التدبير العلاجي للاستجابات الناتجة عن التلقيح

Prise en charge des réactions post-vaccinales

ذ. محمد مهاوي
اختصاصي إنعاش وتخدير.
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بالدارالبيضاء
جامعة الحسن الثاني، الدار البيضاء

توجد ثلاثة أنواع من الاستجابات:

1. الاستجابة الموضعية:

تتمظهر الاستجابة الموضعية في جساوات محدودة شيئا ما ومصاحبة بألم واحمرار، وذلك بعد ساعات قليلة من الحقن. تعد هذه الاستجابة حميدة وكثيرة الحدوث، وقد تتجلى بشكل أهم عندما يتعلق الأمر بحقن تحت الجلد.

تستدعي هذه الحالة معالجة الأعراض ومراقبة المريض.

2. الاستجابة العامة:

تتمظهر الاستجابة العامة في حمى وآلام عضلية وصداع وفقد للشهية ووهن خلال الساعات الثمانية والأربعين التي تلي عملية الحقن، أو بعد بضعة أيام. كما يجب التنبيه إلى إمكانية إصابة المريض بوعكة مبهمية (شعور بضعف مصاحب بدوخة وتعرق).

تستوجب هذه الحالة اتباع الخطوات التالية: مساعدة المريض على الاستلقاء ورفع أطرافه السفلى، ثم تزويده

بالسكر عن طريق الفم. كما قد يستعمل الأتروبين في بعض الحالات الاستثنائية مع إبقاء المريض تحت المراقبة.

3. الاستجابة الأرجية الوخيمة:

للاستجابة الأرجية الوخيمة أربع درجات:

الدرجة الأولى: تتميز بظهور أعراض جلدية مخاطية تتمظهر في حمامى ممتدة، أو شرى ممتد نوع ما، بالإضافة إلى وذمة وعائية في بعض الأحيان.

الدرجة الثانية: تتميز بظهور إصابة متعددة الأعضاء متوسطة الخطورة تتمظهر في أعراض جلدية مخاطية، وانخفاض للضغط الشرياني، وضيق نفس صفيري، وأعراض هضمية.

الدرجة الثالثة: تتميز بظهور إصابة وخيمة أحادية أو متعددة الأعضاء.

الدرجة الرابعة: تتمثل في التوقف القلبي الرئوي.

التدبير العلاجي الأولي

عند حدوث استجابة غير معتادة أو حرجة، يجب تعزيز إجراءات الحماية والإنذار والاتصال الفوري برقم الإسعاف 141. يتم تقييم حالة وعي المريض بعد ذلك.

1. المريض الواعي:

إذا كان المريض واعيا، فإن الأمر يتعلق في أغلب الحالات بوعكة مبهمية، أو نقص ضغط دم انتصابي، أو فرط تهوية نفسي المنشأ، أو نقص سكر الدم، أو نوبة ربو، أو استجابة أرجية، أو متلازمة الشريان التاجي الحادة.

في هذه الحالة، يتم قياس ثوابت المريض: سرعة القلب والضغط الشرياني والتشبع الأكسجيني وسكر الدم الشعيري.

2. المريض الفاقد للوعي:

إذا كان المريض فاقدا للوعي، فإن أول ما يجب القيام به هو تحرير المسالك الهوائية، وذلك عن طريق بسط الرأس جيدا ورفع الفك السفلي وإزالة الأجسام الغريبة وإرخاء الملابس. يتم بعد ذلك تقييم تنفس المريض.

أ- المريض يتنفس:

إذا كان المريض يتنفس، فإنه يعاني في أغلب الحالات من نقص سكر دموي وخيم، أو غيبوبة، أو حادثة وعائية دماغية. يوضع المريض عندئذ بوضع الأمان الجانبي.

ب- المريض لا يتنفس:

إذا لم يكن المريض يتنفس، فإن الوضع يستلزم حينئذ إنعاشا قلبيا رئويا عن طريق القيام بتمسيد قلبي خارجي أو إزالة الرجفان بواسطة مزيل رجفان خارجي آلي.

التأقي المحتمل سريريا

عند احتمال حالة تأق، يجب البحث أولا عن إصابات قلبية وعائية أو رئوية. فإن وجدت، يحقن المريض بالأدرينالين تحت الجلد بجرعة تعادل 0,01 ملغ لكل كلغ، دون تجاوز الجرعة القصوى التي تعادل 0,5 ملغ. يكون الأدرينالين مخففا بالمحلول الملحي 0,9% كما يلي:

تحتوي كل أمبولة على 1 ملتر من الأدرينالين بالإضافة إلى 9 ملتر من المحلول الملحي 0,9%، أي 1 ملغ من الأدرينالين في 10 ملتر، أي أن 1 ملتر = 0,1 ملغ.

1. الضائقة القلبية الوعائية:

عند حدوث ضائقة قلبية وعائية، يزود المريض بالأكسجين من أجل تشبع أكسيجيني يفوق 95%، ويتم إجلاسه حسب وضعية ترندلنبورغ، ويجرى له ملء وريدي بالمحلول الملحي 0,9% بجرعة تعادل 20 ملتر لكل كيلوغرام.

2. الضائقة التنفسية:

عند حدوث ضائقة تنفسية، يزود المريض بالأكسجين من أجل تشبع أكسيجيني يفوق 95%، ويوضع بوضع استلقاء جزئي، ثم يتم إرذاذه بالأدرينالين في حالة التهاب حنجرته، أو إرذاذه بالسالبوتامول في حالة التشنج القصبي.

في كل الأحوال، يجب التفكير في استخدام مضادات الهيستامين والكورتيكوستيروويدات.

حيلة: تساعد هذه الكلمة « MAROC » على تذكر الخطوات السابقة:

M: مراقبة.

A: أدرينالين.

R: ملء.

O: أكسجين.

C: كورتيكوستيروويد.