مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية المجلد (18) العدد (5) 1996
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Series Vol. (18) No (5) 1996

الحديث في تشخيص وعلاج التهاب الثدي النفاسي

الدكتور عصام محمد الدالي*

□ الملخّص □

من خلال الإحصاءات العالمية في الأعوام العشرة الأخيرة نلاحظ عدم انخفاض نسبة الأمراض الالتهابية بعد الولادة بالرغم من استخدام الطرق الحديثة للوقاية والمعالجة من تلك الأمراض وهذا يتعلق بشكل أساسي ورئيسي بالتهاب الثدي التي تعتبر من أهم الالتهابات التي تحدث بعد الولادة.

إن التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لالتهاب الثدي تعكس نتائج سيئة على صحة الأم المرضع والطفل وتؤدي في بعض الأحيان إلى صدمة نفسية لعدم قدرة الأم على الإرضاع وفقدان حس الأمومة وأحياناً أخرى يسبب تشوه ندبي في الثدي من جراء التفجير الجراحي للخراجات القيحية لغدة الثدي-كما أن أكثر من نصف الأطفال يتحولون من الرضاعة الطبيعية إلى الاصطناعية وتتراوح نسبة التهاب الثدي في الدول المتقدمة من 0.5%-20% من مجموع الولادات وفي روسيا تتراوح هذه النسبة ما بين 3-6% أما في القطر العربي السوري فللأسف لا توجد هناك إحصائيات دقيقة حول التهاب الثدي النفاسي.

* أستاذ مساعد في قسم التوليد وأمراض النساء – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (18) العدد (5) 1996
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Series Vol. (18) No (5) 1996

The Latest Things About Postantal Mastitis

Dr. Issam Muhammad ALDALI*

❐ ABSTRACT ❐

Calculations in the last ten years no decrease in the ratio of the inflammatory postnatal diseases despite using the modern methods of treatment and protection from these diseases. This mainly relates to postnatal mastitis because the direct and indirect effects of mastitis lead to bad results concerning the wet nurse and the nursling. these effects, sometime, lead to a psychological. shoch due to the inability of the multipara for nursing and the loss of maternal sense, and, sometimes, because to the surgical outbursting of the purulent pussy apostem in the mamma gland aden.

It is noteworthy that more than 5% of the babies leave the natural nursing to the artificial one. the ratio of mastitis in the developed varies between 0.5% to 20% of the total multips. This ratio reaches to 3-6% in Russia.

* Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology, Faulty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تشمل الدراسة على لمحة تشريحية وفيزيولوجية عن الثدي عند المرأة وتطوره، كما تشمل الدراسة النسب العالمية حول التهاب الثدي وتأثيراتها النفسية على الأم بسبب عدم تمكنها من الرضاعة وفقدانها لحس الأمومة حيث إن أكثر من نصف الأطفال يتحولون من الرضاعة الطبيعية إلى الاصطناعية كما وتشمل أسباب الالتهابات كالمكورات العنقودية والعقدية والعصيات الكولونية والكليبسيلا. حسب الإحصاءات الحديثة[1].

كما شملت الدراسة أشكال التهاب الثدي وهي:

المصلي، والارتشاحي، والقيحي، والفلغموني، أو عش النحل والتخريبي. وسير كل نوع من هذه الأنواع والأعراض السريرية وطرق التشخيص المخبري لالتهابات الثدي.

مع العلاج الناجح والحديث لتلك الأشكال وطرق الوقاية من التهابات الثدي. والاقتراحات والتوصيات المقترحة للتخفيف من الإصابات بالتهاب الثدي.

وعلى هامش الدراسة فقد أثبتت التجارب أن فيروس الإيدز ينتقل عن طريق حليب الثدي من الأم على الطفل الرضيع[2].

إن الثدي غدة مزدوجة في الإنسان وهي في الأنثى مفرزة للحليب وذات علاقة بجهازها التناسلي ويتوقف نمو الثديين في الذكور بعد الولادة أما في الإناث فيستمر بعدها ولا سيما في فترة البلوغ. ويشبه ثدي الأنثى نصف كرة وفي قسمه الشاهد حلمة بارزة تحيط بها دائرة شديدة الاصطباغ تدعى الهالة[3]. يتركب الثدي من 15–35 فصاً غدياً متراصاً يفصل بعضها عن بعض نسيج ضام شحمي وغزير وتخرج من الفصوص أقنية مفرغة لبنية قطرها 2–4.5 ملم.

تقع غدة الثدي فوق لفافة العضلة الصدرية الكبيرة لكن حدودها الدقيقة المحيطة تختلف من أنثى إلى أخرى.

أما في الشكل العادي فأن أنسجة الثدي تمتد إلى الخط المتوسط فوق القص وجانباً إلى الخط الإبطي الأمامي ومن الضلع الثانية في الأعلى إلى الضلع السادسة في الأسفل أن معظم الاختلافات التشريحية في امتدادات الثدي المحيطية تقع في منطقة الإبط وتكون بشكل ضيق أو عدم امتداد تام للمنطقة الإبطية وتسمى عندئذ بذل الثدي الإبطي وترى خلف أو أسفل العضلة الصدرية الكبيرة في مستوى الثلث السفلي للإبط.

تحاط غدة الثدي بطبقة وافرة من النسيج الشحمي وتختلف كثافة هذا النسيج الشحمي بشدة من امرأة لأخرى حيث تكون قليلة الكمية أو معدومة في النساء النحيلات بينما تكون وافرة في البدينات.

توجد في الثدي لفافتين أحدهما سطحية والأخرى عميقة ترتبط اللفافة السطحية للثدي بالجلد وهذا يعتبر ذا أهمية سريرية كبيرة في تشخيص العديد من آفات الثدي وباللفافة العميقة من جهة ثانية وتحيط اللفافة السطحية بالفصوص أما اللفافة العميقة تحيط بالأقنية والعنبات المكونة لنسيج الثدي الغدي، إن رباط كوبر أو الحجب الليفية التي تصل اللفافتين السطحية والعميقة هي التي تعطي الثدي البنية العضدية وبالتالي المظهر غير المنتظم في السطح الأمامي للثدي[4].

يتكون نسيج الثدي من 10–20 فص يتصل كل فص بقناة وتجتمع هذه الأقنية قرب الحلمة مشكلة اتساع يسمى المحل الذي ينقسم إلى أقنية دقيقة تنتهي بفتحات صغيرة بالحلمة وكنتيجة لذلك يمكن أن نقول أن كل فوهة تفجر جزء من نسيج الثدي وهذا له أهميته الكبيرة في تقصي النزف أو أي اضطراب يحصل ضمن الثدي وذلك عن طريق عبر الحلمة.

يختلف عدد العنبات تبعاً للتغيرات الهرمونية وذلك أثناء البلوغ وسنوات الإخصاب وبعد انقطاع الطمث أما التغيرات الكمية في الأقنية فهي قليلة المشاهدة بعد البلوغ عدا فترتي الحمل والإرضاع.

وكما نعلم فإن الثديين يكبر حجمهما عند البلوغ بتوضع النسج الشحمية. وتحدث تغيرات في الحلمة والهالة وتتطاول الأقنية داخل الثديين وتتفرع. أما النسيج الحويصلي الغدي فلا يتكون حتى حدوث الحمل مؤدياً إلى زيادة حجم الثديين /700/غ[5].

يتكون النسيج الظهاري للأقنية من أكثر من طبقة ويزداد الجهاز القنوي في الأشهر الأولى من الحمل ومنذ الشهر الثالث تتوسع الطبقة الظهارية السطحية للقنيات المتشكلة حديثاً بينما تتحول الطبقة العميقة إلى خلايا مفرزة في الحويصلات وعلى الرغم من التطور الذي يبلغه الثدي في الشهر السادس من الحمل إلا أنه لا يفرز الحليب إلا بعد الولادة وقد يحصل الإرضاع حتى بعد حمل استمر فترة قصيرة تبلغ /4/ أشهر. يتكون الثدي من عشرين جزءاً تتحد معاً في الحلمة تكون النسج المفرزة للحليب محيطية وتتحد القنيات الناشئة من الحويصلات المفرزة لكل جزء من الأجزاء لتشكل قناة أكبر توصل الحليب إلى سطح الحلمة تتوسع لتشكل جيباً حليبية قد يصل قطرها إلى 1 سم. تفرز الحويصلات الحليب بشكل مستمر لكنه يتجمع بين الرضعات في اللمعة ويمكن للمرأة المرضع أن تفرز 220 سم3 من الحليب في الوجبة وهذا يعني أن كل ثدي يفرز أكثر من 100 سم^3 من الحليب[6]. يكون النسيج الظهاري المفرز أسطواني الخلايا عندما تكون الحويصلات فارغة ويصبح عندما تكون ممتلئة وتوجد حول الحويصلات خلايا ظهارية عضلية وتدفع الحليب من الحويصلات إلى القنيات وفي جدران القنيات هنالك ألياف عضلية ملساء تتقلص لتدفع الحليب إلى الحلمة التي تكون هادة متبارزة أكثر خلايا الحمل بحيث يصبح من السهل للمرضع التقاطها. وخلال الإرضاع تدخل الحلمة في فم الطفل بشكل جيد حتى تتمكن اللثة من القبض على جلد الهالة وعصر الحليب من الجيوب الحليبية ومن الضروري القول أن حجم الثدي لا يعطي دلالة حقيقية عن نجاح الإرضاع فبعض الأثداء الصغيرة تحتوي على نسج غدية أكثر من الأثداء الكبيرة والمهم أن يزداد حجم الثدي أثناء الحمل فإذا ما ازداد محيط صدر المرأة 5 سم خلال الحمل فمن المؤكد أنها ستكون قادرة على الإرضاع[5]. كما أن هناك ثلاث طرق يسلكها ملف الثدي خلال سيره في داخل إلى خارج الثدي:

1-يصب معظم ملف الثدي في العقد الإبطية المركزية والعقد فوق الوريد الإبطي.

2-يصب قسم ضئيل من العقد اللمفاوي في عقد السلسلة الثديية الباطنية وذلك بعد أن يخترق العضلة الصدرية الكبيرة والعضلات الوربية.

3-هناك طريق إضافي يخترق العضلة الصدرية الكبيرة ويصب في العقد فوق الترقوة أو تحت الترقوة خلف العضلة الصدرية الصغيرة. ولقد تمت معرفة السيطرة الهرمونية على غدة الثدي بإجراء الدراسات التجريبية على الحيوانات وبالخزعات المأخوذة من أثداء في أطوار مختلفة من النمو والتغيرات الفيزيولوجية والمرضية ويتم هذا التأثير الهومونى تحت إشراف وبالتعاون ما بين النخامة والمبيض وقشر الكظر وحتى يحقق الثدي وظيفته الفيزيولوجية وعملية الإدرار يجب أن يكون خاضعاً لتأثير هذه المجموعة الهرمونية[3]. إن الثدي الطبيعي يبدي تغيرات في بنائه الغدي في فترات النمو كما يلي:

1- عند الولادة: يكون الثدي عضو بدئي لا يحتوي سوى أقنية.

2- في سن البلوغ: ينضج الثدي تحت تأثير الهرمونات النخامية الاستروجين والبرجسترون ويتحول إلى بناء غدي يحوي أقنية وعنبات.

3- تحصل تغيرات على البناء الغدي في كل دورة شهرية لا يقع تحت تأثيرها كل الفحوص وتشمل هذه التغيرات:

أ- التأثير الاستروجيني في النصف الأول من الدورة الطمثية ويقع تأثيره على زيادة نمو القنوات وعلى تهيئة الثدي لتأثير البروجسترون.

ب- التأثير البروجسترون في النصف الثاني من الدورة الطمثية ويقع تأثيره على زيادة العنبات.

تظهر هذه التبدلات بشكل حس امتلاء وصلابة في الثديين مع زيادة في حساسيتها.

4- أثناء الحمل: خلال الأشهر الأولى تقع التبدلات في القسم القنوي. وخلال الأشهر الأخيرة يكون النمو في العنبات مع إفراز ما قبل الإرضاع لمادة تسمى اللبأ[5].

5- ما بعد الولادة: يقع الثدي تحت تأثير الهرمون النخامي البرولاكتين الذي يزيد من إفراز الحليب. كما أن تطور الحويصلات المفرزة في المرأة يتم بتأثير الستروجين والبروجسترون والبرولاكتين والادينو كورتيكوستروئيد.

6- ما بعد سن اليأس: تقع التأثيرات الاستروجينية والبروسترونية المبيضية المنشأ ويحدث في الثدي ويرتشح بالنسج الشحمي عوضاً عن النسيج الأصلي.

بعد هذه المقدمة لابد من الدخول إلى صلب الموضوع والذي سنتحدث فيه عن الالتهابات التي تصيب الثدي بعد الولادة حيث لاحظ العلماء والأطباء المولدون والنسائيون من خلال الإحصاءات العالمية في الأعوام العشرة الأخيرة عدم انخفاض نسبة الأمراض الالتهابية بعد الولادة بالرغم من استخدام الطرق الحديثة للوقاية والمعالجة ومن تلك الأمراض وهذا يتعلق بشكل أساسي بالتهابات الثدي التي تعتبر من أهم الالتهابات التي تحدث بعد الولادة.

إن التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لالتهاب الثدي تعكس نتائج سيئة على صحة الأم المرضع والطفل الوليد وتؤدي في بعض الأحيان إلى صدمة نفسية لعدم قدرة المولود على الإرضاع وفقدان حس الأمومة وأحياناً أخرى بسبب ظهور تشوه في الثدي من جراء التفجير الجراحي للخراجات القيحية بغدة الثدي.

كما أن أكثر من نصف الأطفال تحولون من الرضاعة الطبيعية إلى اصطناعية[7]. وتتراوح نسبة التهاب الثدي في الدول المتقدمة[1] ما بين 0.5-20% من مجموع الولادات وفي الاتحاد السوفييتي تبلغ هذه النسبة ما بين 3-6% أما في القطر العربي السوري فللأسف لا توجد هنالك إحصائيات دقيقة حول هذا الموضوع ونسبة التهابات الثدي بالنسبة لكافة الالتهابات التي تواجه الجسم بلغت 7-27%.

يعرف التهاب الثدي بأنه الحالة الالتهابية الحادة أو القيحية المعممة أو المركزة في نسج غدة الثدي وكثيراً ما يحدث في الأيام الأولى بعد الولادة من اليوم السابع حتى الحادي والعشرون ويصادف الخروسات بثلاث مرات أكثر من الولودات.

ونسبة إصابة الثدي الأيمن هي 55.6% أما إصابة الأيسر 40.7% وذلك لسهولة الرضاعة من الثدي الأيسر وصعوبتها في الأيمن ونسبة الإصابة في الثديين معاً بلغت 3.7% حسب إحصائيات الثمانينات. كما يشاهد التهاب الثدي بكثرة خلال فصلي الربيع والصيف[1].

ومن العوامل المسننة لهذا الالتهاب الميكروبات القيحية وبالدرجة الرئيسية المكورات العنقودية% وبدرجة ثانوية المكورات العقدية والعصيات الكولونية والبرتسيلا والعصيات الزرق.

ويجري انتقال الميكروبات القيحية إلى الثدي عبر تشققات الحلمة بالأيدي المتلوثة أو البياضات الملوثة أو بواسطة انتقال العدوى عن طريق الهواء حيث تدخل هذه الميكروبات وتتوضع بين فصوص الغدة.

كما هنالك طرق أخرى لدخول الجراثيم هي دموية المنشأ عن طريق تعميم وانتشار الجراثيم من الأعضاء التي تحوي بؤراً التهابية أو لمفاوية أو لبنية المنشأ[4] ويلعب دوراً هاماً هنا انحباس الحليب بعد الولادة أو تخثره مما يؤدي لتقثير خلايا الابيبيتيليل لمجاري الغدة اللبنية لدخول الجراثيم للثدي مفرزة الذيقان حيث تميت العناصر التشريحية لغدة الثدي وقسماً من الكريات البيض الآتية للدفاع. هذا وأن سير التهاب الثدي بعد الولادة يتوقف على سرعة التشخيص والعلاج الفعال ومناعة جسم المرأة.

وهناك أنواع عدة لالتهاب الثدي منها:

التهاب الثدي المصلي والارتشاحي والفلغموني أو المسمى بعش النحل والتخريبي. والأعراض السريرية تختلف من حالة لأخرى كما أن تشخيص التهاب الثدي صعباً في البداية وسهلاً مع تقدم المرض ونادراً ما تظهر الأعراض فجأة بل يجب أن يكون هنالك مقدمة للمرض وعملية الالتهاب بحد ذاتها تؤدي إلى انسداد مجاري الثدي محدثة ركود الحليب فيه.

1- فالتهاب الثدي المصلي:

يصادف الأم خلال الأسبوع الأول بعد الولادة ويبدأ بثقل واحمرار في الثدي ناتج عن توسع الأوعية الدموية فيه ويزول مؤقتاً بالضغط والحرارة التي تلاحظ بعد الولادة بعدة أيام وهي غير مرتفعة كثيراً قد تصل إلى 38 درجة ومن صفاتها أنها مستمرة وطويلة وسببها زيادة التوعية في الثدي الملتهب كما يلاحظ ارتفاع الحرارة الموضعية للثدي بالمقارنة مع أعضاء الجسم الأخرى مع قشعريرة ووهن عام ووجع بالرأس وزيادة انحباس الحليب في الثدي.

2- أما التهاب الثدي المرتشح:

فيصادف حتى اليوم العاشر بعد الولادة ومسيره لا تختلف عن مسر التهاب الثدي المصلي إلا بانخفاض الحرارة لحدودها الطبيعية في الأشكال الارتشاحية وذلك لأن الثدي يبدأ هنا بارتشاف كمية من السوائل الموجودة في الثدي كذلك يكون قوامه متحجراً مائلاً للصلابة في بعض فصوصه يقر فيها الطبيب بالفحص السريري سيما إذا كان ذو خبرة في أمراض الثدي. مع آلام في المنطقة ما تحت الإبط وصعوبة وألم في الرضاعة ناتج عن انضغاط التهابات عصبية بسبب الارتشاح في النسج الغدية للثدي[2].

3- أما التهاب الثدي القيحي:

فيتم مصادفة وظهوره في حالة التأخير في التشخيص أو سوء المعالجة أو الأثنين معاً وأعراضه بالإضافة إلى ما ذكرنا الارتفاع الحاد في درجة الحرارة وقد تصل إلى 40 درجة مع انتفاخ وكبر بحجم الثدي ناشئ عن انصباب المصل الدموي وانسلال الكريات البيض من الأوعية الدموية في المنطقة المصابة إلى النسج. والقيح يتألف من جثث الكريات البيض والنسج الميتة كما يمكن الشعور بالتموجات الناتجة عن القيح كما نلاحظ تسرع النبض والتنفس وجفاف الفم وانعدام الشهية وقلق الحالة العامة للأم وقد تكون هنا الحلم غائرة.

وسير خراج الثدي يتوقف على فعالية العلاج ومقاومة المريضة فإما أن يرتشف أو يتقيح أو ينبثق قد يكون الخراج في بعض الأحيان سبباً لانتشار عفونة الدم.

كما يمكن للقيح إذا ضعفت حض الجرثوم وكان العلاج غير كامل أن يبقى محاطاً بمحفظة مؤلفة من نسج ليفي مشكلاً خراجا مزمناً إذ يصبح القيح المتواجد في الخراج عقيماً ولا يحوي أي جراثيم.

كما أن خراج الثدي يتألف من عدة مناطق هي:

- المنطقة المحيطية التي تكون جدار الخراج.
- والمنطقة المركزية المؤلفة من النسج المتخربة النخرة بتأثير ايفان الجراثيم وتنفصل المواد عن المنطقة الالتهابية في الجدار بطبقة من الخلايا ذات أشكال كثيرة والصديد الناتج يتألف من خلايا بيضاء وجراثيم ونسج نخرة.
- ومنطقة البراعم اللحمية المؤلفة من نسيج ضام يحوي خلايا مدورة ذات نواة كبيرة موعات توعية جيدة وعروق شعرية حديثة التكوين تحصر عدداً كبيراً من الكريات البيض.

4- أما التهابات الثدي الفلغموني أو عش النحل، يمر بعدة مراحل:

أ- المرحلة الأولى: وتحدث في الأيام الأولى من الإصابة القيحية انصباب مصلي عكر يسببه توسع الأوعية الناجم عن الالتهاب وارتشاح المصل في الدم وهذا الانصباب يحتوي الجراثيم والكريات البيضاء.

ب- المرحلة الثانية: نشاهدها بعد اليوم الرابع من الالتهاب القيحي وهذا تابع لشدة الحمة الجرثومية ومقاومة جسم الأم البؤر القيحية الصغيرة التي تنفصل عن بعضها بنسيج ضام متورم.

جـ- المرحلة الثالثة: نصادفها بعد اليوم السادس حيث ينتشر ويتعمم القيح تحت الغشاء وبين الفصوص وبالشق الجراحي نرى أنسجة مرتشحة فيها ليفية وكريات بيض مكونة فجوات ممتلئة قيحاً ومنفصلة بعضها عن بعض بنسيج ضام وهذا ما يسمى بعش النحل وتشمل ثلاثة أرباع الغدة اللبنية مع ألم حاد بالثدي حيث لا يمكن لمسه وهو من الاختلاطات السيئة لالتهاب الثدي القيحي والفلغموني وترتفع فيه درجة الحرارة حتى 40-41 درجة مع توتر في سطح الثدي وصلابة غير محدودة ولمعة على جدار الثدي واحمرار مائل للسمرة وفي بعض الأحيان فقاعات على السطح الخارجي لجلد الثدي.

5- أما التهاب الثدي النخري المتخرب:

فهو قليل المصادفة ونشاهده عندما ل تنجح المعالجة ويتم فيه تغيير التركيب المورفولوجي للثدي ويمكن أن يشمل كل الثدي وهو معند على الصادات ويعتبر حافة أمراض الثدي السليمة ولا يشاهد في البلدان المتأخرة طبياً .

ومن العوامل المساعدة في تشخيص التهاب الثدي بعض الفحوص المخبرية حيث نرى في فحص الدم ارتفاع الكريات البيض إذ تصبح 15-25 ألف كرية بيضاء في الملم المكعب مع ازدياد كثيرات النوى واليوزينوفيلي والنتروفيلي وازدياد سرعة التثفل[1].

وبفحص مفرزات الثدي نلاحظ ارتفاع الكريات البيض (1 مل يحتوي على 2280 مع زيادة البنروفيلي) حيث تدل على حالة التهابية في الثدي لأنه بالشكل الطبيعي في إفرازات الثدي (1 مل يحتوي على 400-600 كرية) وهذا يظهر قبل 14 ساعة للأعراض السريرية لالتهاب الثدي ويجب إجراء هذا الفحص عند الشكل بوجود التهاب الثدي. كما تساعد دراسة قلوية وحموضة الحليب وإفرازات الثدي حيث 6.8 = في حليب الأم بشكل طبيعي أما حالة التهاب الثدي فتبلغ 8-8.2 = كما إن لاختبار الريدوكتاز في الحليب أهمية كبيرة وهو سهل ويمكن إجراءه دائماً. (11) مل أزرق الميتيل + 2 مل حليب الثدي تحت

حرارة 38–40 درجة نلاحظ أن الخليط يصبح شفافاً ورائقاً كالماء بعد 25–20 دقيقة في حالات التهاب الثدي أما في الحالات التي لا توجد فيها التهاب ثدي فنحتاج إلى 4–6 ساعات للوصول إلى الشفافية المطلوبة.

ودراسة الحموضة الأمينية تدل على انخفاضها في حالات التهاب الثدي بنسب قد تصل إلى 30–50% وذلك تابع لدرجة الالتهاب. كذلك ترتفع الامينوغلولينات ج–م.

وحسب الإحصاءات وزارة الصحة في الاتحاد السوفييتي نلاحظ أن الزرع الجرثومي لحليب الأم المصابة بالتهاب الثدي تبينه النسبة التالية للجراثيم الممرضة:

62% مكورات عنقودية.

19.5% مكورات عقدية.

4.8% عصيات كولونية.

3.8% كليبسيلا.

2.4% عصيات زرق.

7.5% جراثيم مشتركة.

إن علاج التهاب الثدي ما زالت نتائجه غير مرضية ونطمح لنتائج أجود ويتجلى العلاج بالراحة الراحة التامة للأم بالفراش مع رفع الثديين بحمالة خاصة تمنع الاحتقان بالثدي مع إعطاء المضادات الحيوية كالبنسيلينات (الأوكساتسياتي) 67.9%.

والامينوغليكوزيد (جينتاميسين) ومركبات السلفا بمقادير عالية. كما يمكن إعطاء مركب البارلوديل للتخفيف ومنع احتقان الحليب في الثدي كذلك يعطي النوسبا الذي يحث تقلصات ويسرع في عملية إدرار الحليب كما تعطي المهدئات والفيتامينات ويوصي بالتغذية الجيدة للأم. وتوضع الكمادات الباردة أو أكياس الثلج على الثدي لتخفيف الدورة الدموية عنه غفي حالات الألم الشديد بالأشكال المصلية ويمكن وضع الكمادات الحارة في الحالات الارتشاحية لتحسين الدورة الدموية. كما يمكن إعطاء الاوكستوسين أو السيتوسينون بمقادير بسيطة (0.2 ميللي يونيت بالدقيقة في الوريد في اليوم الرابع للولادة) وهو كاف لإحداث تقبض غدة الثدي وإفراغ الحليب ومنع انحباسه في الثدي وله دور هام في تخفيف احتقان الثدي المؤلم حيث يقلص الألياف العضلية للقنيات اللبنية مما يدفع لإفراغ الحليب وفي بداية تشكل القيح يجري بذل الثدي وحقن البنيسيلين حرصاً ومحاولة لعدم تشويه الثدي بالجراحة ولكن نتائج هذه الطريقة غير مستحبة ولا تعطي نتائج جيدة أو مضمونة وعندئذ لا مفر من التداخل الجراحي تحت التخدير العام بشق مناسب وموازي للقناة اللبنية ويجري الشق من الأماكن الأكثر بروزاً وانخفاضاً لتأمين التفجير الجيد ويتم إدخال إصبع الطبيب الجراح لإفراغ القيح وينصح بوضع معجز.

كما يستعمل في الاتحاد السوفييتي مركب الالفيزين الجديد وهو من صنع جيوميد بألمانيا الديمقراطية ويتألف من الحموض الأمينية التالية:

الأنين– ارجينين– اسباراغلينوفي كيسلاتا– غيسيتدين– ايزوليتيسين– ليزين– ميتونين– مينيل آلانين– تربونين تريبيتوغان– فالين.

بمقدار 2سم كل يومين بكمية ثلاث إلى خمس جرعات وله أهمية كبيرة في تقصير فترة العلاج وتحسين نتائجها كما يخفف من تحول الأشكال المصلية والارتشاحية للأشكال القيحية[1].

أما في الشكل الفلغموني أو عش النحل فعلى الغالب بعد التفجير الجراحي يحدث النكس بوجود أكثر من جيب قيحي وقد يحتاج إلى تفجير ثان وثالث لكي يتم الشفاء.

والأشكال النخرية المتخربة تكون معندة على المضادات الحيوية وتحتاج في علاجها للجراحة وقد يستأصل جزء من الثدي حسب درجة التخريب وشدة الإصابة وقدمها.

لهذا كله يلعب دوراً هاماً في التهاب الثدي سرعة التشخيص العلاج المناسب والجيد ومقاومة جسم المرأة وتحديد درجة الالتهاب بشكل صحيح كما أن الوقاية من التهابات الثدي بعد الولادة تتلخص في المحافظة على سلامة الثديين وتجنب تشقق الحلمات مما يساعد على تجنب التشققات والعناية بالثديين أثناء الحمل وإرضاع الطفل بصورة صحية وغسل الثديين يومياً بالماء الفاتر ومسحها بمنشفة نظيفة قبل وبعد كل رضعة كما ينصح عند وجود قشور لبنية على الحلمات من اللبأ المفروز بغسلهم بمحلول حامض البوريك المركز 1% ومن الضروري عند الرضاعة العمل على أخذ الطفل الحلمة سوياً مع الحلقة المحيطة بها[8].

وكما أسلفنا يجب المحافظة على نظافة الثديين للأم الموضعة بشكل صارم.

وعند نشوء التشققات في الحليمة يمكن أن ترش بمسحوق الستربتومايسين وقبل الرضاعة يتم غسل الثدي بمحلول فيزيولوجي ممزوج بالبنسلين وبعد الرضاعة يتم غسل الحلمة ومسحها بالزيت[7].

وفي النهاية لا بد من إعطاء بعض المقترحات والتوصيات للوقاية والتخفيف من الإصابة بالتهاب الثدي اللبني بعد الولادة وهي:

1- في دور الرعاية والأمومة والمستوصفات:

آ- فرز النساء ذوات الخطر العالي ومراقبتهن بشكل دوري ومنتظم وعلى سبيل المثال:

- النساء اللواتي لديهن تغيرات أو تشوهات ولادية أو ضمور الثدي .
- النساء اللواتي يعانين من اضطرابات هرمونية.
- النساء اللواتي يعانين من التهابات نسائية.
- الحوامل التي لديهن تعقيدات خلال مسيرة الحمل كفقر الدم والانضمام الحملي في الدور الثاني والتهديد بالإجهاض والخرومات بعد الثلاثين للعمر.
- النساء ذوات سوابق التهاب الثدي.

ب- المراقبة الفعالة للحوامل وإجراء الزرع الجرثومي المناسب ومعالجة البؤر الالتهابية في حال وجودها.

جـ- التشديد على الإرشادات الطبية الوقائية المتبعة لتحضير الثدي للرضاعة بشكل سليم ويتجلى ذلك بالتعاون مع جمعيات تنظيم الأسرة ودور الرعاية وتثقيف القابلات للشرح الوافي لعملية تنظيف الثدي قبل الإرضاع وبعده وكيفية الإرضاع وتناوبه من ثدي إلى آخر.

د- حقن الحوامل بمصل ضد المكورات العنقودية بحقن 2 سم تحت الجلد في لوح الكتف في الأسبوع 28-35 من الحمل وفي اليوم الثالث بعد الولادة[7].

2- في دور التوليد:

- التعقيم الجيد لغرف المخاض وغرف المرضى وذلك القضاء على الجراثيم التي قد تتواجد في المشافي كالمكورات والعنقوديات والعقدية.
- انتقاء الطرق الناجعة لإنهاء الولادة.
- الوقاية من النزوف ورضوض الطرق التناسلية.
- المعالجة الفعالة والسريعة لتشققات حلمة الثدي وانحباس الحليب وبداية التهاب الثدي المصلي كي لا يتحول إلى الشكل الارتشاحي أو القيحي.

- البدء بالإرضاع الطبيعي باكراً بعد الولادة وإن أمكن خلال الساعة الأولى لتسهيل عملية الإرضاع من انحباس الحليب بالثدي[8].
- الاقتراح بأن تمنح الأمهات إن أمكن إجازة أمومة لا تقل عن ثلاثة أشهر بعد الولادة لتتمكن من البقاء بجانب وليدها حتى يعود جسمها لحالته الصحية الجيدة بعد الولادة.

وبالمناسبة وعلى هامش الدراسة فقد أثبتت التحريات والتجارب العلمية الأخيرة أن فيروس الإيدز ينتقل عن طريق حليب الثدي من الأم إلى الطفل الرضيع[2].

REFERENCES المراجع

1- د. محمد عصام الدالي، سير التهاب الثدي بعد الولادة وتغيرات طيف الحموض الأمينية في مصل الدم عند النساء ذوات الخطر العالي بالأمراض الالتهابية القيحية، بحث علمي لنيل شهادة دكتوراه بالعلوم الطبية، كييف 1987.

2- Benrman. Nelson Text Book of Pediatrics 6 edition 1992.

3- د. أحمد دهمان السريريات في فن التوليد جزء (1+2) مطبعة الدوادي دمشق 1993.

4- Gunningham F. G. Williams Obstetrics 8th ed. 1989.

5- د. محمد عصام الدالي، د. أحمد حسن يوسف، د. محمد النقري، د. أحمد عبد الرحمن، د. صفاء سلمان، د. رئيفة مرعي، د. جهاد أيوب، كتاب فن التوليد لطلاب كلية الطب، مطبوعات جامعة تشرين 1993.

6- د. ريتشارد ليبور (امستردام) مميزات حليب الأم، الكمية والنوعية، بحث مترجم بالعربية ألقي في الندوة الوطنية للارضاع الوالدي دمشق 1985.

7- د. فيسليستي سفج كنغ تشجيع الأمهات على الإرضاع الوالدي مترجم إلى اللغة العربية من قبل دار دلمون للنشر – نيقوسيا 1988.

8- Avanzini M. A. Acta Pediatrics Vol. 88 No. October 1991.