوظيفي

تقاوم المريضة الدوران بسبب الألم، وخاصةً حول القفص الصدري. يتطلب الانتقال من وضع الاستلقاء إلى الجلوس دون عمل دورة كاملة مساعدة شخصين - أحدهما لدعم الأطراف السفلية والآخر للتحكم في الجذع والذراع. بمجرد النهوض، لم تبلغ المريضة عن أي دوار ويمكنها الجلوس دون دعم. لا تصل أرجل المريض إلى الأرض، وبالتالي كانت مدعومة على كتلة. لم يتم اختبار توازن الجلوس أثناء الحركة بسبب عدم وجود وظيفة الذراع الأيمن في حركة الجذع. في هذا الوقت، يحتاج المريض إلى مساعدة كاملة في جميع المهام الأساسية، مثل الأكل والشرب والعناية الشخصية، ويتم دعمه من قبل أفراد الأسرة. لم يتم تقييم عمليات الانتقال والوقوف والمشي بسبب أن القوة في الساق اليمنى 2/5. يتم افتراض حالة عدم تحمل الوزن على الساق اليسرى والذراع اليسرى، بسبب عدم وجود ملاحظات طبية.

الانطباع الإكلينيكي

ضعف الجانب الأيمن وفقدان الإحساس بسبب إصابة الدماغ المكتسبة على الجانب الأيسر، مما يشير إلى اشتغال الفص الجداري والجبهوي. كان ألم الضلع عامل مقيد للتقييم وحد محتمل للعلاج ما لم يتم التحكم بشكل أفضل. الطرف العلوي الأيمن منخفض التوتر، ويفتقر إلى النشاط ويعرض لخطر خلع جزئي للكتف وتطور آلام الكتف. زيادة التوتر في العضلات الأخرى في الجانب الأيمن وخطر تقصر العضلات. المريضة حالياً اعتمادية بشكل كامل في كل انتقالاتها والأنشطة اليومية. مع ملاحظة أن المريضة كانت تبكي وقد تحتاج إلى المزيد من التقييم بسبب الصدمة النفسية الأخيرة واشتغال الفص الجبهوي.

أهداف العلاج (قصيرة الأجل): إخراج المريضة من السرير للجلوس وتوضيح حالة تحمل الوزن على الساق اليسرى واحتياطات الطرف العلوي الأيسر.

نهج العلاج: وقت التراكم في الجلوس في وضع مستقيم في الوقت الحالي واسمح بحمل الوزن في الجلوس من خلال القدم اليمنى مع الحفاظ على وضع جيد للكال. تجلس المريضة على كرسي بانتظام ولكن تتطلب نقل بالرفع للكرسي في الوقت الحاضر. تجنب المضاعفات المتعلقة بعدم الحركة من خلال تغييرات الوضع بشكل منتظم، وانصح المريضة بثنى أصابع اليدين والقدمين والحفاظ على الحركة في الجانب الأيسر كما تسمح مواقع الألم والكسور. تأكد من حالة حمل الوزن على الساق اليسرى مع الفريق الطبي. إذا كان المريضة لا يتحمل الوزن، تطرق لعمل جبيرة للحفاظ على طول العضلات أثناء الراحة. ابدأ التمارين بانتظام، وبشكل متكرر للساق اليمنى لتحسين النشاط والقوة. بمجرد أن تصل الأوتية والفخذية إلى 4/5 على مقياس Oxford MRC، يمكن للمريضة الوقوف على هذه الساق بمساعدة. ابدأ إعادة التعليم الحسي في الجانب الأيمن.

التعليم: قدم المشورة وعلم أخت المريضة حول أهمية وكيفية تغيير الوضع بانتظام. علم أختها أن تقوم بعمل مجموعة تمارين الحركة بشكل آمن وسليبي يوميًا للذراع اليمنى، مع ملاحظة أن الإبعاد والانثناء الأمامي يجب أن يظلا دون المستوى الأفقي. أخبرها عن خطر الإصابة بألم في الكتف وكيفية العناية بالذراع من خلال دعم وزنه في الوضع القائم وتجنب شد الذراع. أبلغها بإمكانية تغير المزاج أو انخفاضه. استخدم أختها لتحديد المنبهات المحفزة / المثيرة للاهتمام للأنشطة الهادفة ومراقبة الحالة المزاجية. أخبرها عن التطور المحتمل لألم الكتف وكيفية العناية بالذراع. تأكد من أن أختها تدرك حاجة المريضة للمساعدة في الأنشطة اليومية.

النتيجة: مع انخفاض ألم الضلع، يمكن للمريضة أن تصبح أكثر نشاطاً في حركة السرير. بمجرد أن يكون لدى المريضة قوة كافية في الطرف السفلي الأيمن للوقوف أو / أو شفاء الكسور أو تغير حالة حمل الوزن إلى حمل الوزن الكامل (أيهما أسبق)، يجب أن تكون عندها في وضع يمكنها من العمل على الوقوف والخطو. في هذا الوقت، لا يمكن التنبؤ بنتيجة عمل ذراعها الأيمن، ولكن بمجرد شفاء كسر الذراع الأيسر، ينبغي أن تكون أكثر استقلالية في الأنشطة اليومية.

النقاط الرئيسية

1. في النزاعات والكوارث، من المرجح أن يواجه المتخصصون في إعادة التأهيل إصابات دماغية خفيفة أو معتدلة، بدلاً من الإصابات الشديدة حيث لا تنجو إصابات الدماغ الشديدة
2. ينبغي أن يعلم أخصائيو إعادة التأهيل علامات تدهور إصابة خفيفة في الرأس وأن يكونوا قادرين على تثقيف الأسرة / المريض حول كيفية اكتشافها والإحالة أو الرجوع للفريق الطبي
3. يجب أن يعتمد العلاج على الأنشطة / التمارين الوظيفية ذات التكرار العالي والوقاية من المضاعفات الثانوية
4. نظراً للمدة المحدودة للعلاج في حالات النزاع والكوارث، ينبغي أن يشكل تعليم وتضمين مقدم الرعاية الأجزاء الرئيسية من علاجك

نص أساسي موصى به

دليل إعادة التأهيل في حالات الكوارث المفاجئة

(Lennon S. Ramdharry G .Verheyden G (Eds) الإدارة الفيزيائية للحالات العصبية
4th Edition, Oxford, Elsevier .2018

Starting again, Davies, Patricia M., Springer ed. 1994

المراجع

تم ربط الموارد المستندة إلى الويب خلال الفصل.

قائمة التحقق من الاتصالات المعرفية لإصابة الدماغ المكتسبة (CCCABI) MacDonald, Sheila (2015)

متاح من CCD Publishing; Guelph, Ontario, Canada, N1H 6J2, www.ccdpublishing.com

<https://www.assbi.com.au/resources/Documents/Assessment%20Resources/Free/CCCABI%20checklist%20FINAL.pdf>

فيديو يوضح استخدام بعض الاستراتيجيات مع شخص يواجه صعوبة في التعبير عن نفسه

<https://www.youtube.com/watch?v=KWVoqM9jmEM&list=PLmFabOawOWJ04eZoQw-QdW7280mcPVIrb&index=4>

الفصل 8

الفصل 8: إعادة التأهيل المبكر لإصابات الحبل الشوكي

الأهداف:

بنهاية هذا الفصل، ستكون قادرًا على:

- إظهار المعرفة الأساسية لإصابات الحبل الشوكي (SCI)
- قم بإجراء تقييم أساسي للمرضى الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي، أو إصابات الحبل الشوكي المحتملة، بما في ذلك مراقبة المضاعفات
- وضع قائمة تحديد مشكلات مريض يعاني من إصابات الحبل الشوكي
- وضع وتقديم خطة إعادة تأهيل أساسية لمريض يعاني من إصابات الحبل الشوكي



:الفصل 8

إعادة التأهيل المبكر لإصابات الحبل الشوكي

مقدمة

إن إصابات الحبل الشوكي (SCIs) يمكن رؤيتها بشكل شائع بعد الزلازل، وترتبط الكثير من المطبوعات بهذا العرض التقديري. ومع ذلك، فإنه من المهم أن ندرك، أن تلك الإصابات ستظهر في أي نزاع أو كارثة حيث قد يعاني الناس من إصابة سحق مباشرة، سحق مع الجر / الدوران (خاصة في مرحلة التعافي قبل دخول المستشفى عند استخراجها من مبنى أو مركبة مع الفهم المحدود لاحتياجات العمود الفقري)، السقوط من ارتفاع أو إصابات الانفجار التي تنطوي على سقوط أو صدمة مباشرة في العمود الفقري من الشظايا أو جروح الرصاص.

بعد النزاعات والكوارث، يمكن أن تتوقع المستشفيات ارتفاعاً حاداً في دخول المرضى الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي، كما تزداد بشكل عام لعدة أسابيع حيث يتم استخراج الأشخاص، تحديدهم أو ظهور إصابات جديدة في أعقاب الحدث. إن المضاعفات، مثل تقرحات الضغط والتهابات المسالك البولية، شائعة في النزاعات والكوارث، بسبب تأخر الانتقالات إلى المراكز المتخصصة، بالإضافة إلى النسب العالية من العاملين في مجال الصحة إلى المرضى، وعدم كفاية المعدات والمواد الاستهلاكية والصرف المبكر المرتبط بضغوط الفراش.

خلال زلزال نيبال في أبريل 2015، كان لدى مركز إعادة تأهيل إصابات العمود الفقري إجمالي 38 مريض في وقت الزلزال الأول. في غضون الأسابيع الثلاثة الأولى، تم قبول 62 مريضاً إضافياً، مع القبول اليومي اللاحق. استمرت عمليات القبول المتعلقة بالزلازل لأشهر، حيث تم قبول المريض النهائي المرتبط بالزلازل في مارس 2016. تم توثيق 33% من المرضى بقروح الضغط وثبتت إصابة المسالك البولية بنسبة 29%. وشملت التحديات الأخرى التي تمت مواجهتها خلال زيادة عدد المرضى عدم كفاية عدد الأسرة، والمرضى الذين يتم رعايتهم على الأرض، وعدم كفاية عدد الطاقم والمعدات والمواد الاستهلاكية.

في العديد من البلدان منخفضة الدخل، يكون مستوى الخدمات الموجودة مسبقاً لإصابات الحبل الشوكي في حده الأدنى. قد يكون هناك أيضاً فهم ثقافي محدود لمرض إصابات الحبل الشوكي، والممارسات السيئة في التعامل مع الأشخاص الذين يشتبه في إصابتهم بإصابات الحبل الشوكي بعد البدء الفوري للإصابة والتعامل الغير كافي للبشرة والمثانة والأمعاء. تمثل الحالات الثانوية التي يمكن تداركها تهديداً لهؤلاء المرضى تماماً مثل إصابتهم الأولية، مما يؤدي إلى تعرض الصحة والنتائج الوظيفية للخطر أو الوفاة. قد يمنع التقييم المبكر وإعادة التأهيل العديد من هذه المشكلات أو يقللها.

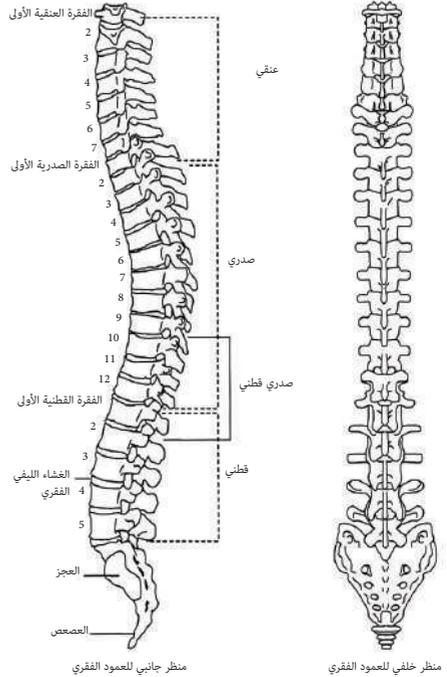
ستستمر احتياجات إعادة التأهيل للأشخاص المصابين بمرض إصابات الحبل الشوكي إلى ما بعد المرحلة العادة الأولية، لذلك يجب إقامة تعاون وثيق وداعم مع الخدمات المحلية منذ البداية. إن المعلومات الأساسية حول النتائج المتوقعة مهمة حتى تكون قادراً على التواصل مع المريض ليتمكن من بدء أهداف طويلة المدى. في النزاعات والكوارث، تجدر الإشارة إلى أن تحقيق الأهداف طويلة المدى للشخص المصاب بإصابات الحبل الشوكي قد يتأثر إذا لم يتمكن من العودة إلى منزله أو العثور على مصادر الدخل المناسبة.

علم التشريح وعلم الفسيولوجيا وعلم الأمراض

من المهم لأي اختصاصي إعادة تأهيل يعمل مع شخص مصاب بصابات الجبل الشوكي أن يكون لديه فهم شامل للتشريح وفسيولوجيا الجهاز العصبي، من أجل فهم العرض التقديهي وتأثير علم الأمراض على الأداء. يتكون الجبل الشوكي من 31 جزءًا، مرتبطًا بـ 31 زوجًا من الأعصاب الشوكية (ثمانية رقبية و 12 صدرية وخمس قطنية وخمس عجزية وواحد عصصي). تستقبل الأعصاب الحسية الصاعدة داخل الجبل الشوكي وتنقل المعلومات الحسية من وإلى الدماغ. تنقل الأعصاب الحركية الهابطة المعلومات من

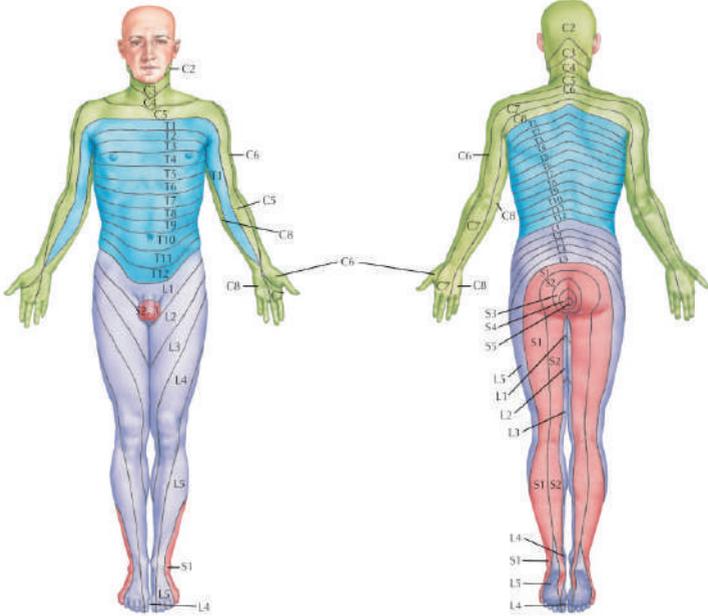
هياكل الدماغ العليا إلى أجزاء مختلفة من الجسم لبدء الوظائف الحركية، مثل الحركة، وتنظيم الوظائف اللاإرادية، مثل التنفس وضغط الدم. إن إصابات الجبل الشوكي مهم أيضًا لنقل المعلومات ودمجها وتوجيهها في الجبل الشوكي. إن إصابات الجبل الشوكي التي ينتج عنها اضطراب في الانتقال العصبي إلى عواقب جسدية وعاطفية كبيرة على حياة الفرد. غالبًا ما يحدث شلل/ ضعف أو تغير في الأحاسيس في أجزاء الجسم التي تعصبها مناطق أسفل المنطقة المصابة. بالإضافة إلى ذلك، يعاني الأفراد أيضًا من تغيرات أخرى تؤثر على الأمعاء والمثانة والألم والوظيفة الجنسية ووظيفة الجهاز الهضمي والقدرة على البلع وضغط الدم وتنظيم درجة الحرارة والتنفس.

الشكل 1: العمود الفقري الطبيعي



لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى: <https://www.mascip.co.uk/wp-content/uploads/2015/02/MASCIP-SIA-Guidelines-for-MH-Trainers.pdf>

الشكل 2: خريطة الأمراض الجلدية والعضلات



التقييم والمراقبة

التقييم هو الخطوة الأولى في إدارة الشخص المصاب بإصابات الحبل الشوكي. ينبغي اعتبار جميع المرضى الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي الرضية أو المشتبه في إصابتهم مرضى في حالة حرجة، بسبب كل من التغيرات الحادة المتعلقة بانقطاع الانتقال العصبي التي ينقلها الحبل الشوكي وارتفاع مخاطر المضاعفات ذات الصلة. خلال مرحلة إعادة التأهيل المبكرة، يوصى بإجراء تقييم فريق متعدد التخصصات (MDT). يجب أن يتضمن هذا التقييم نظرة عامة على خطر حدوث مضاعفات.

قد تؤثر ثلاثة عوامل على الحالة السريرية العامة للمرضى الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي الحادة:

1. مدى الضرر العصبي، بما في ذلك اكتمال الإصابة ومنطقة التعصيب الجزئي/ عدم التعصيب
2. وجود صدمة رضية ذو صلة
3. العمر و/ أو التاريخ الطبي الموجود مسبقاً

المضاعفات

تم تسليط الضوء على تلك المضاعفات خاصة لإصابات الجبل الشوكي؛ ومع ذلك، يجب أن تكون دائماً على دراية بالعلامات الحمراء/ المضاعفات الخاصة بغير أعراض. راجع الفصل 3 لمزيد من المعلومات.

الجدول 1: المضاعفات المتعلقة بإصابات الجبل الشوكي

المضاعفات	المعنى	الإجراء الواجب اتخاذه
عسر القراءة اللاإرادي (AD)	<p>أولئك الذين يعانون من جروح في الفقرة الصدرية السادسة وما بعدها بعد حل مرحلة صدمة العمود الفقري معرضون لخطر الإصابة بعسر القراءة اللاإرادي، مما يشير إلى زيادة غير محدودة ومفرطة في النشاط الودي ، والذي يحدث عادة بسبب:</p> <ul style="list-style-type: none"> محفزات مستقبلية تحت مستوى الآفة مثانة منتفخة بسبب انسداد القسطرة أو الكيس الكامل أمعاء منتفخة تشمل العلامات والأعراض ما يلي: ارتفاع مفاجئ في ضغط الدم (> 20 ملم مغ) انخفاض معدل ضربات القلب / بطء القلب الاحمرار فوق مستوى الإصابة التعرق فوق مستوى الإصابة شريط ضيق حول الصدر اعتماداً على العجز الحسي الشعور بتوئك ألم مفاجئ في الرأس عدم وضوح الرؤية انسداد الأنف الشعور بالموت الوشيك 	<p>قم بتنبيه الفريق الطبي على الفور</p> <p>هذه الحالة، إذا لم يتم التعرف عليها ومعالجتها، قد تؤدي إلى الوفاة</p>
تغيير في الجهاز العصبي	<p>ذو صلة بشكل خاص بمرحلة إصابات الجبل الشوكي الحادة وربما علامة على عدم استقرار العمود الفقري. من المهم أن تكون على دراية بالعلامات التي تشير إلى تلف في المستوى الأعلى من الجبل الشوكي. يمكن أن تكون العلامات الجديدة لتدهور وظائف الجهاز التنفسي مؤشراً على حدوث ذلك (تتأثر وظائف الجهاز التنفسي بالإصابات عند الفقرة الرقبية 5 وما فوق)</p>	<p>قم بتنبيه الفريق الطبي على الفور</p> <p>خطر حدوث مزيد من الضرر للجبل الشوكي والهيكل الداعمة</p> <p>ضمان تقنيات مناولة آمنة والحفاظ على استقرار العمود الفقري (انظر قسم العلاج)</p>

المضاعفات	المعنى	الإجراء الواجب إتخاذة
صدمة عصبية	انقطاع مفاجئ للإشارات التي تحافظ على إدارة الجهاز العصبي اللاإرادي على تضيق الأوعية مما يؤدي إلى انخفاض ضغط الدم. يحدث في إصابات الجبل الشوكي الحادة في المستوى العنقي أو المستوى المرتفع من الصدر مما يمنع النشاط الودي يمكن أن تشمل الآثار الثانوية للاضطراب اللاإرادي العام بعد إصابات الجبل الشوكي ما يلي: بطء القلب (معدل ضربات القلب أقل من 60 نبضة في الدقيقة)، انخفاض ضغط الدم (انقباض أقل من 90 ملم / زئبق)، تغيرات حركية، تنظيم درجة حرارة الجسم	قم بتنبيه الفريق الطبي
صدمة العمود الفقري	فقد جميع ردود الأفعال دون مستوى الإصابة لمدة ثلاثة أيام إلى ثلاثة أشهر. فقدان وظيفة الجهاز الهضمي، مما يؤدي إلى العلوص الشللي والمثانة / الأمعاء المختلة التعصيب صعوبة هضم الطعام مع انتفاخ لاحق للبطن والقيء	قم بتنبيه الفريق الطبي
يعاني المريض من سعال مستمر أو سُعال مُتَّبِعٌ لِلبَلْعِمْ	قد يكون المريض قد أصيب بعدوى في الرئة و/ أو قد يعاني من مشاكل في البلع (عسر البلع). إذا كان السعال أكثر انتشارًا مقترنًا مع تناول أي شئ عن طريق الفم (طعام/ شراب)، فقد يواجه مشاكل في البلع، مما يؤدي إلى دخول السوائل والطعام إلى مجرى الهواء. قد يزيد هذا من خطر الإصابة بالالتهاب الرئوي	قم بتنبيه الفريق الطبي قم بتنقيف الأسرة حول إرشادات التغذية الآمنة: الوضع المستقيم، والمعدل البطيء، ومقدار صغير، قد يستفيد بعض المرضى من الطعام المهروس/ المصفى أو جعل المشروبات أكثر سمكًا. حافظ على نظافة الفم من بقايا الطعام والبكتيريا
إصابة الضغط	إصابة الضغط هي تلف موضعي للجلد والأنسجة الرخوة الكامنة عادة على البروز العظمي. قد يظهر كجلد سليم أحمر اللون ولا يمكن أن يتحول للشحوب (قد يكون من الصعب اكتشافه في الجلد المصبغ الداكن) أو فرجة مفتوحة وقد يكون مؤلمًا إذا كان الشخص لديه إحساس في المنطقة المصابة يحدث نتيجة للضغط الشديد و/ أو المطول أو بالضغط مع القطع تشمل المناطق النموذجية التي يصاب فيها الأشخاص بقرحة الضغط الكعب والأرداف ولوحي الكتف والعمود الفقري الصدري والأذنين الخلفية و منطقة القذالية، اعتمادًا على الوضع ومقدار الوقت الذي تم قضاؤه وهو مستلقي	تحديد المشكلة مع فريق التمريض راجع قسم العلاج للوقاية من إصابات الضغط والرعاية

الإجراء الواجب إتخاذه	المعنى	المضاعفات
<p>قم بتنبيه الفريق الطبي على الفور</p> <p>وقف الحركات الغير الفاعلة والتحرك وتقنيات التنفس البدوية لما بعد المراجعة الطبية</p>	<p>تشمل العلامات والأعراض ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> تورم في الطرف السفلي (عادة من جانب واحد) انخفاض النبضات المحيطة حُمَامَى/احمرار في الجلد (لا يظهر في الجلد المصبغ الداكن) زيادة حرارة الجلد الحمى أعراض عسر رد الفعل اللاإرادي في المرضى الذين يعانون من الفقرة الصدرية السادسة وما فوق الآفة الألم يعتمد على العجز الحسي زيادة تشنجات الساق 	<p>تخثر الأوردة العميقة (DVT) و/أو الانسداد الرئوي (PE)</p>
<p>قم بتنبيه الفريق الطبي للتقييم</p> <p>يلزم العناية بالعلاج اليدوي</p>	<p>تكلس غير طبيعي يتطور في الأنسجة الرخوة خارج المفاصل.</p> <p>تشمل العلامات والأعراض ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> حُمَامَى/احمرار في الجلد (لا يظهر في الجلد المصبغ الداكن) الحرارة وتورم المنطقة المصابة كتلة صلبة محسوسة حركة مفاصل متناقصة وفقدان لاحق للوظيفة الألم يعتمد على العجز الحسي تشنج متزايد منطقة الضغط عسر القراءة اللاإرادي 	<p>تَعَطُّمٌ مُتَبَدِّلٌ (HO)</p>
<p>الحفاظ على حركة المفاصل ومنع الوذمة من خلال التمرين أو التوضع أو التجبير</p> <p>التواصل مع الفريق الطبي للحصول على خيارات الدواء المتعلقة بالسيطرة على الألم والتشنج</p>	<p>يمكن أن يكون سبب التقلصات هو:</p> <ul style="list-style-type: none"> تواسط عصبي- بسبب التشنج أو تقلص لا إرادي للعضلات التي تعتمد على السرعة تواسط غير عصبي- يرجع بالأساس إلى الأوضاع المطولة والجمود 	<p>الشلل التشنجي / التقلص</p>

المضاعفات	المعنى	الإجراء الواجب اتخاذه
مشاكل المثانة والأمعاء صعبة السيطرة	قد يسبب السلس والاحتباس والإمساك مضاعفات كبيرة مثل: <ul style="list-style-type: none"> ■ العدوى (راجل الفصل 3) ■ عسر القراءة اللاإرادي ■ الألم ■ تأثير وظيفي واجتماعي ونفسي 	التنسيق مع الفريق متعدد التخصصات للتقييم والإدارة المستمرة راجع قسم العلاج لمزيد من التفاصيل

من المهم اتباع نهجًا منظمًا للتقييم والعلاج. يتم تقديم إرشادات التقييم العامة في الفصل 3 من هذا الدليل؛ ومع ذلك، ضع في اعتبارك العناصر المحددة لإصابات الحبل الشوكي المذكورة أعلاه. يجب أن يكون التقييم جزءًا من نهج العلاج متعدد التخصصات. في نهاية التقييم، فإنه يجب عليك أن تكون قادرًا على عمل قائمة بالأولويات والأهداف وخطّة علاج ملائمة وأن تكون قادرًا على تحديد بعض الأهداف مع مريضك أو عائلته / مقدم الرعاية حيثما أمكن. من المهم البدء في التخطيط للمريض مع مريض يعاني من إصابات الحبل الشوكي ومقدم الرعاية الخاص به في أقرب وقت ممكن؛ لذلك، ينبغي التفكير في هذا أثناء إنشاء خطة بعد تقييمك الأولي.



المجالات المحددة الرئيسية لتقييم المرضى الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي، لكلا من البداية والمستمرة، هي:

- تحديد المضاعفات (انظر الجدول 1 أعلاه)
- الوظائف اللاإرادية
- وظيفة المثانة والأمعاء
- الوظائف الحركية
- الوظائف الحسية
- أنشطة الحياة اليومية (ADLs)
- الرفاهية النفسية والعاطفية

من الضروري أن تتضمن التقييمات، كحد أدنى، مراجعة 2019 ISNCSCI (المعايير الدولية لتصنيف العصبية لإصابة الحبل الشوكي) - المعروفة رسميًا باسم ASIA، ومعيار ضعف ASIA (AIS) و SCIM III (مقياس استقلال الحبل الشوكي).

تقييم ASIA



المعايير الدولية لتصنيف العصبى لإصابة الحبل الشوكي (ISNCSCI)

يوفر هذا التقييم القياسي الذهبي لتوثيق مستوى وشدة إصابات النخاع الشوكي نظام تصنيف موحد دوليًا لإصابات الحبل الشوكي، ويعطي "مستوى عصبى للإصابة" وأيضًا تصنيف "غير كامل" مقابل تصنيف "كامل" للإصابة:

https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/International_Std_Diagram_Worksheet.pdf

لمعرفة المزيد، يرجى الوصول إلى مورد التعلم الإلكتروني المجاني عبر الإنترنت من الجمعية الأمريكية لإصابات العمود الفقري (ASIA): 'برنامج التعلم الإلكتروني للتدريب على المعايير الدولية (InStEP). تم تصميم هذه الدورة التدريبية المعيارية لتمكين الأطباء من إجراء فحوصات عصبية دقيقة ومتسقة:

<https://asia-spinalinjury.org/learning/>

مقياس قياس استقلالية إصابة الحبل الشوكي (SCIM III)

مقياس الإعاقة الذي يديره الطبيب السريري، تم تطويره خصيصًا لمعالجة قدرة الأشخاص الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي على أداء الأنشطة الأساسية للحياة اليومية بشكل مستقل. يقيم مقياس قياس استقلالية إصابة الحبل الشوكي SCIM ثلاثة مجالات: الرعاية الذاتية والتنفس وإدارة العضلة العاصرة والتنقل (بما في ذلك الذهاب إلى

المرحاض). يتوفر أيضًا إصدار تقرير ذاتي لـ: https://scireproject.com/wp-content/uploads/SCIM_Toolkit_Printable-1.pdf

العلاج التأهيلي

بغض النظر عن السياق، فإن الأسس والمبادئ الإدارية لإعادة تأهيل إصابات الحبل الشوكي متشابهة. www.elearnsoci.org توفر وحدات العلاج الطبيعي والعلاج المهني موردًا تعليميًا شاملاً يتعلق بإدارة وعلاج الشخص المصاب بإصابات الحبل الشوكي، وهي مصدر موصى به.

الإدارة الطبية والجراحية الأولية

تم إدارة إصابات العمود الفقري إما بشكل واثق أو جراحي. إذا تمت إدارتها بشكل واثق، يتم تقييد حركة المرضى عادةً في السرير لمدة من ستة إلى ثمانية أسابيع. إذا تمت إدارتها جراحيًا، يتم تحريك المرضى عادةً في أقرب وقت بعد الإصابة. إن الطريقة التي تدار بها إصابات العمود الفقري لها آثار على نوع وكثافة إعادة التأهيل المقدمة. بالنسبة للمرضى الذين يتم تقييد حركتهم، من المهم أن يتم تسهيل نشاط المريض جسديًا ونفسيًا قدر الإمكان. من الضروري منع التصلب والوذمة والحفاظ على قوة العضلات، لذلك يجب التركيز على إعادة التأهيل النشط.

الاحتياطات والتعامل الآمن مع العمود الفقري غير المستقر

يحتاج أخصائيو إعادة التأهيل المشاركون في رعاية هؤلاء المرضى إلى اتباع احتياطات محددة لإصابات الحبل الشوكي غير المستقر عند إجراء تقييماتهم وعلاجاتهم لحماية العمود الفقري من عدم الاستقرار. سوف يعتمد هذا على مستوى الإصابة.

تزود الرابطة متعددة التخصصات لأخصائيو إصابات الحبل الشوكي (MASCIP) إرشادًا ونقلًا ومعالجة المرضى الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي الفعلية أو المشتبه بها للمعالجين بدليل مصور عملي لضمان التعامل الآمن مع مريض مصاب بإصابات الحبل الشوكي، أو مشتبه بإصابته:

<https://www.mascip.co.uk/wp-content/uploads/2015/02/MASCIP-SIA-Guidelines-for-MH-Trainers.pdf>

يشتمل مسار الرعاية المتكاملة للمرضى الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي الحادة على العديد من عمليات النقل بين الأسطح والأجنحة والأقسام، أو حتى بين المستشفيات المختلفة قبل الدخول النهائي إلى منشأة رعاية متخصصة. حيثما يكون هناك شك معقول في إصابات الحبل الشوكي الحادة، فإن الهدف هو الحفاظ على محاذاة العمود الفقري الكاملة أثناء أي نشاط تحريك وتعامل. يمكن للتعامل، التوضع والدوران المتأني في كل مناسبة أن يمنع أو يخفف من ألم المريض وعدم شعوره بالراحة بشكل كبير. كما سيقلل من احتمال تلف الجلد وإصابة الحبل الشوكي الثانوية. يتم توفير الإرشادات المصورة من قبل الرابطة متعددة التخصصات لأخصائيو إصابات الحبل الشوكي MASCIP كمصدر لمدرسين النقل والتعامل لدعم الترويج لأفضل الممارسات:

<https://www.mascip.co.uk/wp-content/uploads/2015/02/MASCIP-SIA-Guidelines-for-MH-Trainers.pdf>

عدد الأشخاص المطلوبين لدوران مريض يعاني من إصابات الحبل الشوكي غير المستقرة، وفقاً لإرشادات ATLS (دعم الحياة المتقدم في الصدمات) والرابطة متعددة التخصصات لأخصائيي إصابات الحبل الشوكي MASCIP، هم:

● إصابة الفقرة التاسعة وما فوقها: يلزم خمس أشخاص للاستدارة

● إصابة الفقرة العاشرة وما دونها: يلزم أربعة أشخاص للاستدارة

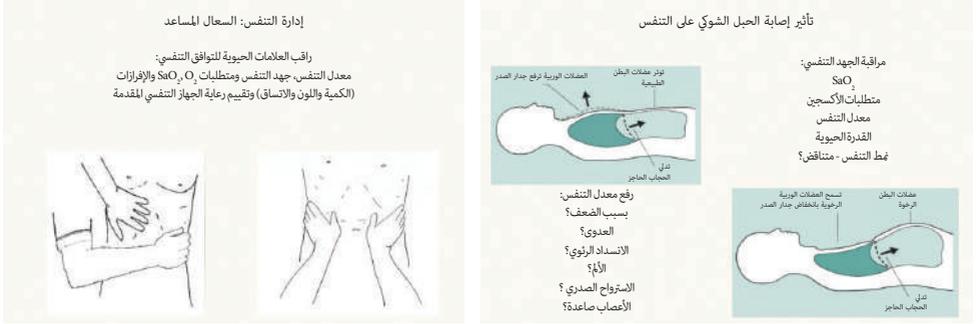
التنفس

إن المشاكل التنفسية هي مضاعفات شائعة في إصابات النخاع الشوكي.. راجع القسم التنفسي في الفصل 3 لمزيد من المعلومات العامة. إن الشلل أو الشلل الجزئي له تأثير ملحوظ على وظيفة الجهاز التنفسي، بسبب ضعف عضلات الجهاز التنفسي، بالإضافة إلى انخفاض الامتثال الرئوي والأضلاع.

إن للشلل الرباعي تأثير ملحوظ على جميع وظائف الرئة بصرف النظر عن الحجم المتبقي، مما يعني أن الأشخاص الذين يعانون من الشلل الرباعي عرضة لخطر الإصابة بمضاعفات تنفسية طوال حياتهم، بسبب ضعف عضلات الجهاز التنفسي وانخفاض الامتثال الرئوي والأضلاع مع غمط التنفس المحدود.

لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى إرشادات الرابطة متعددة التخصصات لأخصائيي إصابات الحبل الشوكي MASCIP (الرابط أعلاه).

الشكل 3: تأثير إصابة الحبل الشوكي على التنفس والسعال المساعد



البلع

يجب على المرضى عدم تناول الطعام قبل تقييم البلع. يجب نصح المريض دائماً بالجلوس في وضع مستقيم عند تناول الطعام أو الشراب وتناول الطعام ببطء، مع أخذ كميات صغيرة في كل مرة. راجع فصل إصابات الدماغ المكتسبة للحصول على مزيد من المعلومات بشأن علاج المرضى الذين يعانون من عسر البلع.

إدارة في المثانة والأمعاء

على الرغم من أن التقييم والرعاية والتعليم في هذا المجال يتم توفيره بشكل عام من خلال العلاج متعدد التخصصات، فمن المهم أن يكون ممارس إعادة تأهيل على دراية بإدارة المثانة والأمعاء في علاج إصابات الحبل الشوكي.

عادة ما يستخدم الأشخاص المصابون بإصابات الحبل الشوكي تقنية تسمى القسطرة الذاتية المتقطعة، حيث يتم إدخال القسطرة كل بضع ساعات لبضع دقائق لتصريف المثانة. بدلاً من ذلك، يستخدمون القسطرة الثابتة (في مرحلة الرعاية الحادة) أو القسطرة فوق العانة للتحكم في المثانة. يتطلب أخصائيو إعادة التأهيل فهماً عاماً للتحكم في المثانة عند علاج الأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي. قد تكون المساعدة مطلوبة في حالة التوازن والتشنج و/ أو وظيفة اليد لتمكين إدارة المثانة. يجب أن يكون أخصائي إعادة التأهيل على دراية بأهمية تقوية عضلات قاع الحوض لدى الأفراد المصابين بإصابات الحبل الشوكي غير المكتمل.

الأشخاص الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي لديهم برنامج للتحكم في الأمعاء، بحيث يكونون محصنين ويفرغون أمعاءهم في الوقت المخطط. عادة ما ينطوي هذا البرنامج على استخدام الحقن الشرجية أو التحاميل (أي الأدوية التي يتم إدخالها في المستقيم). يحتاج الأشخاص المصابون بإصابات الحبل الشوكي إلى الانتباه إلى نظامهم الغذائي أيضًا. يتطلب أخصائيو إعادة التأهيل فهمًا عميقًا للتحكم في الأمعاء عند علاج الأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي. قد تكون هناك حاجة إلى الدعم في أنشطة الحياة اليومية لتعزيز إدارة الأمعاء.

التموضع

سيكون التموضع مهمًا للتحكم في العمود الفقري الغير مستقر (انظر أعلاه، ولكن هذا جانب مستمر من العلاج والتعليم للمريض ومقدم الرعاية، سواء في السرير أو أثناء الجلوس للتحكم في صحة الجهاز التنفسي، وتجنب الانقباضات والحفاظ على صحة الجلد. يرجى الرجوع إلى <https://ar.disasterready.org/> للحصول على مورد كامل من منشورات معلومات مرضى إصابات الحبل الشوكي.



صورة 2: الاستلقاء في وضع جانبي

لمريض مصاب بإصابة الحبل الشوكي في بيئة منخفضة الموارد
Davide Preti/Hi ©



صورة 1: وضعية الاستلقاء لمريض

مصاب بإصابة الحبل الشوكي في بيئة منخفضة الموارد
Davide Preti/Hi ©

المهام الحركية

بعد إصابة النخاع الشوكي، هناك حاجة لمزيد من التعلم عن المهام الحركية لزيادة الاستقلالية الوظيفية إلى الحد الأقصى، وهذا أحد الأهداف الرئيسية لإعادة التأهيل. على سبيل المثال، قد يكون لدى الشخص الذي يعاني من شلل رباعي غير مكتمل قوة كافية ولكن البراعة غير الكافية وسيحتاج الشخص المصاب بالشلل النصفي إلى تعلم مهارات الانتقال. إن المهام الفرعية هي خطوات حاسمة مطلوبة لأداء مهمة بنجاح ومن الضروري أن يكون لدى أخصائي إعادة التأهيل فهم جيد للمستويات المثلى للوظيفة الحركية المتوقعة (انظر قسم نتائج العلاج التأهيلي)، إلى جانب الطرق الشائعة لأداء المهام بعد إصابة الحبل الشوكي. غالبًا ما يكون أي تدريب حركي أكثر فاعلية عندما يتم بشكل متكرر، ويتم تقسيمه وتصنيفه في خطوات صغيرة وممارسته في بيئة مناسبة ذات نشاط وظيفي مشترك، حيثما أمكن.

يستخدم التدريب الحركي عادةً لتحسين:

- اللاتزان
- الدوران
- الحركة في السرير
- الانتقالات
- الانتقال على كرسي متحرك
- وظيفة الطرف الأعلى واليدين
- الوقوف
- السير

إن الأشخاص الذين يعانون من إصابة الحبل الشوكي يكونون عرضة لانخفاض ضغط الدم. هذه مشكلة خاصة عندما يتم تحريك المريض لأول مرة على كرسي متحرك بعد الإصابة، أو عندما يقف المريض لأول مرة على طاولة مائلة. لذا يجب أن يتم ذلك بالتدرج. يحتاج أخصائيو إعادة التأهيل إلى اتخاذ الإجراءات المناسبة عند تحريك المريض لتجنب الدوخة والإغماء، مثل استخدام حزام البطن و/أو جوارب الضغط عند توفرها.

ينبغي تحسين وظيفة اليد، حيث تعتمد جميع أنشطة الحياة اليومية تقريبًا على درجة معينة من حركة اليد. إذا لم يتم الحفاظ على وظيفة القبضة نشطة، فإن وظيفة خياطة الوتر سيكون الحصول عليها ضروريًا، من أجل تسهيل الاستخدام النشط لليدين على الرغم من فقدان الوظائف النشطة (انظر الصورة أدناه). إن إيثاق الوتر ممكنًا لأولئك الذين لديهم تمديد معصم نشط ولكن ليس لديهم ثني إصبع نشط (ضرر في الفقرات العنقية 6).



صورة 5: قبضة الوتر تفتح اليد



صورة 4: قبضة الوتر؛ قبضة سلبية

إيثاق وتر القبضة

اليد الوظيفية أو إيثاق الوتر؛ مع تمديد المعصم، ثني الأصابع في راحة اليد ويلمس الإبهام السبابة (الصورة 3). فتح اليد عندما ينثني الرسغ، تتحرك كل الأصابع في وضع مفتوح ويتم إبعاد/ تمديد الإبهام، مما يسمح بتحريك الأشياء (الصورة 4).

الأنشطة اليومية والمساعدات الفنية

بعد إصابة الجبل الشوكي، قد تضعف قدرة الشخص على أداء المهمة كلياً أو جزئياً، ومع ذلك، فإنه من المهم، على الرغم من أن الشخص قد يحتاج إلى قدر كبير من المساعدة، فإن القدرة على أداء بعض الجوانب الرئيسية للمهمة نفسها توفر إرضاء الاستقلال والخصوصية وتجنب الاعتماد التام على شخص آخر. إذا أصبح من الواضح أن الشخص لن يكون قادراً على الحصول على الاستقلال في مهمة معينة، فينبغي دراسة التقنيات والمعدات التعويضية في أقرب وقت ممكن لتقديم الدعم والمساعدة لتلبية احتياجات الشخص.

قد تكون هناك حاجة أيضاً إلى استراتيجيات ومهارات تعويضية لبدء حتى الأنشطة الأساسية في وقت مبكر.

على الرغم من كونهم في أزمة حادة، إلا أنه من المهم تعزيز استعادة الأنشطة والأدوار وتشجيع المرضى على المشاركة في العناية بأجسامهم. تتضمن المشاركة أن تكون نشطاً جسدياً وقادراً على توجيه الرعاية اللفظية الخاصة بهم. كما أنه من الضروري إشراك طاقم التمريض ومقدمي الرعاية والأقارب في هذه العملية. تعد صفحات الإنترنت <http://www.elearnsci.org/> و <https://spinalistips.se/en> من الروابط المفيدة للمعلومات العملية والاستراتيجيات والتكيفات في الأنشطة اليومية.

إن أنشطة العلاج الرئيسية المستخدمة هي النشاط الهادف، والنشاط المهني. من المهم خلال الأسابيع الأولى التقدم نحو نشاط حقيقي قائم على المهنة في بيئة ذات صلة حالياً، حيث يكون ذلك ممكناً، بعد تحديد ما إذا كان ينبغي تضمين الاستراتيجيات التصحيحية و/ أو التعويضية في خطة العلاج:

تتضمن الاستراتيجيات التصحيحية تمارين وأنشطة لزيادة قوة ومدى الحركة (ROM) لتحقيق أهداف محددة قائمة على النشاط.

تتمكن الاستراتيجيات التعويضية من الاستقلالية في أنشطة معينة، وقد تكون مطلوبة إذا لم يكن لدى الشخص إمكانية التعافي العصبي لتمكين الأداء ما قبل الإصابة. قد يشمل هذا استخدام:

- الجبائر/ معدات التقويم الثابتة للوضع أو تثبيت أجزاء الجسم لتمكين الأنشطة. على سبيل المثال، الجبائر الرغوية لتسهيل قبضة معينة
- الجبائر الوظيفية لتمكين الإمساك لمهام خاصة، مثل الجبيرة المصممة للإمساك بقلم أو أدوات المائدة
- مساعدات التنقل/ المساعدات الوظيفية. على سبيل المثال، الكرسي المتحرك أو الوسائل المساعدة للمشي
- تعديلات المهام. على سبيل المثال، ارتداء الملابس للأطراف السفلية في السرير (عند الإرتداء في السرير، اجعل المريض في وضع الجلوس أولاً عن طريق رفع رأس السرير واستخدام الوسائد لمساعدته على الوصول إلى وضع جيد. لف أو ضم كل ساق بنظون إلى حلقة وادفع القدم بداخلها. أثناء العمل مع كل رجل، ضع الجورب والحداء. حرك ساقى البنطال لأعلى قليلاً وكرر العملية للساق الأخرى. لف المريض بأمان من جانب إلى آخر واسحب البنطالون فوق أحد الأرداف في المرة)
- أنماط الحركة البديلة. على سبيل المثال، تعمل وظيفة إيثاق الوتر في اليد على تسهيل أنشطة الإمساك والقبض المتكيف (انظر الصور أدناه) أو عقد الكوع أثناء النقل إذا كانت العضلة ثلاثية الرؤوس ضعيفة.

لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى: <http://www.spinalcordessentials.ca/PDF/SC2E-Sd1-Dressing.pdf>



صورة 6: قبضة راحية



صورة 5: قبضة اسطوانية



صورة 8: قبضة منسوجة



صورة 7: قبضة مفتاحية



صورة 10: قبضة انضغاطية



صورة 9: قبضة المسكة الخطافية

إدارة الألم

يمكن أن يؤثر الألم على الأداء والمشاركة في الأنشطة ونوعية الحياة، وهو أحد المضاعفات الشائعة التي تلي إصابة الجبل الشوكي في شكله الحاد والمزمن. على وجه التحديد بالنسبة لإصابة الجبل الشوكي، من المهم تحديد الألم المرتبط بخلل الحركة اللاإرادي، حيث يمكن أن يكون هذا حالة طارئة مهددة للحياة. انظر الفصل 3 لمزيد من التفاصيل حول التقييم والإدارة العامة للألم.

منع التقلصات

من الضروري تجنب التقلصات. يجب الانتباه من اليوم الأول لأنها تسبب:

- ❑ قيود على الاستقلالية وأداء الأنشطة اليومية
- ❑ صعوبات في الحفاظ على النظافة
- ❑ الألم
- ❑ إصابات الضغط
- ❑ تشوهات طويلة المدى

تستهلك التقلصات وقتًا طويلًا لعكس وتقليل الوقت والتركيز على إعادة التأهيل الوظيفي. يجب أن يرتبط تدخل التقلص بالأنشطة وقيود المشاركة خلال أي تخطيط للهدف، وخاصة المهام الحركية. تتضمن الوقاية والعلاج من التقلصات ما يلي:

- ❑ الحركة النشطة من خلال التدريب البدني والأنشطة اليومية
- ❑ التمديد
- ❑ الحركات السلبية
- ❑ التموضع في وضع مطول

الحفاظ على حركة المفاصل ومنع الوذمة من خلال التمرين أو التموضع للحصول على المدى الأمثل للحركة، بشكل نشط أو سلبي. يجب أن تركز جميع الحركة/ التنسيق والمهارات في المقام الأول على مساعدة المريض على تحقيق أهدافه ويمكن أن تلعب دورًا مهمًا في الحد من الألم والتشنج من خلال التمارين النشطة والحفاظ على حركة المفاصل.

تذكر إشراك المريض والعائلة / مقدم الرعاية ميكزًا. على سبيل المثال:

- ❑ تأكد من دعم القدمين في السرير بوسادة للتمدد أو الحفاظ على طول عضلات الكاحل الأخرسية
- ❑ تبديل وضع الذراع والكتف في السرير للحفاظ على حركة الكتف الكاملة.
- ❑ الحفاظ على تمديد الكوع الكامل للتمكين من الاستقلال مع الانتقال من السرير إلى الكرسي المتحرك
- ❑ نم بانتظام في وضعية الانبطاح للتمدد أو تحافظ على ثني الورك
- ❑ قف بانتظام للتمدد أو تحافظ على طول عضلات الأطراف السفلية
- ❑ اجلس بانتظام بقدم واحدة على الركبة المقابلة للتمدد أو حافظ على طول مدارات الورك الداخلية ومدد أوتار الركبة لتسهيل تضميد الأطراف السفلية
- ❑ تمديد لليد لتمديد المفاصل الراحية وبين الأصابع للحفاظ على الوتر

التمارين الغير منفصلة ،

تجبير



استخدام المعدات

في المرحلة المباشرة للاستجابة حيث تتوقع العمل مع مرضى إصابات النخاع الشوكي، من منظور إعادة التأهيل، هناك بعض المعدات الأساسية التي قد ترغب في وضعها كأولوية لتخزينها أو الحصول عليها. يمكن تصنيع بعض المعدات لمنزل المريض (مثل: إطارات الوقوف) بواسطة التجارين المحليين.

دعائم لتوجيه دورك في تبادل المعلومات / التعليم مع المريض ومقدم الرعاية، ويغطي إدارة المضاعفات، وخيارات استخدام المنتجات المساعدة، والتعديلات البيئية لأنشطة الحياة اليومية، والنظافة وإدارة سلس البول

ينبغي أن تتقيد مساعدات التنقل المقدمة للمريض بالمبادئ التوجيهية المقبولة على نطاق واسع،

وبالأخص توفير كرسي متحرك يناسب إرشادات منظمة الصحة العالمية، كما هو مبين هنا:

<https://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en/>

نظرًا لأن الأشخاص الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي قد يحتاجون إلى كرسي متحرك للاستخدام مدى الحياة، ينبغي أن يتم تخصيصه بشكل مثالي لاحتياجاتهم الدقيقة، وستتطلب الإصلاح والاستبدال المستمر.

لذلك من الأفضل الرجوع إلى مزود محلي يمكنه تقديم الخدمات المستمرة حيثما أمكن.

رابط إلى قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية (APL) التي يمكن أن تساعد في توجيه اختيار المنتجات المساعدة الشاملة للإعاقة وإصابات الحبل الشوكي على حدٍ سواء:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207694/WHO_EMP_PHI_2016.01_a.pdf?sessionid=F8D728543DDA2123F43F571209DCF5D0?sequence=4

الاضطراب النفسي والعاطفي

سيختبر الأشخاص المصابون بإصابات الحبل الشوكي وعائلاتهم درجات متفاوتة من الاضطراب النفسي والعاطفي. يحتاج اختصاصيو إعادة التأهيل إلى مراعاة ذلك عند علاج المرضى والإحالة بشكل مناسب إلى أعضاء الفريق الآخرين. يقضي أخصائيو إعادة التأهيل أجزاء كبيرة من الوقت مع المرضى ويطورون علاقة وثيقة تعني أن لهم دورًا مهمًا في دعمهم ومساعدتهم على إدارة الاضطرابات النفسية والعاطفية. في حين أنهم ليسوا متخصصين في هذا المجال، إلا أنه يجب على المعالجين أن يأخذوا في الاعتبار إمكانية أن يكون لدى المرضى أيام يشعرون فيها بالتأثر أكثر من غيرها. ينبغي عليهم الاستماع بفاعلية، والتحقق من مشاعر المريض والتكيف مع كثافة جلساتهم وفقًا لما يمكن للمريض التعامل معه في أي يوم معين. قد يكون من المفيد أيضًا الرجوع إلى الأقران، وكذلك طبيب نفسي. من المهم أن يزرع مهنيو إعادة التأهيل الأمل دون تقديم وعود كاذبة حول إمكانية شفاء المريض.

تحديد الأهداف

يجب أن يكون لدى اختصاصي إعادة التأهيل معرفة واضحة بالنتائج المتوقعة وفقًا لمستوى الإصابة (انظر الجدول 3 أدناه). يجب أن يكون أخصائي إعادة التأهيل قادرًا على تحقيق أهداف قصيرة وطويلة المدى (تتمحور حول المريض) مع العائلة / مقدم الرعاية إذا كان متاحًا، بالإضافة إلى فريق متعدد التخصصات. يجب أن يكون تحديد الهدف شاملاً وهادفًا وتمحورًا حول المريض. ستشمل تأثيرات الخطة العلاجية ما يلي:

مستوى واكتمال الإصابة

النتيجة الوظيفية المتوقعة لمستوى الإصابة

العوامل الثقافية - في بعض البلدان، يعتبر المريض بإصابة الحبل الشوكي "مرضىًا" وسوف يكون تكاليًا/ معتمدًا بشكل كلي على مقدم الرعاية الخاص به

القدرة/ الوظيفة ما قبل الإصابة

- الحافز
- التوقعات الوظيفية للمريض
- تخطيط الصرف-استخدم بيئة واقعية للممارسة، وتوقيتات واقعية لإدارة المثانة / الأمعاء وتعديلات المنزل المطلوبة، إذا كان قادرًا على العودة للمنزل
- مشاكل/ خطط إعادة التوطين-و خاصةً في حالات النزاع والكوارث

تعد برامج تخطيط الأهداف إطاراً تأهيلي مفيد لتحسين الأداء البدني والاجتماعي والنفسي للمرضى الداخليين المصابين بإصابات الحبل الشوكي. يضمن استخدام قائمة مرجعية (انظر أدناه) اتباع نهج منظم للمريض ومقدم الرعاية والفريق متعدد التخصصات البدنية: أنشطة الحياة اليومية (الاعتماد والاستقلال)، وإدارة الجلد، وإدارة المثانة والأمعاء، والتنقل، وإدارة الكراسي المتحركة والمعدات الأخرى المطلوبة النفسية: الاكتئاب والقلق واعتبارات الأسرة الاجتماعية: إعداد المجتمع وتنسيق الصرف والتوظيف والتعليم التنبؤ الذي نوقش: الأهداف القصيرة الأجل المتفق عليها والمخطط لها، والأهداف الطويلة الأجل المتفق عليها وتهدف إلى: مناقشة النتائج الوظيفية المتوقعة

نتائج العلاج التأهيلي

الجدول 3: النتائج الوظيفية التي تتبع إعادة التأهيل جدول يمثل النتائج المتوقعة حسب مستوى الضرر). لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى <https://ar.disasterready.org/> للحصول على مورد يتعلق بالنتائج الوظيفية.

مستوى	قدرات	الأهداف الوظيفية
C1-C3	حركة محدودة للرأس والرقبة	التنفس: يعتمد على جهاز التنفس الصناعي للتنفس التواصل: يكون الكلام صعبًا في بعض الأحيان، محدود جدًا أو مستحيل المهام اليومية: اعتمادا بشكل كلي الحركة: اعتمادا بشكل كلي
C3-C4	عادة ما يكون لديه تحكم في الرأس والرقبة. قيد بهز الأشخاص في المستوى C4 أكتافهم	التنفس: قد يتطلب في البداية جهاز تنفس اصطناعي للتنفس؛ قد يتكيف مع التنفس طوال الوقت دون مساعدة جهاز التنفس الاصطناعي التواصل: طبيعي المهام اليومية: قد يتمتع البعض باستقلالية محدودة في التغذية بمساعدة معدات متخصصة و يكونوا قادرين على تشغيل سرير قابل للتعديل بشكل مستقل

مستوى	قدرات	الأهداف الوظيفية
C5	عادة ما يكون لديه تحكم في الرأس والرقبة، ويمكن أن يبرز كتفيه ولديه تحكم في الكتف. يمكنه ثني المرفقين ويقبض راحة اليد لأعلى	<p>المهام اليومية: الاستقلالية في الأكل والشرب وغسل الوجه وتنظيف الأسنان وحلاقة الوجه والعناية بالشعر بعد المساعدة في إنشاء المعدات المتخصصة</p> <p>الرعاية الصحية: يمكنهم التحكم في رعايتهم الصحية عن طريق القيام بالسعال الذاتي وتخفيف الضغط عن طريق الانحناء إلى الأمام أو من جانب إلى آخر</p> <p>الحركة: قد يكون لديه القوة لدفع كرسي متحرك يدوي لمسافات قصيرة على الأسطح الملساء. إذا كان متاحًا، يمكن استخدام كرسي متحرك كهربائي مزود بأدوات تحكم يدوية للأنشطة اليومية. هناك إمكانية للقيادة، ولكنها تتطلب المزيد من التقييم والتكيف</p>
C6	لديه حركة في الرأس، الرقبة، الأكتاف، الأذرع والمعصمين. يمكنه هز كتفيه، ثني مرفقيه، لف راحة اليد لأعلى وأسفل وتهديد المعصمين	<p>المهام اليومية: مساعدة بعض المعدات المتخصصة، يمكن أن يؤدي المهام اليومية بسهولة أكبر واستقلالية، مثل التغذية والاستحمام والعناية والنظافة الشخصية وارتداء الملابس. قد يؤدي بشكل مستقل مهام تنظيف الغرف الخفيفة</p> <p>الرعاية الصحية: مستقل في تخفيف الضغط وفحص الجلد والالتفاف في السرير</p> <p>الحركة: يمكن لبعض الأفراد القيام بانتقالات بشكل مستقل ولكنهم كثيرًا ما يحتاجون إلى لوحة منزلقة. يمكن استخدام كرسي متحرك يدوي للأنشطة اليومية، ولكن قد يستخدم كرسي متحرك كهربائي بسهولة أكبر في الاستقلالية</p>
C7	لديه حركة مماثلة مثل الشخص المصاب بـC6، مع قدرة إضافية على فرد المرفقين	<p>المهام اليومية: قادر على أداء الواجبات المنزلية. بحاجة إلى مساعدات تكيفية أقل في العيش المستقل</p> <p>الرعاية الصحية: قادر على القيام بدفع كرسي متحرك لتخفيف الضغط</p> <p>الحركة: استخدام يومي للكرسي المتحرك اليدوي. يمكنه الانتقال بسهولة أكبر</p>
C8-T1	أضاف قوة ودقة للأصابع مما يؤدي إلى وظيفة يد محدودة أو طبيعية	<p>المهام اليومية: يمكنه العيش بشكل مستقل بدون أجهزة مساعدة في التغذية والاستحمام والعناية بصحة الفم والوجه، وارتداء الملابس، التحكم بالمثانة، التحكم بالأمعاء</p> <p>الحركة: يستخدم كرسي متحرك يدوي. يمكنه الانتقال بشكل مستقل</p>
T2-T6	لديه وظيفة حركية طبيعية في الرأس والعنق والكتفين والذراعين واليدين والأصابع. زيادة استخدام عضلات الأضلع والصدر، أو التحكم في الجذع	<p>المهام اليومية: ينبغي أن يكون مستقل تمامًا في جميع الأنشطة</p> <p>الحركة: قلة من الأفراد قادرون على المشي المحدود باستخدام الدعامات الامتدادية. هذا يتطلب طاقة عالية للغاية ويضع ضغطًا على الجزء العلوي من الجسم، مما لا يوفر أي ميزة وظيفية. قد يؤدي إلى تلف المفاصل العلوية</p>

مستوى	قدرات	الأهداف الوظيفية
T7-T12	أضاف الوظائف الحركية من زيادة التحكم في البطن	المهام اليومية: قادرة على أداء أنشطة الجلوس غير المدعومة الرعاية الصحية: قام بتحسين فاعلية السعال الحركة: نفس ما ورد أعلاه
L1-L5	لديه عائد إضافي للوظائف الحركية في الوركين والركبتين	الحركة: يمكن للمشي أن يكون وظيفة حيوية، بمساعدة دعائم الساق والكاحل المتخصصة، مشي بمستويات منخفضة بسهولة أكبر بمساعدة الأجهزة المساعدة
S1-S5	اعتماداً على مستوى الإصابة، هناك درجات مختلفة من عودة الوظائف اللاإرادية للمثانة والأمعاء والوظائف الجنسية	الحركة: زيادة القدرة على المشي مع أجهزة داعمة قليلة أو معدومة

التنبؤ

فرصة الشفاء الملحوظ في الأشخاص الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي الكاملة (AIS درجة أ ولا منطقة للحفظ الجزئي) منخفضة جداً، في المقابل، أولئك الذين يعانون من إصابات الحبل الشوكي غير المكتملة لديهم فرصة جيدة بشكل معقول لبعض التعافي. يحتاج أخصائيو إعادة التأهيل إلى أن يدركوا أن معظم حالات الشفاء تحدث خلال الأشهر الثمانية الأولى بعد الإصابة، وأنه من الصعب على الأطباء تقديم تشخيص دقيق في الأسابيع القليلة الأولى بعد الإصابة.

دراسة حالة

أصيب شاب يبلغ من العمر 27 عامًا بإصابة في الجبل الشوكي خلال زلزال نيبال عام 2015. تم إدخاله إلى مركز إعادة تأهيل إصابات العمود الفقري بعد ذلك بثلاثة أسابيع، بعد تحويله من مستشفى آخر بتشخيص كسر في L1 - T12 الذي تم إدارته جراحيًا. تم صرفه بعد خمسة أشهر من الإصابة.

عند الدخول: طريح الفراش، قسرة فوليز، عادة غير منتظمة في الأمعاء واعتمادا بشكل كلي في أنشطة الحياة اليومية. كانت جميع العلامات الحيوية مستقرة.

الإدارة الطبية: إدارة الألم وإدارة الجروح (إصابة الأنسجة اللينة المتعددة).

إدارة التمرين: إدارة المثانة، الأمعاء، التنقيف، القسرة المنقطعة، العناية الشخصية، روتين الأمعاء، الوقاية من المضاعفات، إصابة الضغط وعدوى المسالك البولية.

إدارة العلاج الطبيعي: تشمل تمارين نطاق الحركة السلبية للأطراف السفلية الثنائية، وتمرين نطاق الحركة النشطة للأطراف العلوية الثنائية، وتقوية الجزء العلوي من الظهر والأطراف العلوية، والتنقل (الغرفة والمرحاض)، ومستقلة في حركة السرير وتقنيات تخفيف الضغط، والانتقال من السرير إلى الكرسي المتحرك بشكل مستقل. مهارات الكرسي المتحرك: التدريب الأساسي والمتقدم، والتوازن المستمر في البيئات الثابتة والديناميكية، والتنقيف حول تخرُّ الأوردة العميقة والوقاية منه، وتعليم مقدم الرعاية والمريض تمارين نطاق الحركة والتوضع على جانب السرير.

إدارة العلاج المهني: مستقل في أغلب أنشطة الحياة اليومية، بما في ذلك التغذية، ارتداء الملابس في الجزء العلوي (في الكرسي)، تحميل الأجزاء العلوية والسفلية من الجسم، الانتقال إلى المرحاض واستخدام المرحاض، الانتقال في كل المستويات، والمهارات الأساسية والمتقدمة للكراسي المتحركة. التنقيف حول تعديل المنزل وتحقيقه، وبدأ العودة إلى العمل والأنشطة الترفيهية (فنان) واستعاد دوره السابق في عائلته ومجتمعته.

نفسى: إدراك تقديم المشورة بشأن النتائج الوظيفية المتوقعة، علاج الاسترخاء العميق، جلسة فردية / جماعية حول إعادة الإدماج الآمن في المجتمع، وتعليم المجموعة حول الجنس والخصوبة بعد إصابات الجبل الشوكي، والتنقيف بشأن حقوق الإعاقة، للمشاركة بنشاط في جميع أنشطة إعادة التأهيل، بما في ذلك العلاج بالموسيقى واليوغا.

قدم قسم خدمة الكراسي المتحركة كرسي متحرك ثلاثي العجلات.

قياس النتائج الوظيفية: AIS عند الدخول: AIS- A؛ T12 AIS؛ صرف AIS- T12 AIS - مقياس استقلالية الجبل الشوكي عند الدخول: 10 مقياس استقلالية الجبل الشوكي عند

الصرف: 69

إعادة الإدماج في المجتمع: كان يعمل مستشارًا للأقران في SIRC منذ عام 2016. نموذج دور فعال للمصابين حديثًا بإصابة الجبل الشوكي. فنان ممتاز!

نقاط أساسية

- انتبه لمخاطر مضاعفات إصابات الحبل الشوكي واعمل على العلامات المبكرة باستخدام التقنيات المناسبة، وتواصل مع الفريق متعدد التخصصات ومراقبة واستخدام المنتجات المساعدة ونصائح الضيافة
- قم بإشراك مقدمي الرعاية من بداية العلاج. توفير معلومات عن التشخيص والتكيف واحتياجات الرعاية المستمرة للمساعدة في دعم كل من المريض والأسرة على المدى الطويل
- ضمان فهم التشخيص
- يعد التقييم وتحديد الأهداف مع المريض ومقدم الرعاية أمرًا بالغ الأهمية لتسهيل التقدم المستمر بعد مرحلة إعادة التأهيل المبكرة والمساعدة في نقل احتياجات الرعاية المستمرة على المدى الطويل



المراجع

وجهات نظر دولية حول إصابات الجبل الشوكي WHO/ISCoS، منظمة الصحة العالمية، 2013.

دراسة وصفية لإصابة الجبل الشوكي المرتبطة بالزلازل في نيبال جروفز سي سي وآخرون. الجبل الشوكي 2017

الفريق الطبي للطوارئ: المعايير والتوصيات الفنية الدنيا لإعادة التأهيل منظمة الصحة العالمية 2016

نظرة عامة للفريق بأكمله، وحدات العلاج الطبيعي، العلاج المهني. متاح على:

www.elearnsoci.org

www.physiotherapyexercises.com

www.spinalistips.se/en

نقل ومعالجة المرضى الذين يعانون من إصابات حقيقية في الجبل الشوكي (SCI) المبادئ التوجيهية للرابطة متعددة التخصصات لأخصائيي إصابات الجبل الشوكي 2009 MASCIP

المبادئ التوجيهية النفسية في إصابة الجبل الشوكي 2015 ASCoN. متاح على:

<https://ascon.info/wp-content/uploads/2018/05/psychosocial-guidelines15.pdf>

كتاب ISCoS حول الإدارة الشاملة لإصابات الجبل الشوكي 2015 ISCoS

ملاحق

يمكن إيجاداه على <https://ar.disasterready.org/>

1. تقييم الفريق المتعدد التخصصات لإصابة الجبل الشوكي
2. ورقة غش التقييم
3. التوضع، بما في ذلك الميل 30 درجة
4. النتائج الوظيفية
5. جواز سفر إصابات الجبل الشوكي
6. اختصارات إصابات الجبل الشوكي



الفصل 9

الفصل التاسع: إعادة التأهيل المبكر للحروق

الأهداف:

- بنهاية هذا الفصل، سوف تكون قادرًا على:
 - الإلمام بأنواع الحروق ودرجاتها
 - إجراء تقييم أساسي لشدة الحروق
 - فهم أسلوب العلاج الجراحي للحروق
 - وضع وتقديم خطة علاج إعادة التأهيل لأصابات الحروق الحادة



الفصل التاسع: إعادة التأهيل المبكر للحروق

المقدمة

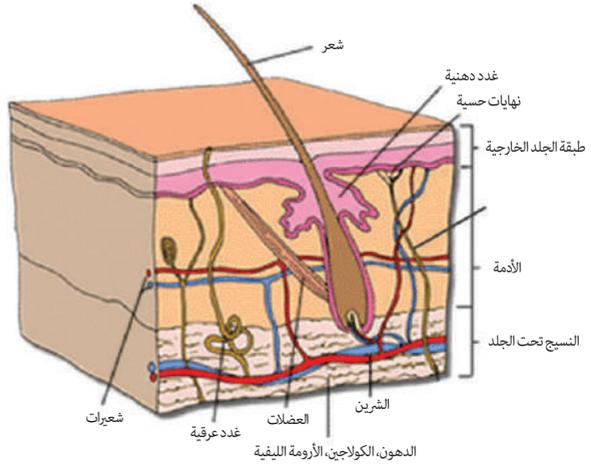
يؤكد إيسليمان وآخرون أن إصابات الحروق يمكن أن تؤدي إلى صعوبات كبيرة ومعقدة قد تعيق عملية إعادة التأهيل، نظرًا للمضاعفات طويلة المدى والمشكلات النفسية ذات الصلة. ويظهر ذلك بشكل خاص في البلدان ذات الدخل المنخفض إلى المتوسط، حيث قد يكون الحصول على الرعاية الطبية والعلاجية الكافية في الوقت المناسب محدودًا للغاية.

بغض النظر عن السياق، تعكس العروض التقديمية للحروق التي تحدث أثناء النزاعات والكوارث تلك الحروق الصناعية أو المنزلية الشائعة. سيكون علاج هذه الحروق مماثلًا لها. يُتوقع أن يصاحب إصابات النزاعات / الانفجارات، الإصابة بالمزيد من الصدمات المركبة، على سبيل المثال، حرق فوق الكسر بالإضافة إلى ارتفاع خطر تلوث الجروح. يجب تنظيف الجروح مبدئيًا ثم تركها مفتوحة بضمادة واقية لتغطية الأغلق الأساسي المتأخر لمنع حدوث العدوى. يجب إزالة الشظايا التي يسهل الوصول إليها؛ ومع ذلك، إذا كان هناك خطر لحدوث تلف شديد في الأنسجة أثناء البحث عن جزء من الشظايا، فسيتم تركها في مكانها. يمكن أن تسبب الإصابات الناتجة عن الانفجارات في إصابة الأنسجة الرخوة والعظام بقصور شديد، بالإضافة إلى إصابات الحروق المصاحبة وإصابة الأعضاء المجوفة، مثل الأمعاء والرتتين. تتطلب هذه الإصابات إجراء تقييمات دقيقة بصفة مستمرة. من المحتمل أن تسبب الحروق الكيميائية، مثل النابالم والفوسفور، حروقًا أكثر حدة وبالتالي يتم إعادة تأهيلها بنفس طريقة إعادة تأهيل الحروق العميقة. تسري المبادئ ذاتها في علاج الحروق الناتجة عن سيناريوهات الصدمات المتعددة مع مراعاة التدابير الاحتياطية ذات الصلة.

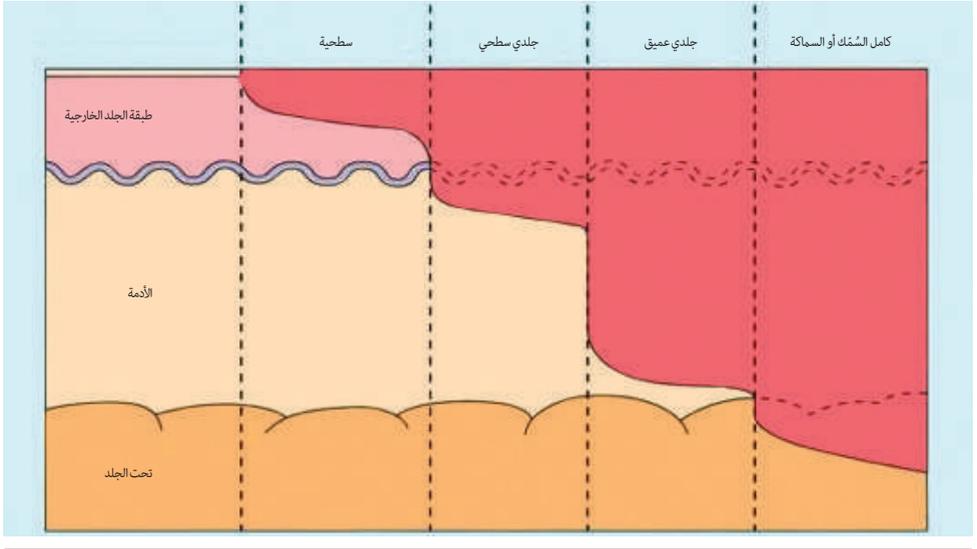
في رعاية الحالات الحرجة المصابة بالحروق الكبرى، ستشمل الإدارة الطبية ما يلي: إنعاش بالسوائل وعلاج مجرى الهواء التنفسي و تنظيف الجروح، وإذا تطلب الأمر، قد تنطوي على إجراءات جراحية، مثل الشق الجراحي أو قطع اللقافة أو كلاهما.

يبدأ إعادة تأهيل إصابات الحروق من اليوم الأول من الإصابة، مباشرةً خلال فترة التنام الندب، وغالبًا تمتد لسنوات بعد الإصابة، خاصةً فيما يتعلق بالوقاية من التققع وفي الأطفال حيث لا يكتمل النمو.

الرسم البياني 1: تشريح ال جلد



الرسم البياني 2: عمق إصابات الحروق



الجدول 1: درجات خصائص الحروق

مخطط درجات الحروق				
درجات الحروق	الأنسجة التالفة	شكل الحروق	الحساسية للألم	مدة الشفاء والتشخيص
سطحية (حرق 1 ^و الدرجة الأولى)	الطبقة الخارجية للجلد (الطبقة القرنية)	احمرار تشكل النطفات غير شائع وذمة خفيفة انخفاض تدفق الدم إلى الجرح الناجم عن ارتفاع الضغط وإعادة امتلاء الشعيرات	ألم شديد	أقل من 14 يوماً لا يُتوقع ظهور ندوب على المدى الطويل
سطحية حرق جزئي السماكة (حروق سطحية جزئية السماكة) (حرق 2 ^و الدرجة الثانية: سطحي)	الطبقة الخارجية للجلد بأكملها الطبقات العلوية من الأدمة تلف بعض بصيلات الشعر والغدد العرقية والدهنية	احمرار نطفات رطوبة تحت الجلد وذمة انخفاض تدفق الدم (إعادة امتلاء الشعيرات)	مؤلم للغاية شديد الحساسية	7-20 يوماً قد تسبب ندوب في حالات نادرة تغير صياغي

مخطط درجات الحروق				
درجات الحروق	الأنسجة التالفة	شكل الحروق	الحساسية للألم	مدة الشفاء والتشخيص
حرق عميق جزئي السماكة (حروق عميقة) جزئية السماكة (حرق ³ الدرجة الثانية: عميق)	التهاب وتلف شديد في الأدمة تلف معظم النهايات العصبية ووصلات الشعر والغدد العرقية	متغير اللون (أبيض مع أحمر، على سبيل المثال، مبقع) رطب أو شمعي جاف يؤثر بشكل عام نقص أو بطء إعادة امتلاء الشعيرات تشكل الشق الجراحي	أقل حساسية تجاه الألم نتيجة تلف النهايات العصبية	يصعب تحديد مدة التعافي بحد أدنى 21 يوم أو أكثر تكوّن الندوب أخطار التفتق قد يحتاج إلى ترقيع الجلد، خاصة إذا لم يُشفى خلال 15-21 يومًا
حرق بكامل سماكة الجلد (حرق ³ الدرجة الثالثة)	تلف جميع طبقات الجلد أو ضمورها (في الحالات الحادة): قد يكون بسبب الدهون أو العظام (تتلف الطبقة الخارجية للجلد أو الأدمة وتحت الجلد أو تضمّر في الحالات الحادة)	أبيض، متفحم، جاف، غير مرن (مشدود) عدم تكوّن نفضات إذا كانت محيطية - فيمكن أن يكون لها تأثير عاصب ومن ثم يلزم إجراء عملية الشق الجراحي	لا يوجد إحساس بالألم من مستقبلات الألم الجلدية المفقودة، ولكن الوضع غالبًا ما يكون مؤلمًا للمريض ويجب الانتباه إلى أن الألم سيزداد بعد التنظيف الجراحي الأول	ندوب شديدة الحدة أخطار التفتق عدم تجدد خلايا الجلد يلزم إجراء إزالة ووتطعيم الجلد قضاء فترة طويلة تحت الرعاية الطبية



ملاحظة

ملاحظة: يمكن أن يكون لإصابات الحروق عرض مختلط من حيث العمق، خاصة الحروق الحرارية والكهربائية (الإصابة الداخلية - قد لا تكون الجروح الناتجة عن دخول الرصاص أو خروجها مرئية/ واضحة على الفور).

التقييم

تقييم المنطقة المصابة بالحرق

يتم قياس مساحة الجسم المتضرر من الحرق من خلال قاعدة التسعات، معبرًا عنها كنسبة مئوية، على سبيل المثال يعني حرق 15% من قاعدة التسعات أن 15% من إجمالي مساحة سطح الجسم تعرضت للحرق أو الضرر.

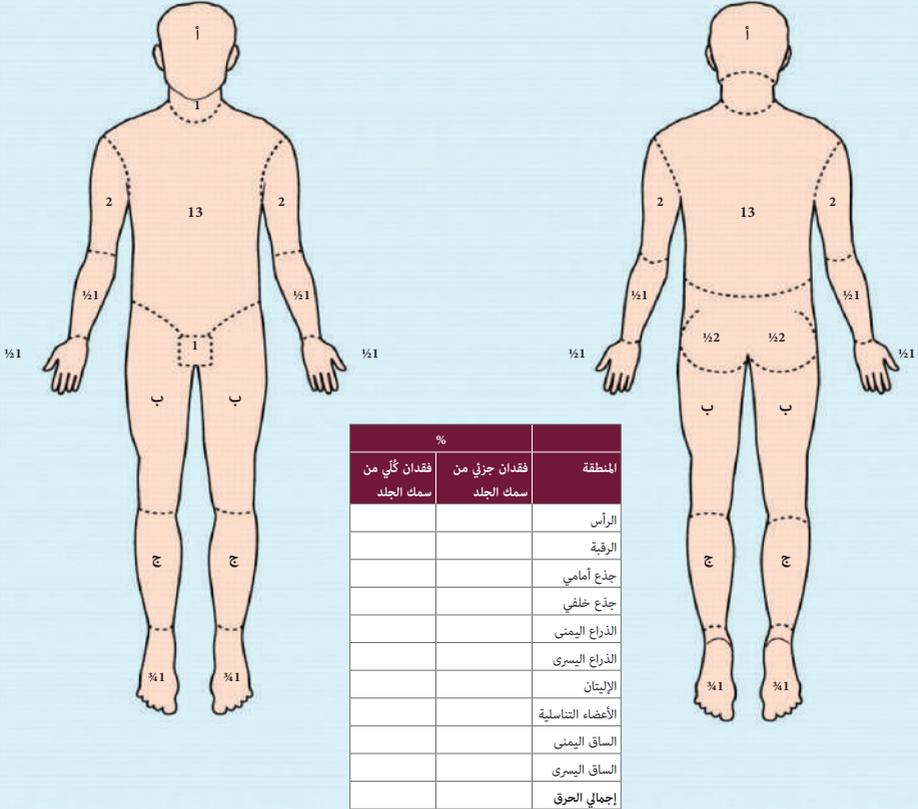
الطريقتان الأكثر شيوعًا لتسجيل مساحة الإصابة هما "قاعدة التسعات" و "مخطط لوند وبرودر البياني" (لاحظ أن البالغين والأطفال لديهم مخطط نسب مئوية مختلف) موضحة في الفصل السابع من كتاب إعادة التأهيل اليدوي في الكوارث المفاجئة، الصفحة 196.

تُستخدم نسبة قاعدة التسعات لحساب متطلبات السوائل، وتُعد أكبر مؤشر للبقاء والنتيجة النهائية إلى جانب درجة الحرق.

حرق كبير: أكثر من 30% من قاعدة التسعات للبالغين؛ أكثر من 20% من قاعدة التسعات للأطفال.

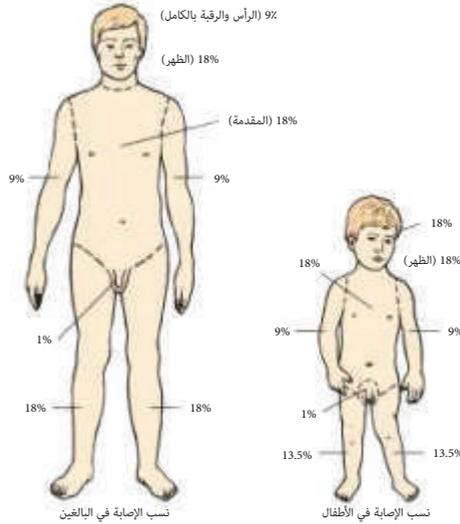
سيؤثر موقع الحرق ونوعه أيضًا على وخامة الإصابة وتأثيرها الوظيفي على المريض، على سبيل المثال يمكن أن يكون الحرق العميق لكلتا اليدين شديدًا جدًّا من الناحية الوظيفية للمريض، على الرغم من أن نسبة قاعدة التسعات منخفضة نسبيًّا. لا يمكن للحرق الكهربائي أن يغطي سوى نسبة صغيرة من قاعدة التسعات، ولكن يمكن أن يكون تأثيره كارثيًّا على المريض بسبب الضرر الداخلي المحتمل؛ كما أن المريض يكون عُرضة لخطر ضرورة بتر أطراف للسيطرة على الإصابات.

الرسم البياني 3: مخطط لوند وبرودر البياني



المنطقة	حديث الولادة	العمر سنة واحدة	العمر 5 سنوات	العمر 10 سنوات	العمر 15 سنة	بالغ
أ = 1/2 الرأس						
ب = 1/2 أحد الفخذين						
ج = 1/2 أحد الساقين السفليتين						

الرسم البياني 4: قاعدة التسعات



رعاية الطوارئ لعلاج الحروق

تقييم:

م = المجرى الهوائي

ت = التنفس (أي علامات إصابة استنشاقية قد تتطلب تنبيب اتقاني، متبوعًا بالعلاج الطبيعي للصدر) وقد يلزم إجراء عملية الشق الجراحي لعلاج الحروق العميقة أو كاملة السُّمك في الصدر (والبطن عند الأطفال)

م = الدورة الدموية (قد يلزم إجراء عملية الشق الجراحي للحروق المحيطة كاملة السُّمك في الأطراف)

ق = الإعاقة (عدم وجود إصابات ناجمة، مثل إصابة الرأس)

ع = التعرض (تقييم منطقة إصابة الحروق ودرجتها)

س = السوائل (تقع مسؤولية حساب متطلبات السوائل وإدارتها - على عاتق الفريق الطبي). يلزم إنعاش السوائل لمنع صدمة نقص حجم الدم لجميع الحروق التي تزيد عن 10% في الأطفال و 15% في البالغين.

المضاعفات: (المؤشرات الخطيرة)

- صدمة نقص حجم الدم/ عدم كفاية إنعاش السوائل (قليل جدًا أو كثير جدًا)
- العدوى
- متلازمة المقصورة (شحوب، انعدام النبض، الأُم، الإحساس الجانبي، الشلل)
- إدارة غير كافية للألم
- قد ترتفع شدة إصابة الحروق وفق العوامل الآتية:
- مختلف الأعمار من أصغرها إلى أكبرها
- الأعراض المصاحبة
- الإصابات ذات الصلة، على سبيل المثال الكسور
- الإصابة الاستنشاقية
- مكان الحروق: الوجه/ العينان/ الأذنان/ البدان/ العجان/ القدمين
- الإصابات الناجمة عن الصدمات الكهربائية
- الإصابات الناجمة عن الانفجارات
- سوء التغذية (بما في ذلك فقر الدم)

تقييم أولي لإخضاع الحروق للعلاج الطبيعي

*مع التقييم والعلاج، اتبع دائماً نهجاً منظماً يُرجى اتباع نهج "البحر الهوائي والتنفس والدورة الدموية والإعاقة والتعرض" ليشمل الرعاية الطبية الكاملة (انظر دراسات الحالة للحصول على أمثلة)

أسباب الإصابة بالحروق: _____

نوع الحرق/ الإصابة: حرق/ لهب/ صدمة كهربائية/ كيميائية (قلوية/ حمضية / أخرى) / انفجار/ أخرى: _____

إصابة استنشاقية: نعم/ لا (انظر قسم "العلاج" للتعرف على العلامات والأعراض التي يجب الانتباه إليها)

أي إصابات/ حالات مرضية أخرى: _____

التاريخ الطبي السابق ذا الصلة: _____

التاريخ الاجتماعي: مُدخن: نعم/ لا _____

تاريخ الأدوية والعقاقير: _____

المهنة: _____

اليد المهيمنة: الأكثر استخداماً اليمنى/ اليسرى/ كلاهما _____

الرئيسي:

سطحي

كفاقي: نعم/ لا _____

جزئي الشّمك

المفاصل المُصابة: _____

كامل الشّمك

بنية الوجه المُصابة: _____

إصابة استنشاقية: نعم/ لا _____

العلاج الجراحي (تقييم مرحلة ما قبل إعادة التأهيل): _____

طعم جلدي مشطور: نعم/ لا _____

التفاصيل: _____

موضع المتبرع: _____

سديلة: نعم/ لا التفاصيل: _____

تدخل جراحي آخر: _____

الألم (المكان والوصف و سلم قياس الرؤية) _____

الحركة: _____

الجروح/ العدوى* _____

ندبة _____

وذمة* _____

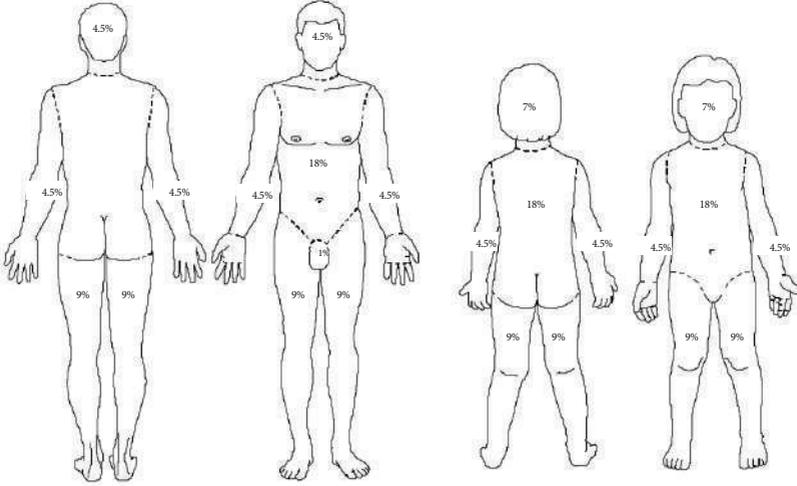
المدى الكامل للحركة - نضط/ سلبي في المفصل المُصاب _____

الوظيفة: _____

* انتبه *

قد تتعمق الجروح بسبب، على سبيل المثال: الإصابة بالعدوى ونقص التغذية وسوء المعالجة وقد يؤدي سيناريو تحبيب الأنسجة وتأخير تطعيم الجلد والتئام الجروح لكارثة فيما يخص تجنب تكوّن الندبات الكبيرة ومنع التقلصات. انتبه أيضاً إلى أي علامات تشير إلى الشعور بالضييق النفسي.

يُعد التقييم المستمر للحروق والمبدي الكامل للحركة خطوة مهمة، وكذلك التقييم للتحقق من الإصابة بالعدوى.



العلاج

يبدأ علاج إعادة التأهيل على الفور (بمجرد استقرار ديناميكا الدم).

تضمن تركيز التأهيل في هذه المرحلة الحادة ما يلي:

- الرعاية التنفسية
- إدارة الوذمة
- تحديد الوضعية والتجبير وتخفيف الضغط
- التحريك/ ممارسة التمرينات مبكراً وتدرجياً
- الحفاظ على الأداء الوظيفي
- التعليم

الرعاية التنفسية

الإصابة الاستنشاقية: انتبه إلى العلامات أو الأعراض التي قد تشير إلى الإصابة بحروق استنشاقية، بما في ذلك:

- حروق في الوجه أو الرقبة أو الجذع العلوي
- حروق شعر الأنف
- بلغم كربوني أو جزيئات السخام أو البلعوم
- تغيير في الصوت مع بحة أو سعال شديد
- ضييق التنفس، صرير

التهاب جلدي أو تورم في البلعوم عند إجراء التمثيل البصري المباشر

تاريخ انخفاض الوعي

أهداف العلاج الطبيعي:	أدوات تحقيق هذه الأهداف:
معالجة مجرى الهواء (بعد عقد مناقشة مع الفريق الطبي)	تجهيز الوضعية لإدارة وذمة الوجه - اجلس المريض
إزالة إفرازات الشعب الهوائية الزائدة	تجهيز الوضعية لزيادة تصفية الإفرازات والتهوية
رفع أداء تبادل الغازات	تجهيز الوضعية - الوضعيات
الوقاية من انخماص الرئة أو علاجه أو كلاهما	تقنية تضخم الرئتين
الحفاظ على التمدد الصدري و الحركة العامة	الشفط
تجهيز الوضعية - الوضعيات	محلول ملحي / الترطيب
	دورة التنفس النشطة
	تقنية الزفير القسري
	لاهنزاز/ القرع (إذا لم يكن أي من طرق العلاج اليدوي أو النشط المذكورة أعلاه خيارًا (خاصةً للأطفال الصغار)
	المعالجة بالأكسجين
	التحريك
	إدارة الألم

إدارة الوذمة

الوذمة هي استجابة طبيعية للإصابة ولإنعاش السوائل (ملحوظة مهمة لتجنب الإفراط في الإنعاش).

قد تؤثر الوذمة على التنام الجروح.

في المراحل الحادة، يمكن السيطرة على الوذمة والحد من آثارها عن طريق:

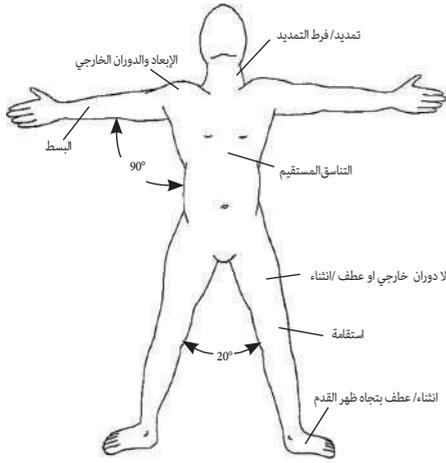
- تجهيز الوضعية المناسبة: على سبيل المثال رفع اليدين فوق مستوى القلب مع تمديد المرفقين (يمكن أن يؤدي ثني الكوع إلى تجمع الوذمة حول الكوع ويمكن أن يؤدي ثني المعصم إلى تكوّن وذمة كبيرة في اليد)
- تحفيز أداء المضخة العضلية من خلال الحركة الفاعلة
- يجب أن يجلس المرضى الذين يعانون من وذمة الوجه بزاوية 45 درجة على الأقل حتى في الليل (حسب تدابير السلامة)
- يجب أن تكون الضمادات ثابتة مع السماح بالحد الأقصى للحركة فاعلة لجميع المفاصل

تجهيز الوضعية والتجبير

تحديد الوضعية الصحيحة ضروري لمنع التقلص

يُصحّ تجهيز الوضعية بشكل وقائي في حالة عدم وجود علامة على فقدان المدى الحركي ويمكن استخدامه لزيادة المدى الحركي إذا ثبت فقدان مجال الحركة

عادةً ما يتخذ مرضى الحروق أوضاع الراحة، خاصة في البيئات منخفضة الموارد حيث يكون الحد من الألم ضئيلًا؛ بشكل عام، يسري هذا في نمط الانثناء/العطف ستظل المفاصل حريفياً في موضع الراحة مرور الوقت حيث تتكيف الندبة النامية مع الوضع المختصر



تجهيز الوضعية المضادة للتشنجات:

- ✓ إبعاد الكتفين حتى 90 درجة، المبعدة أفقياً بزاوية 20 درجة، بالإضافة إلى تحفيز الدوران مع التمديد
- ✓ عظمة الكتفين - انقباض، إنخفاض
- ✓ الذراعان في وضع دوران الطبيعي والساعدان مستقلقيان
- ✓ المرفقان ممتدان
- ✓ تمديد المعصم 30-40، مع انثناء المفصل السُلَمِيّ
- ✓ 45-70، وامتداد السلايمات، وإبعاد الإبهام ومقابلته
- ✓ الرقبة ممتدة قليلاً (دون وسادة)
- ✓ إبعاد الوركين قليلاً مع التمديد الكامل، مع منع الدوران الخارجي

انتبه لمناطق الضغط أثناء تجهيز الوضعية. تُعد منطقة الحرق أكثر عرضة للتدهور والتوسع إذا تعرضت للضغط المستمر والمناطق غير المتضررة بالحرق عرضة أيضاً للتدهور، حيث يعاني العديد من مرضى الحروق في ظروف ضعف الموارد من سوء التغذية.

التجبير

مُخصص عموماً إلى

- وضع الأطراف/ المفاصل في وضع الراحة عند/ حسب الحاجة لتقليل مخاطر الإصابة بالتقلص.
- حماية رُقع الجلد أو السديلة أثناء مرحلة الشفاء الأولية/ اتباع مرحلة ما بعد العملية على النحو المطلوب.



ملاحظة

ملاحظة: قد تحتاج الجبائر إلى إعادة تشكيل بعد تغيير الضمادات والتكيف، على سبيل المثال حدوث تغييرات في التورم خاصةً بالنسبة لليد.

التجبير



ملحوظة: للاطلاع على التدابير الاحتياطية لتثبيت الجبيرة يُرجى الرجوع إلى قسم

الكوارث عبر <https://ar.disasterready.org/>

التحريك والحفاظ على الأداء الوظيفي

هذا أمر ضروري لضمان عودة المريض إلى حياته الطبيعية والمشاركة في أنشطة حياته. يتم تحقيق ذلك من خلال القيام بتمارين خفيفة لمجال الحركة، التي يجب أن تتسم بالبطء والسلاسة لتجنب الشعور بالألم والإصابة بالالتهاب، بالإضافة إلى المشاركة في المهام الوظيفية، خاصةً تحفيز مستوى معين من الاستقلال في الرعاية الذاتية والتحرك بشكل تدريجي (المشي/ الحركة قدر الإمكان) في وقت مبكر من مرحلة إعادة التأهيل.

مجال الحركة ووحدة العناية المركزة



التعليم

التفكير في المستقبل- يُعد تعريف/ إعطاء معلومات المريض ومقدمي الرعاية ذات الصلة أمرًا أساسيًا ويجب أن يشمل:

تدريبات أساسية لمجال الحركة والتمدد. قد يخشى للمريض القيام بأي حركة، خاصةً مع إشارة المعالج إلى أهمية الحركة الفاعلة المبكرة جدًا للمفاصل بينما لا يزال الجرح في مرحلة الشفاء. من المهم أن تشرح للمريض (ومقدمي الرعاية/ الأسرة) سبب قيامنا بذلك، **خاصةً للوقاية من الإصابة بالتقلصات**

الأطر الزمنية المتوقعة لشفاء الجروح والتام الندوب لضمان مشاركة المريض في نظام إعادة التأهيل الذي غالبًا ما يكون طويل الأمد - سيكون لهذا صلة مباشرة مع الإدارة المستمرة في تجهيز الوضعية، والحركة الفاعلة، وبعد ذلك يلزم القيام بمزيد من التمدد والتدريبات من خلال ممارسة الأداء الوظيفي

توقعات حدوث، على سبيل المثال: تأخر التئام الجروح والحكة (الحكة الشديدة) والإحساس المتغير (خاصةً فرط الحساسية) وتكوّن التقلصات وإدارتها

إدارة الندوب: حول التئام الجروح بالكامل، نصيحة عن تدليك الندبة وتقنية الترطيب والنظام اليومي مع كريم مطري عادي (تعرف على الخيارات المناسبة من مصادر محلية)، بالإضافة إلى الضغط. إذا لم تكن ملابس الضغط متوفرة، فأنصح بالخيارات البديلة الآمنة والمناسبة، على سبيل المثال استخدام ضمادات الضغط، الضمادات الأنبوبية، على سبيل المثال ضمادات tubigrip

ممارسة الأنشطة الوظيفية (خاصةً مهام الرعاية الذاتية، مثل التغذية) قدر الإمكان لمنع المضاعفات المرتبطة براحة السرير المستمرة، وتعزيز مجال الحركة والمساعدة في استعادة حس الاستقلال

نظام التجبير مثل الالتزام بتقويت - إزالة الجبائر وتركيبها فيما يتعلق بتناول الطعام والشراب والرعاية الشخصية والسلامة أثناء اتباع نظام التآكل، بما في ذلك رعاية الضغط

العوامل التي قد تؤدي إلى تفاقم المخاطر على سبيل المثال الإصابة بالعدوى في المناطق المحيطة (التطهير)

يُرجى مراعاة

تأثير عامل العمر والأعراض المصاحبة على الشفاء والمضاعفات ✓

الدور الذي يلعبه العرق والثقافة في النتيجة المتوقعة ✓

الإصابات المصاحبة (كسور وبتر وإصابات استنشاقية) ستؤثر على التعافي ✓

المضاعفات الثانوية للحروق، مثل تَعَطُّمُ المُتَبَيِّذ، وإصابة الاستنشاق الحادة وفشل رُقع الجلد/ السديلة (مثل قوى القص والعدوى) ✓

مكان الحرق، على سبيل المثال رقعة سطحية صغيرة على الساعد، اتخذ التدابير اللازمة بسرعة وتوقع المزيد من المضاعفات مقابل الإصابة ✓

بنفس نوع الحرق على القدم - مما يقتضي المزيد من الحذر لضمان التعافي مع إدارة الذومة وتوقع أطر زمنية أطول لفترة التعافي

الجدول 2: خيارات الإدارة الجراحية لرعاية الحروق

الملاحظات/ التحذيرات	رعاية ما بعد العلاج	تفاصيل العملية	الجراحة
<p>يستغرق شفاء المنطقة المانحة أسبوعين وقد يكون مؤلماً للغاية، ولكن بمجرد الشفاء، يمكن إعادة الاستعانة بتلك المناطق لأخذ المزيد من الجلد</p> <p>في النباتات ذات الموارد المحدودة، غالباً ما يتم تأخير الطعم الجلدي المشطور والحد منه، مما يؤدي إلى نتائج دون الحد الأمثل، لتشمل المزيد من خطر الإصابة بالعدوى والتدبيب</p> <p>يمكن أن يبدأ ترطيب المنطقة بمجرد التئامها وتطبيق التذبة عندما تصبح المنطقة مستقرة</p> <p>في حالة الحروق الشديدة، قد تكون أي منطقة من الجلد غير المتضررة بالحرق منطقة مانحة</p>	<p>تطعيم الجلد فوق أو بالقرب من المفصل:</p> <p>إيقاف الحركة لمدة خمسة أيام حتى يسمح الجراح بالبدء بالحركة إذا كان الجزء مقيد الحركة مع ضمادات ضخمة أو مربوطة في غرفة العمليات، فقم بتثبيت جبيرة/ لوح خلفي - بعد مناقشة الجراح</p> <p>تأكد من أن الجبيرة لن تتسبب في تلف المنطقة</p> <p>يتم التغيير الأول للضمادة في منطقة التطعيم خلال من 48 ساعة إلى خمسة أيام</p> <p>يتم التحريك بشكل تدريجي خلال 5-7 أيام بعد التطعيم، بعد ذلك لن توجد أي قيود على الحركة بعد سبعة أيام</p> <p>التطعيم فوق منطقة خالية من المفصل:</p> <p>يُسمح بالحركة عادةً من 48 ساعة ما لم يكن هناك سبب محدد لعدم السماح بذلك. بالنسبة إلى تطعيم الأطراف السفلية، قد يوصي بعض الجراحين بممارسة الحركة المبكرة. في حالات أخرى قد يوصى بخلاف ذلك: الانتظار لمدة 3-5 أيام (كمعدل متوسط) للقيام بالتغيير الأول للضمادة قبل تأكيد السماح بتمشية المريض</p> <p>تأكد من أن الطرف السفلي مُزود بضمادة داعمة، على سبيل المثال ضمادة كويبان/ ضمادة مرنة قبل التحريك</p>	<p>يُستخدم طعم جلدي مشطور لإنتعاش الحياة وتحسين التئام الجروح وتحفيزها</p> <p>يعتمد جميع تطعيم الجلد على إمدادات الدم الأساسية، لذا يجب استئصال الأنسجة المتضررة بالحرق وصولاً إلى مصدر النزيف الصحي</p> <p>مأخوذة من منطقة مانحة من الجلد السليم على جسم المريض، عادةً من الفخذ أو قفوة الرأس في حالات الأطفال</p> <p>مأخوذة من شريحة من الأدمة. غالباً ما يتم فتحه على شكل نافذة أو تشبيكه لتوسيع الجلد والسماح بالتخلص من الإفرازات</p>	<p>طعم جلدي مشطور</p>
<p>لا يُتبع التطعيم كامل السُّمك للجلد بشكل شائع في علاج الحروق الحادة (بصرف النظر عن الجفون) ولكن لأغراض ترميمية</p>	<p>وفقاً للعلاج اللاحق للطعم الجلدي المشطور، ما لم يكن التطعيم كامل السُّمك للجلد أعلى مفصل مثل اليد عندما يكون هناك تركيز أقل على تقييد الحركة من خلال التجبير - يُرجى الاستعانة بالجراح</p>	<p>يشمل التطعيم كامل السُّمك الطبقة الخارجية للجلد والأدمة بأكملها، لذلك يجب إغلاق المنطقة المانحة مباشرة.</p> <p>تقع المناطق المانحة الشائعة خلف الأذن و الفخذ</p>	<p>تطعيم كامل السُّمك للجلد</p>

الملاحظات/ التحذيرات	رعاية ما بعد العلاج	تفاصيل العملية	الجراحة
<p>تشمل أسباب فشل السديلة: التوتر والالتواء والضغط والتهابات وتجلط الأوعية الدموية</p> <p>غير شائع الاستخدام في رعاية الحروق الحرجة (باستثناء الحروق الكهربائية أو الحروق شديدة العمق أحياناً مع الأوتار المكشوفة أو المفاصل أو العظام دون الغشاء الضام المبطن للعظام)، ولكنها شائعة في إعادة بناء الحروق وتُستخدم في علاج إصابات الأنسجة اللينة الحادة</p> <p>يلزم مراقبة الآتي باستمرار: اللون ودرجة الحرارة والنسيج وإحكام السديلة لضمان قلبية الاستمرار</p>	<p>تتعد أنواع الشدل/الطيات، وبالتالي فإن المناقشة مع الجراح أمر أساسي لضمان تقديم رعاية إعادة تأهيل آمنة وملائمة بعد الجراحة. الطعم العنقي هو شريان الحياة للسديلة الجديدة ويحتاج إلى وقاية حتى يتم استعادة تدفق الدم - عادةً ما تستغرق العملية ثلاثة أسابيع</p> <p>المبادئ الأساسية لرعاية السديلة بطريقة آمنة: لا تقم بلف أو ضغط أي جزء من إمدادات الدم تجنب حركة القص من خلال التوضع أو المناولة</p>	<p>يتم استخدام الشدل/طيات ملء العيوب عندما لا يكون الجرح قابلاً للتطعيم مثل الأوتار المكشوفة والعظام وما إلى ذلك.</p> <p>على عكس الطعم الجلدي المشطور، تأتي الشدل/الطيات مع إمدادات الدم الخاصة بها (يمكن أن تشمل الجلد واللحافة والعضلات والعظام وما إلى ذلك)</p>	<p>شدل/طيات</p>

يلزم رفع المناطق التي تم تطعيمها أو تركيب سديلة لها بعد العملية. يُعد تقليل القص وعدم إعاقه تدفق الدم أمراً أساسياً، لذا فإن التركيب يجب ألا يكون شديد الإحكام.

! انتبه من العدوى!

هو السبب الأكثر شيوعاً لوفيات المرضى الذين يعانون من إصابات الحروق بعد تطعيمهم من الإصابة الأولية.

قد تؤخر العدوى بشكل كبير التنام الجروح في المنطقة المانحة وتسبب فشل التطعيم والشدل.

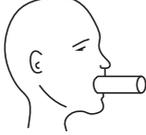
ضمادات الجروح = الجزء الرئيسي من إدارة الحروق: الضمادات النظيفة والموضوعة بشكل صحيح تحسن النتائج مع تطلب العديد من مناطق الجسم رعاية خاصة.

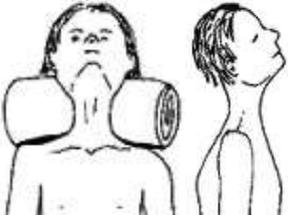
مُعالج إعادة التأهيل
في غرفة العمليات



في الصفحة التالية: هو جدول ملخص يهدف إلى إرشادك في أسلوب العلاج الخاص بك فيما يخص تجهيز الوضعية والتجبير وتحريك مناطق المفاصل المحددة التي قد تتعرض للضرر. تعتمد برامج التجبير وتجهيز الوضعية على شدة الإصابة وقد يلزم اتباعها لمدة ستة أشهر على الأقل لضمان فعاليتها.

الجدول 3: توصيات التجبير وتجهيز الوضعية في إعادة تأهيل الحروق

مكان الحرق	أخطار التفتع المحتملة	الوضعية المضادة للتفتع
الوجه	قد يتأثر الوجه بطرق عديدة، بما في ذلك عدم القدرة على فتح الفم أو إغلاقه وعدم القدرة على إغلاق العينين تمامًا وإغلاق فتحات الأنف	يلزم تغيير تعبيرات الوجه بطريقة التمدد اليدي للشفاه والعيون بانتظام الفم: تحقيق تمدد أفقي / رأسي / محيط بالنسيج حول الفم
		
		* تُسهل بعض الأجهزة امتداد الفتح الرأسي بشكل أساسي. قد يتم إضافة جهاز فتح الشفاه الأفقي، وضمان أن التمرينات تشمل جميع الحركات
<p>تمرينات الوجه: فتح الفم والابتسام ووضع الشفة العلوية على الشفة السفلية ووضع الشفة السفلية على الشفة العلوية وتجييد الشفاه وسحب زوايا الفم للخلف وتمديد جانب الفم وفتح الخدين وفتح العينين تمامًا وإغلاق العينين تمامًا ونكز الذقن وتمديد الرقبة مرة أخرى مع بقاء الفم مغلقًا.</p> <p>أنشطة أخرى للمساعدة في ممارسة تمرينات الوجه: ررد حروف العلة الأبجدية ببطء وبالبح في كل حركة ثم استخدم ماصة، وتناول تفاعلة مع أخذ فضمات كبيرة، ثم استخدم لسانك لتمدد شفتيك وخديك نحو الخارج. أبق فمك مفتوحًا قدر الإمكان عند غسل أسنانك، واستخدم يدك لدفع خديك لأعلى للمساعدة في إغلاق عينيك.</p>		

مكان الحرق	أخطار التفتع المحتملة	الوضعية المضادة للتفتع
مقدمة الرقبة	انثناء الرقبة. سحب الذقن باتجاه الصدر يقلل حركة الرقبة ملامح الرقبة مفقودة	الرقبة في حالة تمديد (أيضا عند النوم) لا وسادة خلف الرأس، لفة خلف الرقبة، على سبيل المثال منشفة ملفوفة / وشاح كبير إمالة الرأس للخلف عند الجلوس، تجنب التمدد المفرط أثناء الليل
		
		في حالة عدم توفر طوق عنق الرقبة الناعم، يمكن تصميم طوق العنق من أنابيب الشفط المرنة المقطوعة إلى أطوال وتعلق بشريط لاصق. طوق الرقبة مبطن بشاش ناعم ووصوف ومثبتة مع ضمادة

مكان الحرق	أخطار التفقع المحتملة	الوضعية المضادة للتفقع
الجانب الخلفي من العنق	تمديد العنق وحركات أخرى للعنق	الجلوس مع ثني العنق. الاستلقاء مع وضع الوسائد خلف الرأس
		
تدريبات العنق: تدرب من خلال مجموعة سلبية ونشطة من أنشطة الحركة للرأس والرقبة، والتي تشمل الأذن إلى الكتف (الانثناء الجانبي)، والذقن إلى الصدر (الانثناء)، والذقن إلى السماء (التمديد) والتناوب.		

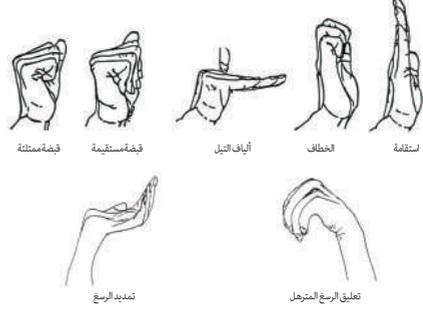
مكان الحرق	أخطار التفقع المحتملة	الوضعية المضادة للتفقع
الإبط أو الطية الإبطية الأمامية والخلفية	الأبعاد المحدود، وتمديد وثني	الاستلقاء والجلوس - إبعاد الذراعين بزاوية 90 درجة بدعم من الوسائد بين الصدر والذراعين. تشكيل الرقم ثمانية من الضمادات أو الربط لتوفير تمدد عبر الصدر
		
أمثلة: استخدام أنبوب مصبوب من البلاستيك أو POP (جس باريس) (ضع في اعتبارك أين تنتهي الجبيرة على الذراع لضمان الضغط السليبي الصفري مع سحب الذراع لأسفل) إذا كان المرفق / الساعد متضمناً، فقم بالتناوب بين وضع الاستلقاء ووضع الانطباع الأقدام: وشاح على شكل حرف ثمانية		
تدرب من خلال الطاقات النشطة والسلبية لمسارات حركة الكتف. تدرب من خلال الإبط / الكتف:		

مكان الحرق	أخطار التفقع المحتملة	الوضعية المضادة للتفقع
الكوع (ومقدمة الذراع)	الإطالة المحدودة (والاستلقاء المحدود)	التمديد والاستلقاء في الغالب، حسب الاقتضاء. في حالة الحروق المحيطة، اعمل أيضاً على الانثناء واللف
		
تدرب من الكوع (والساعد): النشط و السليبي: امتداد و ثني الكوع و بسط و ثني الساعد.		

	الوضعية المضادة للتشنج	أخطار التشنج المحتملة	مكان الحرق
<p>جبهة في وضع POSI (وضعية التثبيت الامن) أمثلة: استخدم POP مبطن، كرتون مقوى، أنبوب بلاستيكي مقولب، قالب سكوتش</p> 	 <p>تمدد المعصم 30-40 درجة، انثناء MCP لـ 60-70 درجة، مفاصل IP في وضع التمديد، التباعد للأصبع الكبيرة في منتصف راحة اليد.</p>   <p>المعصم في وضع تمديد بشكل مفروط، ثني MCP عند الحد الأدنى، وتمديد الأصابع وتبعيدها</p>	<p>الوضع للمميز لليد المحروقة هو:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ ثني الرسغ ❑ تمديد أو فرط التمديد لـ MCPJ (المفاصل السنتعية) ❑ انثناء IPJ (المفاصل بين السلامية) ❑ تقريب الإبهام ❑ دوران / انحراف الإصبع الصغير  <ul style="list-style-type: none"> ❑ الحروق معزولة عن راحة اليد: ❑ الأصابع منبسطة ومثنية: سحب راحة اليد إلى الداخل 	<p>اليد والمعصم</p>
<p>اليد والمعصم:</p> <p>ستصبح هذه المفاصل مشدودة / متقلصة وستشوه اليد بشدة إذا لم يشجع المريض باستمرار على تحريك اليد والأصابع.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ في البداية، يحد الألم والوذمة من حركة اليد ❑ ممارسة قوية في وقت مبكر (حيث لا يوجد تطعيم ذاتي / FLAP) ❑ وضع ضمادة "لا تعيق الحركة" كثيرًا! ❑ يُنصح أيضًا بإجراء تمارين (إذا تطلب الأمر) أثناء تغيير الضمادات <p>ملاحظه: الاشتباه في الوتر الباسط أو غطاء الوتر الباسط، يقتصر على الحركات النشطة البسيطة فقط!</p>			

التدريبات:

- الوتر النشط المتزلق للمعصم (الانثناء والتمديد): المساعدة السلبية عند الضرورة
- الأوتار النشطة المنزقة للأصابع: مركب ومعزول، خاصة مع التركيز على اثني المعزول ل MCPJ (قد يحتاج المريض إلى مساعدة بسيطة مع الحركات - المساعدة الدقيقة عندما يكون ROM النشط غير مكتمل)
- ثني الإبهام وتمديد IPJ المركب والمعزول
- التعارض: الإبهام على الأصابع الفردية "O" الحركات النشطة من طرف إلى طرف
- تباعد / تقرب الأصابع
- الانحراف باتجاه عظمي الكبيرة والزند



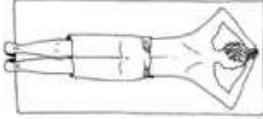
تشجيع الأنشطة الوظيفية (العناية الذاتية / التغذية الذاتية / تصفيف الشعر / الخ) - ضع في اعتبارك عمل مقابض الألوان، على سبيل المثال جبيبة الساعد المصنوعة من الألياف الزجاجية المغطاة بالحشوة / الضمادة ثم ضمادة خفيفة على يد / ذراع المريض

الارتداء: عندما ينام المريض، على سبيل المثال، تشجيع المريض على استخدام يديه!

ملحوظة: احرص على ألا تكون جوانب الجبيبة عالية للغاية، وألا تكون مقيدة بإحكام أيضًا! ضع في اعتبارك التورم المتغير في الحجم، والمخاطر المرتبطة به، وكذلك التغيرات في الشكل، على سبيل المثال تغيير الضمادات.

مُعالج إعادة التأهيل في غرفة العمليات



مكان الحرق	أخطار التفتق المحتملة	الوضعية المضادة للتفتق
الفتخ (الورك)	ثني الورك: تقرب الورك. 	(لحرق الفتخ الأمامي) يجب الاستلقاء في وضعية الانبطاح مع تمديد الساقين: مع عدم وضع وسادة خلف الركبتين الحد من الجلوس والميل على الجانب. الاستلقاء على الجانب مع تمديد الساقين: مع عدم وضع وسادة خلف الركبتين بشكل مثالي، اسمح أيضًا ببعض التباعد بين الوركين 

تمارين الفتخ (الورك):

أنشطة ROM الإيجابية والسلبية لتباعد تمديد الانثناء، والتقريب والدوران الداخلي والخارجي، إذا كان المريض مستقرًا بما فيه الكفاية، فقم بالتدريب من وضع الجلوس إلى الوقوف، وحقن التوازن بين الأنشطة، والحشد المبكر، واضبط وضع المريض في الحالة العادية (في جميع الأوضاع) وغط المشي (بدون ربط الورك أو التمديد المحدود).

السطح الأمامي: تجنب ثني الورك والتقريب. بعد التوضيح في وضعية الاستلقاء على البطن مفيدًا إذا لم يكن هناك موانع أخرى

مكان الحرق	أخطار التفتق المحتملة	الوضعية المضادة للتفتق	مكونات
الجزء الخلفي للركبة	ثني الركبة	تمدد الساقين في وضعي الاستلقاء والجلوس	تركيب جبيرة الركبة في وضع التمديد. مواد يتم استخدامها كالسابق (POP / PVC). إلخ. وضادة أمان في مكانها
<p>تدريبات الركبة:</p> <p>نطاق حركة الركبة النشط وغير النشط - مع التركيز على التمديد إذا كان الحرق في الخلف. قد تحتاج الحروق في الجزء الأمامي من الركبة إلى تركيز أكبر على الانثناء النشط. تمارين تشمل الوقوف على ساق واحدة، والمشي على الكعب (حتى مع تمديد الركبة)، إلخ. والفرص المتحكم فيها.</p>			

مكان الحرق	أخطار التفتق المحتملة	الوضعية المضادة للتفتق	مكونات
الكاحل والقدمين	القدمين هي هياكل معقدة ويمكن سحبها في اتجاهات مختلفة عن طريق الأنسجة الممتدة مما يمنع الحركة الطبيعية.	الكاحل في وضع بزواوية 90 درجة، استخدم الوسائد للحفاظ على الوضع. شجع الجلوس مع ضبط قدميك مستوية على الأرض طالما لم تظهر وذمة.	الكاحل في جبيرة بزواوية 90 درجة (راحة الإرتكاز) باستخدام POP مبطنة / قطعة من الكرتون مبطنة. التثبيت في الوضعية الأمثل**
<p>تدريبات الكاحل/القدم:</p> <p>من الضروري أن يحافظ المريض على الانثناء الظهري المناسب مع طريقة مشيَّة العَقَبِ ثُمَّ الأصابع. لذا يجب تضمين التمارين للعمل على ROM النشط والسلب في وضع الانثناء الظهري، والثني الأمامي، وانقلاب القدم للخارج والانقلاب للداخل.</p> <p>اطلب من المريض "النقر" تحريك أصابعه لأعلى / لأسفل وللداخل / للخارج مثل مساحات الزواج الأمامي". تأكد من أن الحركة قادمة من الكاحل وليس الورك. يمكن القيام بذلك أثناء الاستلقاء على السرير أو عند الجلوس. عندما يكون ذلك آمناً، اجعل المريض يعمل على تحمل الوزن.</p> <p>اطلب من المريض أيضاً ثني / تمديد أصابع القدمين و "لها". ملحوظة: الضادات يجب أن تعتنى بمساحات إصبع القدم.</p> <p>قد يحتاج الأمر استخدام بطانات أو أحذية خاصة لمنع احتكاك القدم. قد تؤثر تقلصات إصبع القدم على ملامحة الحذاء للقدم.</p>			

التحكم في الأُم

هناك حاجة إلى نهج العمل الجماعي للتحكم في الأُم. ضمان التعاون الوثيق مع الممرضات / الأطباء لتحسين التمارين بعد تعاطي مسكنات الأُم. من الضروري أن يتناول المرضى أدوية للتحكم في الأُم، وكذلك للتدخلات العلاجية (مثل العلاج الطبيعي / الضمادات) وألم الإختراق. يعتبر توقيت تناول مثل هذا الدواء أمرًا حاسمًا أيضًا لضمان الفعالية المثلى: حاول التأكد من أن المريض قد تناول المسكنات قبل 30-60 دقيقة من تغيير الضمادات و / أو بدء التمارين (أو اللعب في حالة الأطفال).

مُعالج إعادة التأهيل في غرفة العمليات



الأطفال

شجع أنشطة اللعب للاندماج كجزء من العلاج. تأكد من أن مناطق اللعب آمنة / محمية، وإذا أمكن، أن تكون منفصلة تمامًا عن المكان الذي يعاني فيه الطفل من إزالة الأنسجة / ضمادات الجروح، لأن هذا الموقع سيكون مرتبطًا بالخوف / القلق / الأُم وما إلى ذلك. فكر في إحضار مواد مكم، مثل كرات الشاطئ البلاستيكية الخفيفة القابلة للنفخ بأحجام مختلفة، أو الكرات الأصغر حجمًا (يمكن مسحها لتنظيفها بعد الاستخدام)، نفخ الفقاعات، الطباشير / الطباشير الملون للعب النشط الجلسات العلاجية.

دراسات الحالة

دراسة الحالة 1



السيدة "ت" سيدة تبلغ من العمر 35 عامًا كانت تطبخ على النار في مخيم مؤقت بعد الزلزال الذي دمر منزلها. تم إخماد الحريق بواسطة دلو مملوء بالماء البارد وقدمت إلى منشآتك بعد أربع ساعات. لا يوجد لديها تاريخ أو إصابة إضافية، ولا تشتكي من إصابة في العمود الفقري C، لذلك فهي لا تحتاج إلى طوق / أكياس الرمل والشريط.

أ: التحكم في مجرى الهواء والعمود الفقري

- هل المريض يحافظ على مجرى الهواء سالغًا لديه؟ نعم، السيدة "ت" تحافظ على مجرى الهواء. ومع ذلك، فهي تعاني من حروق في الوجه والرقبة، لذلك نحن قلقون من أن مجرى الهواء قد يكون معرضًا للخطر بسبب التورم و / أو إصابة ناتجة عن الاستنشاق. اجعل المريض يجلس في وضع صاعد
- التعامل الطبي - هناك حاجة للأوكسجين: تواصل مع الفريق الطبي

ب: التنفس

- التنفس التلقائي بأصوات تنفس طبيعية على الدوام
- RR 16 ل نبضة في الدقيقة، التنفس منخفض قليلاً. دليل الحروق على صدرها وأعلى ظهرها - تظهر الحروق عميقة، لذا قد تحتاج المريضة إلى بضع الغشاء - التواصل مع الفريق الطبي
- علامات الحروق السطحية في الأنف والقدم (قد تدل على استنشاق الدخان السام)

ج: الدورة الدموية

- المريض لا ينفذ من أي موضع في الجسم
- سرعة النبض 110، ضغط الدم 100/70: من المحتمل أن يكون المريض يعاني من الجفاف، ولكن ليس في حالة صدمة الأيدي باردة مع ارتجاع ضعيف للدم في الشعيرات الدموية للأصابع - الحروق في أعلى الذراع عميقة و محيطية
- يقوم الفريق الطبي بإدخال الكانيولات وبدء العلاج بالسوائل وتنفيذ الشق الإشعاعي في الذراعين والكشفتين والصدر

د: الإعاقة

- السيدة "ت" واعية وترد عند التحدث إليها (V على مقياس AVPU)
- فحص بؤبؤ عيناها متساوون ومتجاوبون مع الضوء، ولا يبدو أنهم يعانون من مخاوف عصبية
- المريضة قادرة على الجلوس بشكل مستقل، لذلك لا تحتاج إلى وضع لفة خلفها لتقويم جلوسها

هـ: التعرض

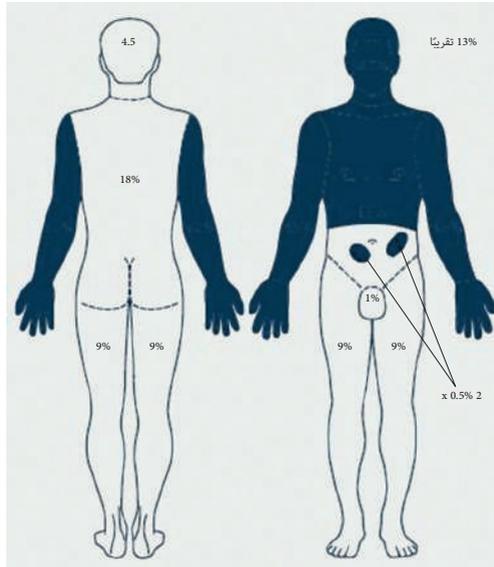
- يجب أن يبقى جسد المريض دافئاً لمنع انخفاض حرارة الجسم

و: الإنعاش بالسوائل

- حاسم في علاج الحروق الحادة: يلزم تولي فريق طبي تنفيذ ذلك (مهم لمراقبة إخراج البول والنفض و ضغط الدم وامتلاء الشعيرات الدموية ومواصلة تقييم مجرى الهواء وتورمه بسبب الوذمة)

تقييم الحروق - TBSA وتقييم عمق الحروق

ارسم المنطقة المحروقة على مخطط الجسم؛ مع التظليل لنوع الحروق باستخدام الرموز أو / وقاعدة التسعات (*) إما الظل أو استخدام الرموز لتصوير عمق الحرق).



التحكم في الألم

- تأكد من تغطية طريقة علاج الألم، لكي يشمل مرحلة ما قبل تغيير الضمادات (التسكين) / التسكين العلاجي

العناية بالجروح

ناقش خطة العناية بالجروح للسيدة "ت" - يرتبط العلاج بشكل جيد مع COD وهو فرصة للتحقق من التئام الجروح / تقييم المضاعفات

من التقييم، اهتمامات إعادة التأهيل

الوذمة

الجهاز التنفسي

تأثر المفاصل (تذكر - حافظ على الوضع الصحيح، واستخدم جبيرة لمنع التقلص، واستمر في الحركة لتشجيع الوظيفة الطبيعية)

علاج إعادة التأهيل

يجب تمرير السيدة "ت" وهي جالسة بسبب خطر الإصابة أثناء الاستنشاق - أضف تمارين التنفس، وإذا لزم الأمر، العلاج الطبيعي للصدر (كما هو الحال مع أي حالة أخرى). الحفاظ على رطوبة جسم المريض في مستوى جيد، حتى لا تجف إفرازات الجسم

ملحوظة: يجب ترك اهتزازات وقرع منطقة الصدر بعد SSG لمدة خمسة أيام إذا أمكن، وإذا لزم الأمر، يتم ذلك على ضمادات Gamgee (قطن ماص بين الشاش)

ارفع ذراعها برفق وحافظ على تباعدهما وتهديدهما في وضع الراحة، حسب الاقتضاء. (انظر الجدول العلاجي). استمر في مراقبة الأصابع للتحقق من دورانها

جبيرة العنق والإبط، والفم إذا لزم الأمر (انظر الجدول)

تعليم تمارين ROM والإطالات (تجنب التمديد الزائد) (انظر الجدول للحصول على معلومات خاصة بكل منطقة)

تقييم وتقديم المشورة بشأن التحريك

تأكد من أن المريضة تتناول غذاءها بنفسها بأمان، واحرص على مراقبة مستويات الأم

قم بتوثيق كل شيء بوضوح وقم بإفادة المريض وعائلتها بكل وضوح

المدى القصير

شجع ممارسة النشاط من اليوم الأول.

استهدف منع حدوث التقلصات وتعظيم العودة للممارسة الوظيفية الصحيحة - يمكن أن تكون الحركات الأولية محدودة إذا اضطرت المريضة إلى الخضوع لأي تطعيم جلدي، ولكن بمجرد أن يسمح الجراح بذلك، يجب تشجيع الحركة.

احرص على تقييم النتائج لتشمل قياس ROM النشط وغير النشط، وكذلك قياس الشق من الذقن إلى القص والتعليق على فتحة الفم (محدودة/ممتلئة)، بالإضافة إلى ملامح الوجه والعنق والذراع.

الإدارة والنتائج المتوقعة على المدى الطويل

تقييم مرحلة النضج، وقبول المريضة لصورة الجسم ووظائفه المتغيرة.

دراسة الحالة 2

السيد "ك" رجل يبلغ من العمر 23 عامًا تعرض لإصابة بسبب شحنة كهربائية عالية الجهد وهو يحاول الحصول على بعض الكهرباء، وقد أصيب بعد يومين بحروق في يده اليمنى وكلتا قدميه.

* يحتاج بالفعل إلى التفكير في الرعاية الشديدة والمستمرة، حيث يعاني "ك" من صدمة كهربائية عالية الجهد، وقد مر التيار الكهربائي عبر جسده، لذلك فهو معرض لخطر حدوث تشوهات في القلب والجهاز التنفسي، وكذلك بيلة ميوجلوينية (ميوجلوبين في البول، عادة ما يرتبط بانحلال الريدات أو تدمير العضلات) والفشل الكلوي. قد يكون تلف الأنسجة العميقة في العضلات ومنطقة الإصابة الفعلية أكثر اتساعًا مما لوحظ لأول مرة ليشمل تلف الأعصاب والأوتار.



أ: التحكم في مجرى الهواء والعمود الفقري

- لا يوجد تاريخ من الإصابة الرضية المضافة، ولا يشبهه في إصابة العمود الفقري. ربما يكون قد توقف عن التنفس في موقع الإصابة، لا يوجد تأكيد من أحد: إنه مستيقظ الآن ولكن مرتبك
- لا يتطلب الأمر علاج للعمود الفقري. إعطاء المريض الأكسجين والمراقبة عن قرب

ب: التنفس

- التنفس التلقائي بأصوات تنفس طبيعية طوال الوقت. RR يبلغ 22 نبضة في الدقيقة
- لا توجد حروق في الصدر أو البطن ولا توجد إصابات واضحة أخرى في الصدر تهدد الحياة

ج: الدورة الدموية

- المريض لا ينزف من أي جروح. النبض 130 ولكن يبدو غير منتظم. ضغط الدم 100/70
- يعاني المريض من حروق عميقة في جانب الساعد الأيمن، ومعصمه مع بعض التورم ولكن مستوى إعادة الملء الشعري بالدم جيد. يحتاج إلى المراقبة عن كثب، لأنه قد يحتاج إلى شق اللقافة لأنه يعاني من إصابة عالية الجهد، مما يؤدي إلى تلف عضلي كبير: التنسيق مع الفريق الطبي
- يقوم الفريق الطبي بإدخال الكانيولات وبدء العلاج بالسوائل وإعداد جهاز تخطيط القلب لقياس معدل ضربات القلب

د: الإعاقة

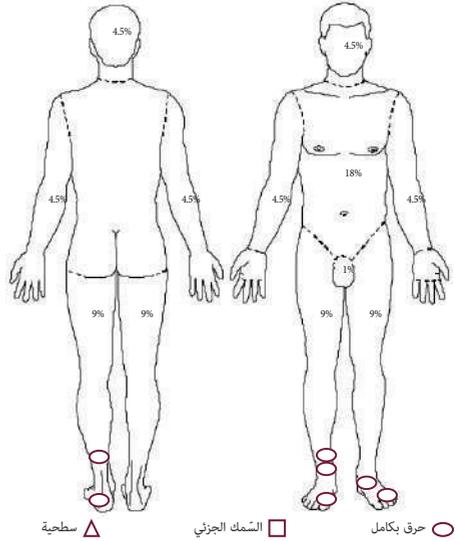
- السيد "ك" واع ويتكلم عندما يتم التحدث إليه (V على مقياس AVPU) ويبدو أنه لا توجد مخاوف عصبية مركزية لديه. ولكن بسبب منطقة الإصابة، من المحتمل أن يكون هناك تلف في العصب المحيطي (العصب المتوسط في الطرف العلوي والعصب الشظوي في الجزء السفلي من الأطراف)

هـ: التعرض

- المريض قادر على الجلوس بشكل مستقل: الحروق الواضحة على الذراع اليمنى وكلا القدمين - الحرق في الساق اليسرى لا يمتد بعيداً ولكنه محيطي ويوجد تورم في القدم، كما هو الحال مع الرسغ الأيمن (قد يكون من الضروري شق منطقة الإسكار في كلتا المنطقتين بالإضافة إلى استخدام شق اللقافة أو لا). لا توجد إصابات واضحة أخرى. تأكد من إبقاء المريض دافئاً

تقييم الحروق - TBSA وتقييم عمق الحروق

رسم المنطقة المحروقة على مخطط الجسم: مع تظليل نوع الحروق باستخدام الرموز و / أو قاعدة التسعات (*) إما التظليل أو استخدام الرموز لتصوير عمق الحرق).



* ما يقرب من 7% من TBSA، ولكن جميع الحروق بسماكة كاملة

و: إنعاش السوائل (وعلاج الوذمة إذا لزم الأمر)

من وجهة نظر TBSA، فإن 7% ليس "حرق إنعاش"، لكننا قلقون بشأن الأضرار العميقة للأنسجة، وبالتالي يحتاج الفريق الطبي إلى قيادة ذلك. بعد الاتصال بالفريق الطبي أمرًا حيويًا، لأنه بعد 48 ساعة من الإصابة الأولية، إذا كان السيد "ك" في حاجة إلى شق الخشاعة / شق اللغافات، فقد يكون قد فات الأوان: عندئذ يكون لدى المريض خطر كبير من الاضطرار إلى البتر.

من المهم بعد ذلك مراقبة إخراج البول والنبض و ضغط الدم ومستوى إعادة تعبئة الشعيرات الدموية والاستمرار في تقييم HR مع ECG ومواصلة المراقبة للتأكد من عدم حدوث التورم، أو ظهور علامات متلازمة المقصورة في الذراع الأيمن والساقين

التحكم في الألم

الربط مع الفريق الطبي، ضمان تغطية علاج الألم ليشمل ما قبل التغيير باستخدام الضمادات (CODs) / تسكين العلاج

العناية بالجروح

ناقش مع الفريق الطبي ما هي الخطة للعناية بالجروح لدى السيد "ك" - من المحتمل أنه سيحتاج إلى إجراء جراحة لعلاج الجراثيم وسيتم تنظيف جميع الجروح وتضميدها. يرتبط العلاج جيدًا بقدرات COD وهو فرصة للتحقق من الشفاء الجروح / تقييم المضاعفات



شق اللغافة يظهر تلف العضلات التدريجي في الرسغ بسبب حرق كهربائي

علاج إعادة التأهيل

- حاليًا لا يوجد مؤشر على الحاجة إلى العلاج الطبيعي للصدر. ومع ذلك، استمر في مراقبة التنفس / السعال وما إلى ذلك.
- ارفع ذراعك برفق، لا سهما اليد والمعصم، واستمر في المبادعة والتمديد (انظر الجدول 3). استمر في مراقبة الأصابع للتحقق من دورانها
- ارفع القدمين واحتفظ بها في هذا الوضع الوظيفي (جيرة أخمصية). ملحوظة: من المرجح أنه سيحتاج إلى بتر ثانوي؛ ومع ذلك، من الضروري الحفاظ على الموضع الصحيح، حتى إذا كان هناك قرار لاحق بتر الأطراف
- جيرة الساعد / الرسغ الأيمن (انظر القسم ذي الصلة من الجدول 3). احرص على أن يواصل المريض تحريك أصابعه واستخدام القوم المحلي لتشجيع التشكيلات الراحية وخلق مساحات شبكية (خاصة بين الأصابع اثنين وثلاثة). تهدف إلى إبقاء المفاصل بين السلامية ممتدة ومفاصل المشط في الوضع الطبيعي -
- استمر في مراقبة العلامات القلبية خشية حدوث عدم انتظام ضربات القلب وظهور علامات التورم
- تعليم تمارين ROM النشطة والسلبية المناسبة (انظر الجدول 3 للحصول على معلومات خاصة بكل منطقة)
- تقييم وتقديم المشورة بشأن التحريك
- تأكد من أن المريض يتغذى ولديه تسكين مستوى تسكين كافي للألم
- احرص على توثيق كل شيء بوضوح ونقل كل شيء بوضوح للمريض ولعائلته

النتائج على المدى القصير

- الحروق عميقة جدًا وتتطلب إزالة الأنسجة المتضررة والتطعيم و / أو البتر. استكشاف الأعصاب والأوتار من قبل جراح التجميل: ستحتاج إلى وضعها في الحسبان للتحقق من تلف هذه الأنسجة
- تعتبر حالة المريض معقدة ويجب علاجه داخل منشأة طبية متقدمة

الإدارة والنتائج المتوقعة على المدى الطويل

- تقييم مرحلة شفاء الجرح وقبول المريض لصورة الجسم المتغيرة ووظيفته
- ملحوظة: يجب ألا يحتاج المرضى الذين يعانون مبكرًا من جروح بسبب غير الحروب إلى مضادات حيوية وقائية.

النتائج المتوقعة والحاجة إلى العلاج المستمر

النتيجة المثالية هي أن التنام الجروح والأنسجة الرخوة يكتمل مع تحقيق الحد الأقصى من ROM. بالإضافة إلى ذلك، فإن ضمان استمرارية تنفيذ الوظيفة السابقة، والتحمل القلبي الوعائي، والتحرك المستقل والأنشطة المستقلة للحياة اليومية هو مفتاح التعافي الأمثل. على المدى الطويل، يجب أن يشمل التركيز أيضًا علاج الندب والتحفيز النفسي.

1. استمرار منع وعلاج التقلصات وتشوهات المفاصل
2. العلاج المستمر للندوب (التضخم)
3. الحاجة المحتملة لإجراء عملية جراحية / جراحات أخرى للجروح المتأخرة و / أو ندبات التقلص (التضخم)
4. التحكم في الألم
5. علاج فرط الحساسية للندبة والحكة (الحكة)

6. الاعتلال العصبي
7. دولتي علاجي وغير دولتي
8. تجديد النشاط والمشاركة في النشاط الوظيفي
9. الاعتبارات النفسية - من المعروف أن الحروق لها تأثير نفسي اجتماعي على المرضى، سواء في مرحلة إعادة التأهيل الحادة أو الأطول زمناً:
 - الاكتئاب و / أو اضطراب ما بعد الصدمة (اضطراب ما بعد الصدمة)
 - التأثير على العلاقات
 - دعم الاندماج مع المجتمع
10. عدم الرضا عن صورة الجسم (قد تؤثر الثقافة بشكل متزايد على ذلك)
 - ضع في اعتبارك بشكل خاص التأثير الجمالي والنفسي الأكبر للوجه
11. الأطفال - اعتبارات النمو
12. الحفاظ على كمية جيدة من المواد الغذائية والسوائل، والبحث عن الحماية من أشعة الشمس (للندوب)، ووضع البطانات لتقليل القس على الندوب وارتداء قفازات واقية لليدين

النقاط الرئيسية

النقاط الرئيسية للفصل

- في هذه المرحلة الأولية من إدارة الطوارئ، من المحتمل ألا يشارك المعالج؛ ومع ذلك، العلاج الطبيعي المبكر للصدر قد تكون هناك حاجة له في حالة وجود إصابة بالاستنشاق. في المرافق التي يوجد بها عدد كبير من المرضى، يمكن أن يكون المعالج مفيداً في تنبيه الفريق إلى المشاكل المحتملة التي تهدد الحياة، مثل تقييد الدورة الدموية أو التهوية بسبب الحرق المحيطي العميق، وكذلك في المساعدة على إزالة الإفراز والتصحيح الموضوعي
- التصحيح الموضوعي مهم في هذه المرحلة المبكرة - ضع في اعتبارك وضع مكافحة التشوه للوقاية من التقلص؛ هذه هي الأولوية خاصة للتحكم في الوذمة. من المهم أيضاً إطلاع فريق التمريض / الفريق الطبي جيداً على معرفة الوضع الصحيح
- التحكم في الألم
- الوقاية من العدوى - كن على علم وبحث عن علامات الإصابة أو التقيح
- حماية اللوحات والطعوم - فشل ذلك سيؤثر سلباً على المريض و على العلاج
- التقييم - كن على دراية بواقبات الضمادات والتعليم المناسب للمريض / مقدم الرعاية
- التعليم - التأكد من أن المريض / مقدم الرعاية يدرك أهمية الحركة النشطة المبكرة والحركة المساعدة من المعالج (المعالجين) وأن تتوفر لديه معلومات حول إعادة تأهيل الحروق على المدى الطويل

المراجع والقراءة الأساسية الموصى بها

إعادة تأهيل حروق الناجين : المبادئ والمبادئ التوجيهية للمهنيين الصحيين المتحالفتين رابطة الحروق الأسترالية والنيوزيلندية (2007) ANZBA

معايير العلاج الطبيعي وممارسة العلاج المهني في علاج البالغين والأطفال المصابين بالحروق مجموعة عمل معايير علاج الحروق (2005) جمعية الحروق البريطانية

إعادة تأهيل الحروق - حالة العلم. المجلة الأمريكية للطب الطبيعي وإعادة التأهيل
383-413: 2006 أبريل Esselman PC, Tombs BD, Magyar-Russel G, Fauerbach JA

جمعية الحروق الأوروبية. 2017. هولندا. تتوفر على الرابط <https://www.euroburn.org/wp-content/uploads/EBA-Guidelines-Version-4-2017.pdf>

إرشادات الممارسة لعلاج الأهم. دورية علاج وإبحاث الحروق
Faucher, L. and Furukawa, K. (2006) 27(5); 659-68

دليل العناية الأساسية بالحروق الشبكة الدولية للتدريب والتعليم والبحث في الحروق (Interburns). 2016 www.interburns.org

جراحات الحروق، المجلد 2 للجنة الدولية للصليب الأحمر جنيف، سويسرا 2013. تتوفر على الرابط
<https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/publications/icrc-002-4105.pdf>

معايير واستراتيجيات العناية بالحروق: مراجعة رعاية الحروق في الجزر البريطانية اللجنة الوطنية لمراجعة رعاية الحروق 2001 جمعية الحروق البريطانية

إعادة التأهيل في حالات الكوارث المفاجئة الإنسانية والادماج (المعايير الدولية سابقًا)، لندن، المملكة المتحدة. تتوفر على الرابط
https://www.bond.org.uk/sites/default/files/resource-documents/rehabilitation_in_sudden_onset_disasters_complete_manual.pdf

استراتيجيات التعبير والمسائل الخلافية. دورية علاج الحروق وإعادة التأهيل
Richard, R. and Ward, S. 2005; 26:392- 396

دور التدليك في علاج الندوب:

Shin, T. and Bordeaux, J. Dermatologic Surgery 2012; 38(3):414-23

معايير العلاج الطبيعي وممارسة العلاج المهني في علاج المصابين بالحروق من البالغين والأطفال.

2017. تم تنقيحه من قبل مجموعة عمل معايير علاج الحروق 2017. تم تسجيله من قبل مجموعة الاهتمام أخصائي BBA لعلاج الحروق، البريطانية.
جمعية الحروق وشبكات التوصيل التشغيلية الأربع للحروق

لقد بُذِلَ كلُّ جهدٍ للتأكد من دقة وصحة المعلومات المقدمة. المؤلفون وكذلك الناشر غير مسؤولين عن أي خطأ من قبيل السهو أو عن أي تبعات جراء تطبيق المعلومات التي ينطوي عليها هذا الكتاب، كما أنهم لا يضمنون، صراحةً أو ضمناً، سريان أو اكتمال، أو دقة محتويات هذا المنشور. وعليه، يظل تطبيق هذه المعلومات في موقف بعينه ضمن المسؤولية المهنية للممارس لها.

يرجع الفضل في إعداد هذا الكتيب الميداني إلى مؤسسة (AO)، دافوس، سويسرا.

هذا الكتيب الميداني مبني على أسس وضعتها اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومؤسسة AO في "دليل إصابات الأطراف" ودليل "إعادة التأهيل الدولي للمعاقين في الكوارث الفجائية".

يرتبط المحتوى مباشرةً بالوحدات المشروحة على disasterready.org حيث توجد موارد مصاحبة إضافية بهدف استخدامها في أماكن الصراعات والكوارث.

كل فصل من الفصول هو نتاج فريق من المهنيين عالي التخصص في إعادة التأهيل، باستخدام الدلائل الحالية أو استنادًا إلى أفضل الممارسات المتفق عليها بالإجماع، وفي الوقت نفسه يبرز المشكلات العلاجية التي قد يواجهها أخصائيو إعادة التأهيل أثناء الصراعات والكوارث.

منظمة الإنسانية والاندماج - المملكة المتحدة هاتف: +44 0156 555 330(0) rehab.uk@hi.org

