

ΥΠΟΥΡΧΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Τ. Ε. Ι. Π Α Τ Ρ Α Σ

ΣΧΟΛΗ : Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Θ Ε Μ Α :

" Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην επίτοκο γυναίκα"

Πτυχιακή Εργασία

Εκπαιδίστριας : ΣΟΥΜΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Υπεύθυνος Καθηγητής:

κ. ΚΑΡΝΑΡΗΣ

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας:

1)

2)

3)

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής

Π ά τ ρ α : 1 9 9 0

ΥΠΟΥΡΧΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 187 6



θάθελα να αφιερώσω την εργασία μου αυτή
στους γονείς μου, στους καθηγητές μου,
καθώς επίσης θάθελα να ευχαριστήσω όσους
με βοήθησαν, δίνοντάς μου στοιχεία για
το θέμα μου και ιδιαίτερα τον εισηγητή
της όλης εργασίας μου κ. ΚΑΡΝΑΡΗ, για
την καθοδήγησή του και τη βοήθειά του
σε όλη μου την προσπάθεια να αναπτύξω
το θέμα αυτό.

Σας ευχαριστώ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	<u>Σελίδες</u>
Π ρ ό λ ο γ ο ς	1
Εισαγωγή Γενικά	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Ορισμός	3
1.1. Διάγνωση	3
Διαφορική διάγνωση	10
Διάγνωση του τύπου της πυέλου	13
Διάρκεια της κύησης και προσδιορισμός της πιθανής ημερομηνίας του τοκετού...	15
1.2. Ανατομικές και βιολογικές αλλαγές σε ολα τα συστήματα	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
2.1. Μαιευτικά συμβάντα κατά την κύηση και α- νωμαλίες των αρχικών σταδίων της κύησης	26
2.2. Κύηση και παθολογικά νοσήματα	30
2.3. Παθολογία της κύησης	37
2.4. Παθολογία έναρξης τοκετού	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
3.1. Παρακολούθηση της κύησης	44
3.2. Υγιεινή της εγκυμοσύνης	50
3.3. Έναρξη τοκετού	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4.1. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΗ	62
4.2. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ	78
Ε π ί λ ο γ ο ς	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η διαίωνιση του είδους είναι το βασικό και πρωταρχικό ανθρώπινο καθήκον, είναι η ανθρώπινη ελπίδα να διατηρηθεί και να μείνει κυρίαρχος πάνω στη γή. Είναι η συνέχεια της ζωής του, της σκέψης του, της δημιουργίας του.

Και η διαίωνιση του είδους εκφράζεται με την όλη ιεροτελεστία της αναπαραγωγής. Της αναπαραγωγής που ταυτίζεται με τους ιερούς σπασμούς της σύλληψης, το μεγαλείο και την περηφάνεια στην εγκυμοσύνη, την αξιοπρέπεια της προσπάθειας στη γέννα.

Το πιο δύσκολο και το πιο μεγάλο μέρος αυτού του προορισμού το έχει αναλάβει η γυναίκα. Εννιά ολόκληρους μήνες ματαβάλλει το σώμα της σε φωλιά και δίνει τροφή, ζεστασιά, αγάπη, φροντίδα, στοργή στον καινούργιο άνθρωπο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Ένα νέο άτομο δημιουργείται όταν τα στοιχεία ενός ικανού για γονιμοποίηση σπερματοζωαρίου συγχωνεύονται με τα στοιχεία ενός γονίμου ωαρίου.

Ένας αριθμός ζωηρά κινουμένων σπερματοζωαρίων εναποθέτονται στον κόλπο, με την συνουσία, πέρνουν από την μήτρα και εισβάλλουν στις σάλπιγγες όπου περικυκλώνουν το ωάριο. Αυτό έχει φτάσει εκεί μετά την εξώθησή του από ένα ωθηλάκιο στην ωοθήκη, στο μέσο περίπου του κύκλου. Ένα μόνο σπερματοζωάριο είναι ικανό να γονιμοποιήσει το ωάριο το οποίο θα κατέλθει μέσω των σαλπίγγων και θα εγκατασταθεί στην κοιλότητα της μήτρας, όπου και θα παραμείνει εκεί σταθερά προσκολλημένο ως το τέλος της εγκυμοσύνης.

Όπως βλέπουμε η όλη διαδικασία της γονιμοποίησης δεν είναι ένα απλό φυσιολογικό φαινόμενο, αλλά είναι ένα θαυμαστό γεγονός που συγκινεί τον καθένα μας.

Η γέννηση ενός παιδιού ονομάστηκε "το καθημερινό θαύμα". Είναι τόσο συχνό αλλά και τόσο πολύπλοκο που ξεπερνάει κάθε ανθρώπινο τεχνητό κατόρθωμα. Η εγκυμοσύνη είναι για πολλούς από εμάς ένα μυστήριο.

Είναι μια μυστηριώδη λειτουργία, αν σκεφτεί κανείς, ότι από δυό γεννητικά κύτταρα από δυό διαφορετικούς οργανισμούς που συναντιώνται κάτω από ορισμένες συνθήκες, δημιουργούν ένα νέο κύτταρο, ένα νέο άνθρωπο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ :

Εγκυμοσύνη είναι η φυσιολογική λειτουργία και η σειρά των μεταβολών που συντελούνται κατά κανόνα στο όργανο και στους ιστούς μιας γυναίκας ως αποτέλεσμα της παρουσίας μέσα στο σώμα της ενός αναπτυσσόμενου παιδιού . Λέγεται και κύηση ή κυοφορία.

1.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ :

Η διάγνωση της κύησης δεν παρουσιάζει συνήθως δυσκολίες. Στην πρώτη επίσκεψη στον γιατρό η γυναίκα δεν έχει δει δυο περιόδους, οπότε η διάγνωση της μήτρας αντιστοιχεί στην αμηνόρροια και η διάγνωση είναι εύκολη. Είναι δύσκολο βέβαια κανείς με τη γυναικολογική εξέταση να κάνει διάγνωση.

Η διάγνωση της εγκυμοσύνης διακρίνεται:

α) σε κλινική και β) σε εργαστηριακή.

Η οριστική διάγνωση είναι σκόπιμο να στηρίζεται σε περισσότερες από μια παραμέτρους ώστε να περιορίζονται οι λανθασμένες διαγνώσεις.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ :

Είναι η πρώτη κλινική εκδήλωση της εγκυμοσύνης. Μετά την εμφύτευση της βλαστοκύστης εγκαθίσταται δευτεροπαθής αμηνόρροια. Κάποτε, όμως, όταν υπάρχει κύηση εμφανίζεται ρυθμική εμμηνόρροια. Επίσης είναι δυνατό η βλαστοκύστη να μην επικα-

λυφθεί από το ενδομήτριο επιθήλιο, όπως συμβαίνει στις φυσιολογικές περιπτώσεις, στο τέλος της δεύτερης εβδομάδας. Τότε γύρω στην 28η ημέρα ή λίγο αργότερα, παρατηρείται μικρή αιμορραγία. Η αιμορραγία αυτή μπορεί να προκαλέσει σύγχυση όσον αφορά την τελευταία εμμηνορροια. Τότε δεν είναι εύκολος ο προσδιορισμός της πιθανής ημερομηνίας του τοκετού. Εκτός από αυτό μπορεί να εκληφθεί σαν απειλούμενη κύηση.

2. ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΙ :

Η αύξηση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης δημιουργεί γαστρεντερικές διαταραχές, όπως άνορεξία, ναυτία, εμέτους. Παρ'όλο ότι αυτή η συμπτωματολογία παρουσιάζεται ως πρωινή αδιαθεσία, επειδή γίνεται αντιληπτή το πρωί με το σήκωμα από το κρεβάτι, μπορεί να παρουσιαστεί και τις απογευματινές ώρες. Τα ενοχλήματα είναι εμφανή στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και υποχωρούν ή εξαφανίζονται με την πρόοδο της εγκυμοσύνης.

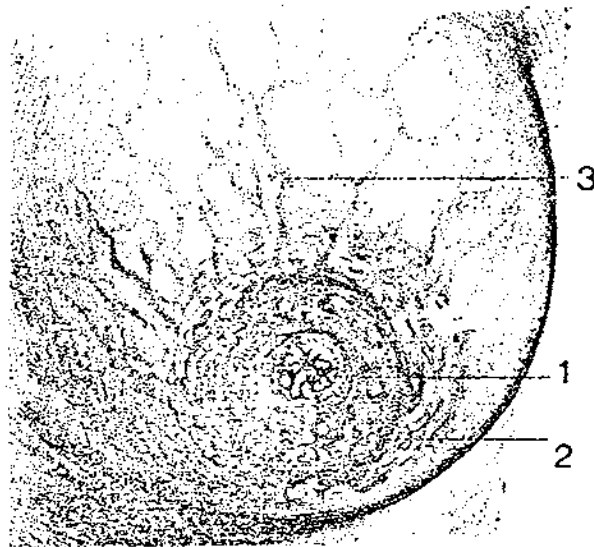
Ωστόσο η διαταραχή αυτή μπορεί να εκδηλωθεί σε βαριά μορφή, που η επίτοκος να μην μπορεί να πάρει τροφή ούτε και υγρά χωρίς να κάνει εμετό. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σίγουρα σε αφυδάτωση και λέγεται υπερέμεση της εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση αυτή η επίτοκος χρειάζεται εισαγωγή σε Μαιευτήριο, όπου με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή που στηρίζεται στη χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και αντιεμετικών φαρμάκων, επέρχεται στις φυσιολογικές συνθήκες.

2. ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ :

Με την επίδραση των οιστρογόνων, της προγεστερόνης και της προλακτίνης επέρχεται αύξηση τόσο του μαζικού αδένος όσο και των γαλακτοφόρων πόρων. Είναι δυνατό μετά την έκθλιψη της

θηλής, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, να εξέλθει λίγο κίτρινο υγρό, το πύαρ, αλλά η απέκριση του γάλακτος αρχίζει 24-28 ώρες μετά τον τοκετό.

Υπάρχει συνήθως μια ιδιαίτερη ευαισθησία στους μαστούς η οποία είναι πιο έντονη στην αρχή της εγκυμοσύνης. Γίνονται αρκετά επώδυνοι και ευαίσθητοι και διογκώνονται αρκετά. Κυκλικά γύρω από τη θηλή εμφανίζεται μελαχρωστική, χροιάς καστανής, που ονομάζεται άλως. Επίσης έχουμε και διογκωση των φυματίων του MONTGOMERY.



Εικόνα 4-1. Η χαρακτηριστική εμφάνιση του μαστού της εγκύου. Διακρίνονται η υπερτροφική θηλή (1), η έντονα χρωματισμένη άλως με τα φυμάτια του Montgomery (2) και η αυξημένη αιμάτωση του μαστού (3). (L. Dubrisey και C. Jeannin, 1924).

4. ΣΥΧΝΟΥΡΙΑ :

Αυτή προέρχεται από την αυξημένη αγγείωση της ουροδόχου κύστης και από την πίεση που ασκεί η μήτρα πάνω της.

5. ΣΙΒΛΟΡΡΟΙΑ :

Πολλές φορές η έγκυος εμφανίζει υπερβολική ποσότητα σάλιου, που συνοδεύεται από μεταλλική γεύση. Στην πραγματικότητα

μάλλον δεν συμβαίνει υπερέκκριση αλλά αδυναμία κατάποσης του σάλιου. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σιελόρροια υποχωρεί.

6. ΣΚΙΡΤΗΜΑΤΑ :

Η έγκυος αισθάνεται τις κινήσεις του εμβρύου γύρω στην 22α εβδομάδα, αν είναι πρωτότοκος και πολλές φορές πριν την 16ην εβδομάδα, αν είναι πολύτοκος. Στην αρχή αισθάνεται μικρές κινήσεις που δεν αναγνωρίζονται εύκολα. Πολλές έγκυες τις περιγράφουν σαν "φτερούγισμα πουλιού".

Πάντως με την πρόοδο της εγκυμοσύνης οι κινήσεις γίνονται σαφείς και αποτελούν σταθερό δείκτη της καλής κατάστασης του εμβρύου.

Υπάρχουν όμως γυναίκες που αναφέρουν ότι ακούνε τα σκירתήματα χωρίς αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Αυτό συμβαίνει συνήθως στις πρωτότοκες, έχοντας την επιθυμία να "ακούσουν το μωρό".

7. ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΤΟΙΧΩΜΑΤΩΝ:

Θεωρείται από τα αρχικά συμπτώματα παρόλο που πρέπει να περάσει η 12η εβδομάδα για να γίνει ψηλαφητή η μήτρα από τα κοιλιακά τοιχώματα. Βέβαια με την πρόοδο της εγκυμοσύνης η διάταση γίνεται εμφανής και αισθητή.

Στην περιοχή της κοιλιάς, των μαστών, σε πολλές έγκυες διαπιστώνεται η ύπαρξη μελανών γραμμών που λέγονται ραβδώσεις. Αυτές οφείλονται σε ρήξη των ελαστικών ινών του δέρματος, λόγω της μεγάλης διάτασης.



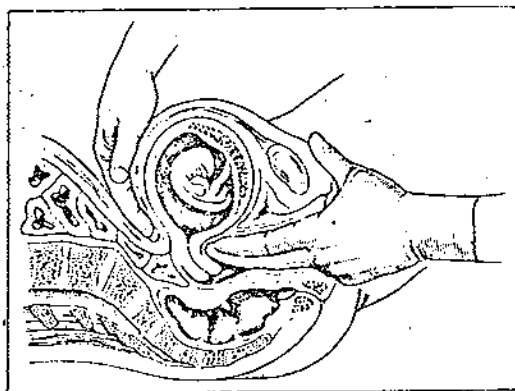
Είκ. 92. Ραβδώσεις κοιλιάς έγκυου

Επίσης εμφανίζεται μελαχρωστική στη κοιλιά και ιδίως στη λευκή γραμμή.

Πολλές φορές διαπιστώνονται κίρσοι και οιδήματα στα κάτω άκρα.

8. ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ :

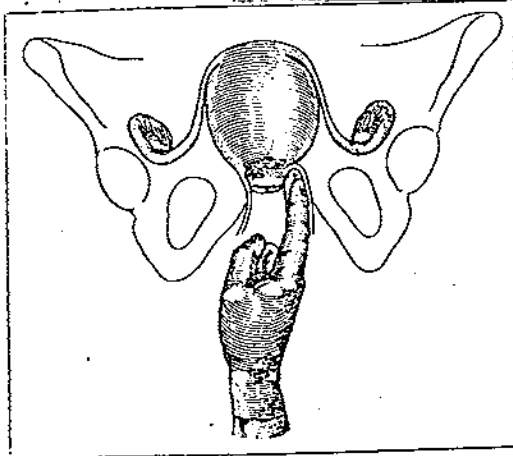
Είναι δυνατή η διάγνωση της κύησης με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, περίπου την 6η εβδομάδα της εγκυμοσύνης λόγω της μαλακότητας και της διόγκωσης που παρουσιάζει. Επίσης είναι δυνατό να διαπιστωθεί μια ασύμμετρη ανάπτυξη στο σώμα της εκεί που αντιστοιχεί η εγκατάσταση του εμβρύου (σημείο DICKINSON). Λίγο αργότερα περίπου την 8ην εβδομάδα εμφανίζεται η μαλακότητα κατά τον ισθμό της μήτρας (σημείο HEGAR), ενώ η σφαιρικότητα της μήτρας γίνεται αντιληπτή κατά την 12η εβδομάδα (σημείο NOBLE) και τέλος η μεγάλη ασύμμετρη διόγκωση γίνεται φανερή κατά την 14η εβδομάδα.



Εικ. 93. Σημείο του Hégar

9. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΝΤΙΤΥΠΙΑ :

Διαπίστωση της κύησης μπορεί να γίνει με τον έλεγχο της εσωτερικής αντιτυπίας, δηλαδή κατά την κολπική εξέταση ασκείται πίεση στη μήτρα με τα δάκτυλα και σε απάντηση της πίεσης ο εξεταστής

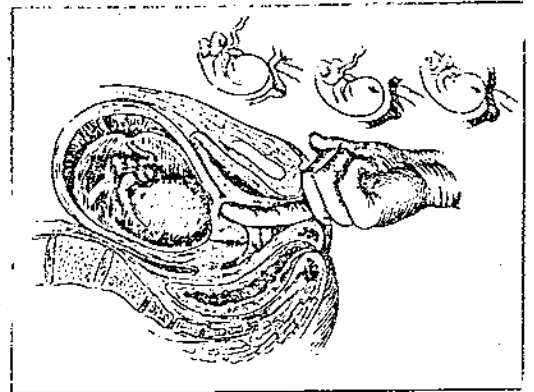


Εικ. 95. Σημείο του Noble

αισθάνεται να προσκρούει στην κορυφή των δακτύλων το σώμα του εμβρύου.

10. ΕΜΒΡΥΙΚΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΠΑΛΜΟΣ :

Με τη χρησιμοποίηση του κλασσικού μαιευτικού κοιλιοσκοπίου ο καρδιακός παλμός γίνεται αντιληπτός μεταξύ 20ης και 24ης εβδομάδος της κύησης.



Εικ. 96. Έσωτερική αντίτυπία

Με την εφαρμογή των μικρών φορητών συσκευών των υπερήχων είναι δυνατόν να ακουστούν οι καρδιακοί παλμοί από την 10η εβδομάδα.

Είναι δυνατό να ακουστεί χαρακτηριστικός ήχος, σύγχρονος με τον εμβρυικό καρδιακό παλμό, που παράγεται από τη ροή του αίματος μέσα στις ομφαλικές ερτηρίες. Αυτός ο ήχος λέγεται φύσημα της ομφαλίδος.

Τόσο οι καρδιακοί παλμοί όσο και το φύσημα της ομφαλίδος είναι από τα πιο διαγνωστικά σημεία της κύησης.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. ΥΠΕΡΗΧΟΙ :

Έχουν αντικαταστήσει κατά το μεγαλύτερο μέρος τις διάφορες διαγνωστικές, ακτινολογικές εξετάσεις που είχαν καθιερωθεί κατά τη διάρκεια της κύησης.

Μας πληροφορούν για τη θέση του πλακούντα, τη θέση και το σχημα του εμβρύου, την ύπαρξη πολύδυμης εγκυμοσύνης. Επίσης μας βοηθούν στη διαφορική διάγνωση των παθολογικών ανωμαλιών, όπως της μύλης κύησης κλπ.

2. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ :

Μετά την 16η εβδομάδα ο ακτινολογικός έλεγχος διαγράφει το σκελετό του εμβρύου. Η εκτέλεσή του όμως πρέπει να αποφεύγεται και να εκτελείται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις γιατί είναι δυνατό να βλάβει τις γονάδες τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου ή να αυξήσει τις πιθανότητες λευχαιμίας του εμβρύου.

3. ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ (TEST) :

Αυτά αναφέρουν την ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίνης (H.C.G.) και στηρίζονται σε ανοσολογική τεχνική. Οι βιολογικές μέθοδοι που χρησιμοποιούσαν παλιά έχουν εγκαταληφθεί.

Η ανοσολογική τεχνική στηρίζεται στη δέσμευση της H.C.G. που υπάρχει στα ούρα ή τον ορό του αίματος, με αντι-HCG. Σε θετική αντίδραση σχηματίζεται στον πυθμένα του σωλήνα δακτύλιος από ερυθρά αιμοσφαίρια, ενώ σε αρνητική έχουμε ομοιόμορφο διάχυτο ίζημα.

Με τις συνηθισμένες εμπορικές συσκευές, η διάγνωση μπορεί να γίνει μετά την 20η ημέρα, ενώ με την ανίχνευση της β-υποομάδας της H.C.G. είναι δυνατό να διαπιστωθεί η κύηση από την 5η ημέρα.

ΠΙΘΑΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε για τη διάγνωση της κύησης ορισμένα μπορεί να υπάρχουν και χωρίς να υπάρχει κύηση. Αυτά λέγονται πιθανά σημεία της κύησης και είναι:

- α) Η παύση της εμμηνορυσίας που μπορεί να οφείλεται και σε άλλες λειτουργικές διαταραχές του ωθηλακίου κύκλου.
- β) Η μεταβολή στο μέγεθος, σχήμα και στη σύσταση της μήτρας μπορεί να οφείλεται και σε όγκο.
- γ) Η ανυτία και ο έμετος.
- δ) Οι επώδυνοι και ευαίσθητοι μαστοί που μπορεί να οφείλονται σε ενδοκρινικές διαταραχές.
- ε) Οι ραβδώσεις της κοιλίας και ο χρωματισμός της λευκής γραμμής που μπορεί να οφείλονται σε απότομο αδυνάτισμα ή ενδοκρινικές διαταραχές.
- στ) Τα σκιρτήματα του εμβρύου που μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα λόγω διαταραχών του εντέρου.

ΒΕΒΑΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Τέτοια είναι :

- α) Βωτερική αντιτυπία
- β) Καρδιακοί παλμοί εμβρύου
- γ) Το φύσημα της ομφαλίδος
- δ) Ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου
- ε) Η ψηλάφηση των μελών του
- στ) Το υπερηχογράφημα.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αν και οι χαρακτηριστικές αλλαγές που συμβαίνουν στη γυναίκα, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ο εργαστηριακός έλεγχος μας βοηθάνε στη διάγνωση της κύησης, σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατό να δυσκολευτούμε σε αυτή. Αυτό συμβαίνει από την ομοιότητα των συμπτωμάτων και των ευρημάτων της

εγκυμοσύνης, με τα συμπτώματα ορισμένων παθήσεων.

A.- Συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσουν διαφορογνωστικά προβλήματα στην εγκυμοσύνη είναι :

1.- ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ.

Αυτή μπορεί να οφείλεται και σε διαταραχές του άξονα: φλοιός, υποθαλάμιος, υπόφυση, ωθήκη ή σε διαταραχές της λειτουργίας άλλων ενδοκρινών αδένων. Επίσης μπορεί να οφείλεται και σε άλλες αιτίες όπως αλλαγή κλίματος, αναιμία κλπ.

2.- ΕΜΕΤΟΙ.

Μπορεί να οφείλονται σε παθήσεις του πεπτικού.

3.- ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ.

Αυτή μπορεί να οφείλεται σε μαστο-πάθειες ή σε ορμονοθεραπεία.

4.- ΜΑΣΤΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ.

Αυτή μπορεί να οφείλεται σε αδενώματα της υπόφυσης ή σε ενδοκρινικά προβλήματα.

B.- Οι πιο συνηθισμένες παθήσεις που μπορεί να προκαλέσουν διαφορική διάγνωση είναι:

1.- ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ.

Πολλές φορές τα ινομύωματα είναι δυνατόν να προκαλέσουν συμμετρική αύξηση του μεγέθους της μήτρας και να δώσουν την εντύπωση ότι πρόκειται για εγκυμοσύνη. Η διαφορική διάγνωση θα στηριχθεί στη χαρακτηριστική σκληρή σύσταση του ινομύωματος και την τυχόν συνυπάρχουσα ασύμμετρη ανάπτυξη του σώματος της μήτρας.

Τα ευρήματα από το υπερηχογράφημα και η ανίχνευση ή όχι της Η.Σ.Γ. στον ορό ή στα ούρα αποτελούν τις πιο βασικές

μεθόδους στις οποίες θα στηριχθεί η διαφορική διάγνωση.

2.- ΚΥΣΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ.

Η ύπαρξη μιας μεγάλης κύστης στις ωοθήκες πιθανότατα να εμποδίζει την ψηλάφηση της μήτρας και λόγω της μαλακής σύστασής της, είναι δυνατό να εκληφθεί σαν εγκύμων μήτρα.

Φυσικά τα υπόλοιπα συμπτώματα και λοιπά κλινικά σημεία της εγκυμοσύνης δεν υπάρχουν και επί πλέον οι εργαστηριακές εξετάσεις και τα παρακλινικά ευρήματα επιβεβαιώνουν και αποκλείουν την εγκυμοσύνη.

3.- ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ.

Στην περίπτωση αυτή το διαφορογνωστικό πρόβλημα γίνεται μεγαλύτερο γιατί υπάρχουν όλα τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης και οι διαγνωστικές δοκιμασίες είναι θετικές. Η σχολαστική ψηλάφηση των εξαρτημάτων, για την αναζήτηση του κυήματος, πριν της ρήξης της σάλπιγγας, η λαπαροσκοπηση και το υπερηχογράφημα είναι δυνατό να θέσουν τη διάγνωση που τις περισσότερες φορές γίνεται μετά τη ρήξη της σάλπιγγας.

4.- ΨΕΥΔΟΚΥΗΣΗ.

Πρόκειται για μια ψυχοσωματική διαταραχή, κατά την οποία η γυναίκα πιστεύει ότι είναι έγκυος και παρουσιάζει όλα τα αντικειμενικά συμπτώματα της κύησης π.χ. αμηνόρροια, ναυτία, εμετοί και η ίδια η γυναίκα θεωρεί σαν εμβρυϊκό σκίρτημα τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου. Η ψευδοκύηση στο πλατύ κοινό είναι πιο γνωστή ως "ανεμογκάστρι". Παρατηρείται σε γυναίκες με έντονα ψυχοσωματικά προβλήματα που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση και έχουν έντονη την επιθυμία να αποκτήσουν παιδιά. Οι γυναίκες αυτές εμφανίζουν διόγκωση της κοιλιάς και το

βάδισμά τους είναι χαρακτηριστικό εκείνο που παρατηρείται στις έγκυες. Κατά τη γυναικολογική εξέταση η μήτρα βρίσκεται να έχει φυσιολογικό μέγεθος και οι δοκιμασίες της κύησης είναι αρνητικές. Η διαπίστωση της κατάστασης αυτής από έμπειρο γιατρό, διαλύει την πλάνη της "εγκύου" και με την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων έχουμε υποχώρηση των φαινομενικών σημείων της κύησης.

5.- ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ.

Η διογκωμένη με ούρα ουροδόχος κύστη είναι δυνατό να μας παρακλανήσει. Η ούρηση πριν την εξέταση ή ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης, σε περίπτωση κατακράτησης ούρων θα μας βοηθήσουν στην ακριβή διάγνωση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Υστερα από τη διάγνωση της εγκυμοσύνης ξεχωριστό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διάγνωση του τύπου της οστεϊνης πυέλου της εγκύου, γιατί μέσα από αυτή θα περάσει το έμβρυο κατά την έξοδό του. Εκτροπές της πυέλου από το φυσιολογικό, πρέπει να είναι σε γνώση του ματευτήρα, από την αρχή της εγκυμοσύνης και μάλιστα από την πρώτη επίσκεψη.

Η διάγνωση του τύπου της πυέλου γίνεται με κλινική εξέταση, με πυελομέτρηση και με ακτινολογικό έλεγχο.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Με αυτή μπορούμε να βρούμε ιφιαίτερα μορφολογικά γνωρίσματα. Τα γνωρίσματα αυτά τα βρίσκουμε από το ιστορικό, την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

1.- Ι σ τ ο ρ ι κ ό : Θα ζητήσουμε πληροφορίες σχετικές με παθήσεις της παιδικής ηλικίας, με το χρόνο που άρχισε η βάδιση της και με παθήσεις των αρθρώσεων της πυέλου και γενικά του σκελετού της. Από τις πολύτοκες θα πληροφορηθούμε αν οι προηγούμενοι τοκετοί ήταν δύσκολοι ή περατώθηκαν με μαιευτική παρέμβαση.

2.- Ε π ι σ κ ό π η σ η : Επισημαίνουμε τα παρακάτω στοιχεία που πιθανό να έχουν σχέση με παθολογική πύελο:

I) το πολύ μικρό ανάστημα της εγκύου

II) το μεγάλο κεφάλι με διογκωμένα τα μετωπιαία οστά

III) την κάτω γνάθο που προβάλλει

IV) την πάχυνση και βράχυνση των δακτύλων των χεριών

V) την διόγκωση των γονάτων

VI) τις παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης.

3.- Ψ η λ ά φ η σ η : Από την εξωτερική ψηλάφηση των οστών της πυέλου, μπορούμε να κρίνουμε, εκτιμώντας το πάχος τους, τη συμμετρία και το σχήμα τους αν υπάρχει πυελική ανωμαλία.

ΠΥΕΛΟΜΕΤΡΗΣΗ

Η μεθοδική καταμέτρηση των διαστάσεων της πυέλου μας διαφωτίζει σχετικά με τη μορφή και το βαθμό στένωσης αυτής. Πρέπει να προσδιορίζονται οι διάμετροι της πυέλου, όλων των εγκύων.

Πιο πολύ αναγκαίος ο προσδιορισμός είναι:

i) Σε πολύτοκες που αναφέρουν δυστοκίες.

ii) Σε έγκυες με μικρό ανάστημα ή παρουσιάζουν παραμορφώσεις στο σκελετό.

- ιιι) Σε πρωτότοκες με κοιλιά που προέχει και με ανεμπέδωτο τον κάτω πόλο του εμβρύου.
- ιv) Σε πολύτοκες με κρεμασμένη την κοιλιά και όταν αυτή παρουσιάζει ανώμαλο σχήμα.
- v) Σε ανώμαλη προβολή του εμβρύου.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο ακτινολογικός έλεγχος της πυέλου αναγνωρίζεται σαν απαραίτητο βοήθημα της κλινικής εξέτασης και συνιστάται μόνο όταν είναι απαραίτητος, όπως:

- α) Σε παχύσαρκες γυναίκες που είναι δύσκολος ο προσδιορισμός των διαμέτρων της πυέλου.
- β) Όταν η επίτοκος αναφέρει στο ιστορικό της κάταγμα της πυέλου.
- γ) Όταν υπάρχει ιστορικό δυστοκίας.
- δ) Όταν θέλουμε να επιβεβαιώσουμε την κλινική μας διάγνωση σε ανώμαλη πύελο.

Είναι ευνόητο πως αν διαθέσουμε αλλά διαγνωστικά μέσα για την μελέτη της οστεϊνης πυέλου δεν καταφεύγουμε στον ακτινολογικό έλεγχο.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

Όπως αναφέραμε, η εγκυμοσύνη αρχίζει με τη γονιμοποίηση και τελειώνει με τον τοκετό. Η μέση διάρκεια αυτής είναι 266 ημέρες, με ανώτερο όριο 293 ημέρες και κατώτερο 230.

Πραγματικά για να βρούμε την ημερομηνία του τοκετού προσθέτουμε 8 ημέρες στην πρώτη ημέρα της εμμηνορυσίας και

ένα έτος και αφαιρούμε τρεις μήνες. Αν π.χ. η έγκυος αναφέρει σαν πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας την 4η Δεκεμβρίου θα περιμένουμε τον τοκετό ως τη 12η Σεπτεμβρίου της άλλης χρονιάς. Άλλος τρόπος προσδιορισμού της διάρκειας της εγκυμοσύνης είναι ο νόμος του NAGBLE, που προσθέτει 7 ημέρες στην πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας.

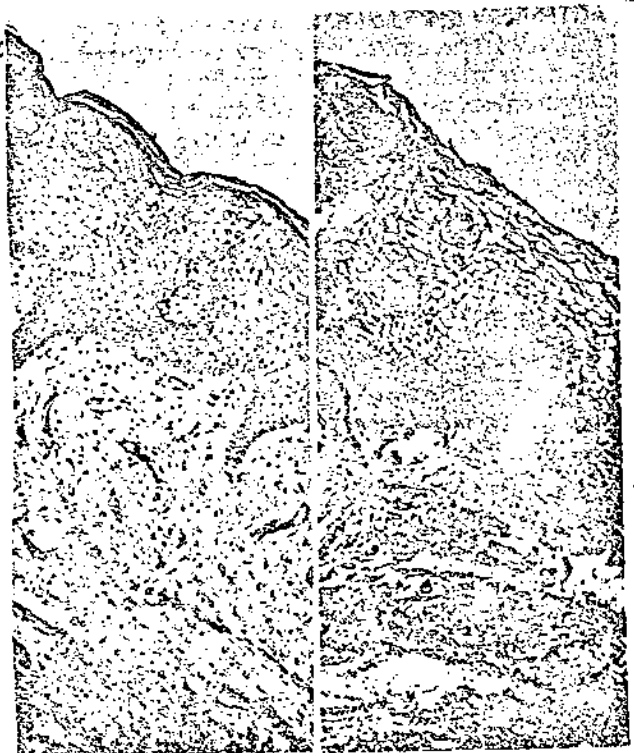
Γενικά η διάρκεια της κύησης υπολογίζεται στις 283 ημέρες, δηλαδή σε 40 εβδομάδες που μας κάνουν 9 ημερολογιακούς μήνες και 10 σεληνιακούς. Αν γεννηθεί το έμβρυο ανάμεσα στην 38η και 42η εβδομάδα, δηλ. στις 259-293 ημέρες λέγεται ώριμο ή τελειόμηνο. Αν όμως γεννηθεί μεταξύ της 28ης - 37ης εβδομάδας, δηλ. στις 196-259 ημέρες λέγεται πρόωρο.

Περίπου 60% των εγκύων θα γεννήσουν μια εβδομάδα πριν ή μια εβδομάδα μετά από την πιθανή ημερομηνία του τοκετού και λιγότερες από 5% ακριβώς την ίδια ημέρα που προσδιορίσαμε.

1.2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ.

1. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:

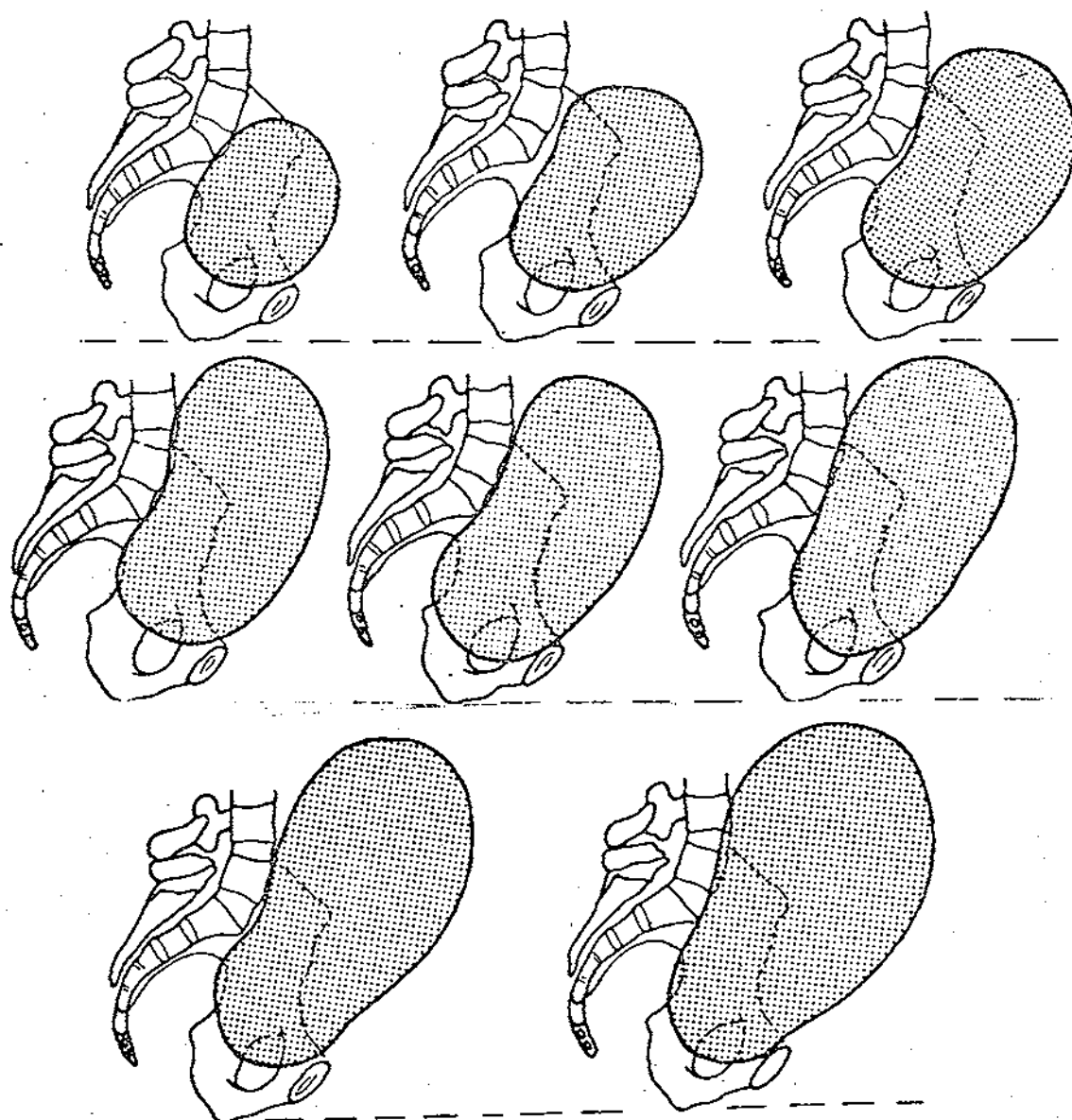
Τα γεννητικά όργανα καταβάλλουν χαρακτηριστικές μεταβολές. Συγκεκριμένα ο κόλπος εμφανίζει μεγάλη υπεραίμια και το χρώμα του γίνεται ιώδες από την 6η εβδομάδα της κύησης. Αυτό αποτελεί ένα από τα πρώιμα διαγνωστικά σημεία της κύησης. Εκτός από την υπεραίμικη εμφάνιση του



Εικόνα 7.1. Α. Κολπικό επιθήλιο στην ώριμη γεννητική ηλικία.

κόλπου, συμβαίνουν σημαντικές μεταβολές στον υποβλενογόνο συνδετικό ιστό που τον περιβάλλει. Έτσι δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για να επιτρέψουν τη μεγάλη διάταση που προκαλείται τη στιγμή που το έμβρυο περνά μέσα από τον πυελογεννητικό αυλό.

Η μήτρα υφίσταται τις πιο σημαντικές μεταβολές στην κύηση. Εκτός από τις αλλαγές στο μέγεθος, στο σχήμα, στην σύσταση, στη θέση και στη συσταλτικότητα της, που οφείλεται



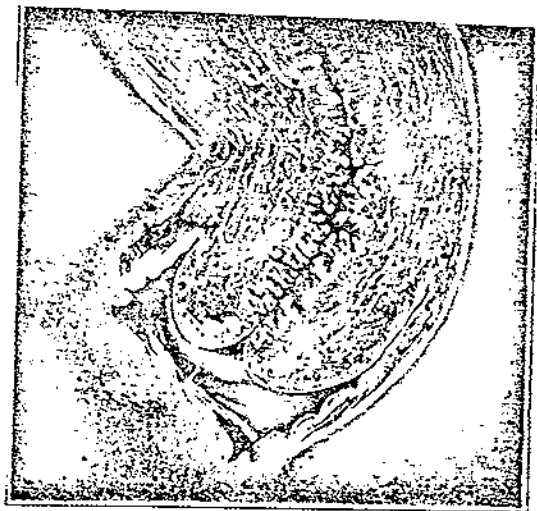
Εικόνα 7.2. Μεταβολές του σχήματος της μήτρας από την 20η έως 38η εβδομάδα της κύησης (από Gillespie, 1950).

κατά κύριο λόγο στην αύξηση του περιεχομένου της, παρουσιάζονται μεταβολές στην υφή του ενδομήτριου, του μυομήτριου και της αγγείωσής της.

Το μέγεθος της αυξάνει γρήγορα για να προσαρμοστεί στις ανάγκες του κυήματος. Ένα όργανο διαμέτρου 7,5 X 5 X 2,5 CM φτάνει στο τέλος της εγκυμοσύνης σε διάμετρο 28 X 24 X 21 CM.

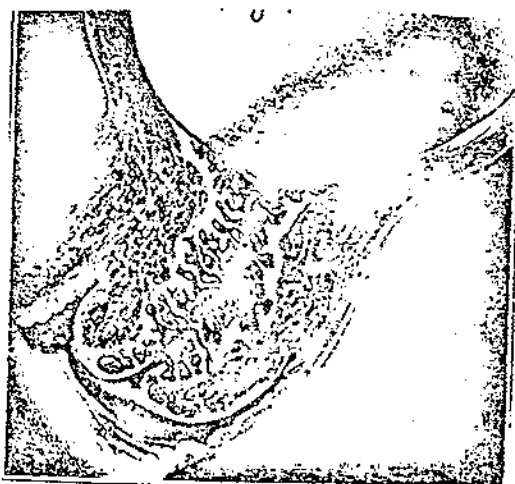
Το σχήμα της μήτρας μέχρι την 6η εβδομάδα είναι απειροειδές για να μεταβληθεί σε σφαιρικό μετά την 12η εβδομάδα. Στο μέσο της εγκυμοσύνης γίνεται ωοειδές και στο τέλος επιμακύνεται και παίρνει κυλινδρoειδή μορφή.

Η σύσταση της μήτρας προοδευτικά γίνεται μαλακή. Ο ισθμός της επιμηκύνεται, γίνεται ιδιαίτερα μαλακός, ώστε αυτή η σύστασή του τραχήλου μεταξύ της 6ης και 8ης εβδομάδας, να αποτελεί το χαρακτηριστικό σημείο HEGAR, που χρησιμεύει στην κλινική διάγνωση.



Είκ. 109. Τράχηλος άκύμονος μήτρας

Η θέση της μήτρας διατηρείται στην αρχή σε πρόσθια

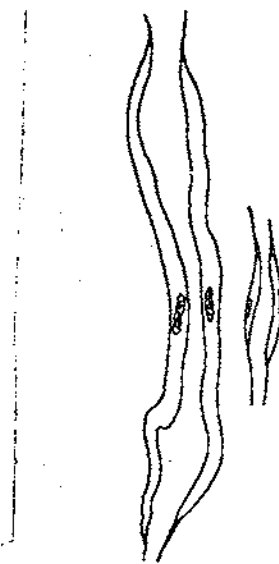


Είκ. 110. Τράχηλος έγκύμονος μήτρας

κλίση και κάμψη, ενώ με την εμφάνιση του τραχήλου αρχίζει η κάμψη προοδευτικά να εξαφανίζεται.

Η συσταλτικότητα διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και παρουσιάζονται συστολές σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα και διαρκούν περίπου 30"λεπτά.

Οι μυϊκές ίνες του μυομητρίου στην αρχή της κύησης πολλαπλασιάζονται αλλά η κύρια αύξηση του μυομητρίου οφείλεται σε υπερτροφία των κυττάρων. Ο όγκος του μυομητρίου 100/πλασιάζεται περίπου ενώ η κάθε μια μυϊκή ίνα αυξάνεται από 17-20 φορές. Το ενδομήτριο μεταβάλλεται σε φθαρτό και είναι το χαρακτηριστικό ενδομήτριο της κύησης.



Εικόνα 7.3. Μυϊκές ίνες πριν και κατά την εγκυμοσύνη. Τα μυϊκά κύτταρα υπερτρέφονται περισσότερο από είκοσι φορές.

Το μέγεθος της μήτρας και η ανάπτυξη του πλακούντα μαζί με τις μεταβολικές ανάγκες του εμβρύου δημιουργούν αυξημένες κυκλοφορικές απαιτήσεις για τη μήτρα. Έτσι ώστε στο τέλος της εγκυμοσύνης περίπου το 1/6 του ολικού όγκου του αίματος της μητέρας, να περιέχεται στο αγγειακό σύστημα της μήτρας. Υπολογίζεται ότι η αιμάτωσή της αυξάνει από 50 ML/MIN την 10η εβδομάδα σε 400-500 ML/MIN στο τέλος της εγκυμοσύνης.

Ο τράχηλος της μήτρας παρουσιάζει χαρακτηριστικές αλλαγές. Ο βλενογόνος του εμφανίζει σημαντικές μεταβολές ενώ χαρακτηριστικές είναι οι αλλαγές που γίνονται στην αγγείωση και στην υπερπλασία του μυϊκού και συνδετικού ιστού. Επίσης οι αδένες του ενδοτραχήλου υπερτρέφονται και εκκρίνουν περισσότερη βλένα που φράζει σαν πώμα τον τράχηλικό στόμιο και προφυλάσσει από τις ανιούσες μολύνσεις. Η σύσταση του τραχήλου γίνεται μαλακή και αυξάνει το εύρος του ενώ προοδευτικά κοντένει.

Στις ωοθήκες το ωχρό σωματίο, κατά τις πρώτες εβδομάδες, μεγαλώνει περίπου στο διπλάσιο με διάμετρο (2-2,5 CM). Τη μεγαλύτερη λειτουργική του και ανατομική του ανάπτυξη την παρουσιάζει κατά την 6η εβδομάδα και αρχίζει να υποστρέφεται μέχρι τον 6ο μήνα. Στην επιφάνεια των ωοθηκών παρατηρούνται άτρητα ωοηλάκια σε διάφορους βαθμούς εξέλιξης. Τα κύτταρα της έσω θήκης των ωοθηλακίων αυτών προοδευτικά αυξάνουν σε μέγεθος και παίρνουν χαρακτηριστική μορφή ωχρινοποιητικών κυττάρων.

Οι σάλπιγγες δεν παρουσιάζουν αξιόλογες αλλαγές εκτός από μία γενικευμένη υπεραϊμία και μια επιμήκυνση.

Οι μαστοί διογκώνονται γιατί υπερτρέφονται. Οι αλλαγές αφορούν τη μελάχρωσή της θηλής, την άλω που την περιβάλλει και τη διόγκωση των φυματίων του MONTGOMERY.

Στο δέρμα γίνεται η εναπόθεση της μελαχρωστικής πάνω στη λευκή γραμμή. Σε πολλές έγκυες, στο πρόσωπο, γίνονται εναποθέσεις μελαχρωστικής οπότε δημιουργείται το χλόασμα.

Τα κοιλιακά τοιχώματα διογκώνονται. Μετά τον 4ο μήνα, η μήτρα ανεβαίνει έξω από την πύελο. Τον 6ο μήνα ο ομφαλός προέχει και το δέρμα της κοιλιάς διατείνεται. Η υπερβολική αύξηση της τάσης του δέρματος έχει ως αποτέλεσμα το σχηματισμό των ραβδώσεων.

2.- ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Στην εγκυμοσύνη το αναπνευστικό σύστημα προσαρμόζεται έτσι ώστε να μην ελλατωθεί ο ενδοθωρακικός χώρος, ούτε ο όγκος του αναπνεόμενου αέρα, από την ανύψωση του διαφράγματος

που πιέζεται από τον πυθμένα της μήτρας. Για να το πετύχει αυτό αυξάνει την κινητικότητα του διαφράγματος και διευρύνει τα μεσοπλεύρια διαστήματα. Ο όγκος τότε του αέρα κάθε εισπνοής αυξάνεται βαθμιαία και τόσο, ώστε στο τέρμα της εγκυμοσύνης να είναι 30-40% μεγαλύτερος από τον όγκο του αέρα που περνούσε από τους πνεύμονες πριν μείνει έγκυος.

Ο βλενογόνος του λάρυγγα και της μήτης, εμφανίζουν υπεραιμία και οίδημα. Η φωνή γίνεται χονδροτέρα και εύκολα η έγκυος παθαίνει συνάχι.

3.- ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Οι μεταβολές του αιμοποιητικού συστήματος είναι σημαντικές. Ο ολικός όγκος του αίματος αυξάνεται κατά 48% στις απλές και κατά 51% στις πολύδυμες κήσεις. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε ποσοστό 70% στην αύξηση του πλάσματος και σε ποσοστό 30% στα ερυθρά αιμοσφαίρια και είναι προοδευτική ανάλογα με την εβδομάδα της κύησης. Τα πιο ψηλά επίπεδα του αίματος και του πλάσματος παρατηρούνται μεταξύ της 32ης - 40ης εβδομάδας.

Λόγω της γρήγορης αύξησης του πλάσματος στην αρχή της κύησης και την καθυστερημένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων της ελαττώνεται κατά 10% περίπου μέχρι το τέλος του δεύτερου τριμήνου της κύησης.

Με την αύξηση του όγκου του πλάσματος τα ερυθρά αιμοσφαίρια ελαττώνονται από 4.500.000 φθάνουν 3.800.000 κ.κ.χ. για να εμφανίσουν μικρή αύξηση στο τέλος της εγκυμοσύνης, επειδή τότε παρατηρείται ελάττωση του όγκου του πλάσματος.

Έχομε αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων που οφείλεται α-

ποκλειστικά στην αύξηση των πολυμορφοπύρηνων κυττάρων, ενώ τα λεμφοκύτταρα αυξάνονται ελάχιστα ή καθόλου. Επίσης αυξάνονται και τα αιμοπετάλια με άγνωστο μηχανισμό, ίσως για να προλάβουν ενδεχόμενη αιμορραγία.

Η Τ.Κ.Ε. αυξάνεται αλλά δεν έχει καμιά διαγνωστική αξία και είναι αποτέλεσμα της αύξησης του ινωδογόνου και των σφαιρινών.

4.- ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Το κυκλοφορικό σύστημα στην εγκυμοσύνη υπερλειτουργεί. Ο ακτινολογικός έλεγχος της καρδιάς τη δείχνει μεγαλύτερη, προς τα πάνω και αριστερά, λόγω πίεσης του διαφράγματος. Ο καρδιακός τόνος είναι πιο έντονος και ο όγκος της καρδιάς μεγαλώνει κατά 10% με διάταση και υπερτροφία του καρδιακού μυός.

Η Α.Π. στην διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν μεταβάλλεται αισθητά. Μπορεί να ελαττωθεί στο μέσο της κύησης και να επανέλθει πάλι στα φυσιολογικά πλαίσια.

Τα αγγεία λεπταίνουν, χαλαρώνουν και διαστέλλονται.

5.- ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Στο γαστρεντερικό σύστημα συμβαίνουν σημαντικές μεταβολές. Η δραστηριότητα των σιελογόνων αδένων αυξάνεται και μπορεί να έχουμε και έντονη σιελόρροια. Πόνοι που σχετίζονται με την κακή κατάσταση των δοντιών, γίνονται ενοχλητικοί, λόγω της υπεραιμίας που προκαλεί η κύηση στα ούλα.

Η ναυτία και οι έμετοι που συμβαίνουν στο 1/3 των κυήσεων είναι αποτέλεσμα των αυξημένων ποσών της χοριακής γονα-

δοτρόπους ορμόνης.

Η περιορισμένη κινητικότητα του εντέρου προκαλεί δυσκοιλιότητα λόγω της πίεσης που ασκείται από τη μήτρα.

Έχουν σημειωθεί μεταβολές στη λειτουργία του ήπατος και που αφορούν κυρίως το μεταβολισμό του γλυκογόνου. Σε μικρό ποσοστό εγκύων παρατηρείται αύξηση της χολερυθρίνης.

Ο σπλήνας υπερτροφεί και αυξάνει την παραγωγή λεμφοκυττάρων.

6.- ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Είναι δυνατό να υπάρχει συχνουρία λόγω της πίεσης πάνω στην ουροδόχο κύστη. Η ουροδόχος κύστη χάνει τον τόνο της, δεν αδειάζει εντελώς και ευθύνεται για την ανάπτυξη ουρολοίμωξης. Τυπική μεταβολή του ουροποιητικού συστήματος είναι η διάταση της νεφρικής πυέλου και των ουρητήρων.

Στη φυσιολογική κύηση, η αιμάτωση του νεφρικού παρεγχύματος αυξάνεται προοδευτικά μέχρι 250 ML/MIN ενώ η σπερματική διήθηση παρουσιάζει αύξηση ως 50%.

Η κάθαρση κρεατίνης αυξάνει μέχρι 150 ML/MIN στην αρχή με αποτέλεσμα να εμφανίζεται ελαττωμένη στο πλάσμα ενώ στις τελευταίες εβδομάδες τα επίπεδα της στο πλάσμα αυξάνουν.

Η απέκκριση νατρίου αυξάνεται μέχρι 60% αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό επαναροφάται.

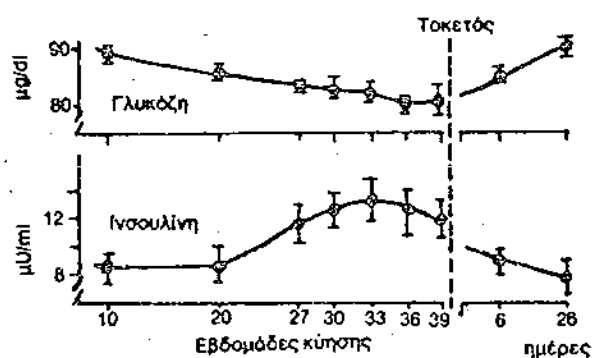
Σε ποσοστό 35% των φυσιολογικών εγκύων αποβάλλεται σάκχαρο από τα ούρα και μπορεί να φτάσει τα 30G το 24ωρο. Η απέκκριση αμινοξέων αυξάνεται λόγω ανεπάρκειας στην επαναρρόφηση τους από τα νεφρικά σωληνάκια.

6.- ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ :

Ο μεταβολισμός στην εγκυμοσύνη δραστηριοποιείται για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες που αφορούν στην πρόσληψη και αποθήκευση σε απαραίτητες ποσότητες στοιχείων για τη δόμηση ιστών. Πιο αναλυτικά ο αυξημένος μεταβολισμός συμμετέχει στην ανάπτυξη του εμβρύου στις προπαρασκευαστικές μεταβολές, απαραίτητες για τον τοκετό και στην προετοιμασία του οργανισμού για τη γαλουχία.

Ο μεταβολισμός του σακχάρου στην εγκυμοσύνη παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές.

Τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος είναι πιο χαμηλά από εκείνα που βρίσκονται εκτός από την κύηση και πέφτουν χαμηλότερα ακόμη στο τελευταίο τρίμηνο.



Εικόνα 7.7. Συγκεντρώσεις γλυκόζης και ινσουλίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μετά από 12 - 14 ώρες νηστεία

Τα επίπεδα της ινσουλίνης βρίσκονται πιο ψηλά και όσο πέφτει η γλυκόζη του αίματος τόσο αυξάνεται η ινσουλίνη στο πλάσμα. Εκτός από την ποσοτική αύξηση της ινσουλίνης, παράλληλα φαίνεται ότι αυξάνει και η δραστηριότητά της. Η εγκυμοσύνη έχει αποδειχθεί ότι ασκεί διαβητογόνο επίδραση, γι' αυτό η φυσιολογική έγκυος μετά την 26η εβδομάδα έχει ελαττωμένη αντίδραση στην ινσουλίνη. Επίσης είναι γνωστό ότι ορισμένες έγκυες μπορεί να εμφανίσουν διαβήτη στην εγκυμοσύνη, που εξαφανίζεται μετά τον τοκετό και είναι γνωστός ως "διαβήτης της κύησης".

Ο μεταβολισμός των πρωτεϊνών στην κύηση παρουσιάζει

αρνητικό ισοζύγιο στο τέλος του πρώτου τριμήνου και στην αρχή του δεύτερου, ενώ μετά επέρχεται ισορρόπηση. Ιδιαίτερα τα λευκώματα, κατά κύριο λόγο η λευκωματίνη ελαττώνεται στην αρχή και μετά διατηρούνται σταθερά.

Τα λιπίδια παρουσιάζονται αυξημένα. Αυξήσεις παρατηρούνται και στη χοληστερόλη, που ξεκινάει στην αρχή με 50 MMOL/L για να φτάσει στο τέλος στο 80 MMOL/L. Υποστηρίζεται ότι οι αυξήσεις αυτές είναι ανάλογες με εκείνες των οιστρογόνων.

Ο μεταβολισμός του σιδήρου παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον γιατί παρατηρούνται αυξημένες ανάγκες κατά την κύηση. Η ολική ποσότητα σιδήρου στον οργανισμό είναι 3-4 G. Το 75% είναι ενσωματωμένο στην αιμοσφαιρίνη και αποτελεί το λειτουργικό σίδηρο, ενώ το 25% βρίσκεται ως απόθεμα με τη μορφή φερριτίνης ή αιμοσιδηρίνης στο ήπαρ, σπλήνα και μυελό των οστών.

Η σημασία του μεταβολισμού του σιδήρου φαίνεται από τη μεγάλη συχνότητα της σιδηροπενίας που παρατηρείται και στις προηγμένες οικονομικά κοινωνίες. Γι' αυτό κατά τη διάρκεια της κύησης δίνονται σκευάσματα σιδήρου.

Ο μεταβολισμός του ασβεστίου είναι βασικής σημασίας για τη μητέρα και το έμβryo. Οι ζωτικές ανάγκες της κύησης για το ασβέστιο, για το σχηματισμό του εμβρυϊκού σκελετού δημιουργούν ένα σύστημα μαζικής μεταφοράς του ασβεστίου. Υπολογίζεται ότι χρειάζονται 25-30 G για το έμβryo κατά το δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης. Επίσης μεγάλες ποσότητες χρειάζονται για την περίοδο της γαλουχίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ή ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΑΡΧΙΚΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.

Η εγκατάσταση της κύησης δεν προεξοφλεί πάντοτε και το πέρας αυτής. Μεταξύ των διαφόρων μαιευτικών συμβάντων που διακινδυνεύουν την τύχη του κυήματος, αναφέρουμε :

- α) Εξωμήτρια κύηση,
- β) Απειλούμενη κύηση,
- γ) Αυτόματη ρήξη,
- δ) Μύλη κύηση,
- ε) Προδρομικό πλακούντα.

A.- ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ :

Το ω ριο μετά τη γονιμοποίησή του κατέρχεται δια των ωαγωγών και εγκαθίσταται στη μητρική κοιλότητα. Η κάθοδος αυτή πολλές φορές λόγω οργανικής βλάβης του τοιχώματος της σάλπιγγας, διακόπτεται και το κύημα παραμένει εντός της σάλπιγγας, όπου και εγκαθίσταται και συνεχίζει την ανάπτυξή του. Η περίπτωση αυτή λέγεται έκτοπος ή εξωμήτρια κύηση.

Τα τοιχώματα της σάλπιγγας διατείνονται και συνήθως γύρω στον 20 - 30 μήνα επέρχεται ρήξη της σάλπιγγας που εκδηλώνεται με δυνατό άλγος και εσωτερική αιμορραγία. Εκτός της ρήξης της σάλπιγγας είναι δυνατό η μετακίνηση του κυήματος αντίστροφα προς τη φυσιολογική κάθοδο και η έκτρωση δια του ωαγωγού εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Τότε μιλάμε για ωαγωγική έκτρωση.

Η συμπτωματολογία της εξωμητρίου διακρίνεται σε :

α) προ της ρήξης, β) μετά τη ρήξη.

A/ ΠΡΟ ΤΗΣ ΡΗΞΗΣ :

Η αφύσικη εγκατάσταση του κύματος συνοδεύεται από :

- i) άλγος στο υπογάστριο,
- ii) μικροαιμορραγίες.

Αυτά πρέπει να κινούν τις υποψίες για εξωμήτρια κύηση και άμεση αντιμετώπιση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ :

Χειρουργική : Αφαιρείται μόνο το κύημα, ολόκληρη η σάλπιγγα ή και μέρος της σάλπιγγας.

B/ ΜΕΤΑ ΤΗ ΡΗΞΗ :

Συνήθως η εξωμήτρια κύηση γίνεται αντιληπτή μετά τη ρήξη με τα εξής συμπτώματα:

- i) Έντονο άλγος στο υπογάστριο,
- ii) Λιποθυμία λόγω εσωτερικής αιμορραγίας,
- iii) Η Α.Π. κατέρχεται, σφυγμός ταχύς και λεπτός και το SHOCK εγκαθίσταται κατά τρόπο θορυβώδη.

B.- ΠΕΙΛΟΥΜΕΝΗ ΚΥΗΣΗ :

Κύηση που παρουσιάζει αιμόρροια εκ των έξω γεννητικών οργάνων καλείται απειλούμενη. Το αίμα συχνά συνοδεύεται από άλγος στο υπογάστριο. Εάν με την σπασμολύση και την κατάκλιση δεν υποχωρήσει το άλγος, τότε η τύχη της εγκυμοσύνης κρίνεται ως επισφαλής, διότι θα προκληθεί διαστολή και θα εκβληθεί το κύημα. Τότε μιλάμε για αυτόματη εκβολή, αν εξέλθει μέρος του κύματος τότε λέμε για ατελή εκβολή και εάν το κύμα έχει εξέλθει όλο ή έχει φτάσει ως τον κόλπο, τότε μιλάμε

για συντελεσθείσα αυτόματη εκβολή. Συχνά η απειλούμενη κύηση μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση του κυήματος οπότε μιλάμε για παλινδρομή κύηση.

Η αιμόρροια και το άλγος πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα με κλινοστατισμό και φαρμακευτική αγωγή (ορμόνες, σπασμολυτικά κλπ.). Αν κατά τη θεραπεία εκβληθεί ένα μέρος ή όλο το κύημα θα προβούμε σε θεραπευτική απόξεση γιατί ενδέχεται να έχουν μείνει υπολείματα τροφοβλάστης ή και λαχνών που προκαλούν ενδομητρίτιδα, αιμορραγία και εκδηλώνονται σε πολύποδες.

Γ' ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΣΗ ΘΥΛΑΚΙΟΥ (.Α.Ρ.Θ.)

Αυτή μπορεί να συμβεί από το σχηματισμό του θυλακίου μέχρι το τέλος της κύησης. Η επίτοκος αντιλαμβάνεται εκροή υγρών που συχνά συνοδεύονται από πόνο με τελική απόληξη διαστολή του τραχήλου, με αποτέλεσμα την εκβολή του κυήματος ή τοκετό.

Τίθεται το ερώτημα αν είναι ούρα ή αμνιακό υγρό και αυτό διαγνώνεται από την αλκαλική αντίδραση του αμνιακού υγρού με τον χάρτη του ηλιοτροπίου.

Επειδή κατά την Α.Ρ.Θ. υπάρχει κίνδυνος ενδομητρίτιδας θα πρέπει:

- α) να αποφεύγονται οι κολπικές εξετάσεις
- β) η επίτοκος να παραμείνει κλινήρης
- γ) να χορηγηθούν προληπτικώς αντιβιοτικά.

Η αγωγή που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από την εβδομάδα της κύησης.

Δ.- ΜΥΛΗ ΚΥΗΣΗ :

Πρόκειται για εκφύλιση του κηήματος που αρχίζει από τα τροφοβλαστικά στοιχεία και επεκτείνεται σε όλο το κηήμα. Υπάρχουν κυστίδια με υδατιδώδες περιεχόμενο. Το μέγεθος της μήτρας αυξάνεται. Παρατηρείται από αιμόρροια η οποία δυνατό να συνοδεύεται από πτώση κύστεων. Η.С.С. είναι αυξημένη.

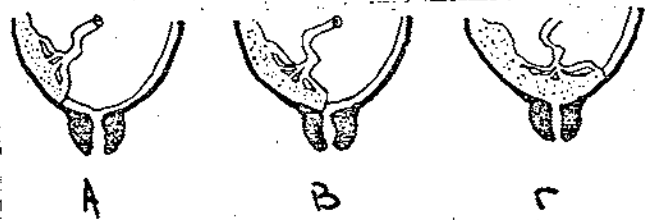
Η θεραπεία της μύλης συνιστάται σε προσεκτική εκκένωση της μήτρας. Η μετέπειτα παρακολούθηση πρέπει να συνεχιστεί με την ανίχνευση της Η.С.С στα ούρα γιατί είναι δυνατό η μύλη να μεταπέσει σε κακοήθη νεοπλασία που λέγεται χοριοεπιθηθλιαίωμα.

Ε.- ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ :

Προδρομικός ή πρόδρομος πλακούς καλείται ο πλακούς που προσφύεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και αποφράσσει το έσω τραχηλικό στόμιο, οπότε σε περίπτωση που αρχίζει η διαστολή έχουμε αιμορραγία η οποία πολλές φορές στοιχίζει τη ζωή της επιτόκου.

Εάν ο πλακούντας αποφράσσει τελείως το έσω στόμιο του τραχήλου ονομάζεται επιστόμιος προδρομικός πλακούντας.

Αν το περιφερικό χείλος του πλακούντα φθάνει ως το έσω τραχηλικό στόμιο, τότε μιλάμε για χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα.



Τύποι προδρομικού πλακούντος: Α- χαμηλή πρόσφυσις, Β- επιχειλίσιος, Γ- επιστόμιος.

Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να έχουμε φυσιολογικό τοκετό μόλις εμπεδωθεί ο κάτω πόλος του εμβρύου. Σε επιστόμιο προδρομικό πλακούντα προβαίνουμε σε άμεση καισαρική τομή.

2.2. ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ :

Υπάρχουν αρκετά νοσήματα τα οποία είναι πολύ επιβλαβή τόσο για την επίτοκο όσο και για το έμβρυο. Τέτοια είναι :

ΚΥΗΣΗ - ΑΝΑΙΜΙΑ

Κατά την κύηση συχνότατα υπάρχει αναιμία που διαπιστώνεται από την εξέταση του αίματος για ερυθρά αιμοσφαίρια, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνη, συχνότατα είναι υπόχρωμος και η αναιμία αυτού του είδους διορθώνεται με χορήγηση ιδιοσκευασμάτων που περιέχουν σίδηρο. Συχνότατα όμως απαντά μεγαλοβλαστική αναιμία της κύησης που δεν αντιμετωπίζεται μόνο με το σίδηρο αλλά χρειάζεται και φυλικό οξύ, για το λόγο αυτό, τα σιδηρούχα ιδιοσκευάσματα που θα χορηγηθούν πρέπει να περιέχουν και φυλικό οξύ ως FERRO-FOLIC κλπ.

Η φαρμακευτική διόρθωση της αναιμίας είναι επιβεβλημένη, διότι εκτός της δυσαρέσκειας που παρουσιάζει για την οξυγόνωση του εμβρύου, αν κατά τον τοκετό η γυναίκα χάσει λίγο περισσότερο αίμα θα χρειαστεί μετάγγιση. Συνήθως η από του στόματος χορήγηση σιδήρου είναι αρκετή για να ανεβάσει τον αιματοκρίτη, αν όχι τότε θα καταφύγουμε σε παρεντερική χορήγηση.

Οι αναιμίες της κύησης οφείλονται:

1) Στη δυσανάλογο αύξηση του όγκου του πλάσματος προς τα έμβρυα στοιχεία αυτού : Η αναιμία αυτή δεν είναι γνήσια και καλείται φυσιολογική αναιμία της κύησης. Η θεραπευτική αγωγή είναι η χορήγηση σιδήρου από το στόμα.

ιι) Στην ελάττωση του σιδήρου του αίματος.

ιιι) Σε μεγαλοβλαστική αναιμία της κύησης : Οφείλεται σε κακή διατροφή και σε κακή απορρόφηση των προσλαμβανομένων τροφών ή σε μολύνσεις οι οποίες διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία του μυελού των οστών. Εκδηλώνεται απότομα κατά το τελευταίο τρίμηνο ή στη λοχεία. Η θεραπευτική αγωγή συνιστάται στη χορήγηση φολικού οξέως, σιδήρου, ασκορβιτικού οξέος και βιταμίνης Β₁₂. Επί μολύνσεων προστίθεται και αντιβίωση.

ιν) Σε μεσογειακή αναιμία που μπορεί να έχει η μητέρα. Η εγκυμοσύνη εξελίσσεται φυσιολογικά πατά τη σημαντική πτώση της αιμοσφαιρίνης. Οι έγκυες που φέρουν το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας είναι δυνατόν να παρουσιάσουν καθ'έξιν εκτρώσεις. Εάν και ο πατέρας είναι φορέας της νόσου, τότε επιβάλλεται ο προγεννητικός έλεγχος.

ΚΥΗΣΗ - ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ :

Η καρδιοπάθεια γενικά χαρακτηρίζεται σαν αντιρροπούμενη ή μη. Κατά την κύηση, μετά από αύξηση του βάρους από την κατακράτηση νερού, είναι δυνατό να επιβαρυνθεί η καρδιακή λειτουργία, τότε η επίτοκος παρουσιάζει σημεία κάμψης με σοβαρή απειλή για τη ζωή της.

Η καρδιοπάθεια κατά την κύηση αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα, αν είναι από την αρχή μη αντιρροπούμενη τότε αποφεύγεται η κύηση ή και αν είναι ακόμη στην αρχή διακόπτεται. Η κύηση απαγορεύεται σε:

ι) Καρδιακή ανεπάρκεια.

- ιι) σε αρρυθμίες εκ κολπικής μαρμαρυγής ή πτερυγισμού.
- ιιι) σε συγγενείς καρδιοπάθειες.
- ιν) σε στένωση του ισθμού της αορτής.

Η καρδιοπάθης έγκυος πρέπει να αποφεύγει τις λοιμώξεις, την κόπωση, την αναιμία, την νεφροπάθεια, την υπέρταση κλπ. Πρέπει να υποβάλλεται σε διαιτητικούς περιορισμούς ως προς τη λήψη άλατος, υγρών και πλήρων τροφών.

Τα καρδιολογικά συμβάντα κατά την κύηση εκδηλώνονται μετά τον τοκετό τις πιο πολλές φορές μετά την έξοδο του εμβρίου, οπότε με την εκκένωση της μήτρας παρουσιάζονται σημεία καρδιακής κάμψης.

Κατά την εξώθηση της καρδιοπαθούς πρέπει πάντα να παρίσταται και ο καρδιολόγος.

ΚΥΗΣΗ - ΔΙΑΒΗΤΗΣ :

Ο διαβήτης είναι μια μεταβολική νόσος των υδατανθράκων. Κατά την κύηση ο διαβήτης σε ότι αφορά την κατάσταση της μητέρας περνά δίχως ιδιαίτερα προβλήματα, θα είμαστε ευτυχείς, αν μπορούσαμε να πούμε το ίδιο και για το έμβρυο. Η εμβρυϊκή θνησιμότητα από διαβητικές μητέρες, είναι πάρα πολύ υψηλή, μέχρι και 40%.

Στον διαβήτη το έμβρυο παρουσιάζει μεγάλο βάρος με προβλήματα κατά τον τοκετό που πολλές φορές επιλύονται είτε με εμβρυοκλία είτε με καισαρική τομή. Μετά τον τοκετό παρουσιάζει παιδιατρικά προβλήματα με κυριότερο την καλοειδή μεμβράνη ή σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας. Κατ'αυτήν το νεογνό παρουσιάζει γογκισμό και δύσπνοια, νοσηλεύεται σε θερμοκοιτίδα και απαιτεί την επισταμένη παιδιατρική παρακολούθηση.

Για την πρόληψη της καλοειδούς μεμβράνης συνίσταται προ του τοκετού η χορήγηση Κορτιζόνης.

Το μεγάλο μέγεθος των νεογνών είναι παθογνωμικό σημείο του διαβήτη και για το λόγο αυτό γυναίκες που γέννησαν μεγάλα παιδιά χωρίς να έχουν διαβήτη κατατάσσονται στην προδιαβητική κατάσταση, δηλ. δεχόμεθα ότι η γυναίκα αυτή μετά παρέλευση χρόνου θα γίνει διαβητική.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α : Η χορήγηση αντιδιαβητικών σκευασμάτων από το στόμα κατά τη διάρκεια της κύησης απαγορεύεται. Συνιστάται η έγκαιρη χορήγηση 2 ή περισσότερων ενέσεων ινσουλίνης ημερησίως και η διατήρηση του σακχάρου του αίματος κάτω από 140 MG%.

Θ ε ρ α π ε υ τ ι κ ή έ κ τ ρ ω σ η : θα αποφασιστεί εφόσον συντρέχουν οι παρακάτω λόγοι:

- ι) Γενετικοί παράγοντες (βαρύ κληρονομικό ιστορικό).
- ιι) Διαβήτης χρονολογούμενος από 25ετίας και πάνω.
- ιιι) Αγγειπάθεια, νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια.
- ιν) Καθ'έξιν εκτρώσεις, παρά το γεγονός ότι ο σακχαρώδης διαβήτης βρίσκεται υπό ρύθμιση.

Π ρ ό ω ρ ο ς δ ι α κ ο π ή τ η ς κ ύ η σ η ς :
θα αποφασιστεί εφόσον συντρέχουν οι παρακάτω λόγοι:

- ι) Αυξημένο υδράμνιο, το οποίο αποτελεί κακή πρόγνωση για το έμβρυο.
- ιι) Απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης με συμπτώματα τοξιναιμίας.
- ιιι) Ιστορικό ενδομητρίων θανάτων.
- ιν) Αδυναμία ρύθμισης του διαβήτη.

ΚΥΗΣΗ - ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ :

Προϋπαρξη κάποιου βαθμού νεφρικής ανεπάρκειας επιδεινώνεται με την κύηση σε βαθμό που να απειλεί τη ζωή της επιτόκου ή να προκαλεί ενδομήτριο θάνατο. Η συμβολή του νεφρολόγου είναι απαραίτητη. Εκτός από αυτά, νεφρολιθιάσεις κατά την κύηση καιστούν εντονώτερα τα ενοχλήματα (κολικοί νεφρού) είναι όμως δυνατό να παρατηρείται στάση ούρων και νεφρική λοίμωξη εξαιτίας της κύησης.

Για τούτο η εξέταση των ούρων κατά την κύηση βοηθάει στον έλεγχο των νεφρικών και ουρολογικών επιπλοκών.

ΚΥΗΣΗ - ΕΡΥΘΡΑ :

Κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών έχει διαπιστωθεί ότι ανωμαλίες διάπλασης οφείλονται στην ερυθρά. Η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών στο έμβρυο ανέρχεται σε ποσοστό 50% αν η νόσος επέλθει μέχρι την 4η εβδομάδα και σε ποσοστό 25% αν επέλθει μετά την 8η εβδομάδα.

Είναι δυνατό να γεννηθούν έμβρυα με το στίγμα της πάθησης που χαρακτηρίζεται από σωματική καθυστέρηση, κώφωση, συγγενούς καρδιοπάθειας, ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ., διαταραχές στην όραση κλπ.

Για την πρόληψη της ερυθράς χρησιμοποιείται το εμβόλιο κατά της ερυθράς. Αν διαπιστωθεί ότι η μητέρα έχει προσβληθεί από τη νόσο συνιστάται η διακοπή της κύησης.

Κ Υ Η Σ Η - Σ Υ Φ Ι Λ Η :

Η κυκλοφορία της ερυθράς σπειροχαίτης στο αίμα της εγκύου, έχει σαν αποτέλεσμα την προσβολή των αγγείων του πλα-

κούντα και των λαχνών, με συνέπεια να έχομε συφιλιδική ενδοαρτηρίτιδα και ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου μετά τον 5ο μήνα. Αν δεν γίνει άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση το έμβρυο θα γεννηθεί με την τυπική εικόνα συγγενούς συφιλίδος, η οποία χαρακτηρίζεται από μέμφυγα στά πέλματα, ρινίτιδα και χαρακτηριστικές ραγάδες στο στόμα. Υπάρχουν περιπτώσεις που το έμβρυο δεν ζει λόγω συφιλιδικής μέσης ηπατίτιδας είτε προκαλεί μεγάλη διόγκωση ήπατος και ασκίτη.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α : Συνιστάται η χορήγηση αυξημένων δόσεων πενικιλίνης.

ΚΥΗΣΗ - ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ :

Ανάλογα σε πιο στάδιο βρίσκεται η φυματίωση, παραλλάσσεται και η βαρύτητα της κύησης. Η διάγνωση της φυματίωσης γίνεται με την δερματοαντίδραση και τον ακτινολογικό έλεγχο. Η ακτινοσκόπηση πρέπει να γίνεται μετά τον 4ο μήνα ώστε να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοβολίας. Η εγκυμοσύνη επιτρέπεται σε περίπτωση φυματίωσης, όταν η γυναίκα έχει θεραπευτεύ από διαιτίας και όταν η έγκυος βρίσκεται σε θεραπεία και είναι υπό την παρακολούθηση πνευμονολόγου.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α : Όταν η φυματίωση είναι ελαφράς μορφής συνιστάται ανάπαυση, σωστό διαιτολόγιο, ρύθμιση των πεπτικών διαταραχών και κυρίως χημειοθεραπεία. Σε προχωρημένες περιπτώσεις είναι δυνατό να διακοπεί η κύηση. Αν η κύηση έχει προχωρήσει πέρα από τον 3ο μήνα ενδείκνυται η συνέχιση της κύησης με εντονότατη αντιφυματική θεραπεία. Ο θηλασμός διακόπτεται γιατί είναι δυνατό να προσβληθεί το έμβρυο από την φυματίωση.

ΚΥΗΣΗ - ΨΥΧΩΣΕΙΣ :

Σε βαρείες ψυχώσεις πρέπει να αποφεύγεται η κύηση, η οποία είναι δυνατόν να επιφέρει έξαρση ή και το αντίθετο της νόσου, εκτός όμως αυτών, ένα νεογνό σε ένα παρόμοιο περιβάλλον πολλαπλασιάζει το κοινωνικό πρόβλημα. Εκτός τούτο όμως υπάρχει συχνότερα και η ψύχωση της λοχείας, πράγμα που πρώτη η μαία αντιλαμβάνεται και ειδοποιεί, αφού προηγουμένως απομονώνει το νεογνό από τη μητέρα. Συνιστάται απογαλακτισμός.

2.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ο μητρικός οργανισμός λόγω των βιολογικών μεταβολών οι οποίοι συμβαίνουν σ' αυτόν μετά την ανάπτυξη και εγκατάσταση του ωαρίου εντός της μήτρας, έχει ανάγκη προσαρμογής προς τη νέα αυτή κατάσταση. Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ο μητρικός οργανισμός, παρά την προσπάθειά του, δεν κατορθώνει να μετύχει την αναγκαία και φυσιολογική αυτή προσαρμογή, όποτε προκύπτουν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως η τοξιναιμία της κύησης, Ασυμβατότητα RHESUS και ενδομήτριος θάνατος.

Α/ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ:

Η τοξιναιμία είναι μια διαρκής απειλή κατά την κύηση λόγω των επιπλοκών που μπορεί να δημιουργήσει. Λέγοντας τ ο ξ ι ν α ι μ ί α εννοούμε την κατάσταση κατά την οποία παραβιάζεται η ομαλή λειτουργία των νεφρών με αποτέλεσμα η επίτοκος να παρουσιάζει:

- α) Αύξηση της Α.Π. άνω των 14,5 MMHG.
- β) Λευκοματουρία.
- γ) Οιδήματα.
- δ) Αύξηση του βάρους του σώματος.

Πιστεύεται ότι πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην κατάσταση αυτή. Τέτοιοι είναι:

α) Η διαταραχή της πήκτικότητας του αίματος με αποτέλεσμα την εναπόθεση ινικής στους νεφρούς και κατά συνέπεια βλάβη στους νεφρούς.

β) Η πρόκληση ισχαιμίας με αποτέλεσμα:

ι) Αύξηση Α.Π.

ιι) Κατακράτηση ύδατος και ηλεκτρολυτών.

γ) Η δ ι α τ ρ ο φ ή και το π ε ρ ι β ά λ λ ο ν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ :

Η τοξιναιμία εμφανίζεται συνήθως σε τρεις μορφές:

- την νέφρωση, - την προεκλαμψία, - την εκλαμψία.

ι) Ν ε φ ρ ο π ά θ ε ι α : Είναι η πιο απλή μορφή της τοξιναιμίας. Γενικά χαρακτηρίζεται από οίδημα, υπέρταση και λευκωματουρία.

ιι) Π ρ ο ε κ λ α μ ψ ί α : Κατά την έναρξή της μπορεί να είναι ασυμπτωματική, αλλά συνήθως κυριαρχεί το σύμπτωμα: αύξηση της Α.Π. με αποτέλεσμα την εμφάνιση κεφαλαλγίας, βουή ώτων, θάμβος όρασης, ναυτία, εμετοί ως και λιποθυμικές κρίσεις. Εμφανίζεται συνήθως κατά τον 2ο μήνα της κύησης με μοναδική εξαίρεση πρώιμης εμφάνισης και μύλη-κύησης.

ιιι) Ε κ λ α μ ψ ί α : Αυτή μας δίνει την όλη εικόνα της τοξιναιμίας με σπασμούς της κυοφορούσης. Είναι η πιο βαρειά μορφή. Η μετάπτωση από την προεκλαμψία στην εκλαμψία αρχίζει με τους σπασμούς και ακολουθεί το κώμα. Η εκλαμψία μπορεί να εμφανιστεί προ και κατά τον τοκετό.

Μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της τοξιναιμίας έχουν οι εξής κατηγορίες:

α) Σε μητέρες που εμφανίζουν οποιαδήποτε μορφή υπέρτασης.

β) Σε μητέρες με ιστορικό νεφρικής παθήσεως.

γ) Σε διαβητικές και παχύσαρκες.

δ) Σε πολλαπλής κύησης δίδυμου, τρίδυμου.

ε) Σε νεαρές μητέρες κάτω των 20 ετών-ιδιαίτερα πρωτότοκες.

Η πρόληψη της τοξιναιμίας γίνεται με την συχνή εξέταση των ούρων προς αναζήτηση λευκοματουρίας, με την μέτρηση Α.Π. και με τη συχνή ζύγιση της επιτόκου.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α : Κατά την προεκλαμψία επιμένουμε στην άναλο δίαιτα, εν ανάγκη σε ακινησία, χορηγούμε διουρητικά (LASIX). Κατά την εκλαμψία χορηγούμε ηρεμιστικά ενώ ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην αποκατάσταση και συντήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας. Σε μη εφαρμογή θεραπείας και αποτυχίας αυτή είναι δυνατόν η κυοφορούσα να πέσει σε κωματώδη κατάσταση. Η επίτοκος κινδυνεύει να πεθάνει από βαρεία κυκλοφοριακή ανεπάρκεια ή εγκεφαλική αιμορραγία. Κατά την διάσκεια των σπασμών μπορεί να έχουμε έναρξη του τοκετού, ο οποίος επιβαρύνει την όλη κατάσταση. Το νεογνό συνήθως πεθαίνει λόγω ανοξαιμίας και αποκόλλησης του πλακούντος.

Β/ ΑΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ RH

Είναι γνωστό ότι από την καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων παράγεται η χολερυθρίνη και η μεγάλη παραγωγή της χολερυθρίνης έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση του ίκτερου, σε μικρό βαθμό γνωστός ως φυσιολογικός ίκτερος των νεογνών. Άλλες φορές ο ίκτερος είναι πιο έντονος, συγκεντρώνεται χολοχρωστική στους εγκεφαλικούς πυρήνες και μηλάμε για πυρηνικό ίκτερο. Αυτός μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο ή να αφήσει σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες όπως σπαστική παράλυση, διανοητική καθυστέρηση κλπ.

Στην εμφάνιση του πυρηνικού ίκτερου παίζει ρόλο η εμφάνιση ασυμβατότητας του παράγοντα RHESUS. Αν η μητέρα είναι

RH(-) και ο πατέρας RH (+) τότε το έμβρυο σύμφωνα με τους νόμους του MENDEL θα είναι θετικό ή αρνητικό RH. Αν είναι θετικό όπως και ο πατέρας ερυθρά αιμοσφαίρια από την εμβρυϊκή κυκλοφορία θα εισέλθουν δια του πλακούντα στην κυκλοφορία της μητέρας και θα σχηματιστούν αντισώματα RH(+). Κατά την επόμενη κύηση τα αντισώματα RH(+) της RH(-) μητέρας θα εισέλθουν στην κυκλοφορία του εμβρύου που αν είναι RH(+) θα προκαλέσουν συγκόλληση και αιμόλυση των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυτού με αποτέλεσμα την μεγάλη αύξηση της χολερυθρίνης και μεγάλου βαθμού ίκτερο.

Σύμφωνα με τα πιο πάνω βλέπουμε την σημασία του RH της μητέρας ιδίως όταν αυτό είναι αρνητικό και του πατέρα θετικό. Εάν είναι και ο πατέρας αρνητικός δεν υπάρχει περίπτωση RH(+) του εμβρύου, οπότε δεν υπάρχει πρόβλημα. Εάν η μητέρα είναι RH(+) δεν μας ενδιαφέρει το RH του πατέρα και του εμβρύου. Ο σχηματισμός RH(+) αντισωμάτων αποτελεί την ε υ α ι σ θ η - τ ο π ο ί η σ η της μητέρας.

Η αναζήτηση των αντισωμάτων της μητέρας γίνεται από τον 6ο μήνα της κύησης με την έ μ μ ε σ η C O O M B S ενώ η αναζήτηση αντισωμάτων της μητέρας στο αίμα του εμβρύου γίνεται με την ά μ ε σ ο C O O M B S .

Μετά την έξοδο του εμβρύου γίνεται η μέτρηση της χολερυθρίνης και αν βρεθεί πάνω από 20,5 MGR, τότε προβαίνουμε στην αντικατάσταση του αίματος του εμβρύου με α φ α ι μ α - ξ ο μ ε τ ά γ γ ι σ η . Σήμερα εφαρμόζεται η ενδομήτριος μετάγγιση. Με τη σημερινή δυνατότητα, τόσο από πλευράς θεραπευτικής όσο και διαγνωστικής οι περιπτώσεις πυρινικού ίκτερου έχουν περιοριστεί.

Γ/ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ :

Συχνά το έμβρυο αποθνήσκει ενδομητρίως.

Τα συμπτώματα του ενδομήτριου θανάτου είναι εξαφάνιση των παλμών του εμβρύου, η μή περαιτέρω αύξηση του μεγέθους της μήτρας, η χαλάρωση των μαστών και η βαθμιαία αποκατάσταση των νευροφυτικών διαταραχών της επιτόκου στο φυσιολογικό.

Τα αίτια του ενδομήτριου θανάτου είναι πολλά και έχουν ποικίλη προέλευση τόσο από πλευράς της μητέρας, όπως νεφρική ανεπάρκεια, σύφιλη, διαβήτης κ.ά., όσο και από πλευράς εμβρύου, κόμβος ομφαλίδος, περιτύλιξη ομφαλίδος, πλημελής λειτουργία πλακούντος, ασυμβατότητα RH κ.ά.

Η διάγνωση του ενδομήτριου θανάτου επιβάλλει την πρόκληση τοκετού, διότι το έμβριο παθαίνει εμβρυοχή και αποτελεί σηπτικό παράγοντα με κίνδυνο να προκληθεί σηπτική κατάσταση στην επίτοκο.

Συχνά απαντούν διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος της επιτόκου που προκαλούν αιμορραγίες μετά τον τοκετό.

2.4. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ :

A/ ΠΡΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ :

Πολλές φορές η διάρκεια της εγκυμοσύνης διακόπτεται προ του φυσιολογικού πέρατος αυτής λόγω Α.Ρ.Θ. ή και από αυτόματη έναρξη κινδύνων. Εάν ο τοκετός επισυμβεί προ της Π.Η.Τ. μιλάμε περί προώρου τοκετού. Εάν επισυμβεί εντός του 9ου μήνα μιλάμε περί τελειόμηνου τοκετού. Εάν επισυμβεί προ του 7ου μήνα μιλάμε περί πρώιμου τοκετού.

Με τον πρόωρο τοκετό σχετίζεται άμεσα η επιβίωση του νεογνού. Σαν γενικός κανόνας δια του οποίου εκτιμάται η επιβίωση του νεογνού δεν είναι ο μήνας αλλά το βάρος του νεογνού κατά τον τοκετό. Δεχόμεθα σαν όρο τα 2500 KGR. Κάτω από τα 2500 KGR θεωρείται πρόωρο και νοσηλεύεται σαν πρόωρο ασχέτως αν είναι τελειόμηνο.

Προβλήματα τα οποία παρουσιάζει το πρόωρο είναι κυρίως από αναπνοή, διατροφή ή και από το νευρικό σύστημα. Συχνά παρουσιάζει κρίσεις κυάνωσης, ανορεξία που απαιτούν συνεχή παρακολούθηση. Από τη θερμοκοιτίδα εξάγεται μόνο κατόπιν συνεννόησης με τον παιδίατρο.

B/ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ :

Αν μια επίτοκος περάσει την 40η εβδομάδα της κύησης, από την Τ.Ε.Ρ. και έχει κανονικό κύκλο 28 ημερών, λέμε ότι πήρε παράταση. Παράταση καλείται η μη έναρξη τοκετού μετά την Π.Η.Τ.

Ειδή κατά την παράταση λόγω δυστροφίας του πλακούντος αντιμετωπίζονται κίνδυνοι από πλευράς εμβρύου, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αυτή με τη δέουσα σοβαρότητα, διότι είναι

δυνατόν: α) να χαθούν οι παλμοί του εμβρύου ενδομήτριο.

β) Να δημιουργηθούν προβλήματα ανάπτυξης στο νεογνό μετά τον τοκετό.

γ) Είναι αυξημένη η νεογνική θνησιμότητα των παρατασικών νεογνών.

Η παράταση της κύησης είναι δυνατόν να είναι αληθινή ή ψευδής. Η ψευδής παράταση οφείλεται σε εσφαλμένη Π.Η.Τ. από λανθασμένη T.E.P. ή σε κύκλο πέρα των 28 ημερών. Η αληθινή παράταση, πραγματικός κίνδυνος για το έμβρυο δεν είναι δυνατόν να διαγνωστεί έγκαιρα. Καταφεύγουμε στις εξής εξετάσεις:

α) μείωση του βάρους της επιτόκου, μείωση της διαμέτρου της κοιλιάς.

β) δια των κολπικών επιχρισμάτων, όπου διαπιστώνουμε μια λύση των σωρών των διαμέσων κυττάρων, που χαρακτηρίζουν το κολπικό επίχρισμα της κύησης.

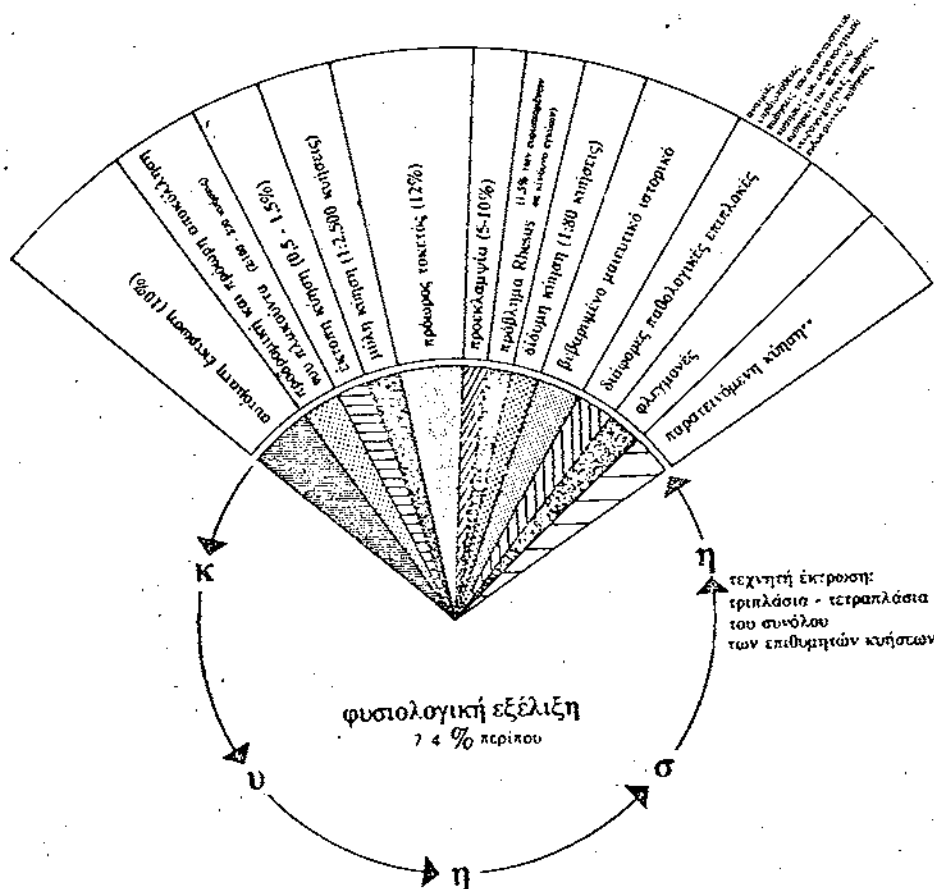
γ) δια των ορμονικών προσδιορισμών ούρων 24ωρου, όπου μετρώντας τα ολικά οιστρογόνα και την προγνανδόλη βρίσκουμε μια πτώση τόσο των οιστρογόνων και της προγνανδόλης.

δ) Τελευταία μέθοδος η αμνιοσκόπηση με το αμνιοσκόπιο του SCHALING.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ρ Ι Τ Ο

3.1. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ :

Η εγκυμοσύνη αν και αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση δεν παύει να είναι μια μοναδικά εξελισσόμενη περίοδος της ζωής της γυναίκας που μπορεί να επιπλακεί από διάφορες μαιευτικές ή παθολογικές καταστάσεις.



Σχεδιάγραμμα 4-2. Συνοπτικό διάγραμμα που παρουσιάζει όλες τις πιθανές εξελίξεις της κύησης.

Για τους λόγους αυτούς υπάρχει ανάγκη μιας προληπτικής ιατροφαρμακευτικής παρακολούθησης, που αποβλέπει στον έλεγχο της πορείας της κύησης, στον καθορισμό της υγεινοδιαιτητικής αγωγής και του εργαστηριακού και παρακλινικού ελέγχου.

Η πρώτη επίσκεψη της εγκύου πρέπει να γίνεται την 6η με 7η εβδομάδα από την πρώτη ημέρας της T.E.P. Η έγκαιρη προσέλευση στο μαιευτήρα δίνει την ευκαιρία να εκτιμηθεί η φυσική κατάσταση της εγκύου και να διαπιστωθούν διάφορες μαιευτικές επιπλοκές στα πρώιμα στάδια της κύησης, έτσι ώστε να δημιουργηθούν κατάλληλες συνθήκες τοκετού.

Στην πρώτη επίσκεψη γίνεται η λήψη του ιστορικού που αναγράφονται όλα τα στοιχεία σε μια ειδική καρτέλλα από το μαιευτήρα. Η λήψη του ιστορικού έχει μεγάλη σημασία γιατί τα στοιχεία αυτά μπορεί να μας βοηθήσουν στην πρόληψη δευστεμένων ή παθολογικών καταστάσεων.

Ύστερα από τη συγκέντρωση στοιχείων σχετικών με το ιστορικό και το ονοματεπώνυμο της εγκύου, το όνομα του συζύγου, την ηλικία της κλπ., αναζητούμε τα παρακάτω στοιχεία:

A.- ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Από αυτό μας ενδιαφέρουν παθήσεις του αναπνευστικού, του κυκλοφορικού και του ουροποιητικού συστήματος, λογενείς λοιμώξεις, διαβήτης, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις ιδιαίτερα στο χώρο της κοιλιάς. Ακόμα από το συγγενειακό περιβάλλον το ιστορικό μας ενδιαφέρουν η γέννηση διδύμων ή παιδιών με διαπλασματικές ανωμαλίες.

B.- ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑ : Από αυτή μας ενδιαφέρουν η συχνότητα της, η τελευταία εμμηνορρυσία για να προσδιορίσουμε την πιθανή ημερομηνία τοκετού.

Γ.- ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Από αυτό μας ενδιαφέρουν η διάρκεια εγγάμου βίου της γιατί από αυτή θα πληροφορηθούμε για τη γονιμότητά της και για την ευκολία ή όχι σύλληψης, ο αριθμός και το είδος των προηγούμενων τοκετών και οι πιθανές επιπλοκές.

Η παρακολούθηση της εγκύου διακρίνεται σε :

Α) Κ λ ι ν ι κ ή και β) ε ρ γ α σ τ η ρ ι α κ ή .

Α) ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ:

Αυτή περιλαμβάνει τα κάτωθι:

ι) Β ά ρ ο ς : Από την αρχή ως το τέλος σε κάθε επίσκεψη της εγκύου ο έλεγχος του σώματός της. Το φυσιολογικό βάρος που πρέπει να παίρνει κάθε μήνα κυμαίνεται ανάμεσα στο 1 έως 1,5 κλάδ από την 15η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Το επιτρεπόμενο βάρος που θα πάρει σε όλη την εγκυμοσύνη πρέπει να είναι 10-12 κιλά. Από αυτά τα 3.500 γραμμ. είναι το βάρος του παιδιού περίπου, τα 500 γρ το βάρος του αμνιακού υγρού, τα 600 γρ. το βάρος του πλακούντα, τα 1000 γρ η αύξηση της μήτρας, τα 1000 γρ η διόγκωση των μαστών και το υπόλοιπο βάρος αντιστοιχεί στην κατακράτηση ύδατος και στη συσσώρευση λίπους.

ιι) Ύ ψ ο ς : Ο προσδιορισμός του ύψους της εγκύου κρίνεται απαραίτητος γιατί διαπιστώθηκε ότι γυναίκες με ύψος κάτω από 1,50 εκ. έχουν στενή κύελο και δυστοκούν.

ιιι) Α ρ τ η ρ ι α κ ή π ί ε σ η : Βασική σημασία έχει η μέτρηση της Α.Π. Τα φυσιολογικά όρια πρέπει να φτάνουν ως τα 140/90 MMHG. Παραπάνω αύξηση πρέπει να θεωρηθεί παθολογική και να αναζητηθούν τα αίτιά της.

ιν) Έ λ ε γ χ ο ς τ ρ α χ ή λ ο υ : Μέχρι το 7ο μήνα, στις μηνιαίες εξετάσεις της εγκύου πρέπει να ελέγχεται η κατάσταση του τραχήλου με μητροσκόπιο και κολποδιαστολέα για την τυχόν συνύπαρξη φλεγμονής και νεοπλασματικής επεξεργασίας του.

ν) Α κ ρ ό α σ η ε μ β ρ υ ι κ ώ ν κ α ρ δ ι α-

κών παλμών : Αν η εγκυοσύνη βρίσκεται μετά την 26ην εβδομάδα είναι εύκολο με το κοιλιοσκόπιο να ακούσουμε τους καρδιακούς παλμούς του εμβρίου. Νωρίτερα μπορούμε να τους ακούσουμε με υπερήχους.

νι) Εξέταση των θηλών των μαστών για την ανωμαλία αυτών μήπως είναι μικρές ή εισέρχουσες ή επίπεδες θηλές.

νιι) Την επισκόπηση του προσώπου και των άκρων για τυχόν οιδήματα.

Άλλα σημεία τα οποία θα ελέγξει ο μαιευτήρας είναι η καλή κατάσταση των δοντιών, του τριχώματός της κεφαλής καθώς και η χροιά του δέρματος.

Β) ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ :

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει :

ι) Εξέταση ούρων : Από τη γενική εξέταση ούρων μας ενδιαφέρουν, η ύπαρξη λευκώματος, σακχάρου, ουροχολίνης και παθολογικών μικροσκοπικών στοιχείων όπως πυοσφαίρια. Η εξέταση ούρων πρέπει να εκτελείται σε κάθε επίσκεψη της εγκύου.

ιι) Καταμέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων, προσδιορισμός αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης : Η εξέταση αυτή πρέπει να γίνεται τους πρώτους μήνες ανα 2μηνα και αργότερα ανά μήνα για την αποκατάσταση τυχόν αναιμίας.

ιιι) Προσδιορισμός ομάδας αίματος : Είναι απαραίτητος για την αντιμετώπιση τυχόν εκτάκτων αιμορραγικών επιπλοκών της εγκυμοσύνης. Επίσης μας ενδιαφέρει όταν προκύψει ασυμβατότητα αυτής και του εμβρύου.

ιν) Προσδιορισμός παράγοντα RHESUS :

Είναι απαραίτητος και γίνεται μια μόνο φορά. Σε περιπτώσεις που η μητέρα είναι RHESUS αρνητική και ο πατέρας RHESUS θετικός, γίνεται η εξέταση αίματος κατά COOMBS. Με την εξέταση αυτή ελέγχεται ο βαθμός ευαισθησίας της μητέρας έναντι των αντι-RHESUS αντισωμάτων τα οποία αναπτύσσονται στον οργανισμό της μητέρας λόγω ασυμβατότητας του παράγοντα RHESUS (-) αυτής και του RHESUS (+) του εμβρύου.

ν) Αντίδραση κατά WASSERMAN - KAHN : Για την ανίχνευση σύφιλης και την έγκαιρη αντιμετώπισή της.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΥΩΝ .

Η έγκυος πρέπει να εξετάζεται κάθε 30 ημέρες μέχρι την 20η εβδομάδα, κάθε 15 ημέρες μέχρι την 36η εβδομάδα και κάθε εβδομάδα μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης.

Τον ρυθμό αυτό θα τον διακόψει η εμφάνιση επικίνδυνων συμπτωμάτων που θα εμφανιστούν στο διάστημα μεταξύ δύο επισκέψεων. Τα συμπτώματα που θα οδηγήσουν την επίτοκο στο μαλευτήρα πριν την καθορισμένη επίσκεψη της είναι:

α) Αιμορραγία : που μπορεί να σημαίνει απειλούμενη έκτρωση ή ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα.

β) Απώλεια υγρών : που μπορεί να σημαίνει πρόιμη ρήξη των εμβρυικών αμένων και έξοδο αμνιακού υγρού.

γ) Πόνοι στη οσφύ και στο υπογάστρο

δ) Ολιγορρία : Αν δεν δικαιολογείται από μειωμένη πρόσληψη υγρών είναι δυνατό να αποτελεί σημάδι προεκλαμψίας.

ε) Έντονοι πονοκέφαλοι .

στ) Οιδήματα : στα άκρα και είναι δυνατό να απο-

τελούν σημάδια προεκλαμψίας.

Άλλα σημεία είναι η εμφάνιση ζάλης, πνευματική σύγχυση, τα "μυγάκια" στα μάτια κλπ.

3.2. ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ .

Οι φυσιολογικές αλλαγές στη λειτουργία των συστημάτων της εγκύου, κατατάσσουν αυτή σε μια τέτοια κατηγορία ατόμων, που ενώ είναι γερά, έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη παρακολούθηση και ξεχωριστές φροντίδες.

Το σύνολο των φροντίδων, των συμβουλών και των προσταγμάτων που έχουν σκοπό να εξασφαλίσουν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, την επιτυχία φυσιολογικού τοκετού και τη γέννηση γερού νεογνού, αποτελούν την υ γ ι ε ι ν ή της ε γ κ υ μ ο σ ύ ν η ς .

Α/ ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ:

Η υγιεινή ενδυμασία πρέπει να μην εμποδίζει τις λειτουργίες της κυκλοφορίας και την αναπνοή και να μην δυσχαιρένει τις κινήσεις. Αλλά, αν τους όρους αυτούς πρέπει να εκπληρώνει μια ενδυμασία, πόσο μάλλον η ενδυμασία της εγκύου.

Η έγκυος πρέπει να φορά φορέματα ευρύχωρα έτσι ώστε οι κινήσεις της, το βάδισμα και η αναπνοή της να μην εμποδίζονται, αλλά ούτε και η κανονική ανάπτυξη του εμβρύου και του σώματος της μήτρας να παρακολύεται. Παρατηρήθηκε πως το σφιξιμο εμποδίζει την καλή κυκλοφορία των σπλάχνων και την ανάπτυξη της μητέρας.

Μια πρόοδο από υγιεινής άποψης, αποτελεί η κατάργηση του στηθόδεσμου, που με την περίσφιξη προκαλούσε παραμορφώσεις και εμπόδιζε την ελεύθερη αναπνοή και την καλή λειτουργία της κυκλοφορίας. Ο στηθόδεσμος που θα πρέπει να προτιμάται, είναι αυτός που υποβαστάζει το στήθος και δεν το πιέζει.

Μετά τον 4ο μήνα συνιστάται ελαστική ζώνη της εγκυμο-

σύνης που συγκρατεί τα κοιλιακά τοιχώματα από κάτω προς τα πάνω.

Οι καλτσοδέτες την εποχή της εγκυμοσύνης πρέπει να πάνε να αποτελούν εξάρτημα της ενδυμασίας γιατί η εμπόδισή της κυκλοφορίας στα κάτω άκρα προδιαθέτει για κίρσους, φλεβίτιδες και θρομβώσεις.

Η υπόδυσή της πρέπει να είναι προσεγμένη γιατί το βάδισμά της έχει κάποια αστάθεια, το τακούνι να είναι χαμηλό για να ισορροπεί το βάρος της.

Β/ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ :

Η εκπλήρωση της ανάγκης της καθαριότητας του σώματος ανήκει στις πλέον στοιχειώδεις απαιτήσεις της ζωής, της υγείας και της ευπρέπειας.

Η καθαριότητα του σώματος κάθε ανθρώπου και μάλιστα της εγκύου δεν προστατεύει μόνο το σώμα από την δυσοσμία και τις μολύνσεις αλλά βοηθά για να εκτελεί τη φυσιολογική λειτουργία του δέρματος όπως είναι η απεκκριτική.

Στην εγκυμοσύνη η δραστηριότητα του δέρματος αυξάνεται γιατί απεκκρίνεται περισσότερος ιδρώτας και σμήγμα. Το 20% της αποβολής του ύδατος από την έγκυο γίνεται με την εφίδρωση. Επομένως τα λουτρά όχι μόνο επιτρέπονται αλλά και είναι απαραίτητα. Αν δεν είναι δυνατό ένα λουτρό την ημέρα, η έγκυος πρέπει να κάνει το λιγότερο 3 λουτρά την εβδομάδα. Μετά την 32η εβδομάδα δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση λουτήρα, γιατί το νερό που περνά στον κόλπο μπορεί να αλλάξει το όξινο ΡΗ του και να ευνοηθεί μ'αυτό τον τρόπο η ανάπτυξη φλεγμονών, που είναι δυνατόν να επέκταθούν προς τα πάνω δια μέσω του τραχήλου της μήτρας. Τέλος δεν πρέπει να παραλείπεται η

συχνή αλλαγή εσρωούχων.

Η καθαριότητα των γεννητικών οργάνων πρέπει να είναι σχολαστική κατά την διάρκεια της κύησης. Τρεις φορές την ημέρα θα πρέπει να πλένονται με χλιαρό νερό. Κατά την εγκυμοσύνη πρέπει να απαγορεύονται οι κολπικές πλύσεις εκτός και αν υπάρχει κάποιος σοβαρός λόγος.

Η φροντίδα των δοντιών έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή το έμβρυο παίρνει όλα τα απαιτούμενα ιχνοστοιχεία και άλατα από τη μητέρα, στην οποία η έλλειψη τους έχει φοβερό αντίκτυπο στα δόντια. Γι' αυτό η οδοντιατρική εξέταση είναι απαραίτητη.

Γ/ ΔΙΑΤΡΟΦΗ :

Ανάμεσα στις αντιλήψεις που μας προσφέρει σήμερα η επιστήμη, σχετικά με τις προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική εξέταση της εγκυμοσύνης, πρωταρχική θέση κατέχει η καλή διατροφή της εγκύου, γιατί έτσι εξασφαλίζεται η επάρκεια του οργανισμού της σε όλες τις απαραίτητες ουσίες για την φυσιολογική διάπλαση του εμβρύου.

Έτσι για να μπορέσουμε να προσαρμόσουμε τη διατροφή της εγκύου σύμφωνα με τα προστάγματα της επιστήμης, πρέπει να μην βλέπουμε μόνο την διατροφή της σαν ύλη καύσης, αλλά να υπολογίζουμε την βιολογική της αξία και τη σημασία της πάνω στη θρέψη. Η αξία της διατροφής εξαρτάται από την περιεκτικότητα αυτής σε βιταμίνες και άλατα, γιατί, όταν λείπουν, η ανταλλαγή της ύλης δεν γίνεται κανονικά και ο οργανισμός της εγκύου εκδηλώνει την έλλειψη τους με σειρά από παθολογικά φαινόμενα. Ας μην ξεχνάμε ότι το έμβρυο δεν περιορίζεται μόνο στις αυξητικές του ανάγκες, αλλά είναι περισσότερο απαιτη-

τικό γιατί αποθηκεύει στο σπλάχνι του και στα άλλα όργανά του βιταμίνες, σίδηρο και άλλες ουσίες που θα τις χρησιμοποιήσει μετά τον τοκετό.

Για να καλυφθούν οι ανάγκες του εμβρύου και του πλακούντα πρέπει πρώτα να καλυφθούν οι ανάγκες της εγκύου. Για την κάλυψη αυτή η έγκυος πρέπει να παίρνει την ημέρα 100 γρ. λευκώματα, 80 γρ. λίπη, 300 γρ. υδατάνθρακες, άλατα και βιταμίνες. Η πρόσληψη αυτών των ποσών δεν απαιτεί ιδιαίτερο διατολόγιο, όταν τα γεύματά της είναι κανονικά και περιέχουν ποικιλία τροφών.

Η αύξηση που τις περισσότερες φορές χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει σε πολυφαγία με αποτέλεσμα αύξηση του βάρους που θα κάνει τον τοκετό περισσότερο δύσκολο.

1) Λευκώματα : Ο άνθρωπος προμηθεύεται τα λευκώματα με την τροφή του από το ζωϊκό βασίλειο καθώς και το φυτικό. Τρόφιμα τα οποία περιέχουν λευκώματα και μάλιστα τα απαραίτητα αμινοξέα για την ανάπτυξη των ιστών είναι το κρέας, γάλα, ψάρια κλπ.

2) Λίπη : Η παρουσία των λιπών είναι απαραίτητη γιατί δεν μπορούν να αντικατασταθούν απόλυτα από άλλες τροφές. Η αντίληψη ότι τα λίπη είναι πηγή θερμίδων ισχύει και για την έγκυο. Λίπη βρίσκονται στο κρέας, ψάρια, στον κρόκο των αυγών, γάλα, έλαια.

3) Υδατάνθρακες : Την βάση των υδατανθράκων στη συνηθισμένη διατροφή αποτελεί κάθε αμυλούχο, τα όσπρια και τα δημητριακά.

4) Βιταμίνες : Είναι ουσίες που βρίσκονται στις τροφές και είναι απαραίτητες στη διατήρηση της ζωής και

της υγείας.

Πειράματα απέδειξαν ότι οι βιταμίνες αποτελούν απαραίτητο παράγοντα για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Οι πιο απαραίτητες βιταμίνες είναι: A_1 , B_1 , B_2 , C, D, K. και βρίσκονται πιο πολύ στα φρούτα και λαχανικά.

5) Άλατα : Τα ανόργανα άλατα περιέχονται στις τροφές ενώ το χλωριούχο Νάτριο προσθέτεται. Η έγκυος έχει ανάγκη από άλατα γιατί ο οργανισμός της κατακρατεί σημαντικά ποσά για να διατηρήσει την ισορροπία του. Τα άλατα είναι απαραίτητα στη διάπλαση του εμβρύου.

6) Σίδηρος : Η ελάττωση του σιδήρου στην έγκυο εκδηλώνεται με αδυναμία, ιλίγγους, δύσπνοια και καμιά φορά με πρόωρο τοκετό.

7) Υγρό : Η λήψη υγρών πρέπει να είναι άφθονη, ιδιαίτερα του νερού γιατί διευκολύνεται η λειτουργία των νεφρών. Η έγκυος πρέπει να αποφεύγει γενικά τα καρυκεύματα και αλμυρά.

Δ/ ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ :

Η πολύ περιορισμένη χρήση οινοπνευματωδών ποτών δεν φαίνεται να ασκεί οποιαδήποτε δυσμενή επίδραση στο έμβρυο. Η υπερβολική όμως κατανάλωση του σχετίζεται με ψυχοκινητικές διαταραχές των νεογνών, αφού είναι γνωστό ότι το οινόπνευμα περνά τον πλακούντικό φραγμό και ασκεί άμεσα τη δυσμενή του επίδραση στο έμβρυο. Είναι δυνατόν να ανιχνευτεί στο ενάμνιο υγρό και στο αίμα του εμβρύου.

Τις βλαβερές συνέπειες του οινοπνεύματος πρέπει να γίνουν γνωστές στην έγκυο προς αποφυγήν της χρήσης αυτού ή τον περιορισμό του.

Η θηλάζουσα μητέρα πρέπει να απέχει εντελώς από τα οινοπνευματώδη ποτά, γιατί αυτό ελαττώνει την έκκριση του γάλακτος και προκαλεί καταστροφές στα κύτταρα του οργανισμού του εμβρύου που οφείλεται στην τοξική επίδραση αυτού.

Δ/ ΚΑΠΝΙΣΜΑ :

Συνιστάται η αποφυγή του καπνίσματος γιατί παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις στην καρδιά των εμβρύων, που προήλθαν από μητέρες που κάπνιζαν. Απόδειξη ότι τα τοξικά προϊόντα του καπνού περνούν από τον πλακούντα. Επίσης το κάπνισμα προκαλεί ελάττωση του εισπνεόμενου οξυγόνου και γέννηση πρόωρων και λιποβαρών εμβρύων. Διαπιστώθηκε ότι το κάπνισμα μετά την 16η εβδομάδα είναι δυνατό να προκαλέσει πνευματική καθυστέρηση που εκδηλώνεται μετά το τέλος της παιδικής ηλικίας. Αυτό οφείλεται στην κακή οξυγόνωση του πλακούντα. Το κάπνισμα πρέπει να περιορίζεται στο ελάχιστο ή καθόλου και να αποκλείεται σε υπερτασικές και νεφροπαθείς εγκύους.

Ε/ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ :

Η χρήση βαρβιτουρικών, αμφιταμινών, όπτιου και άλλων "σκληρών" ναρκωτικών, είναι δυνατό να βλάψουν το έμβρυο, να το εμποδίσουν στην ανάπτυξή του και να προκαλέσουν το θάνατό του μετά τη γέννησή του.

ΣΤ/ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ :

Η αποφυγή ακτινοβολίας κατά τους πρώτους μήνες της κύησης πρέπει να επιβάλλεται εκτός από απόλυτη ανάγκη.

Έχει αποδειχθεί ότι η περισσότερο ακτινοευαίσθητη περίοδος της ζωής ενός οργανισμού είναι η ενδομήτρια ζωή. Λίγες μονάδες REMS είναι δυνατό να προκαλέσουν συγγενείς ανωμαλίες,

όπως καρδιοπάθειες, μικροκεφαλία, διανοητική καθυστέρηση μέχρι και το θάνατο του εμβρύου.

Μετά τον 3ο μήνα η ακτινοβολία προκαλεί ελαφρές ανωμαλίες, όπως καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου. Άτομα τα οποία έχουν ακτινοβοληθεί κατά την ενδομήτριο ζωή, έχουν πιο πολλές πιθανότητες να παρουσιάσουν, κατά την παιδική ηλικία, καρκίνο ή λευχαιμία, καθώς και να αποκτήσουν απογόνους με διάφορες ανωμαλίες.

2/ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΜΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΣ :

Η περιποίηση των μαστών αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες φροντίδες της εγκύου γιατί αυτή θα της εξασφαλίσει κανονική γαλουχία και θα διατηρήσει την αισθητική εμφάνισή της. Η καθαριότητα εξασφαλίζεται με τακτικό πλύσιμο στη θηλή, στην επάλειψη με βαζελίνη ή λανολίνη για να προλάβουμε τις ραγάδες και στην επίπασση με τάλκ, της κάτω επιφάνειας των μαστών που εφάπτεται στο θώρακα.

Ιδιαίτερη θα πρέπει να είναι η φροντίδα των θηλών για να τις προετοιμάσουμε για το θηλασμό. Προσοχή χρειάζεται στην αποβολή των ακαθαρσιών, που είναι κολλημένες πάνω στις θηλές από την ξήρανση των εκκρίσεων των μαστών. Οι θηλές που εισέρχουν έχουν ανάγκη από μασάζ που γίνεται με το δείκτη και τον αντίχειρα σταυρωτά και με τράβηγμα προς τα έξω μετά τον 6ο μήνα.

Στη γυναίκα τα κοιλιακά τοιχώματα είναι χαλαρά και κατάλληλα να προσαρμοστούν σε κάθε αύξηση του όγκου του περιεχομένου της, γι' αυτό χρειάζονται ιδιαίτερη περιποίηση. Λόγω της μεγάλης διάτασης του δέρματος μπορεί να εμφανιστούν ραβδώσεις

χρώματος μελανού στην αρχή και αργότερα λευκωπό. Με τη χρήση διαφόρων κρεμών βαζελίνης, λανολίνης, το δέρμα μαλακώνει και γίνεται πιο ελαστικό έτσι ώστε να αποφεύγουμε τις ραβδώσεις. Είναι απαραίτητη η χρήση ειδικής ζώνης στην εγκυμοσύνη.

Η/ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

Η καλύτερη άσκηση στη διάρκεια της κύησης είναι ο καθημερινός περίπατος, που βέβαια δεν πρέπει να προκαλεί ιδιαίτερη κόυραση στην έγκυο. Η διάρκειά του δεν πρέπει να ξεπερνά τα 90' και εν πάση περιπτώσει είναι καλύτερα να ρυθμίζεται από την ίδια.

Αν η γυναίκα εργάζεται σε υγιεινό περιβάλλον, μπορεί να συνεχίσει την εργασία της μέχρι σχεδόν τον τελευταίο μήνα, αν αυτό την ευχαριστεί. Σήμερα η κοινωνική πρόνοια απαλλάσσει την έγκυο από την εργασία της τους δύο τελευταίους μήνες της κύησης και δυο μήνες μετά τον τοκετό.

Στην αρχή τα ελαφρά αθλήματα, ακόμα και το κολύμπι, εφόσον η γυναίκα είναι συνηθισμένη σε αυτά, δεν απαγορεύονται. Όταν όμως είναι απαραίτητο να ταξιδέψει, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει κατά σειρά προτεραιότητας το αεροπλάνο, τρένο, πλοίο και το αυτοκίνητο.

Εκτός από τις ασκήσεις και τη λοιπή καθημερινή απασχόληση της, η έγκυος είναι απαραίτητο να αναπαύεται για μια ώρα περίπου κάθε μεσημέρι. Ο νυχτερινός ύπνος δεν επιτρέπεται να είναι λιγότερος από 8 ώρες.

Θ/ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ :

Η έγκυος πρέπει να έχει καθημερινά και το πολύ κάθε δεύτερη ημέρα εντερική κένωση. Άτομα με προϋπάρχουσα δυσκοι-

λιότητα παρουσιάζουν πιο έντονα προβλήματα γιατί ελαττώνεται ο εντερικός περισταλτισμός. Για τα δυσκοίλια άτομα συνιστάται σίτιση με μαύρο ψωμί και χόρτα και γενικά τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη. Όταν όμως η δυσκοιλιότητα επιμένει δίνονται ήπια καθαρτικά.

Ι) ΣΥΖΥΓΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Η συνουσία συνιστάται ως το τέλος του 8ου μήνα αρκεί να γίνεται με μέτρο και ηπιότητα. Άλλοι συνιστούν στην έγκυο να αποφεύγει τη συνουσία στους πρώτους και τους τελευταίους μήνες και μάλιστα τις ημέρες που αντιστοιχούν στην περίοδο γιατί τότε η διεγερτικότητα της μήτρας είναι μεγαλύτερη.

Στους τρεις πρώτους μήνες είναι δυνατό η συνουσία να προκαλέσει αιμορραγία και διακοπή της εγκυμοσύνης. Αυτό συμβαίνει συνχρότερα σε γυναίκες που έχουν τάση σε αυτόματες εκτρώσεις και μάλιστα σε αυτές που παρουσιάζουν οπίσθια κάμψη της μήτρας.

Τους τελευταίους μήνες και μάλιστα 6 μήνες πριν τον τοκετό η συνουσία απαγορεύεται για δύο λόγους:

- α) Γιατί η μήτρα ερεθίζεται και οι συστολές της είναι δυνατόν να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό.
- β) Γιατί είναι δυνατό να συμβεί πρόιμη ρήξη των υμένων και αυτή να προκαλέσει παράταση του τοκετού και δυστοκία.

Κ/ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η χορήγηση φαρμάκων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρος του μαιευτήρα γιατί είναι δυνατόν αυτά να έχουν βλαπτική επίδραση στο έμβρυο. Αυτή εξαρτάται από το βαθμό ευαισθησίας των ιστών προς το φάρμακο,

από την πυκνότητα του φαρμάκου και από τη διάρκεια χορήγησης του. Την μεγαλύτερη επίδραση την έχουν τα φάρμακα όταν χορηγηθούν στα στάδια της οργανογέννησης. Εξαίρεση αποτελούν τα σιδηρούχα σκευάσματα και οι βιταμίνες που η χορήγησή τους επιβάλλεται στις περισσότερες περιπτώσεις.

ΚΑ/ ΕΜΒΟΛΙΑ

Όταν συμβεί διάσπαση του πλακουντικού φραγμού και περάσουν αντιγόνα, ιοί και μικρόβια τότε είναι δυνατό το έμβρυο, αν βρίσκεται στην οργανογέννηση, να πάθει διαπλαστικές ανωμαλίες ή μόλυνση. Οι παράγοντες που περνάνε τον πλακούντα είναι ιοί (ερυθράς, ιλαράς, έρπητα, ευλογιάς, ηπατίτιδας κλπ.) και μικρόβια (σταφυλόκοκκοι, στρεπτόκοκκοι κλπ.) .

Για να προστατεύσουμε το έμβρυο από τις βλαπτικές επιδράσεις καταφεύγουμε στον εμβολιασμό της εγκύου, όταν η ωφέλεια από αυτόν θα είναι μεγαλύτερη από τη βλάβη που τυχόν θα προκαλέσει. Έτσι η χρήση των εμβολίων εξατομικεύεται σε κάθε περίπτωση. Πάντως αν είναι δυνατόν να αποφεύγουμε τον εμβολιασμό στην εγκυμοσύνη.

3.3. ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΚΕΤΟΥ :

Τα σημεία που δηλώνουν την έναρξη του τοκετού πρέπει να είναι γνωστά στην έγκυο από νωρίς για να μπορέσει να εκτιμήσει και να προσέλθει στο ίδρυμα που ορίστηκε να γεννήσει.

Αυτά είναι :

ι) Πόνοι στη μέση και στο υπογάστριο : οι οποίοι έχουν περιοδικότητα. Στην αρχή έρχονται κάθε 8-20', ύστερα γίνονται συχνότεροι κάθε 8-12' και δυναμώνουν περισσότερο. Είναι έντονοι και οφείλονται στην έναρξη των συστολών του τοιχώματος της μήτρας.

ιι) Αιμορραγία : από τον κόλπο που αν είναι μικρή και συνοδεύεται από πόνους σημαίνει αρχή της διαστολής του τραχήλου, αν όμως δεν συνοδεύεται με πόνους σημαίνει πιθανή απρόβλεπτη επιπλοκή της εγκυμοσύνης και απαιτεί εισαγωγή στην κλινική.

ιιι) Ρήξη του θυλακίου : Αυτή συνοδεύεται από άμεσο έξοδο του εναμνίου υγρού από τον κόλπο.

ιν) Απώλεια υγρών : που σημαίνει ρήξη των εμβρυικών υμένων.

Εκτός από τα πιο πάνω, τα οποία αποτελούν προειδοποιητικά στοιχεία για την έναρξη του τοκετού, είναι δυνατό και μια απλή καθυστέρηση από την πιθανή ημερομηνία του αναμενόμενου τοκετού, πραγματική ή από λάθος, κατά τον υπολογισμό, να οδηγήσουν την επίτοκο στον μαλειυτήρα.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης και μάλιστα ύστερα από τον 6ο μήνα, ο μαιευτήρας θα πρέπει να προετοιμάσει ψυχολογικά την έγκυο, για την καλύτερη αντιμετώπιση του τοκετού. Αυτό θα το πετύχει όταν με απλά λόγια εξηγήσει σ'αυτή όλα όσα έχουν σχέση με το γεννητικό σύστημα, τη σύλληψη, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Γιατί διαπιστώθηκε πως ο φόβος και το άγχος, από το φλοιό του εγκεφάλου, μεταφέρεται στην υποθάλαμο και μέσω του νευρικού συστήματος, προκαλούν αδυναμία χαλάρωσης στη διάρκεια του τοκετού, με αποτέλεσμα την παράτασή του και την καταπόνησή του εμβρύου και της επιτόκου.

Η αρμονική συνεργασία εγκύου και μαιευτήρα και η κατάκτηση της εμπιστοσύνης, είναι απαραίτητες. Στην εποχή μας, που κάποτε δεν επιτρέπει χρόνο διαθέσιμο για την ανάπτυξη συναισθηματικών σχέσεων ανάμεσα στο γιατρό και στην έγκυο, μια τέτοια αρμονική συνεργασία γίνεται δύσκολη.

Τέλος, σκόπιμη θεωρείται η, ανάλογα με τη συγκρότηση του μαιευτήρα, εκπόνηση γραπτών οδηγιών στην έγκυο, που δίνουν απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΒΕΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΚΥΟΦΟΡΟΥΝ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝ-
ΤΑΣ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

4.1. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΗ:

Η Γ.Ζ. προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία του τμήματος Μαι-
ευτικής-Γυναικολογίας του Γ.Ν.Π. στις 2.2.87 παραπονούμενη
για έντονη πρωινή αδιαθεσία κατ'εξακολούθηση και καθυστέρη-
ση εμμήνου ρύσεως 20 ημέρες. Έγινε ιατρική εξέταση και δια-
πιστώθηκε ότι βρίσκεται στην 8η περίπου εβδομάδα κύησης.
Η Γ.Ζ. στην αρχή εξετάστηκε γυναικολογικά και μετά έγινε υ-
περηχογράφημα όπου επιβεβαιώθηκε η εγκυμοσύνη. Ζητήθηκε από
την Γ.Ζ. ένα πλήρες ιστορικό στο οποίο περιλαμβάνονται:

Ι σ τ ο ρ ι κ ό :

ΟΝΟΜΑ : Ζ.

ΕΠΩΝΥΜΟ : Γ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : 1967

ΗΛΙΚΙΑ : 23 χρόνων

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Εργάζεται σε βιοτεχνία ετοίμων ενδυμάτων.

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ : Απόφοιτος Λυκείου

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΓΓΑΜΟΥ ΒΙΟΥ : 2 χρόνια

Τ.Ε.Ρ. : 22-12-86

ΚΥΚΛΟΣ Ε. Β. : Φυσιολογικός (28-30 ημέρες)

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ : ΟΧΙ

ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ : Οχι

ΑΠΟΒΟΛΕΣ : Οχι

ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Ερυθρά, Ιλαρά.

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ : Έχουν γίνει

ΑΛΛΕΡΓΙΑ : Δεν αναφέρει

ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Τίποτα το σοβαρό

ΚΑΠΝΙΣΜΑ : Όχι

ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ : Κρασί (ένα-δύο ποτηράκια σε αραιά διαστήματα).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :

Γονείς μη πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία ή άλλο χρόνιο νόσημα.

Έθα αυτά τα στοιχεία συλλέγονται σε μια ειδική καρτέλα από τη Νοσηλεύτρια που κρατούνται σε αρχείο. Κατόπιν γίνεται η λήψη αρτηριακής πίεσης και Συμβατικού βάρους.

- Α.Π. 120/80 ΜΜΗΓ

- Σ.Β. 52 ΚΓΡ.

Στην συνέχεια ακολουθεί συζήτηση με την επίτοκο, η οποία ενημερώνεται ότι πρέπει να παρακολουθείται μια φορά το μήνα από το Γυναικολόγο-Μαιευτήρα, όπως επίσης συνιστάται να γίνονται ορισμένες εξετάσεις : Γεν. αίματος, Γεν. ούρων, Σάκχαρο, προσδιορισμός ομάδας αίματος. Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η εξέταση της επιτόκου για το στίγμα της Μεσογειακής αναιμίας.

Η Νοσηλεύτρια θα παίζει βασικό ρόλο στην καθοδήγηση και ψυχολογική στήριξη της επιτόκου καθ'όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εκτενέστερα θα πρέπει να εξηγήσει στην επίτοκο την αλλαγή που παρουσιάζεται στη ζωή της, χωρίς αυτό να την μεταβάλλει οριστικά. Την ενημερώνει για την ενδυμασία της, η οποία θα πρέπει να μην εμποδίζει τις λειτουργίες της κυκλοφορίας και αναπνοής, να μην δυσχαιρένει τις κινήσεις της, να

φοράει χαμηλοτάκουνα παπούτσια και άνετα εσώρουχα.

Η διατροφή της θα πρέπει να περιέχει όλες τις απαραίτητες ουσίες (λευκώματα, πρωτεΐνες, βιταμίνες) για τη φυσιολογική διάπλαση του εμβρύου, καταργώντας την αντίληψη ότι η έγκυος πρέπει να τρώει για "δύο".

Εξηγείται ότι πρέπει να αποφεύγει το κάπνισμα και το αλκοόλ γιατί αυτό συνεπάγεται κίνδυνο για τη ζωή του εμβρύου (ελάττωση εισπνεόμενου οξυγόνου, γέννηση προώρων και λιποβαρών παιδιών). Της τονίζεται ότι πρέπει να αποφεύγει μακρόχρονη παραμονή σε κλειστούς χώρους με καπνό.

Γίνεται πλήρης ενημέρωση της επίτοκου όσο αφορά την υγιεινή η οποία περιλαμβάνει:

- α) Συχνό λουτρό καθημερινώς
- β) Υγιεινή στόματος και δοντιών
- γ) Περιποίηση μαστών και κοιλιάς (επάλειψη με βαζελίνη)
- δ) Άσκηση και καθημερινή εργασία (περίπατος και επαρκής ύπνος).

ΕΠΙΣΚΕΥΕΙΣ :

Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Ε Σ

- 2η επίσκεψη (12η εβδομάδα)
 - α) Λήψη σωματικού βάρους και αρτηριακής πίεσης
Σ.Β.: 53 KGR , Α.Π. 100/70 MMHG
 - β) Ακρόαση ήχων της καρδιάς του εμβρύου
 - γ) Χορήγηση μετά από εντολή του Μαλευτήρα, σκευασμάτων σιδήρου και ασβεστίου για την πρόληψη εμφάνισης αναιμίας, λόγω πτώσεως του αιματοκρίτη.
 - δ) Ρωτάται η επίτοκος για τυχόν προβλήματα (ναυτία-έμετοι, υπάρχουσai αιμορραγίαι)

- ε) Ψυχολογική υποστήριξη από τη Νοσηλεύτρια η οποία απαντάει στα ερωτήματα της επιτόκου.
- στ) Συγκέντρωση εργαστηριακών εξετάσεων (εξέταση για το στίγμα, γενική ούρων, γενική αίματος).

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΜΟΝΑΣ ΠΡΟΛΗΨΕΩΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ
ΠΑΤΡΩΝ



Πάτρα 6-9-87

Αγαπητή ^{κα} Κωνσταντίνου Ζωή

Η αιματολογική σας εξέταση δείχνει ότι δεν είσθε φορέας (έτεροζυγώτης) β - Μεσογειακής αναιμίας ή άλλης αιμοσφαιρινοπάθειας.

Ός εκ τούτου ή εξέταση τού μελλοντος / μελλούσης συζύγου σας δεν είναι απαραίτητη. Κίνδυνος ν' αποκτήσετε παιδιά άρρωστα με ομόζυγη β - Μεσογειακή αναιμία (νόσο του Cooley) ή άλλη σοβαρή αιμοσφαιρινοπάθεια δεν υπάρχει.

ΙΑΤΡΟΣ

Σπηλιοπούλου Αδελμάντσια
Μεσογειακή Καθηγήτρια

ΦΥΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

ΧΗΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Χρώμα *υπεροκίτρινο*

Λεύκωμα

Οψη *διαυγής*

Σάκχαρο

Αντίδραση *αλκαλική*

Οξύνη

Αιμοσφαιρίνη *οχι*

Ιζημα

Χολοχρωστικές

Ουροχολινογόνο

Ειδ. βάρος *1.013*

Αναγωγή Νιτρικών

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πυοσφαίρια *σπάνια 1-2 κ.σ.ρ*

Ερυθρά αιμοσφαίρια *σπάνια 1-2 κ.σ.ρ*

Επιθήλια *στίγματα γλαυδωδ.*

Βλένη

Κρύσταλλοι οξαλικού Ασβεστίου

Ουρικού οξέος

Εναμμωνίου Φωσφ. Μαγνησίου *σπάνιοι*

Αλατα

Κύλινδροι

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Test Ευαισθησίας :

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Πάτρα

5/4/
Η ΙΑΤΡΟΣ

1982

ΑΙΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ 4100.000 κ.κ.χ.

Φ.Τ. Άνδρες 4,3 - 5,4 εκ./κκχ.
Γυναίκες 4,0 - 5,0 εκ./κκχ.

ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ 12,2 gr/100κεκ

Φ.Τ. Άνδρες 13,3 - 17,3 gr/100 κ. εκ.
Γυναίκες 12,3 - 15,6 gr/100 κ. εκ.

ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ 39 ο/ο

Φ.Τ. Άνδρες 40-52 ο/ο
Γυναίκες 37-47 ο/ο

ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ 7500 κ.κ.χ.

Φ.Τ. 5.000-10.000 κ.κ.χ.

ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ κ.κ.χ.

Φ.Τ. 150.000-400.000 κ.κ.χ.

ΔΙΚΤΥΟΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΑ

T.K.E. 1η ώρα

2η ώρα

ΓΕ ΟΡΟΥ (Φ.Τ.)

Χρόνος ροής

Χρόνος πήξεως

ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ Φ.Τ.

Πολυμορφοπύρρηνα Ουδετερόφιλα 76 52-62 ο/ο

Λεμφοκύτταρα 23 25-33 ο/ο

Ηωσινόφιλα 1 1-3 ο/ο

Μεγάλα Μονοπύρρηνα 3-7 ο/ο

Βασεόφιλα 0-0,75 ο/ο

Ραβδοπύρρηνα 3-5 ο/ο

Μεταμυελοκύτταρα

Μυελοκύτταρα

Εμπύρρηνα Ερυθρά

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΕΡΥΘΡΩΝ

Υποχρωμία Μακροκυττάρωση

Ανισοκυττάρωση Απιοειδή

Ποικιλοκυττάρωση Σχιστοκυττάρωση

Βασεόφιλος στίξη Μικροκυττάρωση

Πολυχρωματοφιλία

ΟΜΑΔΑ RHESUS

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Πάτρα 5/1/ 1987
Η ΙΑΤΡΟΣ

- 3η - 4η επίσκεψη : α) Ακολουθείται ο ίδιος τρόπος εξέτασης
(16η-20η εβδομάδα) (Α.Π. : 110/70 MMHG
Σ.Β. : 58 KGR
Υπερηχογράφημα)
- β) Εξηγούμε τί είναι το υπερηχογράφημα
μειώνοντας το φόβο για κάτι άγνωστο.
- γ) Συνεχίζεται η ενημέρωση και επί πλέον
συνιστάται η χρήση ελαστικής ζώνης
καθώς επίσης και καθημερινή άσκηση.
- δ) Τονίζεται ιδιαίτερα η προσοχή της
όσο αφορά την αύξηση του σωματικού
βάρους της.

ΦΥΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

ΧΗΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Χρώμα *ώχρο-ζυριω*

Λεύκωμα

Οψη *διαυγής*

Σάκχαρο

Αντίδραση *0*

Οξύνη

Ιζημα

Αιμοσφαιρίνη *0,01*

Ειδ. βάρος *1012*

Χολοχρωστικές

Ουροχολινογόνο

Αναγωγή Νιτρικών

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πυοσφαίρια *σπάνια 1-2 κ.σ.ρ*

Ερυθρά αιμοσφαίρια *σπανιότατα 0-1 κ.σ.ρ*

Επιθήλια *όχι ηλιακίδη*

Βλένη

Κρύσταλλοι οξαλικού Ασβεστίου

Ουρικού οξέος

Εναμμωνίου Φωσφ. Μαγνησίου

Αλατα *πολλή αμορφα φωσφορικά*

Κύλινδροι

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Test Ευαισθησίας :

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Πάτρα *5/5* 1987

Η/ΙΑΤΡΟΣ

-70-

ΑΙΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ 3400.000 κ.κ.χ.

Φ.Τ. Άνδρες 4,3 - 5,4 εκ./κκχ.
Γυναίκες 4,0 - 5,0 εκ./κκχ.

ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ 9,6 gr/100κεκ

Φ.Τ. Άνδρες 13,3 - 17,3 gr/100 κ. εκ.
Γυναίκες 12,3 - 15,6 gr/100 κ. εκ.

ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ 32 ο/ο

Φ.Τ. Άνδρες 40-52ο/ο
Γυναίκες 37-47ο/ο

ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ 8900 κ.κ.χ.

Φ.Τ. 5.000-10.000 κ.κ.χ.

ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ κ.κ.χ.

Φ.Τ. 150.000-400.000 κ.κ.χ.

ΔΙΚΤΥΟΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΑ

T.K.E. 1η ώρα

2η ώρα

FE ΟΡΟΥ (Φ.Τ.)

Χρόνος ροής

Χρόνος πήξεως

ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Φ.Τ.

Πολυμορφοπύρρηνα Ουδετερόφιλα 72 52-62ο/ο

Λεμφοκύτταρα 26 25-33ο/ο

Ηωσινόφιλα 1-3ο/ο

Μεγάλα Μονοπύρρηνα 2 3-7ο/ο

Βασεόφιλα 0-0,75ο/ο

Ραβδοπύρρηνα 3-5ο/ο

Μεταμυελοκύτταρα

Μυελοκύτταρα

Εμπύρρηνα Ερυθρά

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΕΡΥΘΡΩΝ

Υποχρωμία + Μακροκυττάρωση

Ανισοκυττάρωση ++ Απιοειδή

Ποικιλοκυττάρωση Σχιστοκυττάρωση

Βασεόφιλος στίξη Μικροκυττάρωση

Πολυχρωματοφιλία

ΟΜΑΔΑ RHESUS

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Πάτρα 5/5/ 1987

Η ΙΑΤΡΟΣ

5η - 6η επίσκεψη : α) Υπερηχογράφημα

25η-30η εβδομάδα β) Δήψη Α.Π. 100/70 MMHG

Σ.Β. 60 KGR

γ) Ψυχολογική υποστήριξη

δ) Τονίζεται στην επίτοκο ότι θα πρέπει να διακόψει την εργασία της. Της εξηγούμε ότι, λόγω της εγκυμοσύνης της θα κουράζεται πιο εύκολα και είναι απαραίτητη η ανάπαυσή της.

ΑΙΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ 3.500.000 κ.κ.χ.

Φ.Τ. Άνδρες 4,3 - 5,4 εκ./κκχ.
Γυναίκες 4,0 - 5,0 εκ./κκχ.

ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ 11,0 gr/100κκχ

Φ.Τ. Άνδρες 13,3 - 17,3 gr/100 κ. εκ.
Γυναίκες 12,3 - 15,6 gr/100 κ. εκ.

ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ 33 ο/ο

Φ.Τ. Άνδρες 40-52 ο/ο
Γυναίκες 37-47 ο/ο

ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ 9.200 κ.κ.χ.

Φ.Τ. 5.000-10.000 κ.κ.χ.

ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ κ.κ.χ.

Φ.Τ. 150.000-400.000 κ.κ.χ.

ΔΙΚΤΥΟΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΑ

T.K.E. 1η ώρα

2η ώρα

FE ΟΡΟΥ (Φ.Τ.)

Χρόνος ροής

Χρόνος πήξεως

ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Φ.Τ.

Πολυμορφοπύρρηνα Ουδετερόφιλα 76 52-62 ο/ο

Λεμφοκύτταρα 22 25-33 ο/ο

Ηωσινόφιλα 1 1-3 ο/ο

Μεγάλα Μονοπύρρηνα 1 3-7 ο/ο

Βασεόφιλα 0-0,75 ο/ο

Ραβδοπύρρηνα 1 3-5 ο/ο

Μεταμυελοκύτταρα

Μυελοκύτταρα

Εμπύρρηνα Ερυθρά

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΕΡΥΘΡΩΝ

Υποχρωμία Μακροκυττάρωση

Ανισοκυττάρωση Απιοσιδή

Ποικιλοκυττάρωση Σχιστοκυττάρωση

Βασεόφιλος στίξη Μικροκυττάρωση

Πολυχρωματοφιλία

ΟΜΑΔΑ RHESUS

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Πάτρα 30 / 6 / 1987

Η ΙΑΤΡΟΣ

↑

ΦΥΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

ΧΗΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Χρώμα *υπεροκρίνω*
Οψη *διαυγής*
Αντίδραση *αζωφωφ.*
Ιζημα
Ειδ. βάρος *1013*

Λεύκωμα
Σάκχαρο
Οξύνη
Αιμοσφαιρίνη *ου*
Χολοχρωστικές
Ουροχολινογόνο
Αναγωγή Νιτρικών

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πυροσφαίρια *σπάνια 2-4 κ.σ.*
Ερυθρά αιμοσφαίρια *σπάνια 1-2 κ.σ.*
Επιθήλια *σπάνια αζωφωφ.*
Βλένη
Κρύσταλλοι οξαλικού Ασβεστίου
Ουρικού οξέος
Εναμμωνίου Φωσφ. Μαγνησίου
Αλατα *αρκετά άμορφα φωσφορικά*
Κύλινδροι

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Test Ευαισθησίας :

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Πάτρα

30/6

1982

Η ΙΑΤΡΟΣ



-74-

- 7η - 8η επίσκεψη : α) Οι επισκέψεις γίνονται πιο συχνές
35η-40η εβδομάδα (κάθε 15 ημέρες)
- β) Λήψη Α.Π. και Σ.Β.
- γ) Υπερηχογράφημα
- δ) Ψυχολογική προετοιμασία για την διαδικασία του τοκετού και την υποδοχή του εμβρύου.
- ε) Ενημέρωση της επιτόκου για τα συμπτώματα που θα την οδηγήσουν στο Μαιευτήριο.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α

Μετά την ενημέρωση, την ψυχολογική υποστήριξη και τη συχνή ιατρική παρακολούθηση, για μια ομαλή εγκυμοσύνη, φτάνουμε στο τελικό στάδιο, σε ένα φυσιολογικό τοκετό.

ΦΥΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

ΧΗΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Χρώμα *ωχροκίτρινο*

Λεύκωμα

Όψη *δυσμεγέθης*

Σάκχαρο

Αντίδραση *άφρισ*

Οξόνη

Ιζημα

Αιμοσφαιρίνη *104*

Χολοχρωστικές

Ουροχολινογόνο

Ειδ. βάρος *1015*

Αναγωγή Νιτρικών

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πυοσφαίρια *άσπια 6-8 κοκ*

Ερυθρά αιμοσφαίρια *σπάνια 1-2 κοκ*

Επιθήλια *πολλά ηζακίδια*

Βλένη

Κρύσταλλοι οξαλικού Ασβεστίου

Ουρικού οξέος

Εναμμωνίου Φωσφ. Μαγνησίου

Αλατα

Κύλινδροι

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Test Ευαισθησίας :

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Πάτρα *10/8* 198*7*

Η ΙΑΤΡΟΣ



ΑΙΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ 3800.00 κ.κ.χ.

Φ.Τ. Άνδρες 4,3 - 5,4 εκ./κκχ.
Γυναίκες 4,0 - 5,0 εκ./κκχ.

ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ 12,1 gr/100κεκ

Φ.Τ. Άνδρες 13,3 - 17,3 gr/100 κ. εκ.
Γυναίκες 12,3 - 15,6 gr/100 κ. εκ.

ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ 36 ο/ο

Φ.Τ. Άνδρες 40-52 ο/ο
Γυναίκες 37-47 ο/ο

ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ 7800 κ.κ.χ.

Φ.Τ. 5.000-10.000 κ.κ.χ.

ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ κ.κ.χ.

Φ.Τ. 150.000-400.000 κ.κ.χ.

ΔΙΚΤΥΟΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΑ

Τ.Κ.Ε. 1η ώρα

2η ώρα

FE ΟΡΟΥ (Φ.Τ.)

Χρόνος ροής

Χρόνος πήξεως

ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Φ.Τ.

Πολυμορφοπύρρηνα Ουδετερόφιλα 78 52-62 ο/ο

Λεμφοκύτταρα 20 25-33 ο/ο

Ηωσινόφιλα 1-3 ο/ο

Μεγάλα Μονοπύρρηνα 2 3-7 ο/ο

Βασεόφιλα 0-0,75 ο/ο

Ραβδοπύρρηνα 3-5 ο/ο

Μεταμυελοκύτταρα

Μυελοκύτταρα

Εμπύρρηνα Ερυθρά

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΕΡΥΘΡΩΝ

Υποχρωμία + Μακροκυττάρωση

Ανισοκυττάρωση + Απιοειδή

Ποικιλοκυττάρωση Σχιστοκυττάρωση

Βασεόφιλος στίξη Μικροκυττάρωση

Πολυχρωματοφιλία

ΟΜΑΔΑ RHESUS

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Πάτρα 10/8 1987

Η ΙΑΤΡΟΣ



4.2. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ

Η Κ.Α. ετών 40 προσήλθε στο Αγροτικό Ιατρείο της Κ.Αχαΐας στις 5.3.90 αναφέροντας ενοχλήματα, όπως ναυτία, έμετοι και καθυστέρηση Ε.Ρ. δυο μηνών και κρίθηκε ότι βρίσκεται στον 4ο μήνα κυήσεως.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από το ιστορικό που πάρθηκε βγήκε το συμπέρασμα ότι είναι αγρότισσα, χωρίς γραμματικές γνώσεις, με διάρκεια εγγάμου βίου 23 χρόνια. Είναι τεταρτότοκος με 2 αποβολές. Όσο για τους εμβολιασμούς και τα παιδικά νοσήματα δεν γίνεται κάποια συγκεκριμένη αναφορά, καθώς και για αλλεργία. Είναι 12 χρόνια καπνίστρια με 20 τσιγάρα την ημέρα. Δεν κάνει χρήση οινοπνεύματος σε αντίθεση με τον άντρα της, ο οποίος είναι αλκοολικός. Η μητέρα της έχει πεθάνει (φυσιολογικά) ενώ ο πατέρας της έχει (α παχέως εντέρου).

Ζει στο ίδιο σπίτι με την πεθερά της με την οποία έχει βασικές διαφορές σκέψης και νοοτροπίας. Ο πεθερός της είναι ανάπηρος. Η οικονομική τους κατάσταση δεν είναι καλή. Με το σύζυγό της δεν διατηρούν καλές συζυγικές σχέσεις (δεν αφιερώνει αρκετό χρόνο για την οικογένειά του). Μας αναφέρει επίσης ότι έχει κάνει μια απόπειρα αυτοκτονίας πριν 3 χρόνια.

Ερχόμενη στο Ιατρείο, είναι αποφασισμένη να μην κρατήσει το παιδί.

Είναι αυτονόητο ότι αυτή η γυναίκα έχει ανάγκη από τη βοήθειά μας, ψυχολογική και ιατρική, οπότε προβαίνουμε σε προγραμματισμό για την καλύτερευση ή επίλυση των προβλημάτων της.

1. Μη αποδοχή της εγκυ-
μοσύνης

α) Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης
μεταξύ Νοσηλεύτριας- επιτόκου.

β) Συζήτηση με την επίτοκο και εν-
θάρυνση αυτής προκειμένου να ε-
ξηγήσει τους λόγους για τους ο-
ποίους δεν θέλει αυτή την εγκυ-
μοσύνη.

γ) Αναφορά στους λόγους για τους ο-
ποίους δεν πρέπει να διακοπεί η
κύηση. Από ηθικής πλευράς δεν
είναι σωστό να αφαιρέσουμε τη ζωή
ενός ανθρώπου και από ιατρικής
δεν ενδείκνυται η διακμή αυτής.

δ) Συνεχής ψυχολογική υποστήριξη.

Αποδοχή της εγκυμοσύνης αλλά
με ύπαρξη ορισμένων ενδοιασμών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

2. Κακές συζυγικές
σχέσεις

A.1) Προσπάθεια διευκρίνησης της
υφής του προβλήματος από την
επίτοκο (οικονομικό, ψυχολο-
γικό).

ιι) Εξασφάλιση καλής επικοινωνίας.

B.1) Προσέγγιση του συζύγου με σκοπό
την αποδοχή της κατάστασης και
προτροπή αυτού για αγάπη και
κατανόηση.

ιι) Σύσταση για αποκοπή από το αλ-
κοόλ, εξηγώντας τους κινδύνους.

Γ. Επαφή μεταξύ των δύο συζύγων και
προτροπή συζήτησης των προβλημά-
των τους.

A. Ανακούφιση της επίτοκου από τη
συζήτηση των προβλημάτων της
και δημιουργία κατάλληλου κλί-
ματος για περαιτέρω βελτίωση.

β. Καλύτερευση της όλης στάσης του
συζύγου με αποτέλεσμα την βελ-
τίωση των σχέσεων.

Γ. Βελτίωση των καταστάσεων που
διαταράσσουν την αρμονία των
σχέσεών τους.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

- | | | |
|--|---|---|
| 3. Ατομα από το οικογενειακό περιβάλλον που δυσκολεύουν την όλη κατάσταση. | α) Σύσταση στην επίτοκο ώστε να γίνει πιο διαλακτική και υπομονετική.
β) Προσέγγιση αυτών των ατόμων προκειμένου να κατανοήσουν την κατάσταση. | α) Δημιουργία φιλικού και όσο το δυνατό πιο ευχάριστο περιβάλλον. |
| 4. Ασχημη οικονομική κατάσταση | α) Παρότρυνση του συζύγου για ανεύρεση δεύτερης εργασίας
β) Επικοινωνία με αρμόδιους φορείς για ύπαρξη κενών θέσεων εργασίας. | α) Ενδιαφέρον του συζύγου για τις προτάσεις που του έγιναν και σταδιακή βελτίωση του οικονομικού προβλήματος. |

5. Υγιεινοδιαιτητική α) Σύσταση για :

της επιτόκου.

- αποφυγή υπερβολικής κούρασης
- επαρκή ύπνο
- κατάλληλη ένδυση (άνετα ρούχα, χαμηλοτάκουνα παπούτσια)
- καθαριότητα σώματος
- περιποίηση μαστών και κοιλιάς

Διατήρηση καλής σωματικής
άσκησης και ομαλή εξέλιξη
της εγκυμοσύνης.

- β) Ωσπτή διατροφή της επιτόκου
πλούσια σε βιταμίνες, λεύκωμα,
ασβέστιο και σίδηρο.
Επισήμανση ότι το υπερβολικό
βάρος και ο υποσιτισμός μπο-
ρούν να έχουν επικτώσεις τόσο
στην ίδια όσο και στο έμβρυο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

6. Κάπνισμα

α) Επίσημανση των βλαβερών συνε-
πειών του καπνίσματος (πρω-
τότητα, αναπνευστικά προβλή-
ματα, λιποβαρές έμβρυο).

α) Αρχικά, σταδιακή ελάττωση του
καπνίσματος και τελικά σταμά-
τημα αυτού.

7. Ελλειπής σνημέρω-
ση για την σημα-
σία των ιατρικών
επισκέψεων.

α) Ευαισθητοποίηση αυτής για συ-
χνές επισκέψεις στον γυναικο-
λόγο-μαιευτήρα προς παρακολού-
θησή της.

Καλή πορεία εγκυμοσύνης.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α

Είναι γεγονός ότι τα παραπάνω προβλήματα υπάρχουν και είναι σημαντικά.

Το σημείο στο οποίο πρέπει να επιμένει η Νοσηλεύτρια είναι η ψυχολογική τόνωση.

Αυτό που θα πρέπει να κατανοηθεί από την επίτοκο είναι να αισθάνεται βασικό μέλος της οικογένειας, μια ξεχωριστή προσωπικότητα αποδεκτή από αυτήν παρά τις συνθήκες που επικρατούν.

Γι' αυτό είναι σημαντικές οι επισκέψεις κατ' οίκον γιατί εξασφαλίζουν καλή επαφή και επικοινωνία μεταξύ Νοσηλεύτριας - επίτοκου.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ποτέ ένα διάστημα εενέα μηνών δεν είναι τόσο σημαντικό όσο για μια γυναίκα.

Τίποτα δεν μπορεί να θεωρηθεί σπουδαιότερο, από τη γέννηση, μέσα από μίξη χαράς και πόνου, αγωνίας και προσμονής.

Τίποτα δεν μπορεί να θεωρηθεί σπουδαιότερο από μια ζωή, που φέρνει τη ζωή στο φως

Η εργασία αφιερώνεται στη γυναίκα, στην κάθε γυναίκα, που κατέχει το μεγαλύτερο χάρισμα, το όπλο κατά του θανάτου

" Πεθαίνουμε με το κλάμμα

γεννιώμαστε με το κλάμμα"

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Καρπάθειος Σ. : Μαιευτική περιγεννητική Ιατρική και γυναι-
κολογία, Μέρος Πρώτο, Εκδόσεις Αγγελάκη, Αθήνα 1984.
- Κασκαρέλης Β. : Μαιευτική Γυναικολογία, Τόμος Α', Έκδοση Γ',
Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1983.
- Μανταλινάκη Σ. : Σύνοψη Μαιευτική και Γυναικολογίας, Επίτομος,
Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1985.
- Παπανικολάου Ν. : Μαιευτική, Επίτομος, Εκδόσεις Παπανικολάου
Ν. Αγγελάκη, Θεσσαλονίκη 1983.
- Συκάκη - Δούρα Α. : Ο τοκετός είναι αγάπη, Επίτομος,
Έκδοση Τρίτη, Αθήνα 1984
- MACY CHRISTOPHER - FOLKNER FRANK : Εγκυμοσύνη και γέννηση.
Χαρές και προβλήματα, Επίτομος, Εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός,
Αθήνα 1983.
- ROBERT - HENRY - G. : 101 Συμβουλές για την εγκυμοσύνη,
Επίτομος, Εκδόσεις Φυτράκης MACHETTE , Αθήνα 1985.

