

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ



Σπουδάστρια : Δριδάγκα Πολυχρονία

Υπεύθυνος Καθηγητής

Καρνάρης Ανδρέας

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής.

ΠΑΤΡΑ,

1990

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1622

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο "Ανατομία του γεννητικού συστήματος"	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο "Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος"	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο "Αιτιολογία και Παθογένεια της τοξιναιμίας της κύησης"	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο "Ταξινόμηση τοξιναιμίας κύησης"	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο "Κλινική εικόνα"	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο "Αντικειμενικά ευρήματα (Κλινικά και Εργαστηριακά). Διαφορική διάγνωση	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο "Πρόγνωση	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο "Αρχές προφύλαξης και θεραπεία. Νοσηλευτική φροντίδα.	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο "Επιπλοκές τοξιναιμίας"	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο "Πρόκληση τοκετού".	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο "Περιστατικά τοξιναιμίας κύησης".	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12ο "Ψυχολογική υποστήριξη".	58
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η απόφαση μου να διαλέξω σαν θέμα της πτυχιακής μου την τοξιναιμία της κύησης ήταν κυρίως η άγνοια του κοινού απέναντι σε αυτή την τόσο σοβαρή και επικίνδυνη νόσο που απειλεί το κυοφορούμενο έμβρυο καθώς και τη ζωή της εγκύου.

Με την εργασία αυτή προσπαθώ να δώσω κάποια εξήγηση και περιγραφή της έννοιας τοξιναιμίας της κύησης, να εξετάσω τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της νόσου και τέλος να αναφερθώ στον τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας.

Στο σημείο αυτό αναφέρω την αδυναμία της επιστήμης να θεραπεύσει τη νόσο αυτή που δημιουργεί τόσα προβλήματα στηνπύσχοουσα ασθενή.

Ελπίζω η εργασία αυτή να χρησιμοποιηθεί ως βοήθημα, για όσους απο τους συναδέλφους σπουδαστές της σχολής μου θελήσουν να ασχοληθούν με αυτό το θέμα.

Σ' αυτό το σημείο θεωρώ υποχρεωσή μου να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή Ιατρο Χειρουργο Μαιευτήρα- Γυναικολόγο κ. Ανδρέα Καρνάρη για τη βοήθεια του καθώς επίσης και όλους όσους με βοήθησαν και συμπαραστάθηκαν για την συγγραφή της εργασίας αυτής.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Η τοξιαιμία κυήσεως είναι γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων και εξακολουθεί και σήμερα να αποτελεί σοβαρή απειλή για τη ζωή της εγκύου και του κυοφορούμενου εμβρύου.

Η δραματική αυτή κατάσταση που προσβάλλει τις έγκυες γυναίκες κατά το τέλος της κυήσεως, είναι γνωστή από 2.000 περίπου ετών, στους αρχαίους Κινέζους και Αιγυπτίους. Εξίσου δραματικά αλλά και θαυμάσια περιέγραψε τη νόσο αυτή, ο Πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης.

Ο όρος Τοξαιμία κυήσεως εισήχθη στα Ιατρικά συγγράμματα το 1906 ως μορφή δηλητηριάσεως του οργανισμού της εγκύου.

Ο όρος αυτός ήταν απόρροια της επικρατούσας, τότε αντιλήψεως, ότι η όλη κλινική συνδρομή προκαλείτο από διάφορες τοξίνες που κυκλοφορούσαν στο αίμα της εγκύου. Ειδικότερα ως τοξίνες θεωρούνται είτε τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού του εμβρύου, είτε ότι η τοξίνη παράγονταν από το ήδη νεκρό έμβρυο είτε τέλος από το έντερο της εγκύου.

Το 1943 ο LEVER επεσήμανε σταθερά παρουσία λευκώματος στα ούρα σε έγκυες γυναίκες πάσχουσες από εκλαμψία.

Το 1897 με την ανακάλυψη του σφυγμομανομέτρου οι VAQUEZ και NOBESCAURT παρατήρησαν και τόνισαν ότι, η Αρτηριακή πίεση αυξάνεται στις έγκυες γυναίκες πριν προσβληθούν από το σύνδρομο της εκλαμψίας. Έτσι προέκυψε ο όρος προεκλαμψία της κυήσεως που καθορίζει την κλινική συνδρομή, η οποία προηγείται της εκλαμψίας και διαγιγνώσκεται πριν την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και λευκωματουρίας.

Σάν ορισμό της τοξιναιμίας της κήσης μπορούμε να πούμε ότι είναι μια παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δύο ή και περισσότερων ευρημάτων, όπως υπερτάση, λευκοματουρία και οίδημα καθώς σπασμούς ή και κώμα που θα συμπληρώνουν την ολη κλινική εικόνα της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Τό γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα που αν και έχουν το καθένα διαφορετική λειτουργία συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να εξασφαλιστεί η αναπαραγωγική του αποστολή. Τα όργανα αυτά διακρίνονται σε δύο ομάδες, στα εξωτερικά και εσωτερικά γεννητικά όργανα που χωρίζονται από τον παρθενικό υμένα.

Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν: το μεγάλο και το μικρά χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος, ο υμένας και οι μείζονες αδένες του προσώμου (βαθολύνειοι αδένες). Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα βρίσκονται έξω από την πύελο και είναι γνωστά ως αιδοίο.

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα που βρίσκονται μέσα στην πύελο ανήκουν: ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες.

1.1 Τα μεγάλα χείλη είναι δύο μεγάλες δερματικές πτυχές. Μπροστά ενώνονται για να σχηματίσουν το εφηβοίο και πίσω τον οπίσθιο σύνδεσμο. Τα μεγάλα χείλη σφodρίζουν την αιδοϊκή σχισμή, που στον πρόδρομο του αιδοίου. Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι τριχωτή και έχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

Τα μικρά χείλη βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα. Η έξω επιφάνεια τους χωρίζεται από το σύστοιχο μεγάλο χείλος με το μεσοσχέδιο σύλλακα, η δε έσω επιφάνεια σφodρίζει, από τα πλάδια, τον πρόδρομο του κόλπου. Στο πρόσθιο άκρο σχηματίζουν μια δερματική πτυχή την πρόσθη της κλειτορίδας, ενώ τα οπίσθια άκρα ενώνονται και σχηματίζουν το χαλινό.

Κάτω απο την κλειτορίδα βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας και κάτω απο αυτή υπάρχει το στόμιο του κόλπου. Το στόμιο του κόλπου είναι μικρότερο στις μη παντρεμένες γυναίκες και καλύπτεται απο τον παρθενικό υμένα. Εκατέρωθεν του στομίου του κόλπου εκβάλλουν οι βαρθαλίνειοι αδένες. Οι αδένες αυτοί έχουν μεγεθος και σχήμα φακής και βρίσκονται στο βαθος των μικρών χειλέων. Το εκκριμά τους χρησιμεύει για να γλισχραίνει και να καθιστά ολισθηρό τον πρόδρομο του κόλπου και να διευκολύνει έτσι την είσοδο του πέους στον κόλπο.

1.2 Ο κόλπος είναι ένας πολύ διαστατός ινομυώδης σωλήνας φέρεται λοξά προς τα πάνω με πίσω σε γωνία 45° περίπου. Το κάτω στόμιο που εκβάλλει στον πρόδρομο του αιδοίου απο τον οποίο χωρίζεται με το παρθενικό υμένα ενώ το άνω στόμιο προσφύεται κυκλικά γύρω στον τράχηλο. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχύλου σχηματίζει με τον κόλπο μια κυκλωτερή αύλακα, τον θόλο, ο οποίος διακρίνεται στον πρόσθιο, τον οπίσθιο, που είναι και πιο βαθύς, και τους πλάγιους. Το μήκος του κόλπου, που ποικίλλει στα διάφορα άτομα, ανέρχεται στο με πρόσθιο τοίχωμα στα 7,5CM στο δε οπίσθιο στα 8-9 CM. Το εύρος τους είναι μικρότερο στις άτοκες (5-4CM/ και μεγαλύτερο στις πολύτοκες (7 CM).

Ο κόλπος στηρίζεται στη θέση του απο τα παρακείμενα όργανα με τα οποία συμφύεται. Στη σταθερότητα όμως στήριξης συντελούν κυρίως οι μύς του πυελικού εδάφους (περινέου) τα μάλιστα ο ανελκυστήρας του πρωκτού, ο οποίος συγκρατεί τον κόλπο.

1.3 Η μήτρα είναι ένα κοίλο μωύδες όργανο, το μεγαλύτερο απο τα εσωτερικά γεννητικά όργανα με παχιά τοιχώματα και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και σπευθησμένου. Εμφανίζει σχήμα αχλαδιού έχει μήκος 7,5 CM πλάτος 5 CM πάχος 2,5 CM και ζυγίζει 45-60 GR.

Η μήτρα διαιρείται σε τρία μέρη: α) στον πυθμένα, το πάνω κυκλωτερές τμήμα, β) στο σώμα, το μέσο κύριο μέρος και γ) στον τράχηλο, το κατώτερο λεπτό μέρος που χωρίζεται από το σώμα με τον ισθό. Η μήτρα βρίσκεται φυσιολογικά σε πρόσθια κάμψη και πρόσθια κλίση και στηρίζεται στη θέση της κυρίως δια του κόλπου πάνω στο περίνεο, γι αυτό και τυχόν ρήξη του περινέου μπορεί να προκαλέσει πρόπτωση της μήτρας. Επίσης στη στήριξη της μήτρας συμβάλλουν το περιτόναιο, οι ιερομητρικοί και ευθυμητρικοί σύνδεσμοι, οι πλατείς σύνδεσμοι το παραμήτριο και οι στρογγύλοι σύνδεσμοι της μήτρας.

Οι σάλπιγγες ή ιναγωγοί, είναι δύο μυώδες σωλήνες που χρησιμεύουν για τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη λήκυθο, στη μήτρα. Σε κάθε σάλπιγγα διακρίνονται 2 άκρα, 2 μοίρες.

Από αυτά τα δύο άκρα, το έσω και το έξω είναι χωνοειδώς ανευρισμένο και διασχιζόμενο σε γυνωσίδες και καλείται κώων της σάλπιγγας. Το άκρο αυτό δεν εισέρχεται στην ωοθήκη, αλλά απλώς εφάπτεται με αυτό. Από τις μοίρες της σάλπιγγας, η έσω είναι στενότερη της έξω και καλείται ισθμός. Αντίθετα η έξω είναι διευρυσμένη, λέγεται λήκυθος και καταλήγει στον κώωνα της σάλπιγγας. Ο αυλός της σάλπιγγας δεν είναι ομαλός, γιατί μέσα σε αυτόν υπάρχουν πολυάριθμες υψηλές πτυχές του βλενογόνου, οι οποίες μετατρέπουν τον σωλήνα σε λαβυρινθο σχισμοειδών χώρων. Μέσα στους χώρους αυτούς επιτελείται η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώδιο.

Οι ωοθήκες είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Αυτές από τη μια παράγουν τα γεννητικά κύτταρα του θηλέως (ωάρια) και από την άλλη εκκρίνουν μια ορμόνη η οποία είναι υπεύθυνη για τους δευτερευόντες χαρακτήρες του γυναικείου φύλου.

Κάθε μία από τις ωοθήκες έχει σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου και βρίσκεται πίσω από το πλατύ σύνδεσμο και κρέμεται από το οπίσθιο πέταλο αυτού με μια πτυχή λέγεται μεσοωθήκιο.

Πάνω από την ωοθήκη βρίσκεται ο κώδωνος της σύστοιχης σάλπιγγος. Οι δύο ωοθήκες, κατά την εμβρυική ηλικία βρίσκονται κάτω από την οσφυϊκή μοίρα της ηλικίας όμως, κατεβαίνουν προς τα κάτω και καταλήγουν στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου, μπροστά από τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΩΟΘΗΚΗΣ

Από έξω προς τα μέσα, κάθε ωοθήκη αποτελείται από : α) βλαστικό επιθήλιο, β) τη φλοιώδη ουσία και γ) τη μυελώδη ουσία.

Το βλαστικό επιθήλιο είναι μονόστιβο κυβοειδές. Η φλοιώδης ουσία αποτελείται από το συνδετικό υπόστρωμα μέσα στο οποίο βρίσκονται τα ωοθηλάκια, καθένα από τα οποία περιέχει ένα ωάριο.

Διακρίνονται 2 είδη ωοθηλακίων α) τα άωρα, β) τα ώριμα. Μέχρι τον 12ον περίπου έτος της ηλικίας, τα ωοθηλάκια είναι άωρα.

Ο αριθμός των άωρων ωοθηλακίων σε κάθε ωοθήκη κυμαίνεται από 150.000- 200.000. Από αυτά όμως μόνο ελάχιστα θα ωριμάσουν κατά τη διάρκεια της γεννητικής εποχής της γυναίκας, η οποία είναι 30-35 χρόνια.

Τα υπόλοιπα ωάρια ωοθηλάκια, καταστρέφονται μέσα στην ωοθήκη.

Κάθε άωρο ωοθηλάκιο είναι μικρό, συμπαγές, σφαιρικής μορφής, άρατο με γυμνό μάτι και αποτελείται κεντρικά από το ωάριο, γύρω από το οποίο βρίσκονται 1-2 στίχοι επιθηλιακών κυττάρων. Περιφερειακά του ωοθηλακίου υπάρχει λεπτός βασικός υμένας.

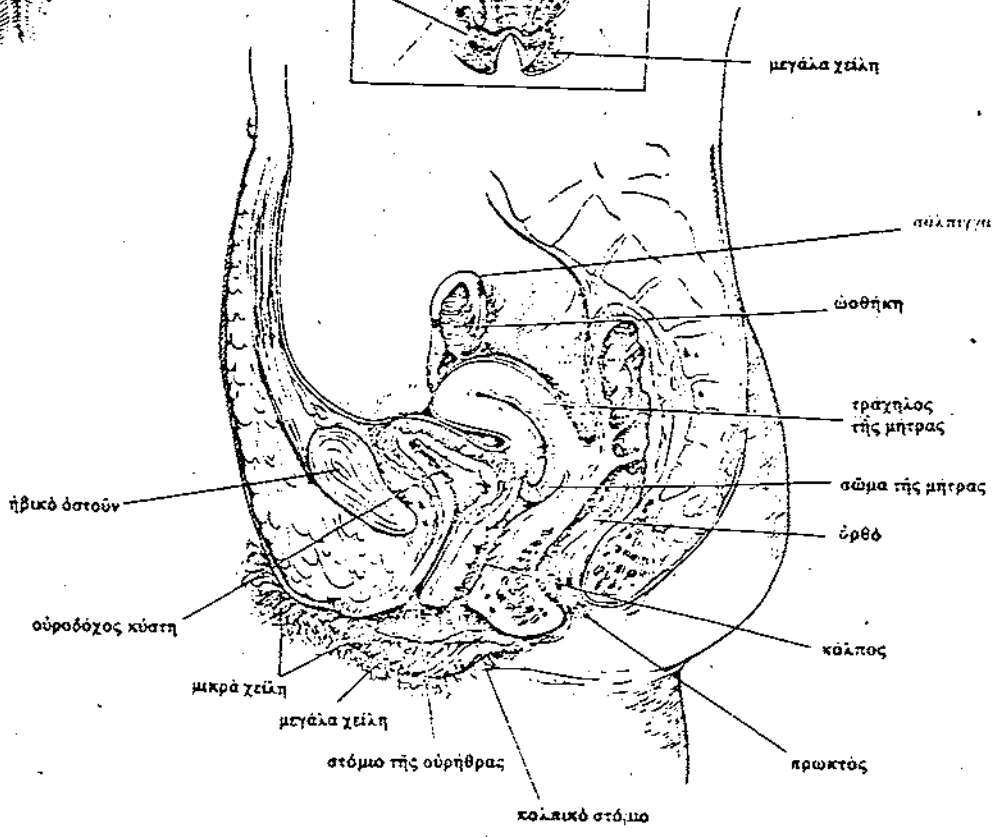
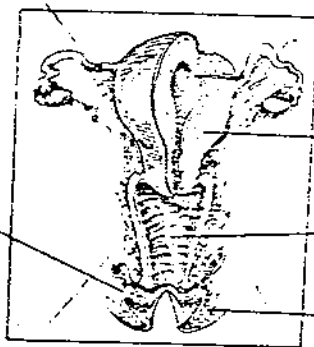
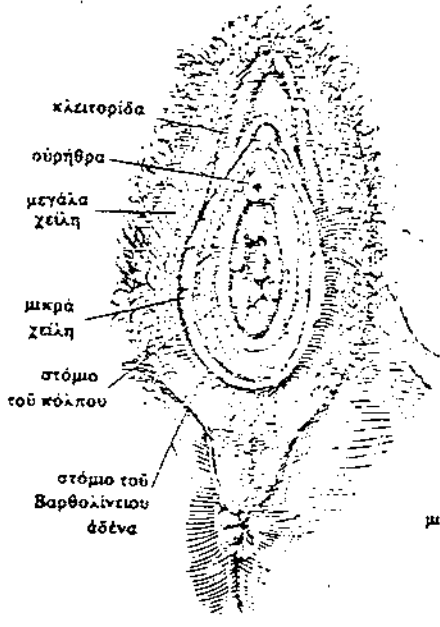
Το ώριμο ωοθηλάκιο προέρχεται από την ωρίμανση του άωρου. Το ώριμο ωοθηλάκιο είναι σχετικό μεγάλο, ορατό με γυμνό μάτι και παρουσιάζει μια κοιλότητα, η οποία περιέχει το λεγόμενο ωοθηλακτικό υγρό.

Εξωτερικά, περιβάλλεται από μια θήκη από συνδετικό ιστό. Στο εσωτερικό μέρος της θήκης αυτής, παρατηρείται μια στοιβάδα από πολλαπλούς στίχους επιθηλιακών κυττάρων, σχήματος κυβοειδούς ή κυλινδρικού.

Αυτή η στοιβάδα λέγεται κοκκώδης, και τα κύτταρά της, εκκρίνουν την ωθηλακίνη, η οποία αθροίζεται στην κοιλότητα του ωθηλακίου.

Σε κάποια θέση μεταξύ των κυττάρων της κοκκώδους στοιβάδας βρίσκεται το ωάριο. Γύρω απ αυτό, τα επιθηλιακά κύτταρα διατάσσονται ακτινοειδώς και σχηματίζουν τον ακτινωτό στέφανο. Η μυελώδης ουσία καταλαμβάνει το κέντρο της ωθήκης και αποτελείται από συνδετικό ιστό, λείες μυϊκές ίνες, αγγεία και νεύρα.

Αριστερά: Τα θήλα έξω γεννητικά όργανα ονομάζονται περιληπτικά λείδιο. Δεξιά: Η κατασκευή των θηλάων πυελικών οργάνων και μια άποψη της μήτρας και του κόλπου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ

Η βιολογική αποστολή του γεννητικού συστήματος είναι η αναπαραγωγή του είδους. Η αναπαραγωγή στον άνθρωπο είναι εγγενής δηλ. το άτομο που παράγεται, δημιουργείται με πολ/σμό του ζυγωτού (γονιμοποιημένο ωάριο) που σχηματίζεται με την ένωση των δύο γαμετών (ωάριο και σπερματοζωάριο). Οι δύο αυτοί γαμέτες αποτελούν τα γεννητικά κύτταρα των δύο φύλων.

Η λειτουργία των γεννητικού συστήματος στη γυναίκα συνιστάται:

- α) Στην ωρίμανση και εκβολή ενός ώριμου ωαρίου.
- β) Στην προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και
- γ) Στην έμμηνη ρήση, που επέρχεται στην περίπτωση που δεν πραγματοποιείται γονιμοποίηση του ωαρίου.

Η περιοδικότητα της έκκρισης των γεννητικών ορμονών στη γυναίκα, συνεπάγεται παράλληλες περιοδικές μεταβολές που αφορούν την μορφολογία και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων.

Η περιοδικότητα αυτή, που η μέση διάρκειά της είναι 28 ημέρες λέγεται γεννητικός ή εμμηνορυσιακός κύκλος.

Ο γεννητικός κύκλος διακρίνεται σε 3 φάσεις : την έμμηνη ρήση, την υπερπλαστική και την εκκριτική φάση.

Έμμηνη ρήση: Διάρκει από την 1η μέχρι την 5η μέρα. Κατ αυτή τη φάση, οι υπερπλασθείσες κατά την υπερπλαστική και εκκριτική φάση που προηγήθηκε, στρωβάδες του ενδομητρίου αποπίπτουν και αποβάλλονται από τον κόλπο, με αίμα.

Αυτό οφείλεται σε σπύτομη αναστολή της έκκρισης οιστρογόνων και προγεστερόνης, 48 πριν την έναρξη της έμμηνης ρήσης που συνεπάγεται έντονη αγγειοδιαστολή των αγγείων του ενδομητρίου που καταλήγει σε νέκρωση του ενδομητρίου και εξαγγείωση αίματος. Κατά τη φάση αυτή, το μυομήτριο επιτελεί συστολές με τις οποίες υποβοηθείται η εκβολή αίματος με τον βλεννογόνο που αποπίπτει. Στο τέλος της φάσης το ενδομήτριο επικαλύπτεται από το νεοπλασματικό επιθήλιο.

Υπερπλαστική φάση: Διάρκει από την 4η-5η μέρα έως την 14η μέρα περίπου. Στη φάση αυτή, προκαλείται με την επίδραση των οιστρογόνων, υπερπλασία και υπερτροφία τόσο του υποστρώματος, όσο και του επιθηλίου και των αδένων του ενδομητρίου.

Εκκριτική φάση: Διάρκει από την 14η μέρα μέχρι την έναρξη της έμμηνης ρήσης. Στη φάση αυτή πραγματοποιείται η προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Σύνισταται στη μεγάλη ανάπτυξη και λειτουργία των αδένων του ενδομητρίου, που οφείλονται στην επίδραση της προγεστερόνης που προέρχεται από το ωχρό, σωματίο, καθώς και στην επίδραση των οιστρογόνων.

Επίσης στη φάση αυτή η κινητικότητα της μήτρας αναστάλλεται από την προγεστερόνη.

Οι φάσεις του γεννητικού κύκλου, μπορούν να διερευνηθούν με διάφορες μεθόδους, από τις οποίες οι σημαντικότερες είναι:

α) Βιοψία ενδομητρία, β) εξέταση κολπικού επιχρίσματος, γ) θερμομετρικό διάγραμμα.

Γονιμοποίηση : Η γονιμοποίηση του ωαρίου από σπερματοζωάριο, πραγματοποιείται συνήθως μέσα στη σάλπιγγα, με την είσοδο της κεφαλής ενός σπερματοζωαρίου μέσα στο ωάριο.

Οι πιο κατάλληλες συνθήκες για την επίτευξη γονιμοποίησης υφίστανται για 4 περίπου 24ώρα (2 πριν και 2 μετά την ωορρηξία).

Το ωάριο χάνει την ικανότητά του για γονιμοποίηση 24-48 ώρες μετά την ωορρηξία. Το ίδιο συμβαίνει και με το σπερματοζώο 24-48 ώρες μετά την εκσπερμάτωση.

Το άμεσο αποτέλεσμα της εισόδου της κεφαλής του σπερματοζωαρίου μέσα στο ωάριο, συνίστανται στη δραστηριοποίηση της διαδικασίας για την συμπλήρωση της δεύτερης διαίρεσης του ωαρίου, με αποβολή του δεύτερου πολικού σώματος. Στη συνέχεια, οι δύο απλοειδείς πυρήνες (ωαρίου και σπερματοζωαρίου), συνενώνονται με εξαφάνιση των πυρινικών τους μεμβρανών και διάταξη των χρωμοσωμάτων τους σε ισημερινή πλάκα.

Με τη διάταξη, αυτή ακολουθεί διαίρεση του κάθε χρωμοσώματος σε ζεύγος από χρωματίδες και η πρώτη μειωτική διαίρεση σε δύο διπλοειδή κύτταρα που λέγονται βλαστομέρια. Ακολουθούν αλληπάλληλες μειωτικές διαιρέσεις, με αποτέλεσμα το σχηματισμό μικρού σφαιρικού μορφώματος με διάμετρο 120-150 ΜΜ που αποτελείται από βλαστομέρια. Το μόρφωμα αυτό λέγεται, μορίδιο. Αυτό προωθείται με τις κινήσεις των κροσσών του επιθηλίου του αυλού της σάλπιγγας και με τις περισταλτικές της κινήσεις προς την κοιλότητα της μήτρας όπου φτάνει μέσα σε 3-4 μέρες από το χρόνο γονιμοποίησης.

Κύηση : Η κύηση συνίστανται στην ανάπτυξη του εμβρύου μέσα στη μήτρα και του πλακούντα μέχρι στην ωρίμανσή του σε τέτοιο σημείο, ώστε να μπορεί να υπάρξει σαν ανεξάρτητος οργανισμός.

Στη μέση διάρκεια της κύησης, το αναπτυσσόμενο έμβρυο λαμβάνει όλα τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά και το οξυγόνο από την κυκλοφορία της μητέρας με την μεσολάβηση του πλακούντα.

Με την ίδια αλλά αντίστροφη οδὸ αποδίδονται στην κυκλοφορία της μητέρας όλα τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού της ὄλης.

Επιπρόσθετα, ἀπο τον πλακούντα, παράγονται και διοχετεύονται προς την κυκλοφορία της μητέρας και ορμονικοί παράγοντες που εἶναι απαραίτητοι για την διατήρηση της κύησης και την προσαρμογὴ του οργανισμού της στον τοκετό και τη γαλουχία.

Φυσιολογία της Κυήσεως

Ανάμεσα στις πολλές μεταβολές του οργανισμού που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της φυσιολογικῆς κυήσεως, εἶναι ἀπαραίτητη ἡ περιγραφή και των μεταβολῶν που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της τοξιναιμίας κυήσεως.

1. Αρτηριακὴ πίεση: Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των BURWELL BREHM και KINDLING το 1938 κατά τη φυσιολογική κύηση ἡ μὲν συστολικὴ πίεση εμφανίζει μικρὴ πτώση καθ ὅλη τη διάρκεια αὐτῆς, ἐνῶ ἡ διαστολικὴ ελαττώνεται σημαντικά, σχεδὸν ἀπο την ἔναρξη της κυήσεως και διατηρεῖται ελαττωμένη κατά τα δύο πρώτα τρίμηνα αὐτῆς.

Ο TILEMAN το 1955 παρατήρησε κατά τη διάρκεια αὐτῆς της κυήσεως, πτώση συστολικῆς και διαστολικῆς πιέσεως και ἐπάνοδο αὐτῶν στα πρώτα ἐπίπεδα της κυήσεως μετὰ την κύηση.

Ετοὶ κατέληξαν στο συμπέρασμα ὅτι ἡ μὲν συστολικὴ πίεση εμφανίζει μικρὴ πτώση και ἐπανέρχεται στα πρώτα ἐπίπεδα της κύησης προς το τέλος της κύησης, ἡ δὲ διαστολικὴ εμφανίζει στην ἀρχὴ μικρὴ πτώση και ἐπανέρχεται προδευτικὰ στους τελευταίους δύο ἕως τρεῖς μήνες.

2. Νεφρικὴ λειτουργία: Εδὼ οι μεταβολές της νεφρικῆς λειτουργίας παρατηροῦνται κατά τη διάρκεια φυσιολογικῆς κυήσεως.

α) Σπειραματικὴ διήθηση: Παρατηρεῖται αὐξηση αὐτῆς κάθὸ 50-100% με μέγιστη τιμὴ περίπου 4 βδομάδες πρὸν τον τοκετό.

Αὐτὴ ἐπανέρχεται ταχύτατα στα φυσιολογικὰ ἐπίπεδα μετὰ τον τοκετό.

β) Νεφρική ροή πλάσματος ή νεφρική ροή αίματος. Παρατηρείται αύξηση αυτής μέχρι 25% περίπου αλλά μόνο κατά τα 2 πρώτα τρίμηνα της κύησης. Η αύξηση αυτή υποχωρεί σταθερά και εκλείπει πλήρως κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης.

γ) Κλασματική διήθηση: είναι ο λόγος της πειραματικής διήθησης προς την νεφρική ροή του πλάσματος. Κατά την κύηση αυξάνεται περισσότερο η πρώτη παρά η δεύτερη.

Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι ο ακριβής προσδιορισμός των νεφρικών λειτουργιών της πειραματικής διήθησης, και της νεφρικής ροής του αίματος κατά την κύηση είναι τεχνικώς δύσκολος γιατί:

α) Η μέτρηση του ποσοστού των ούρων που είναι συνέπεια ατελούς κενώσεως της ουροδόχου κύστεως, είναι πάντοτε εσφαλμένη λόγω υπέρξεως της εγκυμοσύνης, β) Κατά την κύηση παρατηρείται αύξηση, μέχρι διπλασιασμού του νεκρού χώρου των ουροφόρων οδών.

γ) Επίσης κατά την κύηση επέρχεται πάντοτε σύνδεση του παραρτινοϊππουρικού νατρίου μετά της αποβαλλόμενης μέσω των ούρων της εγκύου, γλυκόζης και δ) Η στάση της εγκύου κατά την ώρα της εκπελέσεως των παραπάνω δοκιμασιών επηρεάζει ουσιωδώς τα αποτελέσματα.

3. Καρδιακή λειτουργία: Κατά την κύηση παρατηρείται αύξηση του κατά λεπτού όγκου αίματος κατά 1.500 κ.εκ. (φυσιολ. τιμή 4.500 κ.εκ.) η οποία ανέρχεται από την 10η εβδομάδα της κύησης και διατηρείται μέχρι το τέλος αυτής. Η αύξηση αυτή είναι συνέπεια αύξησεως τόσο της καρδιακής συχνότητας όσο και του όγκου παλμού που ανέρχεται σε 71 κ.εκ. (φυσ. τιμή 64 κ. εκ.).

4. Ισορροπία ύδατος και νατρίου: Κατά την κύηση παρατηρείται αύξηση του ολικού ύδατος της εγκύου που η τιμή του ανέρχεται στα 7,5 λίτρα περίπου και αυξάνεται αργότερα με την εμφάνιση τοπικού γενικευμένου ύδατος.

Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ μέχρι την 30η εβδομάδα της κύησης η κατακρατούμενη ποσότητα ύδατος είναι η αναμενόμενη εν τούτοις κατά το τέλος της κύησης παρατηρείται πρόσθετη κατάκρυσση (2,5-3LIT) η οποία είναι δυνατόν να ανέλθει στα 5 λίτρα με την εμφάνιση γενικευμένου οιδήματος.

Το μέγιστο της κατακρατούμενης αυτής ποσότητας του ύδατος αφορά το εξωκυττάριο υγρό του οποίου η άυξηση ανέρχεται σε 6,3 λίτρα.

Απο το ποσό αυτό εξωκυττάριου υγρού τα 4 λίτρα ανευρίσκονται σε γνωστές περιοχές (έβρυσο, πλακούντα, ενάμνιον, υγρό, μήτρα, μαστοί, πλάσμα), ενώ το υπόλοιπο φαίνεται να συσσωρεύεται στη θεμέλιο ουσία του συνδετικού ιστού της εγκύου.

Επίσης κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρείται αύξηση του ολικού νατρίου του σώματος. Για αυτό οι GIRAY και PLUNT το 1954 βρήκαν ότι στη διάρκεια φυσιολογικής κύησης παρατηρείται κατάκρυσση ματρίου, η οποία ανέρχεται στα 527 και 773κ.εκ. Όμως η πραγματική ποσότητα του Na που κατακρατείται φαίνεται να είναι μεγαλύτερη των άνω τιμών (Shesley 1966). Ένα μέρος του Na εναποτίθεται στο συνδετικό ιστό της εγκύου και επιδρά στις οιστρογόνες ορμόνες.

Για αυτό κατά την κύηση επέρχεται νέα κατάσταση στην οικονομία του Na και του ύδατος για την διατήρηση της οποίας επέρχονται σημαντικές μεταβολές στους μηχανισμούς ελέγχου αποβολής αυτού από τα νεφρά. Ειδικότερα, λόγω της αύξησης της σπειρωματικής διήθησης, η μεγαλύτερη ποσότητα Na διηθείται δια των σπειραμάτων (60%).

Η υπόλοιπη ποσότητα του Na επαναρροφάται από τα εσπειραμένα σωληνάκια.

Συνεπώς η αυξημένη ποσότητα Na είναι δυνατόν να ανευρίσκεται στα ούρα των εσπειραμένων σωληναρίων.

Παράλληλα κατά την κύηση έχουμε αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης του Na. Νατριούρηση ούρων δεν συμβαίνει πελικά κατά την κύηση γιατί αυξάνεται σημαντικά και η αλδοστερόνη η οποία προκαλεί σημαντική επαναρρόφηση του Na.

5. Βιοχημικές Μεταβολές;

α) Ουρία και κρεατινίνη αίματος

Λόγω των μεταβολών της νεφρικής λειτουργίας παρατηρείται ελάττωση της ουρίας και της κρεατινίνης του αίματος.

β) Γλυκοζουρία και Γαλακτοζουρία

Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια φυσιολογικής κύησης. Ειδικότερα η γαλακτοζουρία παρατηρείται στο 70% των εγκύων με αποβολή των εγκύων, 100 γρ. σακχάρου ημερησίως.

Η γαλακτόζη παραγόμενη στους μαστούς και εισερχόμενη στην κυκλοφορία διηθείται δια του σπειράματος και αποβάλλεται εξ ολοκλήρου από τα ούρα. Η γαλακτοζουρία είναι συχνότερη από τη φλυκοζουρία κατά την κύηση. Πάντως η γαλακτοζουρία είναι συχνότερη και πιο έντονη κατά την περίοδο της λοχείας.

γ) Αμινοξέα

Εδώ παρατηρείται ελάττωση των αμινοξέων στο αίμα και αύξηση αυτών στα ούρα.

δ) Ορθοστατική λευκωματουρία

Αυτή είναι συχνή κατά την κύηση και ανέρχεται σε ποσοστό 20% με ποσότητα λευκώματος άνω των 250 MG%. Για την διάκριση της ορθοστατικής λευκωματουρίας από την λευκωματουρία, άλλης αιτίας (προέκλαμψία, λοίμωξη ουροφόρων) απαιτείται επιμελής συλλογή των ούρων σε άλλο το χρονικό διάστημα που η έγκυρος παραμένει κατακεκλι-ομένη σε πλάγια θέση.

Πάντως επί της ορθοστατικής λευκωματουρίας οι νεφρικές λειτουργίες είναι φυσιολογικές.

ε) Ουρικό οξύ

Η κάθαρση του ουρικού οξέος σε φυσιολογική κύηση παραμένει φυσιολογική καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Σε περίπτωση όμως αποβολής ουρικού οξέος, το οποίο έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την κύηση, παρατηρείται αύξηση αυτού στο αίμα επί προεκλαμψίας και εκλαμψίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η αιτιολογία της τοξιναιμίας κυήσεως, παρά την καταπληκτική εξέλιξη της επιστήμης, έχει παραμείνει μέχρι στιγμής τελείως άγνωστη, γι αυτό και λέγεται νόσος των θεωριών.

Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία των επινεφριδίων, σε υπερπαραγωγή χοριακής γοναδοτροπίνης, ανώμαλο μεταβολισμό οιστρογόνων και προγεστερόνης και σε αυξημένη παραγωγή αντιδιουρητικής ορμόνης κατά την κύηση.

Άλλοι πάλι ερευνητές αποδίδουν την πάθηση αυτή σε διαταραχές αιματώσεως της μήτρας και σε ισχαιμία του ρουμπητρίου και του πλακούντα.

Βασικό όμως αίτιο της τοξιναιμίας φαίνεται να είναι η διαταραχή της λειτουργίας των κυτταρικών στοιχείων του πλακούντα επί των οποίων παρατηρήθηκαν χαρακτηριστικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις. Πράγματι, η ανεύρεση πολλών εμφυδίων και νεκρωτικών εστιών σε περιοχές του πλακούντα αλλά στη σκέψη ότι οι τοξιναιμικές εκδηλώσεις θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα εισόδου στη μητρική κυκλοφορία προϊόντων από τους ιστούς στον πλακούντα.

Εκτός των ανωτέρω, φαίνεται πολύ πιθανόν ότι στην αιτιολογία της τοξιναιμίας επιδρά προδιαθεσιακώς το είδος της διατροφής και κυρίως η λήψη χλωριούχου νατρίου το οποίο παρατηρείται στο αίμα των εγκύων γυναικών με τοξιναιμία κυήσεως.

Η αύξηση αυτή του Νατρίου είναι αποτέλεσμα της ελαττωμένης ικανότητας αποβολής του (τάση για κατακράτηση Νατρίου),

Αυτό διαπιστώνεται κατά τον Α παγκόσμιο πόλεμο.

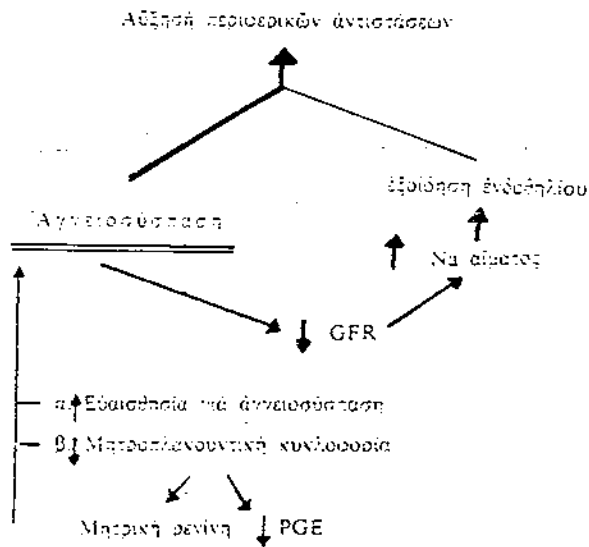
Επίσης κατά τήν περίοδο της κατοχής της Ελλάδας παρατηρήθηκε με ειδική μελέτη, ότι όχι μόνο η εκλαμψία αλλά και γενικά τα προεκλαμπτικά συμπτώματα είχαν τελείως εξαφανιστεί λόγω του εντονου υποσιτισμού και κυρίως του ποιοτικού, εφ όσον το ζωικό λίπος είχε σχεδόν εξαφανιστεί απο το διαιτολόγιο του πληθυσμού.

Επίσης άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται οι ψυχογενείς και κληρονομικοί παράγοντες.

Πέρα απ όλα αυτα σήμερα όλοι δέχονται ότι η τοξιναιμία της κύησης προκαλείται απο τη μεγάλη ηούσπαση των αγγείων.

Η αγγειοσύσπαση προάγεται, αφ ενός απο τη χαμηλή μητροπλακουντιακή κυκλοφορία που συνεπάγεται αύξηση παραγωγής ρενίνης και αγγειοτενσίνης και ελάττωση παραγωγής προσταγλανδίνης Ε και αφ ετέρου απο το αυξημένο Νάτριο αίματος.

Τ.Κ. - ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΕΩΣ



Η έντονη σύσπαση των αγγείων που προκαλείται απο τη συνδυασμένη τάση όλων των παραπάνω παραγόντων έχει σαν αποτέλεσμα, αφ ενός την αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων και της αρτηριακής πίεσεως που είναι το κύριο γνώρισμα της τοξιναιμίας της κυήσεως και αφ ετέρου στην εμφάνιση απο διάφορα όργανα χαρακτηριστικών για το σύνδρομο κλινικών εκδηλώσεων.

Συχνότητα

Λόγω της ποικιλίας των διαφόρων διαγνωστικών κριτηρίων, δεν έχει κατορθωθεί η επίτευξη συγκρισίμων στοιχείων ως προς την συχνότητα της τοξιναιμίας.

Ο συσχετισμός πάντως μεταξύ υψηλής θνησιμότητας και χαμηλού εισοδήματος είναι εντυπωσιακός.

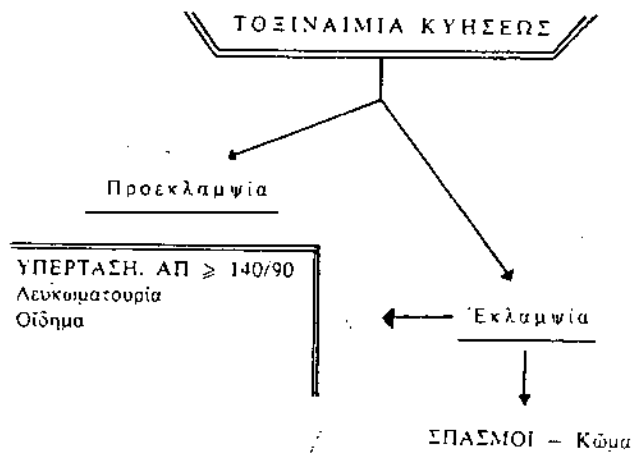
Ο λόγος είναι ότι οι γυναίκες χαμηλού εισοδήματος στερούνται έγκαιρης και συστηματικής παρακολούθησως κατά την εγκυμοσύνη.

Η τοξιναιμία της κύησης παρατηρείται πιο συχνά σε χοντρές και κοντές γυναίκες, υπερήλικες, γυναίκες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, φαρμακωμικά νοσήματα των νεφρών και σε γυναίκες όπου το βάρος του πλακούντα κατά την κύηση είναι μεγάλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Σύμφωνα με την Αμερικανική επιτροπή προστασίας της μητρότητας, η τοξιναιμία της κυήσεως διακρίνεται σε δύο κλινικές οντότητες στην οξεία τοξιναιμία και στην χρόνια υπερτασική.



Η πρώτη περιλαμβάνει τη προεκλαμψία και την εκλαμψία, ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει δύο κλινικές μορφές, τη μορφή που επιπλέκεται με οξεία τοξιναιμία και τη μορφή που διατρέχει αθόρυβα χωρίς την προσθήκη οξείας τοξιναιμίας. Στην τελευταία εντάσσονται δύο επί μέρους μορφές. α) η μορφή στην οποία η χαρακτηριστική για την τοξιναιμία της κυήσεως αρτηριακή υπέρταση ή νεφρική νόσος προϋπάρχει της εγκυμοσύνης και β) η μορφή στην οποία η υπέρταση ή νεφρική νόσος εμφανίζεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η τοξιναιμία κύησης εμφανίζεται συνήθως την 32η βδομάδα. Πιο σπάνια μπορεί να εμφανισθεί πριν την 32η εβδομάδα, γεγονός που παρατηρείται κύριως σε σπάνιες περιπτώσεις που η αρτηριακή υπέρταση ή νεφρική νόσος προϋπάρχουν της εγκυμοσύνης και ακόμα πιο σπάνια εγκυμοσύνης και ακόμα πιο σπάνια μπορεί να εμφανισθεί 1-7 μέρες μετά τον τοκετό.

Τα κλινικά συμπτώματα της τοξιναιμίας της κύησης διακρίνονται σε:

A) Οξεία τοξιναιμία: της κύησης (έναρξη μετά την 24η βδομάδα της κύησης.

a) Προεκλαμψία

Η προεκλαμψία κατά την έναρξή της είναι ασυμπτωματική, ενώ η εμφάνιση ενοχλημάτων εκ μέρους της εγκύου αποτελεί ένδειξη βαριάς μορφής προεκλαμψίας. Πρίν από την τυπική εκδήλωση της νόσου η έγκυος παραπονείται για έντονη κεφαλαλγία η οποία δεν υποχωρεί με αναλγητικά φάρμακα, εμβόες των αυτιών, θάμβος της όρασης η οποία μπορεί να φθάσει μέχρι προσωρινή απώλεια αυτής αμνησίας, λιποθυμικές κρίσεις και τέλος ναυτία εμέτους και πόνο στο επιγάστριο που θεωρούνται πρόδρομα της προσβολής.

Στη συνέχεια εκδηλώνεται η τυπική προσβολή που χαρακτηρίζεται από αρτηριακή υπέρταση, λευκωματουρία, οίδημα σπασμούς, και κώμα:

1. Υπερταση : Είναι το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου. Απο το ύψος της συστολικής και κυρίως της διαστολικής πίεσεως εκτιμάται η βαρύτητα της προσβολής.

2. Λευκωματουργία: προκαλείται απο χαρακτηριστικές για τη νόσο μορφολογικές βλάβες των νεφρών. Οι βλάβες στα νεφρα παρατηρήθηκαν σε μικρό ποσοστό πολυτόκων (14%) και σε μεγάλο ποσοστό πρωτοτόκων (71%) τοξιναιμικών γυναικών. Με το ίδιο ποσοστό παρατηρήθηκε η λευκωματουρία στις δύο παραπάνω κατηγορίες τοξιναιμικών γυναικών.

3. Οίδημα: Παρατηρήθηκε σε ποσοστό (25-80%). Το οίδημα, και κυρίως το εντοπισμένο, στα κάτω άκρα, άν και μπορεί να είναι ενδεικτικό τοξιναιμίας δεν έχει πάντοτε παθολογική σημασία.

Μπορεί να δημιουργείται απο την πίεση που ασκείται στην κάτω κοίλη φλέβα απο τη διογκωμένη μήτρα, καθώς επίσης και απο τη χαμηλή κολοειδοσωματική πίεση που υπάρχει κυρίως στο 3ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Το γενικευμένο όμως οίδημα, και μάλιστα όταν συνυπάρχει με αυξημένη αρτηριακή πίεση, είναι γνώρισμα τοξιναιμίας. Το οίδημα στην περίπτωση αυτή οφείλεται στη μεγάλου βαθμού κατακρότηση Na, γεγονός που κατά κανόνα παρατηρείται στη νόσο και που αποδίδεται στην ελάττωση της πειραματικής διηθήσεως.

Πέρα απ αυτά, τα χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα στο βυθό του οφθαλμού και συγκεκριμένα οι υπερβολικά στενές αρτηρίες και ο υγρός και οίδηματικός αμφιβλητροειδής χιτώνας. Επίσης στο βυθό του οφθαλμού μπορεί πιά σπάνια, και κυρίως μετά από σπασμούς να παρατηρηθούν εξιδρώματα και αιμορραγίες, καθώς και ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη αποκόλληση του αμφιβλητροειδούς. Αξίζει βέβαια να πούμε ότι η αποκόλληση του αμφιβλητροειδούς στην περίπτωση αυτή είναι κολής σχετικά προγνώσεως και συνήθως αντιυπερτασική θεραπεία που εφαρμόζεται για τη νόσο.

β) Εκλαμψία : Η μετά πτώση της προεκλαμψίας σε εκλαμψία εκδηλώνεται κατά κανόνα με την έναρξη των τυπικών κρίσεων των σπασμών που ακολουθούν σε κώμα.

Η δραματική κλινική εικόνα της εκλαμψίας εκδηλώνεται ως εξής: Κατ' αρχήν προηγούνται συνήθως μικρές συσπάσεις των μυών του προσώπου και του στόματος, ως και διαστολή των κορών των οφθαλμών της εγκύου. Στη συνέχεια η ασθενής πέφτει αναίσθητη και ακολουθούν κρίσεις σπασμών, τύπου μείζονος επιληψίας, διάρκειας 1 λεπτού και στη συνέχεια επαναλαμβάνονται και σπασμοί που διαρκούν 5-15 λεπτά. Τελικά η ασθενής πέφτει σε βαθύ κώμα διαφόρου διάρκειας.

Σε μερικές περιπτώσεις η μετάπτωση της προεκλαμψίας σε εκλαμψία εκδηλώνεται κατά διαφορετικό τρόπο. Η έγκυος στην αρχή παραπονείται για ελαφρά ενοχλήματα από το πεπτικό σύστημα, κυρίως για ναυτία και εμμέτους. Εμφανίζει αιφνιδίως εντονότατο άλγος από το επιγάστριο, το οποίο υποδηλώνει προσβολή του ήπατος με την δραματική εξέλιξη προς την εικόνα της οξείας κίτρινης στροφίας του ήπατος. Η μορφή αυτή της εκλαμψίας χαρακτηρίζεται ως "εκλαμψία άνευ σπασμών".

Η εκλαμψία είναι δυνατόν να συμβεί πριν τον τοκετό, κατά τη διάρκεια του τοκετού, καθώς και κατά τη λοχεία, αλλά σε βραχύ χρόνο μετά τον τοκετό. Πάντως στην εμφάνιση των εκλαμπτικών ποροξυσμών φαίνεται ότι συμβάλλουν εκλυτικώς εξωγενείς και μετεωρολογικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων ιδιαίτερη σημασία έχουν οι απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας.

Β. Χρόνια υπερτασική αγγειοπάθεια και κύηση

- α) Υπέρταση προϋπάρχουσα της κύησης.
- β) Υπέρταση επιπλεκόμενη υπό τοξιναιμίας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6ο

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ)

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1) Βάρος Σώματος και Οίδημα :

Σήμερα πιστεύεται ότι η παρουσία μικρού βαθμού οιδήματος στα κάτω άκρα, σε έγκυες που δεν κάνουν καθιστική ζωή, δεν είναι παθολογικά σημεία.

Το παθολογικό οίδημα είναι πλέον έντονο και εντοπίζεται στα βλέφαρα και στους δακτύλους, πριν όμως από την εμφάνισή του παρατηρείται αιφνίδια μεγάλη αύξηση του σωματικού βάρους πέρα από το φυσιολογικό. Πάντως το οίδημα παύει να χαρακτηρίζεται ως φυσιολογικό εφόσον η έγκυος εμφανίζει και άλλα σημεία τις τοξιαιμείας και κυρίως υπέρταση.

2) Υπέρταση

Γενικά στο σύνολο του πληθυσμού και κυρίως στα νεαρά άτομα, η μέν συστολική πίεση κυμαίνεται μεταξύ 90/120 ΗG, η δέ διαστολική μεταξύ 60/80 Μ ΗG.

Η αιφνίδια εμφάνιση αρτηριακής πίεσης ίσης ή μεγαλύτερης 140/90 Μ ΗG σε έγκυες που έχουν προηγουμένως φυσιολογική πίεση θεωρείται ως ένδειξη προεκλαμψίας.

3). Βυθός του Οφθαλμού

Η εξέταση των αγγείων του οφθαλμού είναι τεράστιας διαγνωστικής σημασίας. Η χαρακτηριστική αλλοίωση σε περίπτωση προεκλαμψίας είναι ο αγγειοσπασμός. Η αρχή παρατηρείται αγγειοσπασμός τμημάτων ή κλάδων των αρτηριδίων και κυρίως των ρινικών, ενώ οι κροταφικοί

κλάδοι είναι ελεύθεροι. Σε βαρειά προεκλαμψία παρατηρείται γενικευμένος αγγειοσπασμός, ενώ η εμφάνιση αιμορραγιών των εξιδρωμάτων καθώς και οιδήματος της οπτικής θηλής είναι βαρυτάτης προγνώσεως.

Αντιστρόφως, σε μακροχρόνια υπέρταση, τα μεν αγγεία εμφανίζουν οφιοειδή πορεία, κατόπιν θετικού αντανακλαστικού του φωτός και το σημείο του GUNN, οι δε αιμορραγίες και τα εξιδρώματα είναι πιο συχνότερη. Ενδιαφέρον είναι, τέλος, ότι ο βυθός μπορεί να αποτελέσει και οδηγό επιτυχούς ή μη θεραπευτικής αγωγής. Πράγματι, επί επιτυχούσα θεραπεία παρατηρείται υποχώρηση του αγγειοσπασμού και των άλλων αλλοιώσεων.

4) Λευκωματουρία

Αυτή κατέχει την τρίτη θέση, μετά την υπέρταση και το οίδημα, πάντως η ύπαρξη αυτής δεν κρίνεται απαραίτητη για τη διάγνωση της τοξιναιμίας, όμως η ανεύρεση λευκωματουρίας θεωρείται ως βαρύ προγνωστικό σημείο.

Για τον χαρακτηρισμό της λευκωματουρίας αρκεί η ποιοτική ανεύρεση, ενώ ο ποσοτικός προσδιορισμός του λευκώματος δεν έχει τη σημασία, η οποία απεδίδετο παλαιότερα από την DIECMANN (1953). Εν τούτοις υποστηρίζεται ότι η μικρή λευκωματουρία (0,03 MG ανά λεπτό αποβαλλομένων ούρων) η οποία χαρακτηρίζεται συνήθως ως "ίχνη λευκώματος", δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν, γιατί αυτή παρατηρείται και σε φυσιολογική κύηση κυρίως κατά τους τελευταίους μήνες αυτής.

Ενδιαφέρον είναι ότι επί προεκλαμψίας η λευκωματουρία δεν ανευρίσκεται σταθερά, γι' αυτό και πρέπει ν' αναζητείται σε επανειλημμένες εξετάσεις. Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε περίπτωση αιφνίδιας αύξησεως του λευκώματος στα ούρα, προηγείται σταθερό αύξηση της αρτηριακής πίεσεως των εγκύων.

5) Βιοχημικές Μεταβολές του Αίματος

Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της προεκλαμψίας -εκλαμψίας παίζουν, εκτός από τα παραπάνω ευρήματα, και ορισμένες βιοχημικές μεταβολές του αίματος.

α) Ουρία και κρεατινίνη αίματος : Λόγω της ελαττώσεως της ουρίας και της κρεατινίνης του αίματος σε φυσιολογική κύηση, οι φυσιολογικές τιμές ή και οι μεγαλύτερες αυτών θα πρέπει να αξιολογούνται με μεγάλη προσοχή, γιατί μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή επιπλοκή κατά την κύηση και κυρίως προεκλαμψία ή νεφρική νόσο. Τα ίδια ισχύουν και στην περίπτωση ελαττώσεως της καθάρσεως της ενδογενούς κρεατινίνης, της οποίας οι τιμές δεν συγκρίνονται με τις αναμενόμενες της φυσιολογικής κύησης.

β) Λευκώματα του Αίματος : Δεδομένου ότι η λευκωματουρία επί προεκλαμψίας δεν είναι τόσο, ώστε να προκαλέσει μεταβολή των λευκωμάτων του αίματος, εν τούτοις όμως η σχέση λευκωματινών προς σφαιρίνες παραμένουν στα φυσιολογικά όρια. Εξ' άλλου επί εκλαμψίας, συνεπεία της ελαττώσεως του όγκου του πλάσματος και του ολικού όγκου του αίματος, καθώς και της εμφανίσεως της αιμοσυμπύκνωσης, παρατηρείται παράλληλα προς την αύξηση του αιματοκρότη και αύξηση των ολικών λευκωμάτων του αίματος. Αντίθετα, η έξοδος της εγκύου από τη φάση αυτή, συνοδεύεται από την επάνοδο των ανωτέρω μεταβολών στο φυσιολογικό.

γ) Τραυσαμινάσες : Υποστηρίζεται ότι οι τραυσαμινάσες, οξαλοξεική και πυροσταφυλική, αυξάνονται σε περίπτωση εκλαμψίας, λόγω ισχαιμίας των ηπατικών κυττάρων του γενικευμένου αγγειοσπασμού.

δ) Ουρικό οξύ: Η αξία του ουρικού οξέος του αίματος στη διάγνωση τη διαφορική διάγνωση, την πρόγνωση και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμοζόμενης θεραπείας στην τοξιναιμία κυήσεως είναι γνωστή απο αρκετό χρόνο. Γι αυτό επι προεκλαμψίας παρατηρείται σταθερή αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος, με περαιτέρω αύξηση αυτού, αμέσως μετά απο κάθε κρίση εκλαμπτικών σπασμών.

Η αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος, στην αρχή, αποδόθηκε στην αυξημένη επαναρρόφηση του απο τα ουροφόρα σωληνάρια με την επίδραση, του γαλακτικού οξέος που παράγεται στη μήτρα και το έμβryo, λόγω υποξίας αυτών, και λόγω μειωμένης παροχής αίματος, σ'αυτή.

Σήμερα όμως, υποστηρίζεται ότι το γαλακτικό οξύ δεν αυξάνει την επαναρρόφηση, αλλά αντιθέτως αναστέλλει την απέκκριση του ουρικού οξέος απο τα ουροφόρα σωληνάρια.

Σε περίπτωση ποι οι προεκλαμπτικές έγκυες υποβληθούν σε δίαιτα φτωχή σε χλωριούχο Νάτριο, παρά την παρατηρούμενη ελάττωση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης, του οιδήματος και της λευκοκυτταραιίας, το ουρικό οξύ του αίματος δεν αυξάνει σε υπερτασικές γυναίκες, των οποίων η κύηση δεν έχει επιπλακεί με τοξιναιμία.

ε) Πηκτικότητα του αίματος: Ελάττωση των αιμοπεταλίων παρατηρείται μόνο σε περιπτώσεις βαρείας τοξιναιμίας. Ο χρόνος προθρομβίνης που είναι αυξημένος σε όλες τις εγκύους, δεν εμφανίζει, περαιτέρω αύξηση επι τοξιναιμίας, ενώ ο χρόνος πήξεως είναι ελαττωμένος επι εκλαμψίας (1 λεπτού).

στ) Η αλκαλική φωσφατάση: Αυτή αυξάνεται σταθερά κατά τη φυσιολογική κύηση λόγω του παραγόμενου στον πλακούντα κλάσματος αυτής, του αποκαλούμενου και σταθερά εις θερμοκρασία αλκαλική φωσφατάσης.

Αποκαλείται έτσι για τί διατηρείται στον ορό μετά την θέρμανση αυτού, σε θερμοκρασία 65⁰C για 5 λεπτό της λοιπής καταστρεφόμενης αλκαλικής φωσφατάσης.

Σε πολλές περιπτώσεις τοξιναιμίας παρατηρείται αύξηση αυτής πολύ νωρίς, καθώς και σταθερά παραμονή της σε υψηλά επίπεδα.

ζ) Ραδιενεργό νεφρογράφημα: Τούτο σε βαρείες περιπτώσεις προεκλαμψίας και εκλαμψίας είναι παθολογικό σε μεγάλη αναλογία.

η) Διαφορική διάγνωση: Αυτή αφορά την προεκλαμψία της οποίας η διάκριση μπορεί να γίνει σε όλα τα νοσήματα τα οποία εμφανίζονται κατά την κύηση με ολική ή μερική συμπτωματολογία της τοξιναιμίας της κύησης.

1. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΣ

- α) ιδιοπαθής
- β) δευτεροπαθής

2. ΝΕΦΡΙΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- α) Οξεία σπειραματονεφρίτις
- β) Χρόνια
- γ) Νεφρωτικών σύνδρομου
- δ) Οξεία πυελονεφρίτις
- ε) Χρόνια πυελονεφρίτις
- στ) Πολυκυστική νόσος νεφρού

3. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ

- α) Οξεία περιαρτηρίτις
- β) Σιδηροδερμία
- γ) Διδόσπαρτος ερυθρηματώδης λύκος

4. ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- α) Σακχαρώδης διαβήτης
- β) Ερυθροβλάτωσις των νεογνών.

Η προσοχή όμως επικεντρώνεται περισσότερο στην αρτηριακή υπέρταση όπου εκτιμάται και αξιολογείται ιδιαίτερα.

ΑΥτή διακρίνεται σε ιδιοπαθή και δευτεροπαθή μορφή:

α) Η ιδιοπαθής υπέρταση είναι συνήθως γνωστή προς της κύησης ή επί το πλείστον διαπιστώνεται πριν την 24ην εβδομάδα της κύησης.

Εάν δεν επιπλακή με την τοξιναιμία κατά την κύηση, δεν συνοδεύεται με παθολογικό οίδημα, ούτε με λευκωματουρία, χαρακτηριστικό είναι ότι το ουρικό οξύ του αίματος είναι φυσιολογικό.

Αντιθέτως εάν η εγκυος προσέλθει προς εξέτασιν το πρώτο μετά την 24ην εβδομάδα της κύησης με τα ευρήματα της προεκλαμψίας (υπέρταση, οίδημα ή λευκωματουρία) τότε η διάκριση μεταξύ της χρόνιας υπερτασικής νόσου και της αληθινής προεκλαμψίας είναι δύσκολη κλινικά, και στηρίζεται μόνο στη βιοψία του νεφρού.

β) Η δευτεροπαθής μορφή υπέρταση είναι σπάνια, αφορά τα άτομα νεαρής ηλικίας, και δυνατόν να είναι γνωστή προ της κύησης. Εξάλλου στις γυναίκες με υπέρταση ιδιοπαθή, η δευτεροπαθής είναι δυνατόν να παρατηρηθούν κατά την κύηση τα εξής:

α) Επί 20% των υπερτασικών εγκύων παρατηρείται αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ίδιο κατά το τρίτο τρίμηνο, χωρίς αυτό να θεωρείται καθ' αυτό σημείο προεκλαμψίας.

β) Επί σημαντικού αριθμού υπερτασικών γυναικών παρατηρείται, αντίθετως ελάττωση της αρτηριακής πίεσεως κατά την κύηση ιδίως κατά το δεύτερο τρίμηνο αυτής, με συνέπεια την ελάττωση της δόσης ή και διακοπή των αντιυπερτασικών φαρμάκων προς της κύησης.

γ) Τέλος επί το πλείστον όλες οι υπερτασικές γυναίκες κατά την κύηση, η υπέρταση επιπλέκεται με τοξιναιμία. Αυτό παρατηρείται κατά 11% των υπερτασικών εγκύων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Εκτός από την αιμορραγία, τη λοίμωξη και το θάνατο των εγκύων γυναικών υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση της τοξιναιμίας της κυήσεως, όπως είναι η γέννηση νεκρών εμβρύων

Περίπου 30.000 παιδιά γεννιούνται νεκρά ή πεθαίνουν τις πρώτες ημέρες της γεννησεώς τους. Ειδικότερα οι συνέπειες της τοξιναιμίας για το κύημα και τη μητέρα, άμεσοι και απότεροι, είναι οι εξής:

α). Βρεφική θνησιμότητα

Είναι γνωστό ότι κατά την τοξιναιμία της κυήσεως το κύημα διατρέχει αυξημένους κινδύνους, είτε ενδομητρίως, είτε σε βραχύ διάστημα μετά τον τοκετό. (εντός της 1ης εβδομάδος).

Τα κύρια αίτια του θανάτου είναι από τη μεριά του κυήματος, η ενδομήτρια ασφυξία κατά τη διάρκεια του τοκετού και από τη μεριά του γεννηθέντος βρέφους, οι διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας, η μαζική αιμορραγία εκ των πνευμόνων και η έκδηλη υπογλυκαιμία.

Όμως το κυριότερο αίτιο της βρεφικής θνησιμότητας είναι η ανωριμότητα του βρέφους, που οφείλεται στον πρόωρο τοκετό.

Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι στα 10.000 γεννημένα βρέφη, τα 4 πεθαίνουν λόγω της τοξιναιμίας, ενώ ο αριθμός των ενδομητρίων θανάτων είναι δεκαπλάσιος. Επίσης υψηλό είναι το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας στη Μ.Βρετανία. Πάντως υποστηρίζεται ότι στη βρεφική θνησιμότητα μεγάλη σημασία έχει η διάρκεια παρά τη βαρύτητα της προεκλαμψίας, καθώς και η ύπαρξη λευκωματουρίας που είναι ιδιαίτερας προγνωστικής σημασίας.

β) Συνέπειες για τη μητέρα

Στις Η.Π.Α. η μητρική συχνότητα ανέρχεται στα 10-15%
Ως αιτία θανάτου αναφέρονται, η οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια, η
καρδιακή ανεπάρκεια με τη μορφή οξέος πνευμονικού οιδήματος και η
εγκεφαλική αιμορραγία.

Απώτερες συνέπειες της μητρικής θνησιμότητας περιλαμβάνουν δύο
σκέλη ;α) την επανεμφάνιση ή μη υπερτάσεως στις επόμενες κυήσεις
και β) την εγκατάσταση ή μη στο απώτερο μέλλον μόνιμης υπερτάσεως.

α) Ανεξαρτήτως, εάν ανάπτυξη τοξιναιμίας κατά την κύηση δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την επανεμφάνιση της υπέρτασης στις επόμενες κυήσεις, η είναι αιτία αναπόξεως της τοξιναιμίας, προβλήματα που δπτονται στην αιτιολογία και την παθεγένεια της τοξιναιμίας, είναι απολύτως σαφές ότι υπάρχει καθ' υποτροπήν τοξιναιμία.

β) Όσον αφορά την εγκατάσταση της μόνιμης υπερτάσεως στο απώτερο μέλλον, παρά τις αντίθετες αντιλήψεις που υπάρχουν, δεν δικαιουγείται καμμία ανησυχία γι αυτήν.

Κίνδυνοι απο την Τοξιναιμία

Για την μητέρα οι κίνδυνοι είναι η εκλαμψία και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα (συμβαίνει 8% των περιπτώσεων).

Για το έμβρυο οι κίνδυνοι είναι καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου, θάνατος του εμβρύου λόγω της κακής λειτουργίας του πλακούντα και ανοξία κατά τον τοκετό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΩΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πρωταρχικό μας μέλημα είναι η αποφυγή εκδήλωσης της τοξιναιμίας. Αυτό μέχρι κάποιο βαθμό μπορούμε να το πετύχουμε, αφ' ενός με τη σωστή ενημέρωση και παρακολούθηση των εγκύων γυναικών, ώστε να είναι ομαλή και ανάλογη με την πρόοδο της εγκυμοσύνης η αύξηση του σωματικού βάρους, και αφ' ετέρου με τον τακτικό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και των ούρων. Γενικά η καλή υγιεινοδιατροφική ζωή των εγκύων γυναικών και η ορθή και τακτική ιατρική παρακολούθηση τους σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, φαίνεται πως συντελούν ουσιαστικά στην ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης της τοξιναιμίας.

Η διαπίστωση αύξησης της αρτηριακής πίεσης μας βοηθά να διαγνωσουμε την έναρξη ή το επικείμενο της τοξιναιμίας της κύησης, γιατί αυτό το λόγο η τακτική μετρησή της είναι ουσιαστικής σημασίας.

Για την προφύλαξη και την έγκαιρη αντιμετώπιση της τοξιναιμίας θα πρέπει να τηρούνται οι παραπάνω κανόνες:

1. Κανονική παρακολούθηση της εγκύου κυρίως από τους πρώτους μήνες κύησης. Αυτή παρέχει τη δυνατότητα της έγκυρης διαπίστωσης οποιασδήποτε μεταβολής, που είναι δυνατόν να οφείλεται στην ανάπτυξη προεκλαμψίας. Η παρακολούθηση αυτή επιβάλλεται α) Στις γυναίκες που ανέπτυξαν τοξιναιμία σε προηγούμενες κύσεις.

β) Στις γυναίκες που πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή υπέρτασης.

γ) Στις γυναίκες που έχουν ιστορικό νεφρικής παθήσεως.

δ) Στις διαβητικές και παχύσαρκες γυναίκες.

ε) Στις γυναίκες με πολλαπλές κύσεις (δίδυμο, τρίδυμο που εμφανίζουν διαστολή της μήτρας) και

στ) Στις νεαρές (κάτω των 29 ετών), πρωτότοκες.

2. Άμεση εισαγωγή της εγκύου στο νοσοκομείο με την εμφάνιση οποιουδήποτε σημείου τοξιναιμίας, προκειμένου να υποστεί πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο και για να καθορισθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Η επίτοκος με τοξιναιμικά φαινόμενα (υπέρταση, λευκωματουρφα-οιδήματα) πρέπει απαραίτητως να νοσηλεύεται: 1) σε θάλαμο σκοτεινό και ήρεμο, γιατί τα διάφορα φωτεινά και ακουστικά ερεθίσματα αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες των σπασμών, 2) Το δωμάτιο πρέπει να είναι ειδικά ετοιμασμένο με τα απαραίτητα αντικείμενα που είναι:

---συσκευή οξυγόνου

---μάσκα οξυγόνου

---αναρροφητήρα, για την αναρρόφηση των εκρίσεων της στοματικής κοιλότητας

---στοματοδιαστολέας για την πρόληψη του τραυματισμού της γλώσσας σε περίπτωση σπασμών

---πιεσόμετρο για τη συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης

---χλωρεθήλιο για την ελαφρά νάρκωση σε περίπτωση ανάγκης

---δίσκος νοσηλείας ο οποίος να περιέχει φάρμακα υποτασικά ηρεμιστικά και ορούς.

Η νοσηλεύτρια, οπουδήποτε και όν ασκεί το έργο της, είτε στο γενικό νοσοκομείο είτε στο Μαιευτήριο πρέπει επί 24ωρου βδόσεως να βρίσκεται στο πλευρό της σθενοῦς και να γνωρίζει τα παρακάτω, προκειμένου να αντιμετωπίσει περιστατικό τοξιναιμίας και να προσφέρει την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα στην πάσχουσα μητέρα.

Η απόλυτη ανάπαυση και το ήρεμο περιβάλλον αποκτούν βασικά στοιχεία για την πρόληψη και θεραπεία της τοξιναιμίας.

Εάν η ασθενής εμφανίσει αύξηση της αρτηριακής πίεσεως πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα (140 Μ Η/ 90 Μ ΗG), η λευκωματούργια η οίδημα συνιστάται πλήρης ανάπαυση για 24-48 ώρες τουλάχιστο.

Η ανάπαυση και η ηρεμία εξασφαλίζονται περισσότερο με την εισαγωγή και την παραμονή της κυοφορούσας στο Νοσοκομείο. Εάν και όταν τα συμπτώματα αρχίσουν να υποχωρούν τότε ακολουθεί μερική ανάπαυση.

3) Η δίαιτα της ασθενούς θα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα, σε σίδηρο βιταμίνης και ασβέστιο. Ηκατανάλωση των λιπών και των υδατανθράκων θαπρέπει να είναι μέτρια, ανάλογα βέβαια με τις περιπτώσεις, με την προϋπόθεση όμως να καλύπτονται όλες οι θερμιδικές ανάγκες.

4) Επίσης για το χλωριούχο νάτριο είναι απαραίτητη η σφέρνηση του άλατος σε κάθε περίπτωση τοξιναιμίας. Γι αυτό συνιστάται κανονική η τουλάχιστον μικρός μετρισμός στη λήψη αυτού. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι έγκυρες που πάσχουν από βαλβιδική πάθηση της καρδιάς.

5) Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται στη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της αυξημένης αρτηριακής πίεσεως, και ηρεμιστικών για την καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Όταν συνυπάρχει οίδημα δίνουμε διουρητικά φουροσεμίδα ή χλωροθειαζίνη. Αποφεύγουμε τους β' αναστολής γιατί μπορεί να προκαλέσουν στο βρέφος υπογλυκαιμία ή βραδυκαρδία και ακόμα, γιατί οι μεγάλες δόσεις τους χορηγούμενες για αρκετό διάστημα μπορεί να προκαλέσουν επιβράδυνση στην ανάπτυξη του εμβρύου. Χορηγείται ορός Γλυκόζε κατάπιν (ιατρικής εντολής) γιατί συντελεί στην αύξηση της ωμοτικής πίεσεως του αίματος, με αποτέλεσμα την αύξηση της διουρήσεως, και την καταστολή πιθανού οιδήματος του εγκεφάλου. Ακόμα χρησιμοποιείται $Mg\ So_4$ και σε περίπτωση άπνοιας δίνουμε για αντίδοτο γλυκουρονικό ασβέστιο.

Σε περίπτωση που η διαιτητική και η φαρμακευτική αγωγή δεν έχουν επίδραση την πάθηση αντί να υποχωρούν και προστεθή ολιγουρία μέχρι 400κ.εκ. ημερησίως (επιβάλλεται η καταμέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλομένων υγρών) τότε υφίσταται περίπτωση εκδήσεως εκλαμπτικού παροξυσμού πρόγμα που αποτελεί κίνδυνο για την ζωή του εμβρύου και της γυναίκας. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται η απομάκρυνση του εμβρύου.

Η διακοπή όμως της κυήσεως ενδείκνυται μόνο κατόπιν επιμελούς νοσοκομειακής παρακολουθήσεως και στην περίπτωση κατά την οποία η εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή δεν αποδίδει.

Η διακοπή της κυήσεως θα εκτελεσθεί είτε εκ της φυσιολογικής οδού, εφόσον αυτό είναι δυνατό, είτε, με καισαρική τομή. Η εκλαμπτική κρίση χαρακτηρίζεται από 3 φάσεις.

A. ΦΑΣΗ ΕΙΣΒΟΛΗΣ: Αυτή διαρκεί 20 λεπτά της ώρας και χαρακτηρίζεται από συσπώσεις των μυών του προσώπου τρόμο των βλεφάρων και των οφθαλμών κατόπιν μυδρίασεως, τρόμο των μασητήρων μυών και από έξοδο της γλώσσας με ταχεία επαναφορά αυτής. Η γυναίκα παραμένει, ακίνητη με πρόσωπο ωχρό και με συνεσπασμένους τους στερνοκλειδομοστοειδείς μύς. Στη συνέχεια εμφανίζεται τρόμος μυών του κορμού και των άκρων.

B. ΦΑΣΗ ΤΟΝΙΚΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ: Αυτή διαρκεί περίπου 30 λεπτά της ώρας. Ακολουθεί τη φάση της εισβολής και χαρακτηρίζεται από μόρφωση του προσώπου που είναι συνέπεια της γενικής συσπώσεως των μυών, καθηλωμένων οφθαλμών, εντόνως κλειστού στόματος, οπισθοτόνου, καθηλωμένων χειρών σε έκταση, ισχυρές κάμψεις των δακτύλων, κλίσεως της κεφαλής προς τον ώμο, κυανώσεως του προσώπου, συνέπεια παρατεταμένης άπνοιας, και εντονώτατης κυανώσεως των χειλέων.

Γ ΦΑΣΗ ΚΛΟΝΙΚΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ: Αυτή διαρκεί 45'' έως 1' της ώρας και χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη εισπνοή και ελαφρά εκπνοή και από την έξοδο από το στόμα και εναπόθεση πάνω στα χείλη αιμορραγικού αφρώδους υγρού.

ΟΙ βολβοί των οφθαλμών εμφανίζουν εντονότατη τρομώδη κίνηση τα βλέφαρα ανοιγοκλείνουν εντόνως και η κεφαλή φέρεται συνεχώς δεξιά και αριστερά.

Η αναπνοή γίνεται άρυθμη, ρογχώδης, η γλώσσα πίπτει προς τα έξω, με τραυματισμό ή αποκοπή αυτής. Τέλος, εμφανίζονται μικροαιμορραγίες στο δέρμα και στους βλενογόνους. Για την αποφυγή του τραυματισμού της γλώσσας θα πρέπει να τοποθετείται ελαστικό τεμάχιο μεταξύ των δοντιών.

Τέλος, ακολουθεί λύση του σπασμού, με βραδεία επαναφορά της συνειδήσεως ή κώμα με αναπνοή (LEVNE-STOKES), πρόσωπο οίδηματώδες, παρειές εξοιδημένες και οίδηματώδη αιμορραγικά χείλη.

Η εξέλιξη του παροξυσμού εμφανίζεται με δύο μορφές: ή, η ασθενής ανέρχεται από το κώμα, ή ενώ ανευρίσκεται στο κώμα επανεμφανίζονται κατά διαστήματα αλληπύλληλοι παροξυσμοί, με αποτέλεσμα οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια και θάνατο.

Σε σπανιότερες περιπτώσεις είναι δυνατόν να εκλυθεί εκλαμψία, προ, ή και αμέσως μετά τον τοκετό, άνευ οποιαδήποτε προεκλαμπτικού φαινομένου. Η μορφή αυτή εκλήθει κατά τον Ν. Λούρου ότι καταλήγει σε κεραυνοβόλο θάνατο.

Η θεραπευτική αγωγή επί της εκλαμψίας συνίστανται εις την σπάλλαγή του εμβρύου από μήτρα. Αυτό εξαρτάται από τη στιγμή της εκλύσεως του παροξυσμού σε σχέση προς την περίοδο του τοκετού.

Αν ο παροξυσμός εκλυθεί κατά τη σχεδόν τέλεια ή τελείαν διαστολή του τραχήλου, τότε είναι δυνατόν η απελευθέρωση του εμβρύου από τη μήτρα να γίνει με φυσιολογικό τοκετό, με τη βοήθεια ευρείας περινεοτομίας και τεχνητής ρήξεως του θηλακίου (εάν δεν έχει ραγεί), μέσω εμβρυουλκίας και μερικές φορές, εάν η κεφαλή δεν είναι εμποδωμένη, μέσω εσωτερικού μετασχηματισμού και εξελκυσμού. Ολίγα όμως στηρίζονται στην κρίση στην εκτίμηση της κατάστασης και την πείρα του γιατρού.

Σε περίπτωση όμως κατά την οποία το τραχηλικό στόμιο δεν έχει ανοίξει πλήρως, ώστε να επιστρέψει τον δια της φυσιολογικής οδού τοκετό, τότε επιβάλλεται άμεσα η κοιλιακή εγκάρσια καισαρική τομή.

Όσο πιο ταχύτερα απόμακρυνθεί το έμβρυο από το μητρικό οργανισμό, τόσο πιο ευνοϊκότερη θα είναι η πρόγνωση για τη ζωή της μητέρας.

Σε μερικές περιπτώσεις, και σε αναλογία περίπου 2% η εκλαμψία εμφανίζεται κατά το διάστημα της λοχείας. Στην περίπτωση αυτή χορηγούνται διάφορα κατευναστικά φάρμακα.

Κατά την οξεία φάση, έπειτα από κάθε παροξυσμό ή ανά ώρα, ανάλογα με τις εκδήλωσεις, χορηγούνται ενδοφλεβίως 10κ.εκ.θειικού μαγνησίου σε διάλυμα 25%. Πρίν από κάθε ένεση ελέγχεται το αντανακλαστικό της επιγονατίδας, και σε περίπτωση ολιγουρίας ή ανουρίας (έλεγχος πάντοτε με καθετήρα) χορηγείται μόνο μία δόση από το παραπάνω φάρμακο.

Επίσης, η ενδομυϊκή χορήγηση AMYTAL 0,5 γρ. ανά 6-8 ώρες δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Το διαστανθρακικό άλας της φαινοβαρβιτάλης χορηγείται ενδομυϊκώς σε δόση 0,25-0,50 γρ. ανά 6-8 ώρες. Η παραλδεύδη χορηγείται με υποκλισμό, 15-30κ. εκ. ανά 4-6 ώρες ή ενδομυϊκώς σε δόση 8-10κ. εκ.

Νοσηλευτική φροντίδα Τοξιναιμίας κύησης

Η ζωή της εγκύου εξαρτάται από τη σωστή νοσηλευτική φροντίδα, είναι ανάγκη να υπάρχει μια νοσηλεύτρια συνεχώς δίπλα στη γυναίκα για να παρακολουθεί κάθε εξέλιξη προς το καλύτερο ή χειρότερο. Απαραίτητη για τη νοσηλεία είναι η ησυχία, γι' αυτό απομακρύνονται οι πηγές θορύβου, το τηλέφωνο, κουδούνι. Οι επιφάνειες των επιπλων καλύπτονται με ύφασμα ώστε ότι ακουμπά επάνω να μην κάνει θόρυβο.

Η νοσηλεύτρια εργάζεται αθόρυβα και για περισσότερη ασφάλεια μπορεί να κλείση τ'αυτιά της γυναίκας με τολόπια βάμβακος.

Ο φωτισμός στο δωμάτιο σεν πρέπει να είναι μεγάλος και να αυξομειώνεται απότομα, πρέπει να είναι σε τέτοια ένταση ώστε η νοσηλεύτρια να βλέπει να κάνει τις παρατηρήσεις, τις εξετάσεις και τη νοσηλεία της.

Στις ελαφρές περιπτώσεις όταν η διαστολική Α/π είναι μεγαλύτερη από 90 MM HG και δεν υπάρχει πρωτεινουρία μπορούν να νοσηλευτούν στο σπίτι, είναι απαραίτητο να μένει η έγκυος στα κρεβάτι τις περισσότερες ώρες (περισσότερο από 12 H) το 24ωρο. Ο γιατρός μπορεί να δώσει ένα απλό ηρεμιστικό για το βράδυ. Η έγκυος πηγαίνει τακτικά στο γιατρό για εξετάσεις και παρακολούθηση κάθε εβδομάδα.

Στις σοβαρές περιπτώσεις νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης, ή σε μονόκλινο δωμάτιο, εξοπλισμένο ειδικά για τη νοσηλεία τοξιναιμία ή εκλαμψίας εάν συμβεί.

Το δωμάτιο δεν πρέπει να είναι σκοτεινό αλλά να έχει αρκετό φως για να φαίνονται οι αλλαγές στο χρώμα και οι ουσπύσεις στο πρόσωπο. Επίσης πρέπει να είναι ήσυχο. Η καλύτερη θέση στο κρεβάτι πρέπει να είναι ημιπρηνής, ή πλάγια (δεξιά και αριστερά) γιατί έτσι διευκολύνεται η λειτουργία των νεφρών,

Κοσμήματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες και άλλα αντικείμενα αφαιρούνται.

Είναι απαραίτητο μια νοσηλεύτρια να ευρίσκεται συνέχεια κοντά στη γυναίκα.

Η δίαιτα της ασθενούς, θα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα σε σίδηρο βιταμίνες και ασβέστιο περιορισμός στα λίπη και στα άλατα.

Η σπουδαιότερη θεραπευτική αγωγή είναι η ηρεμία και η ξεκούραση της εγκύου, η οποία επιτυγχάνεται με την αποφυγή επισκέψεων συγγενών και γενικώς ψυχοσωματικής κόπωσης.

Αυτό βοηθά στο να ελαττωθεί η Α. Π. το οίδημα και βηθά την καλύτερη κυκλοφορία του αίματος στη μήτρα. Μετά απο μια βδομάδα απόλυτης ξεκούρασης και ηρεμίας και αφού η κατάσταση βελτιωθεί, η έγκυος μπορεί να σηκώνεται, κατά διαστήματα για τις απαραίτητες ανάγκες. (τουαλέτα, λουτρό).

-Κατά την είσοδο της εγκύου αλλά και την παραμονή της στο νοσοκομείο στέλνονται ούρα στα εργαστήριο για ποσοτικό προσδιορισμό του λευκώματος (γενική ούρων) κάθε φορά που ουρεί η έγκυος.

-Η Α/π εξετάζεται δύο φορές την ημέρα στις ελαφρές περιπτώσεις και κάθε 4 ή 2 ή 1 ώρα στις σοβαρές καταστάσεις αύξηση της διαστολής Α/π πρέπει να ανφέρεται στο γιατρό.

-Η νοσηλεύτρια εκτός απο τις συνηθισμένες εξετάσεις αίματος (γενική αίματος), αιματοκρίτης, σίδηρος ορού κ. λ. π. πρέπει να ζητήσει απο το εργαστήριο εξετάσεις για τον υπολιγισμό καλίου, νατρίου, ουρίας και πρωτεϊνών αίματος μετα απο συνενόηση απο το γιατρό.

-Το βάρος της εγκύου είναι απαραίτητο για τον έλεγχο υποχώρησης οιδημάτων εκτός εάν απαγορεύεται κάθε κίνηση.

-Η εγκυος εξετάζεται για οίδημα καθημερινά.

- Η θερμοκρασία, σφύξεις και αναπνοές εξετάζονται 2 φορές την ημέρα όπως συνήθως.

- Τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά μετρώνται και καταγράφονται. Εάν γίνει αγωγή πρόκλησης τοκετού, με ενδοφλέβια χορήγηση ΟΧΥΤΟCΙΝΕ, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιηθεί CΑRDIΕF συσκευή ενδοφλέβιας χορήγησης.

-Επι χορηγήσεως ορού πρέπει να παρακολουθείται η ροή αυτού, ιδιαίτερα όταν έχει αντιυπερτασικό φάρμακο για το φόβο απότομου πτώσεως αρτηριακής πίεσης.

-Αποφεύγονται οι συχνές εξετάσεις από τον κόλπο προς αποφυγή ερεθισμού του κόλπου.

-Απαραίτητη επίσης είναι η φροντίδα για την κένωση του εντέρου είτε δια φαρμάκων, είτε δια υποκιισμού. Αποφεύγεται ο υψηλός υποκλισμός για την αποφυγή τραυματισμούς αυτήν.

Όλες οι εξετάσεις και οι παρατηρήσεις καταγράφονται σε κάρτα εντατικής παρακολούθησης.

Η νοσηλεύτρια όταν νοσηλεύει έγκυο με τοξιναιμία, πρέπει να θυμάται ότι νοσηλεύει δύο αρρώστους, την έγκυο και το έβρυο.

Εκτός από την παρακολούθηση και νοσηλεία της εγκύου, είναι απαραίτητο να γίνουν εξετάσεις για εξακρίβωση της υγείας και της ανάπτυξης του εμβρύου.

-Οι εμβρυικοί παλμοί ελέγχονται δύο φορές την ημέρα και σε σοβαρές καταστάσεις από 4ωρο.

-Γίνεται εξέταση για τον υπολογισμό της πλακουντιακής λακτογόνου.

-Κεφαλομέτρηση του εμβρύου με υπερηχούς για τον υπολογισμό της ανάπτυξης του κεφαλιού του εμβρύου.

- Υπολογισμός της οιστριόλης στα ούρα, που γίνεται κάθε βδομάδα ή κάθε 2η βδομάδα για 2 συνεχόμενες μέρες κατά την 30η εβδομάδα κύησης, για να υπολογισθεί ο βαθμός της έμβρυο-πλακουντιακής λειτουργίας και έτσι ο γιατρός να αποφασίσει εάν πρέπει να γίνει πρόκληση τοκετού.

-LECITHIN-SPHING OMYELIN στο αμνιακό υγρό μετά την 34η εβδομάδα κύησης όπου εξετάζεται εάν υπάρχουν ευκολίες, για να υπολογισθεί η ωριμότητα των πνευμόνων του εμβρύου.

Σε περίπτωση εκλαμψίας η νοσηλεύτρια θα πρέπει να προστατέψει την έγκυο από διάφορους τραυματισμούς κατά τη διάρκεια του σπασμού.

Στα πλαίσια του κρεβατιού τοποθετούνται κάγκελα τα οποία καλύπτονται με μαξιλάρια όπως και από την πλευρά του κεφαλιού. Εάν δεν υπάρχουν κάγκελα το κρεβάτι σπρώχνεται ώστε η μία πλευρά να ακουμπά στον τοίχο και στην άλλη πλευρά τοποθετούνται άλλα εμπόδια όπως π.χ. καρέκλες.

Από την είσοδο της γυναίκας στο μαιευτήριο η γυναίκα τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, εξοπλισμένο ειδικά για νοσηλεία εκλαμψίας, και σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης.

Η θέση στην οποία τοποθετείται είναι η ημιπρηνής.

Για να προλάβει η νοσηλεύτρια το τραυματισμό της γλώσσας, πρέπει να έχει πρόχειρο ένα ελαστικό στοματοδιαστολέα που θα τοποθετηθεί ανάμεσα στα δόντια, μόλις διαπιστώσει τα προειδοποιητικά σημεία του σπασμού.

Εάν δεν έχει στοματοδιαστολέα, μπορεί να χρησιμοποιήσει δύο τρεις ξύλινες σπάτουλες τυλισμένες με γάζες ή λαβίδα τυλιγμένη με γάζα ή άλλο ύφασμα.

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αντικείμενα που μπορεί να δαγκώσει και να τα κόψει η γυναίκα π.χ. Δάκτυλα, μολύβια, κ.λ.π. ούτε σκληρά αντικείμενα που μπορεί να σπάσουν τα δόντια.

Επίσης δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στοματοδιαστολέας τύπου λαβίδας που κινείται την κάτω σιαγόνα ανοιχτή, γιατί υπάρχει κίνδυνος να εξαρθρωθεί η κάτω σιαγόνα ή να εισροφηθεί το σάλιο.

- Η περφόρα οδός πρέπει να διατηρείται καθαρή ώστε να αναπνέει ελεύθερα η έγκυος

- Να λαμβάνονται συχνά η Α/π, θερμοκρασία, αναπνοές και εμβρυικοί καρδιακοί παλμοί.

- Τοποθετείτε μόνιμος καθετήρας ουροδόχου κύστης και εξετάζονται τα ούρα για λεύκωμα, χολερυθρίνη, ερυθρά αιμοσφαίρια, και κυλίνδρους.

- Να έχει έτοιμα επανω στο κομοδίνο δίσκο με υλικό για ενδοφλέβια ένεση και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

- Τροχήλατο με τα απαραίτητα για τοκετό, υποδοχή και ανάνηψη νεογνού.

- Κύβους για να τοποθετηθούν στα πόδια του κρεβατιού εάν χρειασθεί να ανυψωθούν.

Εφόσον σταματήσουν οι σπασμοί και μετά από 48 ώρες, σταματά η χορήγηση ηρεμιστικών ώστε να επαναποκτήσει η γυναίκα τις αισθήσεις της.

Πνευματική σύγχυση και ανωμαλίες της όρασης πιθανόν να υπάρχουν για μερικές μέρες.

Τα νοσηλευτικά καθήκοντα μετά τους σπασμούς είναι:

- Χορήγηση O_2 για μετά τους σπασμούς ή περισσότερο εάν και κυάνωση επιμένει
- Οποιαδήποτε εξέταση και εάν είναι πρέπει να γίνει μετά τους σπασμούς ή μισή ώρα μετά την χορήγηση πρεμιστικό ώστε να βρίσκεται κάτω από την επίδραση αυτών.
- Καθαρισμός στην στοματική κοιλότητα και τους ρώθωνες μετά από σπασμούς ή κάθε οκτώ ώρες.
- Απογορευεται η χορήγηση υγρών από το στόμα γιατί δεν υπάρχουν αντανακλαστικά κατάποσης και η ελάχιστη ποσότητα υγρών από το στόμα πηγαίνει στην τραχεία.
- Εξετάσεις Α/π κάθε μισή ώρα και τους καρδιακούς εμβρυικούς παλμούς κάθε ώρα, εκτός και αν είναι διαφορετικές οι οδηγίες του γιατρού.

Παρακολούθηση και Παρατηρήσεις από τη Νοσηλεύτρια.

Η νοσηλεύτρια που μένει κοντά στην έγκυο πρέπει σε τακτικό χρονικό διαστήματα να παρακολουθεί τα παρακάτω και να καταγράφει τις παρατηρήσεις της στην κάρτα παρακολούθησης.

Πρέπει να καλεί γιατρό, όταν παρατηρεί αλλαγές στην κατάσταση της γυναίκας.

Η εκλαμψία είναι παθολογική κατάσταση της εγκυμοσύνης και την ευθύνη της θεραπείας και νοσηλείας την έχει ο γιατρός

- 1) Προειδοποιητικά σημεία σπασμών.
- 2) Συμπτώματα τοκετού. Συνήθως ο τοκετός αρχίζει μετά την εμφάνιση σπασμών.
- 3) Ο σφυγμός εξετάζεται κάθε 15', η θερμοκρασία κάθε 4 ώρες αύξηση της θερμοκρασίας ($38^{\circ}C$), συμβαίνει να έχει μετά τους σπασμούς ή σε ουρολοίμωξη.

Η αναπνοή εξετάζεται κάθε 15', γρήγορες αναπνοές μαζί με υψηλό πυρετό οφείλονται σε πνευμονική λοίμωξη ενώ, υγρό αναπνοή οφείλεται σε πνευμονικό οίδημα.

4) Το χρώμα του δέρματος της γυναίκας, εάν υπάρχει κυάνωση είναι ένδειξη για χορήγηση οξυγόνου, εάν έχει ικτερική χροιά οφείλεται σε κακώσεις στο συκώτι.

5) Στα ούρα εξετάζεται το ποσό, το χρώμα το λεύκωμα, η αιμοσφαιρίνη, χολερυθρίνη.

6) Η Α/π εξετάζεται κάθε μία ή δύο ώρες ή συχνότερα, εάν έχουν χορηγηθεί αντιυπερτασικά φάρμακα ή εάν είναι πολύ υψηλή η πτώση της Α/π είναι σημείο καλύτερευσης της γυναίκας, συχνά αυτό συμβαίνει μετά το θάνατο του εμβρύου. Εάν συνυπάρχει κυάνωση και παγωμένα άκρα είναι σημείο καρδιακής ανεπάρκειας.

7) Ο/εβρυσμικοί καρδιακοί παλμοί εξετάζονται κάθε ώρα ή ανά δύο ώρες. Ο καλύτερος τρόπος παρακολούθησης είναι με καρδιοτοκογράφο.

8) Αύξηση ή ελάττωση του οιδήματος.

9) Η επίδραση των φαρμάκων εάν δεν είναι επιθυμητή πρέπει να αναφέρεται.

10) Τα σοβαρά συμπτώματα εκλαμψίας πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό :

- Συχνοί σπασμοί.
- Σφύξεις πάνω από 120MMHG
- Θερμοκρασία πάνω από 39,5°C.
- Ανουρία
- Ικτερική χροιά
- Πνευμονικό οίδημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ

Οι παρακάτω σοβαρές επιπλοκές παρουσιάζονται συνήθως στη βαρεία προεκλαμψία και εκλαμψία.

1. ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ: φαίνεται να είναι περισσότερο συχνό στις ασθενείς με υπέρταση κατά την κύηση και είναι κοινό φαινόμενο στην προεκλαμψία.

2. ΙΝΩΔΟΓΟΠΕΝΙΑ: Η ένδειξη οινοδογόνου μικρότερη των 100MG είναι σπάνια και αφορά μόνο βαρείς μορφές προεκλαμψίας. Είναι σωστό σε περιπτώσεις προεκλαμψίας να γίνεται καταμέτρηση του οινοδογόνου καθώς και των λοιπών παραγόντων πήξης.

3. ΑΙΜΟΛΥΣΗ: Ορισμένες φορές, ασθενείς με βαρεία προεκλαμψία είναι δυνατόν να εμφανίσουν αιμόλυση που δεν είναι γνωστό αν οφείλεται σε ηπατική βλάβη, σε καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή σε άλλες αιτίες. Η παραφυλαία βλάβη του υπατος είναι δυνατόν να εξηγήσει μια τέτοια κατάσταση.

4. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ: Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στην τοξιναιμία κύησης. Είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή στην οξεία υπέρταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

5. ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΕΦΡΩΣΗ: Η παραφυλαία νέκρωση του ήπατος σχετίζεται με το γενικευμένο αγγειακό σπασμό. Αυτό θεωρήθηκε ότι αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της εκλαμψίας και αργότερα παρατηρήθηκε και σε άλλες παθήσεις.

6. ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ: Η χαρακτηριστική βλάβη των νεφρών αναφέρεται ως σπειραματοενοδοθηλίωση. Μελέτες έδειξαν ότι οι βλάβες συνίστανται σε μια εξοίδηση του ενδοθηλιακού κυτταροπλασμάτος χωρίς άλλες, καταστροφές, που είναι τελείως ανατρέψιμη.

Επιπλοκές που αφορούν το έμβρυο

Η ελάττωση της αιμάτωσης του πλακούντα, ελαττώνει κατ'επέκταση και την ικανότητα της οξειγόνωσης με αποτέλεσμα την δημηουργία δυόμενων συνθηκών για το έμβρυο.

Ο πλακούντας εμφανίζει έναν αυξημένο αριθμό απο έμφορκα που φαίνεται πως ελαττώνουν την λειτουργικότητά του. Αποτέλεσμα της μειωμένης λειτουργίας είναι η κακή διατροφή της εγκύου και η συχνή πρόκληση ενδομητρίου θάνατου του εμβρύου ή στην καλύτερη περίπτωση, ο προωρος τοκετός που το νεογεννητό έχει υπολειπόμενο βάρος.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΕΚΛΑΜΨΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

1. Εγκεφαλική αιμορραγία (πνευματική σύγχυση)
2. Κακώσεις στο ήπαρ.
3. Τραυματισμός στη γλώσσα, δόντια, κατόγματα.
4. Καρδιακή ανεπάρκεια
5. Νεφρική ανεπάρκεια
6. Διαταραχές στην όραση και πρόσκαιρη τύφλωση
7. Ασφυξία, κυάνωση, πνευμονικό οίδημα, βρογχοπνευμονία
8. Ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου.
9. Θάνατος της γυναίκας απο εγκεφαλική αιμορραγία, καρδιακή ανεπάρκεια ή ηπατικές ανωμαλίες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 100

ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η πρόκληση τοκετού είναι πιθανόν να γίνει πριν από την 30η εβδομάδα κύησης εάν η κατάσταση για τη μητέρα είναι πολύ σοβαρή. Μετά την 34η εβδομάδα εάν η Α/π παραμένει φηλά και η πρωτεϊνουρία συνεχίζεται, αφού γίνει εκτίμηση της ωριμότητας των πνευμόνων του εμβρύου.

Σε καμμία περίπτωση δεν επιτρέπει να προχωρήσει η εγκυμοσύνη μετά την 37η εβδομάδα, γιατί υπάρχει κίνδυνος εμβρο-πλακουντιακής δυσλειτουργίας.

Η πρόκληση του τοκετού μπορεί να γίνει με ενδοφλέβια χορήγηση ΟΧΥΤΟΣΙΝΕ, χρησιμοποιώντας συσκευή αργής ροής και ρύθμιση σταγόνων.

Εξαιτίας της αντιδιουρητικής δράσης της ΟΧΥΤΟΣΙΝΕς τό ποσό των υγρών που χρησιμοποιούνται πρέπει να μειωθεί.

Στις ηλικιωμένες πρωτότοκες γίνεται καισαρική τομή.

Σε όλη την διάρκεια του τοκετού, η επίτοκος πρέπει να ευρίσκεται συνεχώς υπό τη επίδραση ηρεμιστικών, αντιϋπερτασικών ή αντισπασμοδικών φαρμάκων ή με επισκληρήδιο αναισθησία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ευρίσκεται συνεχώς κοντά στην επίτοκο και να παρακολουθεί την μητέρα και τό έμβρυο διότι και οι δύο διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο. Η Α/π εξετάζεται κάθε ώρα. Τά ούρα εξετάζονται για λεύκωμα κάθε φορά που ουρεί η γυναίκα. Οι εμβρυϊκοί παλμοί ελέγχονται συνεχώς με καρδιοτοκογράφο. Ο θάλαμος πρέπει να είναι εξοπλισμένος με όργανα, υλικά, φάρμακα για την αντιμετώπιση κάθε ανάγκης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

Περιστατικό 1.

Στις 11-8-89 προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Μαιευτηρίου
" Αλεξάνδρα ... , μητέρα 31 ετών με κύηση 30 βδομάδων.

Ανάφερε επιπόνες κεφαλγίες και κοιλιακούς πόνους. Κατά την
εξεταση της από το γιατρό διαπιστώθηκε υπέρταση 150/80 mmHg,
γενικευμένα οιδήματα και παρουσία λευκώματος στα ούρα.

Στη συνέχεια πάρθηκε το ιστορικό της όπου περιλαμβάνει:

Κληρονομικό: Καλό

Αναμνηστικό: Έχει κάνει αμυγδαλεκτομή, υπέστη κύστη κόκκυγος
και λαπαροσκόπηση το 1988 όπου έδειξε όλα Κ.Φ.

Γυναικολογικό: Σε ηλικία 11 χρονών άρχισε η έμμηνος ρύση με
κύκλο 28 ημέρες. Έχει κάνει TEST ΠΑΠ.

Μαιευτικό: Δεν έχει κάνει καμμία αποβολή ή έκτρωση.

Εισήχθη στη μαιευτική κλινική, όπου τοποθετήθηκε σε μονόκλινο,
ήσυχο δωμάτιο.

Η ασθενής ξάπλωσε σε κρεβάτι σε ανάρρωτη θέση.

Καταγράφονται ανά 30' Α/π αναπνοές, σφύξεις, θερμοκρασία. Εγινε
προσεκτική ακρόαση των πνευμόνων.

Διατηρείται ανουκτική φλέβα με σακχαρούχο ορό 5%.

Καταγράφηκαν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά:

(έχει τοποθετηθεί καθετήρας.)

Λαμβάνεται αίμα προς της τοποθέτησεως του ορού για γενική αιματος, ηλεκτρολύτες, SGOT, SGPT.

Μετρούνται οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου της μητέρας που είναι θετικοί.

Υποβάλλεται σε οφθαλμολογική εξέταση απο τις εξετάσεις που πάρθηκαν διαπιστώνεται.

Ht: 35%

Χρόνος QUIC: 11,5"

K: 4,9 MEQ/LT

Na: 146 MEQ/LT

SGOT: 19U/L

SGPT: 16U/L

Ινωδογόνο: 450

Σάκχαρο: 51

Αιμοπετάλια : K.Φ. και

αυξημένο λευκώμα στα ούρα C+++)

Διόεται η φαρμακευτική αγωγή.

Χορηγείται DEXTROSE 5% και 2AMP NEPREZOL και ALDOMET 250 επί 4 καθώς επίσης MGSO4

Στις 12.5.80 η κλινική εικόνα της ασθενούς παραμένει η ίδια. Η νοσηλεύτρια βρίσκεται στο πλευρό της συνέχεια. Λαμβάνει Α/π κάθε μλα ώρα, προσέχει τη θέση της στο κρεβάτι, καταγράφει σφύξεις αναπνοές, θερμοκρασία ανα3ωρο.

Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά και τα καταγράφει σε ειδικό διάγραμμα.

Προβέχει το χρώμα του δέρματος και τις συσπάσεις του προσώπου. Αξιολογεί τα συμπτώματα και προγραμματίζει κάθε ενέργεια της για την υποστήριξη και ανακούφιση της ασθενούς.

Η ασθενής υποβάλλεται ξανά σε ΤΕΣΤ εργαστηριακών εξετάσεων.

Στις 13.5.89. οι εξετάσεις έδειξαν

Ht: 34%

Λεύκωμα στα ούρα $\llcorner+++$

Χολερυθρίνη: 0,96 MG%

ΟΥρία: 26MG%

K: 4,1

Na:140

Η Α/π κυμαίνεται 70/150MMHG

Απο την οφθαμολογική εξέταση δεν φαίνονται αλλοιώσεις στο βυθό. Γίνονται επαναληπτικές εξετάσεις για την πορεία της νόσου της ασθενούς και του εμβρύου.

Η δίαιτα της μητέρας φροντίζεται απο την νοσηλεύτρια, η οποία είναι πλούσια σε βιταμίνες σίδηρο και λευκώματα. Τα φάρμακα της δίδονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Για την καταστολή του οιδήματος δίδεται LASIX. Ζυγίζει συχνά την έγκυο και αλέγχει την υποχώρηση των οιδημάτων. φροντίζει για την ηθεμία και ξεκούραση με τον έλεγχο των επισκέψεων και την αποφυγή των συγκινήσεων. Την ενθαρρύνει, και την παρηγορεί για να μπορέσει να ξεπεράσει αυτήν την δυσκολη καταστασή της.

Η ανυσηχία της μητέρας συνεζίζεται και αυξάνεται με τις καθημερινές εξετάσεις και παρακολούθηση της. Στο σημείο αυτό η νοσηλεύτρια καθησυχάζει την ασθενή εξηγώντας σωστά και με σαφήνεια όλα όσα την απασχολούν.

Η κατάσταση της ασθενούς δεν έχει ιδιαίτερες αλλαγές. Η Α/π κυμαίνεται στα 80/150 - 60/170MMHG. Η φαρμακευτική αγωγή είναι η ίδια.

Στις 24.5.89. γίνονται οι τελευταίες εξετάσεις.

Ht: 38%

Χρόνος προθρομβίνης: 12,4''

ΟΥρία: 42 MG%

Na: 141.

K:3,77

Μετά απο απόφαση των γιατρών δίδεται εντολή για πρόωρο τοκετό. Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει ψυχολογικά την άρρωστη, της χορηγεί ηρεμιστικά, αντιυπερτασικά και αντισπασμωδικά φάρμακα.

Οδηγείται στο χειρουργείο, και γίνεται η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασίας ανασθησία.

Κατα την διαδικασία του τοκετού η νοσηλεύτρια λαμβάνει συχνά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς (Α.Π, σφυξεις, αναπνοές). Μόλις γίνεται η έξοδος του εμβρύου καθορίζεται το φύλο και το βάρος του σώματός του.

Στην περίπτωση αυτή η ασθενής γέννησε αγόρι, βάρος 1490γρ. με καισαρική τομή.

Το αγοράκι τοποθετήθηκε άμέσως στην εντατική παρακολούθηση. Η μητέρα οδηγήθηκε στο δωματιό της. Η νοσηλεύτρια συνεχίζει να παρέχει τις κατάλληλες νοσηλευτικές φροντίδες και υποστήριξη για την γρήγορη ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας της ασθενούς.

Περιστατικό 2^ο : Μητέρα 38 ετών με ηλικία κύησης 35ην προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με οιδήματα των κάτω άκρων και Α/π; 160/90 MMHG.

Απο τον εφημερεύοντα γιατρό πάρθηκε το ιστορικό της μητέρας, το οποίο περιλαμβάνει:

1. γυναικολογικό ιστορικό; Εδώ η μητέρα αναφέρει αρχή εμμήνου ρήσεως στην ηλικία των 12 ετών με διάρκεια περιόδου 27 ημερών.
2. Μαιευτικό ιστορικό; Αναφέρει τρεις εκτρώσεις.

Μετά τη λήψη του ιστορικού διαγνώσθηκε απο το γιατρό, τοξιναιμία κύησης και η έγκυος μεταφέρθηκε στη μαιευτική κλινική, όπου εκεί οι νοσηλεύτριες την τοποθέτησαν σε ήσυχο και φωτεινό δωμάτιο.

Στη συνέχεια προγραμματίστηκαν και πάρθηκαν οι πρώτες εξετάσεις (γεν. αίματος, γεν. ούρων, ουρικό οξύ, ομάδα RHESUS αίματος, πυθμενικός πλακούντας και καρδιακοί παλμοί.)

Στις 15.5.89 χορηγήθηκε ορός DEXTROSE 5% και 2 AMP NEPREZOL και λήφθηκαν οι απαντήσεις των εξετάσεων, οι οποίες έδειξαν :

Απο την γενική αίματος

H:42%

A.Π:140-90 MM HG

πυθμενικός πλακούντας και καρδιακοί παλμοί (θετικό)

Ουρικό οξύ: 5,9%

Στις 19.5.87 γίνεται συλλογή ούρων 24ωρου. Η εξέταση αυτή έδειξε ότι λεύκωμα στα ούρα ήταν 1150 CC. Παράλληλα απο τη νοσηλεύτρια, η οποία βρίσκεται συνεχώς κοντά της, λαμβάνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα η αρτηριακή πίεση της εγκύου η οποία καταγράφεται στο διάγραμμα και ναφέρεται απο την αυτήν στο γιατρό για οποιαδήποτε αυξομείωσή της. Παρακολουθεί την πορεία των οιδημάτων.

Οι εξετάσεις συνεχίζονται και η κλινική εικόνα της ασθενούς παρα-

-μένει ίδια χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση, -πράγμα που κάνει την έγκυο να ανησυχεί για την κατάσταση της και την κατάσταση του παιδιού της.

Η νοσηλεύτρια της εξηγεί ότι όλες αυτές οι εξετάσεις που της έγιναν ήταν απαραίτητες προκειμένου να καθορισθεί το αίτιο της κατάστασής της.

Προσέχει επίσης την θέση της στο κρεβάτι η οποία θα πρέπει να είναι ημιπρινης ή πλάγια, παίρνει σε τακτικά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της κατάστασής της, και παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, τα οποία τα καταγράφει σε ειδικό διάγραμμα.

Την βοηθά ψυχολογικά για να μπορέσει να στηριχθεί στη ζωή και να ξαναβρεί το κουράγιο της.

Ακόμη απαντά στις διάφορες ερωτήσεις με ειλικρίνεια και πειστικότητα και προσπαθεί με κάθε τρόπο να της εμπνεύσει εμπιστοσύνη.

Φροντίζει να μην έρχεται σε επαφή με συγκεκριμένα πρόσωπα γιατί η συγκίνηση επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική της κατάσταση.

Στις 20.5.89 υποβάλλεται και σε άλλο ΤΕΣΤ εξετάσεων. Οι εξετάσεις δεν είχαν καμιά βελτίωση.

Στις 24.5.89 η ασθενής παρουσιάζει εντονότατα άλγη, δυσφορία και οδηγείται στο χειρουργείο μετά από απόφαση των γιατρών.

Υπογενικής αναισθησίας τελείται καισαρική τομή και γεννά κοριτσάκι βάρους 2980γ.ρ.

Μετά τον τοκετό εφόσον καταστείετοιμη οδηγείται στο δωματιό της όπου εκεί η νοσηλεύτρια την τοποθετεί στην κατάλληλη θέση και της παίρνει κάθε 15' την Α/π. Στη περιπτώσή μας η μητέρα παρουσιάζει Α/π 175/110 MM HG. Της χορηγείται IV μία AMP LASIX και συνεχίζει να της παίρνεται η Α/π κάθε 60' της ώρα.

της παρέχεται κατάλληλη φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή για την γρήγορη αποκατάσταση της υγείας της και το σύντομο γυρισμό της στο σπίτι.

Στην επιτευξη αυτού του σκοπού είναι απαραίτητη η στοργή και η αγάπη της νοσηλεύτριας.

Περιστατικό 3.

Στις 28.5.89 μητέρα 37 ετών με ηλικία κύησης 37w, προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με κύριο ενόχλημα, υπέρταση και οιδήματα των άκρων. Ο γιατρός που την εξέτασε, πήρε το ιστορικό της μητέρας το οποίο περιλάμβανε:

1. Γυναικολογικό ιστορικό: Εδώ η μητέρα αναφέρει ότι η πρώτη έμμηνος ρήση άρχισε στην ηλικία των 13 ετών με διάρκεια 30 ημερών.
2. Μαιευτικό ιστορικό: Εδώ η μητέρα αναφέρει τοξόπλασμα και της έγινε θεραπεία.

Μετά τη λήψη του ιστορικού ο γιατρός κάνει εισαγωγή της μητέρας στη μαιευτική κλινική με διάγνωση, τοξιναιμία κύησης.

Η μητέρα παραλαμβάνεται από τις νοσηλεύτριες της κλινικής και οδηγείται στο δωματίό της, το οποίο είναι φωτεινό και χωρίς θορύβους.

Στις 28.5.89 παίρνονται οι πρώτες εξετάσεις και δείχνουν

A/π : 155/70 MMH G

K: 3,8

Na: 141

Ht: 33%

ουρικό οξύ : 5,1

Τοποθετήθηκε ορός DEXTROSE 5%

Στις 29.5.89 η Α/π δεν σημειώσε μεταβολή αλλά παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα, ενώ παράλληλα οι εξετάσεις στα όυρα έδειξαν πρωτεινουρία, πράγμα που σημαίνει ότι η εγκυμοσούνη δεν έπρεπε να προχωρήσει πέρα των 37W γιατί υπήρχε κίνδυνος εμβρυοπλακούντιακής δυσλειτουργίας. Έτσι αποφασίσθηκε, η μητέρα να μπει στο χειρουργείο για να γίνει πρόσκληση τοκετού, με ενδοφλέβια χορήγηση ΟΧΥΤΟΧΙΝΕ χρησιμοποιώντας συσκευής αργής ροής.

Τη στιγμή αυτή η μητέρα, βλέποντας ότι κάτι δεν πάει καλά αρχίζει να ανησυχεί και να φοβάται.

Εδώ η νοσηλεύτρια καθησυχάζει και προσπαθεί να ηρεμήσει την ασθενή, γιατί δημιουργεί έτσι χειρότερα προβλήματα στο ευατό της και το έμβρυο.

Την βοηθά ψυχολογικά και προσπαθεί να κρατήσει την ψυχραιμία της έτσι ώστε να της μεταδώσει αίσθημα ηρεμίας και εμπιστοσύνης για την πορεία του τοκετού.

Της χορηγεί την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή μετά από εντολή των γιατρών και βρίσκεται συνέχεια κοντά της.

Υπογενική αναισθησία και επιμελή καθαρισμό του χειρουργικού πεδίου εκτελείται τομή PHANESTIEL.

Γίνεται έξοδος ζώντος άρρενος νεογνού βάρους 3.900γ.μ. Μετά τον τοκετό η μητέρα μεταφέρεται στο δωματιό της και εφαρμόζεται η κατάλληλη φαρμακευτική και νοσηλευτική αγωγή.

Η νοσηλεύτρια παίρνει συνεχώς τα ζωτικά σημεία της ασθενούς και φροντίζει κάθε φορά που ουρεί η μητέρα να στέλνονται τα ούρα στο μικροβιολογικό εργαστήριο για έλεγχο λευκώματος.

Επειδή η ασθενής χρειάζεται ησυχιά και ηρεμία μετά από τον τοκετό, φροντίζει για την εξασφάλισή της, με το να απομακρύνει τους διάφορους θορύβους. Έτσι βοηθάει να αποκατασταθεί η υγεία της και της δίνει ελπίδα να συνεχίσει με αισιοδοξία και θάρρος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 12

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Τό άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από τοξιναιμία κύησης, βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό.

Πράγματι, η σοβαρή αυτή επιπλοκή της κύησης, που η αιτιολογία της δεν είναι ακόμα γνωστή στο ευρύ κοινό και το κυριότερο υπάρχει άγνοια για την σοβαρότητά της, χαρακτηρίζεται από έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, οβεβαιότητα για το μέλλον και αδιαφορία και εγκατάλειψη μερικές φορές από το άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Είναι λοιπόν πολύ δύσκολο, η ασθενής που πάσχει από τοξιναιμία κύησης να αντιμετωπίσει με οσιοδοξία και ψυχραιμία την κατάσταση της και κυρίως όταν οι δικοί της δεν μπορούν να κρύψουν τον πανικό και την απελπισία τους μπροστά της.

Ο γιατρός και η Νοσηλεύτρια, είναι αυτοί που πρέπει να σταθούν δίπλα στην άρρωστη την στιγμή που τους χρειάζεται, να την παρηγορήσουν, να την ενθαρρύνουν, να την συμβουλέψουν και να της μεταδώσουν ζωή από την ζωή τους και ελπίδα από την ελπίδα τους, για να μπορέσει η ασθενής να σκαλύνει τον πόνο της, είτε αυτός είναι φυσικός, είτε είναι ψυχικός.

Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε κάποτε από ασθενή σε γιατρό: "δεν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια μου, φοβίζει και σοκάρει κι εμένα, αλλά εάν είσαι ήρεμος κι έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης, τότε είμαι κι εγώ".

Αλλά τί ρόλο παίζει ο συναισθηματικός παράγοντας και το ψυχικό αδιέξοδο στο οποίο βρίσκεται μία γυναικολογική ασθενούς

καί ειδικότερα μιά ασθενής μέ τοξιναιμία κυήσεως;

Από τήν στιγμή πού η ασθενής θά μάθει γιά τήν κατάστασή της, διακατέχεται από φόβο καί πανικό καί συγχρόνως από ένα σωρο ερωτηματικά:

Πόσο σοβαρή είναι η κατάσταση μου; Τί είδος θεραπείας θά ακολουθήσω; θά εγχειρισθώ; θά υποφέρω; Έχω ελπίδες; θά ζήσω; θά πεθάνω; Τό παιδί μου τί θά γίνει;

Κι εδώ αξίζει νά αναφέρουμε πόσο τραγική είναι η θέση τής ασθενούς, όταν είναι ακόμα νέα καί πολύ περισσότερο όταν ακόμα δέν έχει κάνει παιδιά.

Η Νοσηλεύτρια αποτελεί τήν θέση "κλειδί" γιά τήν ψυχική ισορροπία τής ασθενούς σ' αυτό τό σημείο.

Οφείλει νά προβλέπει κάθε αντίδρασή της, νά είναι συνέχεια στό πλευρό της, προλαμβάνοντας κάθε επιθυμία της, νά τήν συμβουλεύει καί νά τήν ενημερώνει σωστά σχετικά μέ τήν κατάσταση της καί παντα σέ συνεννόηση μέ τόν γιατρό, καί τέλος νά τή βοηθήσει νά ξεπεράσει τούς φόβους της καί νά αντιμετωπίσει μέ πίστη καί αισιοδοξία τό μέλλον.

Η άρνηση της αποδοχής τής διάγνωσης τής αρρώστιας, συνήθως αποτελεί τήν πρώτη αντίδραση τής ασθενούς σ' αυτή. Αυτή πού ξεχείλιζε πρίν λίγο καιρό από ζωή, δέν είναι δυνατόν νά βρικόκεται τώρα καθηλωμένη στό κρεβάτι μέ αμφίβολες ελπίδες τής ζωής της, ζωής τού παιδιού της. Τής είναι αδύνατο νά δεχτεί τό γεγονός ότι θά χάσει τό παιδί της, ένα παιδί πού τόσο ποθούσε.

Η Νοσηλεύτρια, πρέπει νά στέκεται δίπλα της, νά παρατηρεί τή συμπεριφορά καί τίς κινήσεις της, γιοτί μπορεί νά αρνηθεί τήν θεραπεία καί τήν παρακολούθησή της από τό γιατρό καί νά τής δίνει κουράγιο λέγοντός της πώς όλα αυτά είναι περαστικά.

καί πώς γρήγορα θά ξαναρχίσει νά ζεί φυσιολογικά όπως πριν μέσα στό σπίτι της καί ανάμεσα στους δικούς της.

Μετά τήν άρνηση εμφανίζεται συνήθως ο θυμός, ο οποίος στρέφεται πρós τά μέλη τής οικογένειας τής ασθενούς, τά μέλη τής ομάδας υγείας κ.λ.π. εκδηλώνεται συνήθως μέ αντίδραση καί απαιτητική συμπεριφορά. Τό νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει νά θυσιάζεται ώστε νά εκπληρώσει όλες τίς επιθυμίες της.

Κι όσο γιά τους δικούς της, αυτοί ευθύνονται καί αυτοί τήν οδήγησαν σ'αυτή τήν κατάσταση. Τούς κατηγορεί γιά πράγματα τά οποία δέν υφίστανται καί αλλοίμονο άν τολμήσουν νά δείξουν μπροστά της τόν οίκτο τους.

Η τρίτη ψάση πού διέρχεται η ασθενής μας, είναι τής συνδιαλλαγής, κατά τήν οποία συνήθως είναι ήρεμη καί προσπαθεί μέ κάποιο αντάλλαγμα νά πετύχει τήν θεραπεία τής αρρώστιας της καί τήν γρήγορη αποκατάσταση.

Είναι η περίοδος που αρχίζει νά συνειδητοποιεί τήν κατάστασή της καί άν υπάρχουν ελπίδες, είναι διατεθειμένη νά κάνει ότι τής πούν, αρκεί νά γίνει καλά καί νά ξαναβρεί τόν εαυτό της.

Αν σέ περίπτωση χάσει μόνο τό παιδί της καί καλυτερεύει η υγεία τής άρρωστης τότε η νοσηλεύτρια συζητά μαζί της όλα της τά προβλήματα καί προσπαθεί νά τής τονώσει τό ηθικό λέγοντας της ότι πρέπει νά θεωρεί τόν εαυτό της τυχερό πού ξέφυγε τό μεγάλο κίνδυνο καί μπορεί νά συνεχίσει τήν ζωή της. Τής τονίζει ότι η ζωή δέν σταματάει μπρός σέ μιá κακοτοπιά τής τύχης καί τής δίνει ελπίδες γιά ένα νέο ξεκίνημα, γιά οικογένεια ενώ παράλληλα τής τονίζει ότι υπάρχουν καί άλλα ενδιαφέροντα στή ζωή: ο άντρος της, καί τά παιδιά της άν έχει οικογένεια έχουν έντονα τήν ανάγκη της.

Η δουλειά της έχει μεγάλη σημασία γι' αυτήν και γενικά υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ανάγκη την βοήθειά της, είτε στον επαγγελματικό είτε στον κοινωνικό και οικογενειακό χώρο. Η συμμετοχή της ασθενούς σε καινούριες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα θα την βοηθήσουν να ηρεμήσει και να ξεχάσει το πρόβλημά της.

Τέλος να επισκέπτεται τον γιατρό της μετά την έξοδό της από το Νοσοκομείο για τυχόν επιπλοκές.

Τη σκέψη της ασθενούς πρέπει να διακατέχει πάντα η αισιοδοξία και η ευγνωμοσύνη στο θεό ότι τελικά ξεπέρασε τον κίνδυνο και ότι μπορεί να συνεχίζει να ζει.

Τα συναισθήματα αυτά για να τα αποκτήσει η ασθενής χρειάζεται τη βοήθεια της πεπειραμένης και πρόθυμης νοσηλεύτριας που ενδιαφέρεται πραγματικά γι' αυτήν και που την πλησιάζει με κατανόηση, υπομονή και αγάπη. Για να μπορέσουμε όμως να πετύχουμε όλα αυτά πρέπει να γνωρίζουμε ορισμένα πράγματα τόσο για την ασθενή και την οικογένειά της όσο και για τον ίδιο της τον εαυτό.

Τι πρέπει να γνωπίζουμε για την ασθενή.

- Τόν ρόλο της στην οικογένεια
- Τη μόρφωσή της
- Αν έχει άλλα παιδιά ή είναι τό πρώτο της
- Τήν αντίληψη που έχει για τον εαυτό της
- Τήν ωριμότητα της προσωπικότητάς της, μήπως είναι συναισθηματικά απασθής. Τήν ικανότητα προσαρμογής σε προηγούμενες δυσκολίες, αν έχει την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσει τό πρόβλημά της χωρίς υστερισμούς και ολιγοψυχία.

- Τι ερωτήσεις που κάνει (πρέπει να αφήσουμε την ασθενή να εκφράσει τις απορίες της, τους φόβους της, την αγωνία της, την επιθυμία να ενημερωθεί και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση.
- Το θρησκευτικό της
- Την προηγούμενη προσαρμογή της σε κάποια αρρώστια και τις προηγούμενες σχέσεις της με τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες
- Αν αισθάνεται ή όχι ενοχή για την αρρώστια της ή το χάσιμο του παιδιού της.

Είναι μία δοχημη κατάσταση, η οποία θα περάσει με θάρρος υπομονή και συνεργασία, με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένεια της ασθενούς

- Ποιό είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας
- Τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στην ασθενή
- Την οικονομική κατάσταση
- Τη στάση της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική περίθαλψη
- Τις ερωτήσεις που γίνονται από τα μέλη της οικογένειας
- Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας
- Τις σχέσεις και την επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον εαυτό μας

- Τα συναισθήματά μας απέναντι στην νόσο
- Τα συναισθήματά μας απέναντι στον θάνατο
- Το βαθμό επαφής που έχουμε αναπτύξει με την άρρωστη

- Τό βαθμό επαφής πού έχουμε μέ τά μέλη τής οικογένειας τής άρρωστης

- Τήν εμπιστοσύνη πού έχει η άρρωστη γιά μάς.

Άραγε όμως θά πρέπει νά γνωρίζει τήν διάγνωση τής αρρώστιας της η ασθενής μας;

Η ερώτηση αυτή έχει απασχολήσει καί απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία καί όλους εκείνους πού εργάζονται κοντά της γιά νά προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα σέ μάς τίς νοσηλεύτριες.

Καί μείς τί θ' απαντήσουμε; θά τής κρύψουμε τήν αλήθεια;

Ο τρόπος πού η ασθενής θά δεχθεί τήν πληροφορία ότι πάσχει από τοξιναιμία κύησης καί ότι η πρόγνωση είναι καλή ή κακή απέναντι στόν εαυτό της καί στό παιδί της εξαρτάται από τήν ψυχοσύνθεση καί τό χαρακτήρα της, από τή φιλοσοφία της γιά τήν ζωή καί τό θάνατο.

Δύο παράγοντες είναι κυρίως αποφασιστικοί στό άν η ασθενής θά πληροφορηθεί γιά τήν κατάσταση της.

Πρώτος: Η ψυχική δύναμη καί η ψυχραιμία πού διαθέτει η άρρωστη γιά νά αντιμετωπίσει τήν αλήθεια.

Δεύτερος: Τά αισθήματα του γιατρού, τής Νοσηλεύτριας καί τών μελών τής οικογένειας απέναντι στην αρρώστια.

Πώς όμως θά δοθούν οι πληροφορίες στην άρρωση;

1. Μέ τόν καλύτερο καί καταλληλότερο γιά κάθε άρρωστη τρόπο
2. Σταδιακά καί μέ άνεση χρόνου
3. Νά παρακολουθείτε η επίπτωση τής ενημέρωσης στην άρρωστη καί νά υποβαστάζεται ανάλογα.

Τίς πληροφορίες μας πρέπει νά κατευθύνουν η συμπόνοια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση τής σοβαρότης καί ιδιόρρυθμης θέσης πού πολλές φορές βρίσκεται η άρρωστη

η συναίνεση, η προσοχή, η ανοχή και ιδιαίτερα η περιποίηση με στοργή. Έτσι θα μπορούσαμε να αποσπάρουμε την συμπάθεια της άρρωστης και να επιβληθούμε, ώστε να δέχεται, όσα της λέμε καθώς και την θεραπεία που της υποδείχθηκε.

Οι απαντήσεις της Νοσηλεύτριας, στις ερωτήσεις της ασθενούς και οι πληροφορίες που δίνει, πρέπει πάντοτε να συμβαδίζουν με το πνεύμα του γιατρού. Η άρρωστη θα είναι ασφαλώς μέλος της οικογένειας. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς της αρρώστου και ιδίως με τον σύζυγο, είναι απαραίτητη, επειδή όλοι τους χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι η άρρωστή τους βρίσκεται σε έμπειρα χέρια.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν την άρρωστη στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας, με τη συμμετοχή της σε αυτά, όσο είναι δυνατόν.

Ειδικότερα για το σύζυγο, η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να τον συμβουλέψει να φερθεί με κατανόηση στη γυναίκα του, να μην απομακρυνθεί από κοντά της γιατί τώρα τον έχει πιο πολύ ανάγκη και να της δίνει κουράγιο και ελπίδα ότι σύντομα θα γίνει καλά.

Ο σύζυγος πρέπει να ξέρει από την αρχή την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας του μετά από εγχείρηση ή άλλη μορφή θεραπείας και να την αντιμετωπίζει με κατανόηση και προσοχή. Θα είναι σημαντικό για αυτή να την κάνει να πιστέψει ότι, του είναι απαραίτητη και ότι για αυτόν θα είναι πάντα η σύζυγός του, που θέλει να ζει δίπλα του και να τον στηρίζει.

Βλέπουμε λοιπόν πόσο σημαντικά επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, η σοβαρή αυτή επιπλοκή της κήσης και πόσο σημαντικό είναι το έργο της Νοσηλεύτριας ώστε να βοηθήσει την ασθενή στην θεραπεία και την γρήγορη ανάρρωσή της.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο επίλογος αυτής τής εργασίας είναι ταυτόχρονα και μία διαπίστωση και συμπέρασμα που βγαίνει από όλη τή μελέτη της: η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή θεραπεία και τέλος η σωστή ενημέρωση, θα καταστήσουν τό πρόβλημα τής τοξιναιμίας τής κύησης μικρότερο και σέ συχνότητα και σέ βαθμό κινδύνου.

Ο ρόλος τής Νοσηλευτικής στό θέμα "Τοξιναιμία τής κύησης" είναι τόσο σοβαρός και σπουδαίος, όσο είναι και ο ρόλος τής ιατρικής στήν θεραπεία του.

Η νοσηλευτική φροντίδα τής ασθενούς μέ τοξιναιμία κύησης έχει ήδη πάρει κάποιο δρόμο πρός τόν πρόοδο χωρίς αυτό νά σημαίνει πώς όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης και διαφώτισης.

Ο Νοσηλευτής-τρία πρέπει νά έχει τics κατάλληλες γνώσεις και τήν ανάλογη πείρα στή νοσηλεία της τοξιναιμίας και νά ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα, όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχολογικών αναγκών τής ασθενούς.

Οι ευθύνες του Νοσηλευτή-τρία δέν περιορίζονται και δέν αφορούν μόνο τό χώρο του Νοσοκομείου, αλλά επεκτείνονται και στό σπίτι όπου πραγματοποιείται η ουσιαστική αποκατάσταση και διαφώτιση τής ασθενούς, καθώς η πλήρη διαφώτιση του οικογενειακού και γενικώτερα του άμεσου περιβάλλοντος τής ασθενούς, σχετικά μέ τήν κατάσταση της, τόν τρόπο αντιμετώπισης της και γενικά τόν τρόπο συμπεριφοράς τους απέναντί της. Στά πλαίσια τών ευθυνών και τών ρόλων του/τής Νοσηλεύτριας - της ανήκει και η διαφώτιση του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με τήν τοξιναιμία τής κύησης και γύρω από τή πρόληψη και τήν έγκαιρη διάγνωση τους.

Οποιαδήποτε γυναίκα που σκέπτεται να φέρει παιδί στον κόσμο και ιδίως της πρωτότοκης της ηλικιωμένης γυναίκας και αυτές που είναι παχύσαρκες, έχουν πολυδίδυμο κύηση ή πάσχουν από σάκχαρο πρέπει να ενημερώνονται ιδιαίτερα και να επισκέπτονται τακτικά τον γιατρό όχι μόνο όταν παρατηρήσουν κάποιο ύποπτο σύμπτωμα κατά την εγκυμοσύνη τους, αλλά η επίσκεψη πρέπει να γίνεται για προληπτικούς λόγους, επειδή είναι δυνατόν να εμφανισθεί χωρίς επικίνδυνα συμπτώματα.

Κάθε μήνα πρέπει να γίνονται οι κατάλληλες εξετάσεις όπου μπορούν να φυλάξουν την εγκυο από πολλούς και μεγάλους κινδύνους.

Η ασθενής που πάσχει από αυτή την παθολογική νόσο πρέπει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα με ψυχραιμία και συνεργασία για ένα καλό τέλος.

Τέλος κάθε ασθενής είναι ένας άνθρωπος με δικαίωμα στη ζωή και αυτό το δικαίωμα δεν μπορεί να της το στερήσει κανένας.

Επομένως, τόσο εμείς σαν νοσηλευτές, αλλά και γενικότερα στην υγειονομική ομάδα, όσο και οι ίδιες οι ασθενείς, οφείλουμε να διατηρήσουμε και να βελτιώσουμε την υγεία των ασθενών και να παρατείνουμε όσο μπορούμε το δράμα της ελπίδας για μία καλύτερη ζωή, χρησιμοποιώντας όλες τις γνώσεις και τις εμπειρίες μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ - ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ Ρ. "Ετοιχεία Φυσιολογίας".
Εκδ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1982.
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ - Ι. ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ "Φυσιολογία της Γυναίκας"
Εκδ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1982.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία"
Εκδ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1982.
- ΖΟΥΡΛΑΣ ΠΑΝΤ. ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ "Μαθήματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας"
Εκδ. Λύχνος, Αθήνα 1986.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ "Βασική μαιευτική - Περιγεννητική Ιατρική Γυναικολογία"
Εκδ. ΣΕ Καρπάθιος, Αθήνα 1984.
- ΚΑΣΚΑΡΕΛΗΣ Δ. "Μαιευτική - Γυναικολογία".
Εκδ. Λύχνος Β' Τόμος Αθήνα 1986.
- ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ "Νοσηλευτική, παθολογική, Χειρουργική".
Εκδ. Ιεραποστολική Ένωση Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ".
Τόμος Α' και Β', Αθήνα 1987.
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ "Μαιευτική Νοσηλευτική" Σημειώσεις Τμήματος
Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι Πατρών, Πάτρα 1984.
- ΣΕΡΓΙΟΣ Ι. ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας"
Εκδ. Γρ. Παρισιανού Αθήνα 1982.