

Υ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

" ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΥΗΣΗΣ "

( ΥΠΕΡΤΑΣΗ - ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ )

Πτυχιακή Εργασία Σπουδάστριάς

Στεφοπούλου Μαρία

Υπεύθυνος Καθηγήτρια

Μπατσολάκη Μαρία



Πτυχιακή Εργασία Για Την Αθήν Του Πτυχίου Της Νοσηλευτικής

Πάτρα 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΒΙΣΑΓΩΓΗΣ	307 B'
----------------------	--------

Ὁ Μαχάων ἐπιθέτει τραῦμα τοῦ Φιλοκτήτου (ἀπὸ ἐτρουσκικῆν καθρέπτην).



Επιτροπὴ Εγκρίσεως Πτυχιακῆς Εργασίας

Ὄνοματεπώνυμο

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.



ANDREAE VESALII  
BRUXELLENSIS, SCHOLAE  
medicorum Patavinæ professoris, de  
Humani corporis fabrica  
Libri septem.

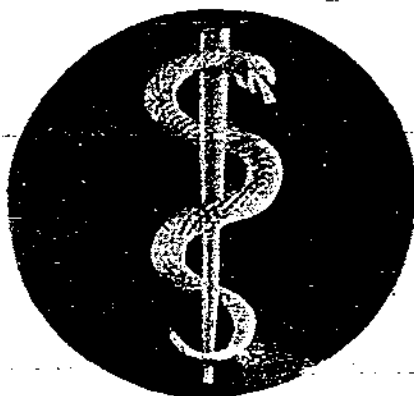
CUM CAESAREAS  
Majest. Galliarum Regis, ac Senatus P. r. a. q. r. a.  
sue & privilegio, ut in diplomatis eorundem continetur.

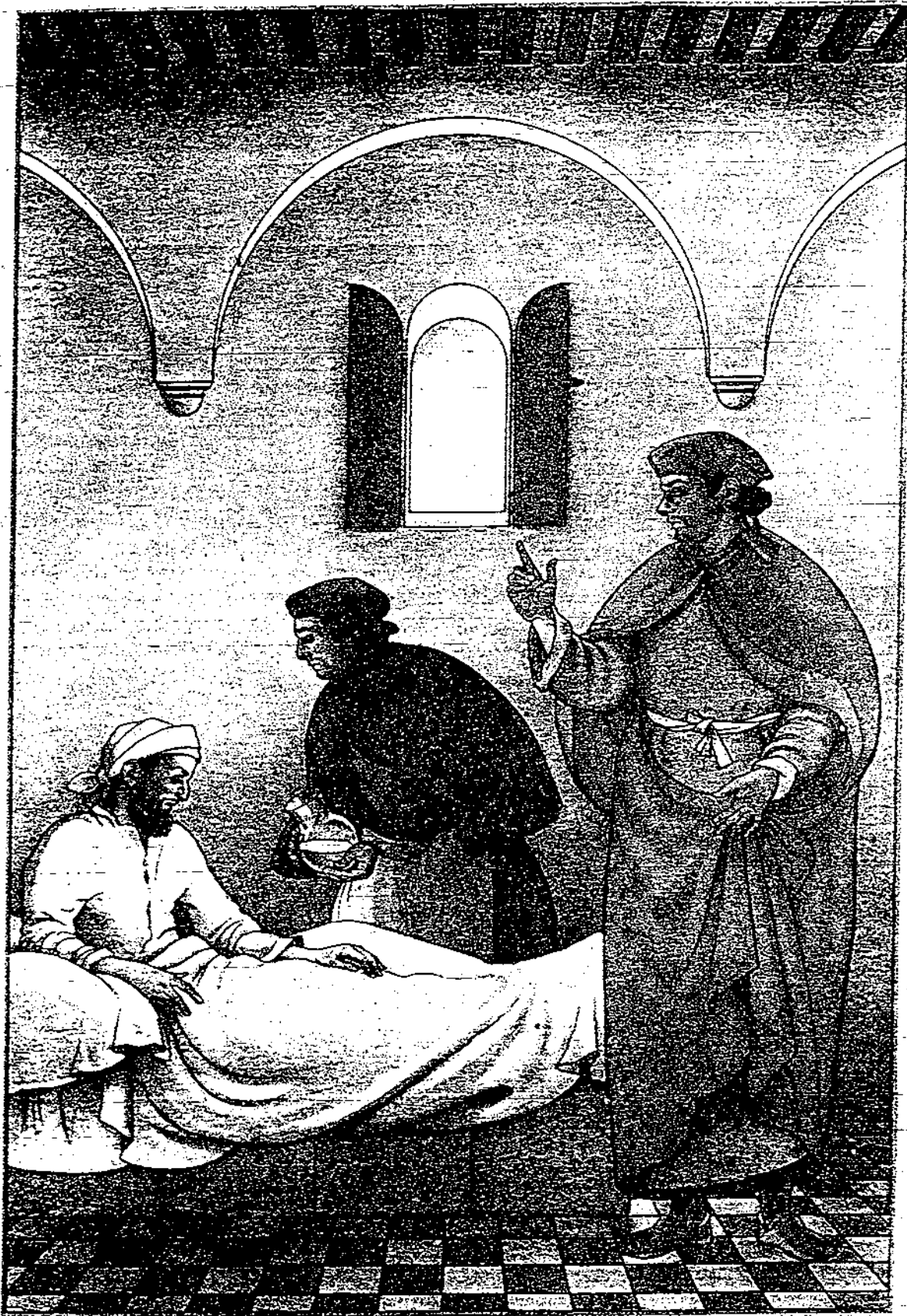
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κατά τη διάρκεια της κύησης, που θεωρείται φυσιολογική κατάσταση, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν λόγω τροποποίησης των λειτουργιών των διαφόρων συστημάτων εξαιτίας της ίδιας της κύησης, διάφορες καταστάσεις που εκτρέπουν αυτή από τον εντελώς φυσιολογικό χαρακτήρα της. Εάν προυπάρχει μια οποιαδήποτε νόσος, στη συγκεκριμένη περίπτωση υπέρταση, και εγκατασταθεί κύηση είναι δυνατόν η τροποποίησή ή μάλλον η αυξημένη απαίτησή της λειτουργίας ενός συστήματος να επιβυρύνει την αρχική παθολογική κατάσταση και πολλές φορές να απειλήσει και τη ζωή της επιτόκου.

Η υψηλή Α.Π. είναι ένας από τους πολλούς παθολογικούς παράγοντες που, αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, δυνατόν να οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις τόσο για τη ζωή του εμβρύου όσο και της εγκυμονούσας. Η μελέτη αυτή φιλοδοξεί να καταγράψει διεξοδικά τις διάφορες πτυχές αυτού του μεγάλου κεφαλαίου που καλείται "υπέρτασι-κές διαταραχές κύησης". Λόγω των περιορισμένων γνώσεων σχετικά με την επιστημονική εξακρίβωση των αιτιών που οδηγούν σε τοξικοαιμία καθώς και με την αιτιολογία της υψηλής Α.Π. στη κύηση, η αντιμετώπιση αυτών στρέφεται σε γενικά μέτρα και μηχανισμούς ενώ η φαρμακευτική αγωγή περιορίζεται στην άκρως απαραίτητη και ακίνδυνη για την πορεία της εγκυμοσύνης.

Η πρόοδος της ιατρικής και φαρμακευτικής και οι συνεχείς επιστημονικές ανακαλύψεις γρήγορα θα οδηγήσουν στην επιτυχή αντιμετώπιση και πρόληψη της δύσκολης αυτής καταστάσεως με την όσο το δυνατόν ευνοϊκότερη πρόγνωση για μητέρα και παιδί.





Ἰατρός τῆς Ἀναγενήσεως.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ω Ν

		Σελ (δσ)
Περίληψη Μελέτης		I
Περιεχόμενα	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	II-III
Κεφάλαιο I		
Εισαγωγή		1
Κεφάλαιο II		
Ιστορική Ανασκόπηση		3
Ανατομία Κυκλοφορικού Συστήματος		5
Το Αιμοφόρο Σύστημα (ανατομία καρδιάς, αρτηριών, αιμοφόρων τριχοειδών, φλεβών)		57
Ανατομία Λεμφοφόρου Συστήματος		
Φυσιολογία Κυκλοφορικού Συστήματος (ερεθισματογωγό σύστημα-διέγερση της καρδιάς)	}	8
Φυσιολογικό Η.Κ.Γ.		
Αρρώστιες του Κυκλοφορικού Συστήματος		9
Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Θήλεος	}	11
Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος Θήλεος		
Κεφάλαιο III		
Μηχανισμοί της Αρτηριακής Πίεσης	}	13
Μηχανισμοί Ταχείας Ανταπόκρισης στη Διαταραχή της Α.Π.		
Μηχανισμοί Βραδείας Ανταπόκρισης	}	14
Μηχανισμοί Υπέρτασης		
Παράγοντες που έχουν σχέση με την εκδήλωση και διατήρηση της υπέρτασης	}	15
Ταξινόμηση της Υπέρτασης		
Παθολογοανατομία της Υπέρτασης		16
Παθολοφυσιολογία της Υπέρτασης		
Η Ανίχνευση της Υπέρτασης	}	17
Η Διερεύνηση της Υπέρτασης		
Κλινική Διερεύνηση: Ιστορικό		
Απαραίτητες Προϋποθέσεις για τη Σωστή Μέτρηση της Α.Π.		18
Παράγοντες που Επηρεάζουν το Ύψος της Α.Π.		20
Εργαστηρική Διερεύνηση: Γενική εξέταση ούρων, ηλεκτρολύτες, κρεατινίνη ορού, γενική εξέταση αίματος, σάκχαρο, λιπίδια, ουρικό οξύ, ρενίνη, νεφρόγραμμα, σπινθηρογράφημα	}	21 27
● Εγκυμοσύνη και Υπέρταση		28
Τοξιναιμία		
Ελαφράς Μορφής Προεκλαμψίας		29
Βαρύς Μορφής Προεκλαμψίας		
● Επιπτώσεις Προεκλαμψίας σε Μητέρα και Παιδί		30
● Επικίνδυνα Συμπτώματα		31
Εκλαμψία		
● Χαρακτηριστικά Εγκυμοσύνης με Αυξημένο Κίνδυνο Εκλαμψίας		31
● Κίνδυνοι Εκλαμψίας για Μητέρα και Εμβρυο		32
Κατάλογος Αντιυπερτασικών Φαρμάκων		34

-III-

Κεφάλαιο IV

Γενικά Μέτρα—Αντιμετώπισης—Υπέρτασης (Διατροφή, ο ρόλος του Na στην Α.Π., οινοπνευματώδη ποτά, καφές, κάπνισμα, σωματική άσκηση, χαλάρωση-αυτο- συγκέντρωση ή θεραπεία Biofeedback)	35-37
Βασικές Αρχές της Θεραπευτικής Αγωγής της Ιδιοπαθούς Υπέρτασης	37
Φαρμακευτική Αγωγή (τρόπος δράσης των αντιυπερτα- σικών φαρμάκων, εμπειρική αγωγή υπέρτασης, αγωγή μετά τη μέτρηση του όγκου πλάσματος αίματος)	38-40
Η Διακοπή της Αγωγής	41
Ανεπιθύμητες Παρενέργειες Φαρμάκων (δηλητηρίαση- πρώτες βοήθειες)	
Θεραπευτική Αγωγή Τοξιναιμίας (Αντιμετώπιση προεκ- λαμψίας - εκλαμψίας)	43-44

Κεφάλαιο V

Νοσηλευτική Φροντίδα και Παρέμβαση στις Υπερτα- σικές Διαταραχές Κύησης	45
Αντικειμενικοί Σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας	
Αξιολόγηση	46
Νοσηλευτική Φροντίδα Εγκύου	47
Χαρακτηριστικά Διαιτης Υπερτασικής Εγκύου	48
Παρακολούθηση της Εγκύου (παρατηρήσεις)	
Νοσηλευτική Φροντίδα Εγκύου Κατά την Διάρκεια του Σπασμού	49
Νοσηλευτική Φροντίδα Εγκύου Μετά τους Σπασμούς	
Παρακολούθηση και Παρατηρήσεις της Εγκύου με Εμφάνιση Σημείων Εκλαμψίας από τη Μαία και τη Νοσηλεύτρια	
Συμπτώματα Εκλαμψίας	
Φαρμακευτική Αγωγή	50
Πρόληψη Τοξιναιμίας	51
Καίσαρική Τομή (προεχειρητική-μετεχειρητική φροντίδα)	51-52
Γενική-τοπική-τελική προεχειρητική φροντίδα	
Προετοιμασία Κλίνης και Βαλόμου της Εγκύου	53
Μετεχειρητική Παρακολούθηση και Φροντίδα	54-55
Νοσηλευτική Φροντίδα - Αγωγή Κατά τη Δοχεία	56
Μετεχειρητικές Επιπλοκές	
Ενημέρωση της Δεχοίδας κατά την Εξοδό της από την Μαιευτική Κλινική	57

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική Διεργασία Περιπτώσεων Επικίνδυνων για Τοξιναιμία	58-68
Σχεδιάγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας Ασθενούς	
Επίλογος	69
Βιβλιογραφία	70





ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υψηλή Α.Π. κατά την εγκυμοσύνη απαιτεί προσεκτική επίβλεψη, επειδή οι κίνδυνοι τόσο για τη μητέρα, όσο και για το αγέννητο έμβρυο είναι μεγάλοι. Οι περισσότερες γυναίκες, με ήπια αύξηση στην αρτηριακή τους πίεση, περνάνε πολύ καλά τη περίοδο της εγκυμοσύνης τους και η υψηλή αρτηριακή πίεση καθ'αυτή δεν είναι λόγος, για να αποφεύγει μια γυναίκα να μείνει έγκυος. Στην πραγματικότητα, τ' αποτελέσματα, που μπορεί να παρουσιάσει η εγκυμοσύνη σε γυναίκες, που έχουν ήδη υψηλή πίεση, είναι εντελώς απρόβλεπτα. Στο ένα τρίτο απ' αυτές δεν θα παρουσιαστεί καμία αλλαγή, στο άλλο τρίτο θα εμφανιστεί μια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στις υπόλοιπες, η πίεση θα πέσει κάτω από το φυσιολογικό.

Κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης, όταν η αρτηριακή πίεση είναι υψηλή, πρέπει να υπολογιστούν τρεις πιθανότητες:

- α) **μπορεί** η ίδια η εγκυμοσύνη να έχει ανεβάσει την πίεση,
- β) **μπορεί** να έχει εκδηλωθεί μια προϋπάρχουσα υψηλή πίεση, που δεν είχε διαγνωστεί, ή
- γ) **μπορεί** να οφείλεται σε τοξιναιμία που είναι μια πιο σοβαρή κατάσταση.

Η τοξιναιμία της εγκυμοσύνης (που διακρίνεται σε προεκλαμψία και σε έκλαμψία) μπορεί να βάλει σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας, όσο και του αγέννητου παιδιού και, συνήθως, είναι προτιμότερο για την έγκυο να κάνει νοσοκομειακή περίθαλψη. Σε μερικές περιπτώσεις, ίσως χρειαστεί να γίνει πρόωρος τοκετός με καισαρική τομή. Όταν το παιδί γεννηθεί, η αρτηριακή πίεση ξαναγυρίζει συνήθως στο φυσιολογικό της επίπεδο.

Είναι όμως σκόπιμο τώρα να γίνει μια ανάλυση όρων που θα χρησιμοποιούνται συνεχώς στη μελέτη αυτή. **ΠΙΕΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**: Η πίεση του αίματος στις μέσου μεγέθους αρτηρίες είναι προϊόν της δύναμης και του όγκου του παλμού της καρδιάς, της ελαστικότητας των αρτηριακών τοιχωμάτων και της αντίστασης στη ροή του αίματος μέσω στο τελικό εκτεταμένο δίκτυο των στενών αρτηριδίων που είναι μυώδη και που μπορούν να ανοίγουν κλείνουν αντιδρώντας σε χημικά ή νευρικά ερεθίσματα. Η Διεθνής Οργάνωση Υγείας έχει καθορίσει σαν φυσιολογική πίεση εκείνη που κατά τη σύστολη είναι 140mmHg ή λιγότερο, και κατά τη διαστολή 90mmHg ή λιγότερο.

Η Α.Π. δεν είναι στατική αλλά μεταβλητή κατάσταση και στα φυσιολογικά και στα υπερτασικά άτομα. Η μεταβολή αυτή παρατηρείται από τη μια στιγμή στην άλλη καθώς και στη διάρκεια του 24ώρου. Γι' αυτό η αύξηση της Α.Π. σε μια μόνο μέτρηση δεν είναι αρκετή για να τεθεί η διάγνωση της υπέρτασης. Η Α.Π. είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων και αλληλοεξαρτώμενων μηχανισμών του οργανισμού. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται όσα ρυθμίζουν:

- το εύρος των αγγείων
- την ανταπόκριση των αγγείων στα ερεθίσματα
- τον κατά λεπτό όγκο αίματος
- τον έξω- και ένδο- αγγειακό όγκο των υγρών.

**ΥΠΕΡΤΑΣΗ**: Είναι η αύξηση της συστηματικής Α.Π. πάνω από τα "φυσιολογικά όρια". Οι διάφοροι ερευνητές χαρακτηρίζουν ως "φυσιολογι-

κά" όρια διαφορετικές τιμές Α.Π. Ο Riskerling π.κ. υποστηρίζει ότι δεν υπάρχουν τέτοια όρια και θεωρεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι η Α.Π. τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση.

**ΟΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ:** Η πίεση που κυμαίνεται ανάμεσα στη φυσιολογική και την υψηλή. Με τα κριτήρια της Παγκόσμιας Οργάνωση Υγείας οριακή υπέρταση είναι η Α.Π. από 140/90mmHg ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο.

**ΤΟΞΙΝΑΙΝΙΑ:** Είναι μια ιδιαίτερη κατάσταση που παρουσιάζεται στην κύηση κατά την οποία παραβλάπεται η ομαλή λειτουργία των νεφρών με αποτέλεσμα η επίτοκος να παρουσιάζει:

- α) αύξηση Α.Π. άνω του 145mmHg,
- β) λευκωματουρία,
- γ) οίδημα,
- δ) αύξηση του βάρους του σώματος.

Είναι συχνότερη στις πρωτότοκες, στην πολύδυμο κύηση, στις διαβητικές έγκυες. Η τοξιναιμία συνδέεται με πλακουντιακή δυσλειτουργία και ελάττωση της κυκλοφορίας στο πλακούντα, γι' αυτό επηρεάζει και την ανάπτυξη του εμβρύου.

**ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ:** Χαρακτηρίζεται από φυσιολογική πίεση του αίματος πριν από την κύηση ή πρώιμα στην κύηση με μια άνοδο όμως αυτής το τελευταίο τρίμηνο. Αργότερα η πίεση σχετίζεται με λευκωματουρία κι οίδημα. Η προεκλαμψία είναι πρώιμο στάδιο τοξιναιμίας που αν δεν τεθεί έπο έλεγχο παρουσιάζεται η εκλαμψία.

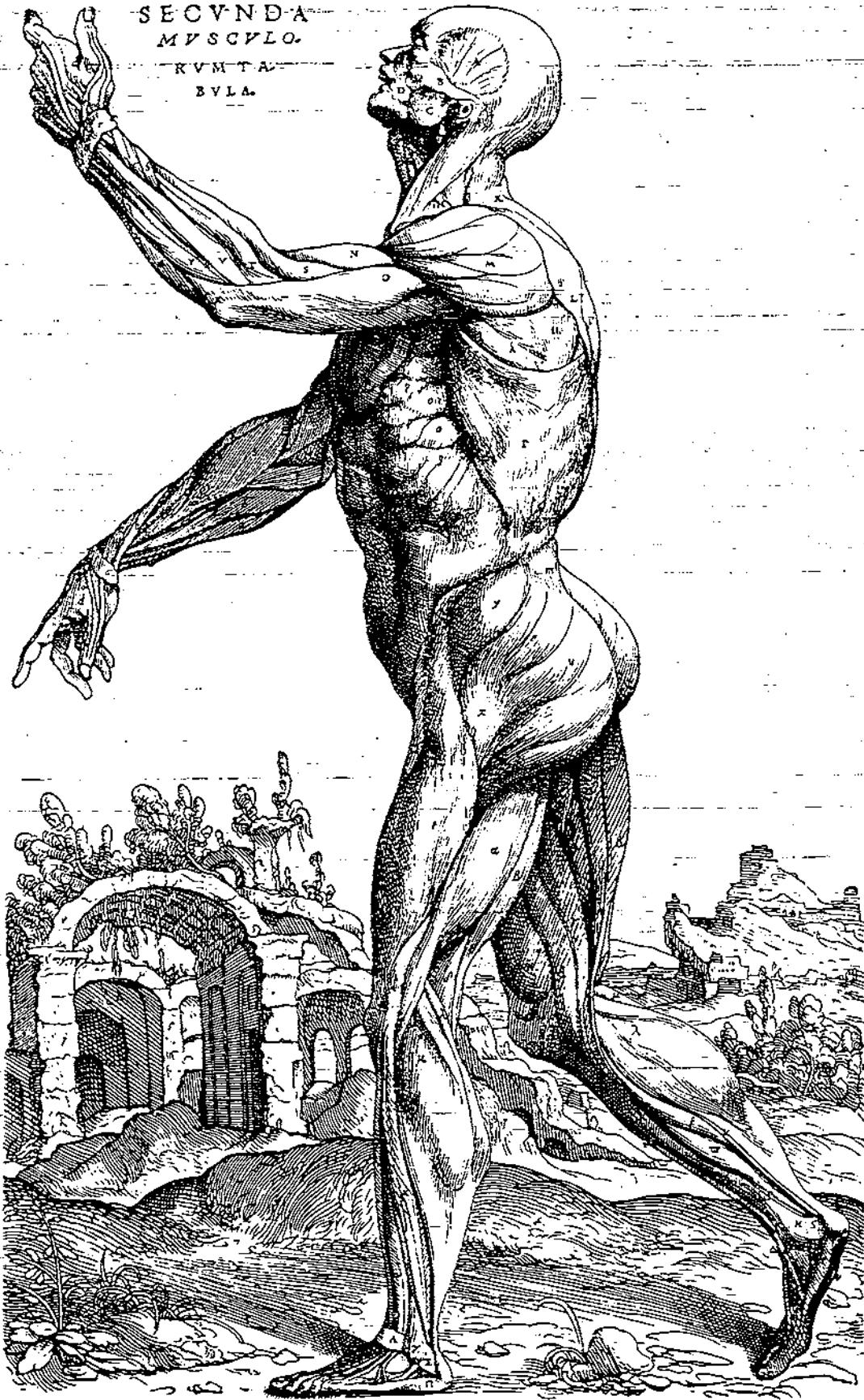
**ΕΚΛΑΜΨΙΑ:** Η εικόνα της εκλαμψίας χαρακτηρίζεται από σπασμούς (εκλαμπτικούς) που σφείλονται σε εγκεφαλικό οίδημα, η ασθενής παρουσιάζει ανουρία και αν δεν αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση με επαναλειτουργία των νεφρών, απονεύσκει.

Η προεκλαμψία παρουσιάζεται περίπου στο 5% όλων των κύσεων αν συμπεριλάβουμε την τοξιναιμία, όπου δεν προηγήθηκε υπέρταση και την τοξιναιμία που σχετίζεται με την υπέρταση.

Η εκλαμψία είναι πολύ λιγότερο συχνή και παρουσιάζεται περίπου στο 0,1% των εγκύων γυναικών.

SECUNDA  
MUSCULO.

RVMTA  
BVLA.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ

Η υπέρταση είναι νόσος του 20ου αιώνα για το μόνο λόγο ότι η πίεση του αρτηριακού αίματος μπόρεσε να μετρηθεί όταν ο Scipione Riva-Rocci (1863-1896) τελειοποίησε μια παλιότερη έκδοση του σύγχρονου σφυγμανομέτρου το 1896. Ο Stephen Hales, Άγγλος κληρικός, ήταν ο πρώτος που μετρήσε άμεσα την πίεση του αίματος - σε μια φορέδα το 1733 - και διάφοροι ερευνητές χρησιμοποιώντας υδραργυρικά μανόμετρα μετρήσαν την πίεση του αίματος με διάφορους τρόπους το 19ο αιώνα. Ο Richard Bright (1733-1858), στη διάρκεια της κλαστικής του μελέτης πάνω στη νόσο που φέρει το όνομά του, συμπεράνε ότι η σπαστική κοιλία με παχύ τοίχωμα, η διατομένη αορτή και η αρτηριοπάθεια πιθανά να οφείλονται σε αυξημένη αντίσταση στη ροή του αίματος στο αιμοφόρο αγγείο, αλλά δεν είχε μέθοδο να μετρήσει την πίεση του αίματος.

Ο Korotkoff το 1905 περιέγραψε τους 5 ήχους που ακούγονται πάνω από τη βραχιόνιο αρτηρία, περιφερικά της ήβηχειρίδας, καθώς ελαττώνεται η πίεση στο σφυγμανόμετρο:

**Φάση I:** τον απότομο, οξύ ήχο, καθώς η πίεση πέφτει κάτω ακριβώς από τη συστολική.

**Φάση II:** παρατεταμένο δυνατότερο ήχο με κροτά φύσηματος.

**Φάση III:** δυνατός σαφή ήχο μ' ένα ελαφρό μόνο φύσημα.

**Φάση IV:** απότομη εξασθένηση των ήχων, που σύμφωνα με μερικούς αντιπροσωπεύει τη διαστολική πίεση.

**Φάση V:** η πλήρης εξαφάνιση των ήχων, που για τις Η.Π.Α. αντανακλά συνήθως τη διαστολική πίεση.

Ο Mahomed (1879) ήταν ο πρώτος που απόδειξε ότι νεφρικά και καρδιακά νοσήματα ήταν επιπλοκές της υπέρτασης σε μερικούς ασθενείς (κτ'όχι το αντίστροφο, όπως είχαν προτείνει οι Bright και Allbutt).

Παλιότερες μελέτες που αφορούν την πίεση του αίματος με αλλοιώσεις οργάνων

Στις Η.Π.Α., ο Janeway το 1913 ήταν ένας από τους που τόνισε τη σημασία της πίεσης του αίματος στην πρόγνωση, ιδιαίτερα όσο αφορά την καρδιακή ανεπάρκεια, τη νεφρική ανεπάρκεια και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Οι Volhard και Fahr το 1914 διαφοροποίησαν σαφώς την καλοήγη από την κακοήγη υπέρταση, περιγράφοντας την ταχεία φέινουσα πορεία και τη δύσκολη νεκρωτική αρτηριολιτίδα στην κακοήγη φάση. Η εξέταση του αμφιβληστροειδή σαν "καρέπτη" παρατήρησης των αλλοιώσεων στην υπέρταση από τον Mosgeto 1916 και τον Gunn το 1923 αποτέλεσε σημαντικότατο γεγονός, αλλά η σαφή σχέση των βασικών αλλοιώσεων και της πρόγνωσης διευκρινίστηκε από τους Keith, Wagener και Barker, οι οποίοι το 1939 συνόψισαν εργασία μίας δεκαετίας και ταξινόμησαν τις αλλοιώσεις του αμφιβληστροειδή σε 4 βαθμίδες αυξανόμενης σοβαρότητας. Διέκριναν δε καθαρά την πρόγνωση των βαθμίδων I και II (καλοήγητες) από τις βαθμίδες III και IV (κακοήγητες) της υπέρτασης. Οι παθολογοανατομικές μελέτες των Clawson και Bell έδειξαν τα δυσμενή αποτελέσματα της υπέρτασης στην καρδιά, τον εγκέφαλο και τους νεφρούς. Ειδικές μελέτες από εταιρίες ασφάλιας ζωής, ιδι-

αίτερα από μεγάλες μελέτες του 1939 και 1959, δείξουν τη σημασία της ελαφράς αύξησης είτε της συστολικής είτε της διαστολικής πίεσης, ιδιαίτερα σε νέο άτομο. Περισσότερες μελέτες (περιλαμβανομένη της μελέτης του Stamler, 1967 και του Kannel, 1974) στα τελευταία 20 ή 30 χρόνια δείχνουν ότι η υπέρταση είναι μία από τις σπουδαιότερες νόσους στο δυτικό πολιτισμό και ο μοναδικός-πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου στην παθογένεα της καρδιοπάθειας.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ - ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το κυκλοφορικό ή αγγειακό σύστημα εξαπλώνεται σε όλο το σώμα, εξασφαλίζει κυρίως τη θρέψη των οργάνων, συμβάλλοντας και στην επίτευξη πολλών άλλων λειτουργιών του οργανισμού και διακρίνεται σε δύο μέρη, στο αιμοφόρο και στο λεμφικό σύστημα.

ΤΟ ΑΙΜΟΦΟΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το αιμοφόρο ή καρδιαγγειακό σύστημα χρησιμεύει για τη μεταφορά και κατανομή του αίματος στα διάφορα όργανα του σώματος, έτσι δε εξυπηρετεί τη θρέψη και οξυγόνωση των ιστών, την απέκκριση των ακρήστων και επιβλαβών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, τη μεταφορά των ορμονών, τη διαρρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και την άμυνα του οργανισμού.

Αποτελείται το σύστημα αυτό από την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία, δηλαδή τις αρτηρίες, τα τριχοειδή και τις φλέβες.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η καρδιά είναι κοίλο όργανο που αποτελείται από 4 κοιλότητες: το δεξιό και αριστερό κόλπο και τη δεξιά και αριστερή κοιλία. Οι δύο κόλποι χωρίζονται ο ένας από τον άλλο με το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Στον αριστερό κόλπο καταλήγουν οι πνευμονικές φλέβες που φέρνουν αίμα από τους πνεύμονες, ενώ στο δεξιό κόλπο καταλήγουν η άνω και κάτω κοίλη φλέβα που φέρνουν αίμα από όλα τα όργανα του σώματος. Οι κόλποι χωρίζονται από τις κοιλίες με το κολποκοιλιακό διάφραγμα. Στο κολποκοιλιακό διάφραγμα της δεξιάς καρδιάς βρίσκεται η τριγώνω- χίνος βαλβίδα και η πνευμονική, ενώ στο κολποκοιλιακό διάφραγμα της αριστερής καρδιάς η μιτροειδούς και η αορτική βαλβίδα.

Το τοίχωμα των κοιλοτήτων της καρδιάς αποτελείται από 3 στιβάδες: το ενδοκάρδιο, μυοκάρδιο και περικάρδιο. Το μυοκάρδιο αποτελείται από μυϊκό ιστό και είναι αυτό που κάνει τη συστολή της καρδιάς. Η συστολή της καρδιάς καλείται καρδιακός παλμός και αποτελείται από τρία στάδια (φάσεις): τη συστολή των κόλπων, τη συστολή των κοιλιών και την καρδιακή παύλα.

Το μυοκάρδιο της αριστερής κοιλιάς είναι πολύ παχύτερο από τη δεξιά. Η αιμάτωση του μυοκαρδίου εξασφαλίζεται από τις 2 στεφανιαίες αρτηρίες, την αριστερή και τη δεξιά, οι οποίες εμφύονται από τους στεφανιαίους κόλπους της αορτής. Η αριστερή στεφανιαία αρτηρία διακρίνεται σε:

1. κοινό στέλεχος,
2. πρόσθιο κατιόντα κλάδο, που αρδεύει το πρόσθιο τοίχωμα της καρδιάς,
3. περισπώμενο κλάδο, που αρδεύει το πλάγιο τοίχωμα της καρδιάς,
4. διαγώνιο κλάδο.

Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία κατανέμεται στο οπίσθιο - κατώτερο τοίχωμα της καρδιάς, όπως:

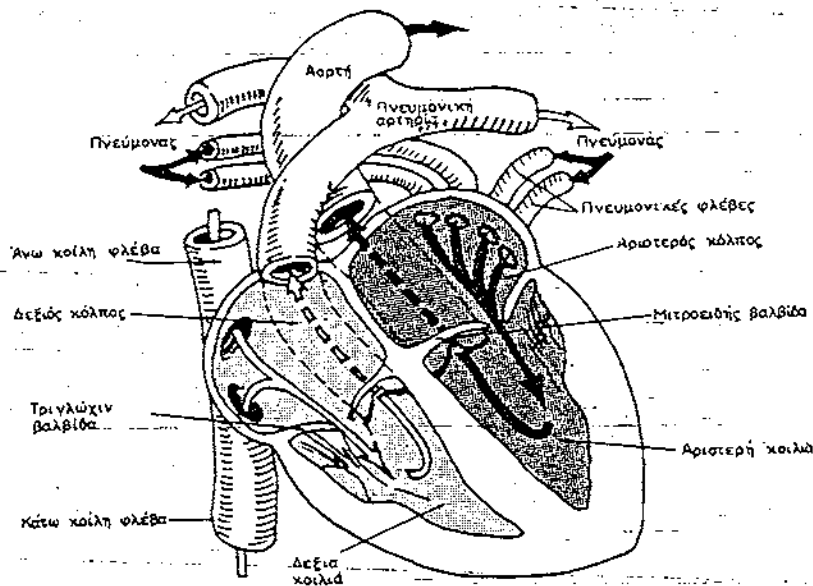
1. κλάδο φλεβοκόμβου,
2. κλάδο Aschoff - Tawara.

Η κυκλοφορία του αίματος στην καρδιά είναι η εξής:

Ο δεξιός κόλπος δέχεται αίμα από την άνω και κάτω κοίλη φλέβα και το προωθεί δια μέσου της τριγλώχινης βαλβίδας στη δεξιά κοιλία η οποία το προωθεί διαμέσου της πνευμονικής βαλβίδας στην πνευμονική αρτηρία, η οποία διοχετεύει φλεβικό αίμα στους πνεύμονες, όπου οξυγονούται. (Μικρή κυκλοφορία)

Από τους πνεύμονες, οξυγονωμένο αίμα γυρίζει με τις πνευμονικές φλέβες (2 δεξιές, 2 αριστερές) στον αριστερό κόλπο, από όπου μέσω της μητραιδούς βαλβίδας μεταβιβάζεται στην αριστερή κοιλία, απ' όπου μέσω της αορτικής βαλβίδας μεταβιβάζεται στην αορτή, και από εκεί οξυγονωμένο μεταβιβάζεται στα διάφορα όργανα. (Μεγάλη κυκλοφορία)

Όσον αφορά τις πιέσεις και την περιεκτικότητα σε οξυγόνο των διαφόρων περιοχών της καρδιάς συμβαίνει το εξής: η δεξιά καρδιά είναι σύστημα χαμηλών πιέσεων και οξυγονώσεως, ενώ η αριστερή κοιλία υψηλών, γιατί τροφοδοτεί τη μεγάλη κυκλοφορία.



Σχ. 4.2β.

Σχηματική παράσταση του εσωτερικού της καρδιάς. Βλέπουμε ότι το μυοκάρδιο των κοιλιών είναι παχύτερο από το μυοκάρδιο των κόλπων.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Οι αρτηρίες είναι συσταλτοί και ελαστικοί σωλήνες, με τους οποίους το αίμα απόγεται από την καρδιά και φέρεται στα τριχοειδή δίκτυα των ιστών και των οργάνων του σώματος. Και η μεν συσταλτικότητα των αρτηριών οφείλεται στις λαβές μυϊκές ίνες, η δε ελαστικότητα στις ελαστικές του αρτηριακού τοιχώματος.

Όλες οι αρτηρίες του σώματος εκπορεύονται από τις κοιλίες της καρδιάς με δύο μεγάλα στελέχη, την αορτή και την πνευμονική αρτηρία. Η μεν αορτή εκφύεται από την αριστερή κοιλία και εξυπηρετεί τη μεγάλη ή σωματική κυκλοφορία, η δε πνευμονική αρτηρία από τη δεξιά κοιλία και εξυπηρετεί τη μικρή ή πνευμονική κυκλοφορία.

Διακρίνονται σε μεγάλες, μεσαίες, μικρές και προτριχοειδή, το τοίχωμα δε αυτών αποτελείται, γενικά, από τρεις κιτώνας: έσω, μέσω ή



μυϊκό και έξω, μεταξύ των οποίων παρεμβάλλεται ελαστικός υμένας. Οι αρτηρίες προοδευτικά λεπτόνονται (προτριχοειδής), καταλήγοντας στα τριχοειδή, τα οποία παρατίθενται μεταξύ των αρτηριών και των φλεβών.

#### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΤΡΙΧΟΕΙΔΩΝ

Τα αιμόφορα τριχοειδή παρεμβάλλονται στα προτριχοειδή αρτηρίδια και στα μετατριχοειδή φλέβια και σχηματίζουν δίκτυα, είναι δε στενοί σωλήνες, ορατοί με γυμνό μάτι, ενώ οι αυλές τους είναι αρκετά στενές, ώστε 1-2 ερυθρά αιμοσφαίρια μπορούν να διέλθουν αυτόν, δια μέσου του οποίου γίνεται ανταλλαγή ουσιών μεταξύ αίματος και ιστών. Το τοίχωμα των τριχοειδών αποτελείται από βασικό υμένα, από μέσα του οποίου υπάρχει το ενδοθήλιο, και από έξω η περικυτταρική στιβάδα.

Από φυσιολογική άποψη αποτελούν το πιο σπουδαίο τμήμα του αγγειακού συστήματος, γιατί πραγματικά εδώ εκπληρώνεται ο σκοπός της κυκλοφορίας.

#### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΦΛΕΒΩΝ

Οι φλέβες, που αποτελούν συνέχεια των τριχοειδών και διαρκώς ευρύνονται, είναι περισσότερες των αρτηριών, έχουν τοίχωμα, που αποτελείται επίσης από τρεις χιτώνες, όπως οι αρτηρίες, είναι όμως λεπτότερο και φέρει από μέσα βαλβίδες, οι οποίες έχουν σκοπό να παρεμποδίζουν την παλλινδρόμηση του αίματος. Σκοπός τους είναι η μεταφορά του αίματος από την περιφέρεια προς την καρδιά. Στην επάνοδο του αίματος από τα διάφορα μέρη του σώματος συμβάλλουν επίσης, οι συστολές των μυών. Οι φλέβες έχουν τοιχώματα ελαστικά και αρκετά διαστατά, γι' αυτό μπορούν να διευρυνθούν και να αυξηθεί η χωρητικότητά τους, συγκεντρώνοντας μεγάλες ποσότητες αίματος, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί σε δεδομένη στιγμή που ο οργανισμός θα έχει αυξημένες ανάγκες.

Τα αγγεία νευρούνται από νευρικές ίνες, που προκαλούν είτε τη συστολή τους, αγγεοσυσταλτικές ίνες, είτε την αγγεοδιαστολή, και τότε λέγονται αγγειοδιασταλτικές ίνες. Οι αγγεοσυσταλτικές ίνες προέρχονται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ενώ οι αγγειοδιασταλτικές από το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΛΕΜΦΟΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το λεμφοφόρο ή λεμφικό σύστημα, που θεωρείται προσάρτημα του φλεβικού σκέλους του αιμοφόρου συστήματος, αφορίζει από τους ιστούς τη λέμφα και τη μεταφέρει, με ιδιαίτερα αγγεία (τα λεμφαγγεία) στην κυκλοφορία.

Αποτελείται δε: α) από τα λεμφόφορα τριχοειδή, β) από τα λεμφαγγεία και γ) από τα λεμφοκυτογόνα όργανα.

Μεταξύ των κυττάρων υπάρχει το υγρό των ιστών που αποτελεί τη λέμφα. Το υγρό των ιστών αποτελεί το άμεσο περιβάλλον των κυττάρων. Μέσα σ' αυτό επικρατούν, υπο μορφή ιόντων, το νάτριο, το κάλιο και η ανθρακική ρίζα. Αντιθέτως, εντός των κυττάρων επικρατούν το κάλιο, η φωσφορική ρίζα και τα λευκόματα, επίσης υπο μορφή ιόντων.

Το λεμφικό σύστημα, μεταξύ άλλων, παίζει σημαντικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού αφού παράγει λεμφοκύτταρα και ποσότητα αντισωμάτων, ενώ καταστρέφει διάφορες βλαβερές ουσίες, όπως τοξίνες μικροβίων και μικροοργανισμούς.

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### Ερεθισματοαγωγό Σύστημα - Διέγερση Της Καρδιάς

Το ερεθισματοαγωγό σύστημα εξασφαλίζει έναρξη και αγωγή των ηλεκτρικών διεγέρσεων της καρδιάς.

Το πρωτεύον κέντρο είναι:

1. Ο φλεβόκομβος (κόμβος Keith - Flack), βρίσκεται στο δεξιό κόλπο, η συχνότητά του είναι 60-100 διεγέρσεις/μίν. Οι διεγέρσεις μεταβιβάζονται μέσω των κολπικών δεματίων στον...

2. Κόμβο των Aschoff - Tawara, που βρίσκεται στη δεξιά μεριά του μεσοκολπικού διαφράγματος.

Απο τον κόμβο οι διεγέρσεις μεταβιβάζονται στο...

3. Δεματίο του His, που κατέρχεται στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, και διακλαδίζεται στον οριστερό και δεξιό σκέλος.

Φυσιολογικά, η διέγερση αρχίζει από τον φλεβόκομβο, και μετά δίδεται στο κόμβο των Aschoff - Tawara, από όπου διαμέσου του δεματίου του His, στα δύο σκέλη, και τις κοιλίες.

α) Ο φλεβόκομβος έχει συχνότητα 60-100/μίν. και είναι το πρωτεύον βηματοδοτικό κέντρο της καρδιάς. Αν καταργηθεί ο φλεβόκομβος, αναλαμβάνει να δώσει διεγέρσεις.

β) Η περιοχή κόμβου - δεματίου His, που αποτελεί το δευτερεύον κέντρο με συχνότητα 40-50/μίν. Αν καταργηθεί και η περιοχή αυτή, αναλαμβάνει,

γ) Τα σκέλη (δεξιό ή οριστερό), που αποτελούν το τριτεύον κέντρο με συχνότητα 30-40/μίν.

### Φυσιολογικό Η.Κ.Γ.

Χαρακτηρίζεται από τα εξής κύματα:

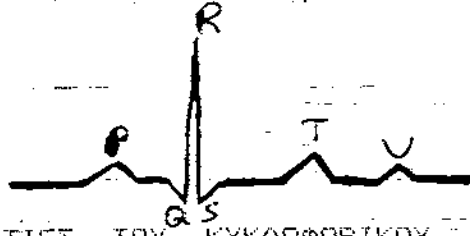
Κύμα P: Διέγερση φλεβόκομβου και εν συνεχεία του μυοκαρδίου των κόλπων.

Διάστημα P-R: Διάδος ερεθίσματος από κόμβο Aschoff - Tawara, δεματίο His.

Σύμπλεγμα QRS: Διέγερση μυοκαρδίου κοιλιών.

Κύμα T: Επαναπόλωση μυοκαρδίου κοιλιών.

Σε φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα το κύμα P-T είναι θετικό.



### ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

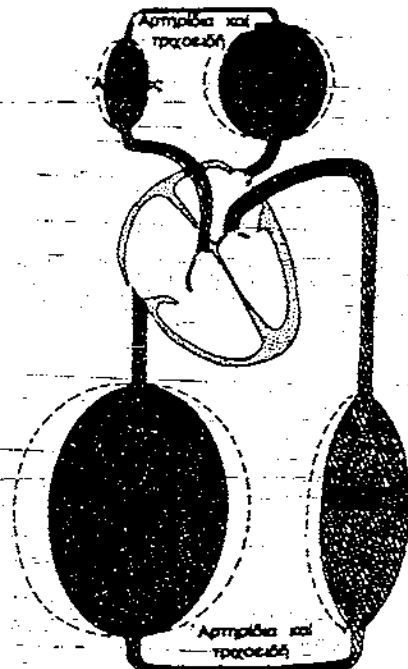
Μερικές από τις πιο συχνές αρρώστιες του κυκλοφορικού συστήματος είναι:

Η Υπέρταση,

Η **Στηθάγχη**: ονομάζεται ο πόνος που εμφανίζεται στην καρδιά και οφείλεται σε ελάττωση του O<sub>2</sub> που πηγαίνει στην καρδιά λόγω στενώσεως των στεφανιαίων αγγείων.

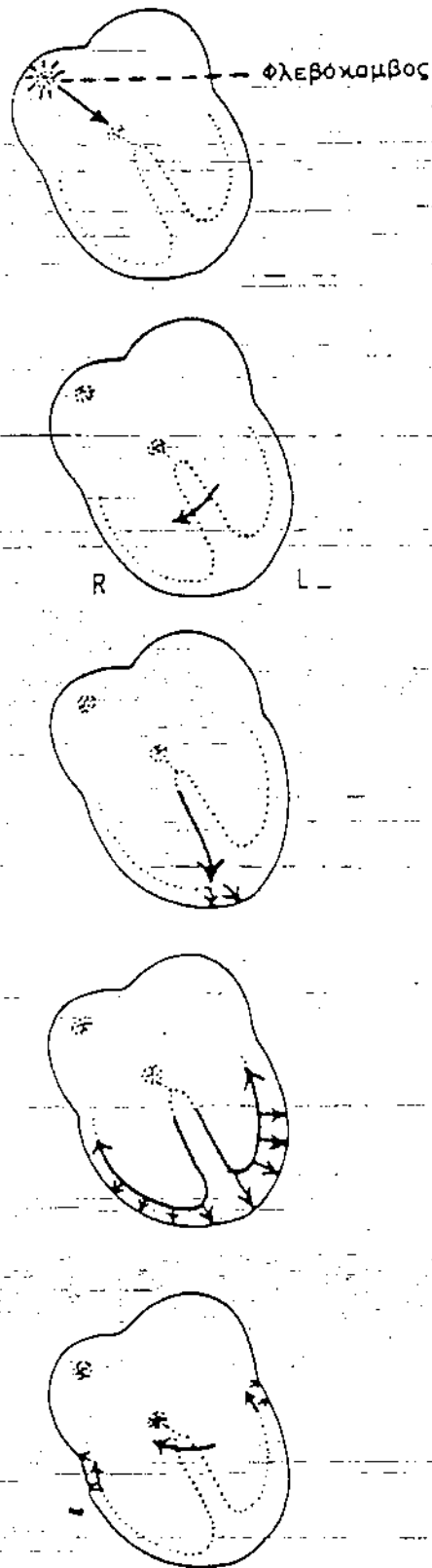
Το **Εμφραγμα**: είναι η πλήρης απόφραξη ενός κλάδου των στεφανιαίων αγγείων, που οδηγεί σε νέκρωση του τμήματος του μυοκαρδίου που παίρνει αίμα από τον κλάδο αυτό.

### ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ



### ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Αναπαράσταση της κυκλοφορίας, με τα τμήματα της συστηματικής και της πνευμονικής κυκλοφορίας που μπορούν να διαταθούν και μ' εκείνα που παρουσιάζουν αντίσταση.



Σχ. 4.4.

Το σχήμα αυτό δείχνει την πορεία που ακολουθεί η διέγερση του μυοκαρδίου. Βλέπουμε ότι η διέγερση αρχίζει από μία περιοχή, που βρίσκεται στο τοίχωμα του δεξιού κόλπου, που πρωτογίνεται ηλεκτρικώς αρνητική. Ακολουθεί η διέγερση του μυοκαρδίου των κόλπων και κατόπιν του μυοκαρδίου των κοιλιών.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΟΣ

Το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων του θήλεος αποτελεί το **αιδοίο**, που βρίσκεται μεταξύ των ριζών των μηρών. Τα έξω γεννητικά όργανα εγκλείονται από τα μεγάλα χείλη. Αυτά εκτείνονται από τα άνω από το εφηβαίο και ενώνονται από κάτω με πτυχή τον οπίσθιο σύνδεσμο. Τα μικρά χείλη από μέσα από τα μεγάλα στο πρόσθιο άκρω συνδέονται με το στήτικό όργανο, τη κλειτορίδα. Κάτω από τη κλειτορίδα βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας και κάτω από αυτό υπάρχει το στόμιο του κολεού. Το στόμιο αυτό αρχικά καλύπτεται από τον παραβεντικό υμένα.

Εκατέρωθεν του στομίου του κολεού εκβάλλουν οι βαρβαίνεοι αδένες. Ο ιστός μεταξύ των έξω γεννητικών οργάνων και του πρωκτού ονομάζεται περίνεον. Ο κολεός ή κόλπος είναι ένας ινωδωδής σάκος που καλύπτεται από βλενογόνο υμένα, το δε μήκος του φτάνει στο 3-9εκ και εκτείνεται από το τράχηλο της μήτρας μέχρι του αιδοίου.

Η μήτρα είναι κοίλο, μυώδες όργανο, που βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστεως και απευθευμένου. Έχει σχήμα αχλαδιού και μήκος 6-7εκ. Τα τοιχώματα αυτής έχουν περίπου 1-1 1/2εκ. πάχος. Η μήτρα διαιρείται στο πυθένα, το σώμα και το τράχηλο. Η μήτρα στηρίζεται από συνδέσμους:

α) οι στρογγύλοι σύνδεσμοι (από τον πυθένα της μήτρας μέχρι το δέρμα των μεγάλων χειλέων του αιδοίου διαμέσου του βουβωνικού πόρου).

β) οι πλατείς σύνδεσμοι (από τα πλάγια χείλη της μήτρας μέχρι εκατέρωθεν προς το πλάγιο πυελικό τοίχωμα).

γ) οι τραχηλικοί σύνδεσμοι (από το ιερό οστό και στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας).

Οι **ωαγωγοί** (σάλπιγγες), εκτείνονται εκατέρωθεν του πυθένα της μήτρας μέχρι τις ωοθήκες. Οι **ωοθήκες** βρίσκονται στην πίσω επιφάνεια του πλατέος συνδέσμου, από πίσω και κάτω από τις σάλπιγγες.

Η ωοθήκη περιβάλλεται το γεννητικό αδένιο του θήλεος. Έχει σχήμα κιμέγεος αμυγδαλού, μήκος περίπου 2 1/2-3εκ. και περιέχει χιλιάδες ωάρια.

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΟΣ

Κατά την ωρίμανση των ωαρίων τα ωοθυλάκια μεγεθύνονται και προκαλούν στην επιφάνεια της ωοθήκης σφαιροειδή κύτωση που ρήγνυται. Κατά τη ρήξη του ωοθυλακίου αποβάλλεται το ωάριο, που διαμέσου των σαλπίγγων μεταφέρεται προς τη μήτρα. Αν το ωάριο συναντήσει σπερματοζώαριο θα επέλθει ένωση και γονιμοποίηση. Μετά τη ρήξη του ωοθυλακίου τα κύτταρα αυτά υφίστανται μια ταχεία αλλαγή, καθίστανται ωχρά, έχουμε το **ωχρό σωματίο** που παράγει έσω έκκριση και επιδρά στο βλενογόνο της μήτρας και προετοιμάζει αυτή για να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο.

Αν δεν επέλθει γονιμοποίηση, το ωάριο πεθαίνει και το ενδομήτριο που έχει υπερπλασθεί και υπερτραφεί αποπίπτει με τη μορφή αιμορραγίας και εξέρχεται από το κόλπο. Η ροή αυτή του αίματος, που

είναι αναμεμιγμένο με βλένη και κύτταρα συμβαίνει κατά κανόνα κάθε 23-28 μέρες κατά τη διάρκεια της γόνιμης ζωής της γυναίκας και καλείται **εμμηνορρυσία**. Διάρκει συνήθως 4 με 5 μέρες κατά τη διάρκεια της οποίας περίπου 50-60ml αίματος χάνονται.

Μετά την παύση της εμμηνορρυσίας, το ενδομήτριο επανέρχεται σε μια άνεργη κατάσταση, ως ότου προετοιμασεί εκ νέου από την ωοθυλακορρηξία. Πιστεύεται ότι η **ωοθυλακορρηξία** συμβαίνει συνήθως στο μέσο της εμμηνορρυσίας. Κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας συχνά υπάρχει κάποια φυσική και πνευματική κατάπτωση.

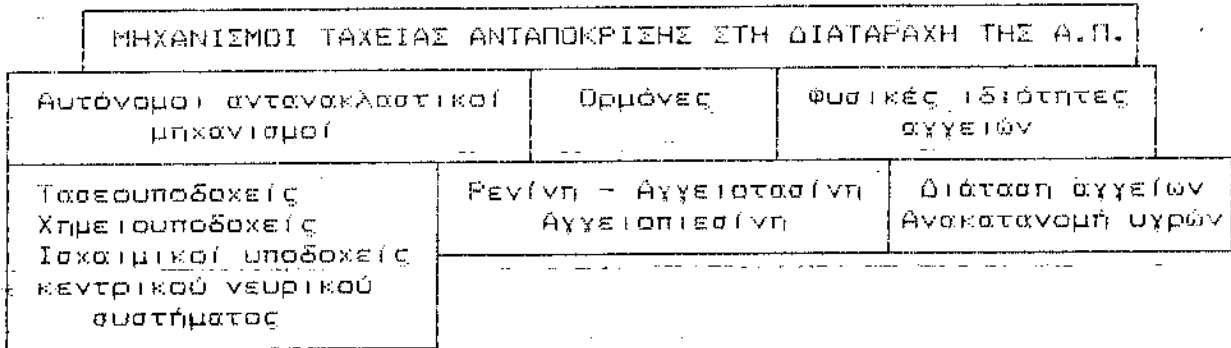
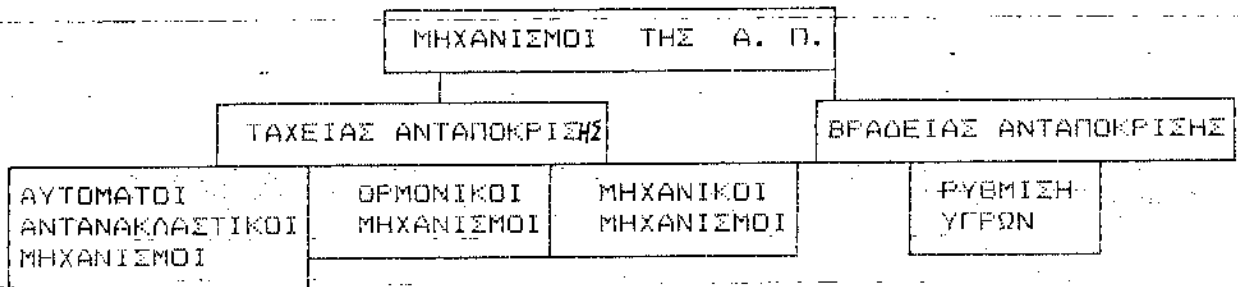
Στις περισσότερες γυναίκες μεταξύ του 45 και 50 έτους της ηλικίας τους επέρχεται η παύση της εμμηνορρυσίας. Η περίοδος αυτή λέγεται **κλιμακτήριος** και συνοδεύεται από ατροφία των μαστών και των γεννητικών οργάνων και μερικές φορές από αγγειακές διαταραχές.

Κατά το χρονικό αυτό διάστημα συχνά εμφανίζεται ο καρκίνος της μήτρας και μαστών. Αν η έκκριση των ορμονών της ωοθήκης διακοπή απότομα με χειρουργική αφαίρεση αυτών ή με ακτινοβολία, τότε θα επέλθει τεχνητή εμμηνόπαυση. Η κατάσταση αυτή πιθανώς να δημιουργήσει εντονότερα συμπτώματα εκείνων της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης. Υποκατάστατος ορμονοθεραπεία συχνά βοηθά την ασθενή να αντιμετωπίσει την καταθλιπτική αυτή περίοδο και να πετύχει μια φυσιολογική επαναπροσαρμογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΙΓ

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Η αρτηριακή πίεση ρυθμίζεται και διατηρείται σταθερή σε ορισμένο ύψος με διάφορους μηχανισμούς. Μερικοί από αυτούς ενεργοποιούνται αμέσως, σε δευτερόλεπτα, μετά από μια διαταραχή της Α.Π. - αύξηση ή πτώση - ενώ άλλοι πιο αργά, σε ώρες ή μέρες. Οι πρώτοι δηλ. είναι ταχείας και οι δεύτεροι βραδείας ανταπόκριση μηχανισμοί.



**ΤΑΣΣΟΥΠΟΔΟΧΕΙΣ:** Εντοπίζονται στο μυϊκό τοίχωμα του καρωτιδικού κόλπου και του αορτικού τόξου. Η μεταβολή της Α.Π. - αύξηση ή ελάττωση - αποτελεί ερέθισμα γι' αυτούς. Οι τασσοϋποδοχείς αυτοί - καρωτιδικού κόλπου και αορτικού τόξου - μπορούν να επαναφέρουν την Α.Π. κατά 60% περίπου του αρχικού της επιπέδου και σε βραχύ χρονικό διάστημα, λιγότερο από 20 sec.

**ΧΗΜΕΙΟΥΠΟΔΟΧΕΙΣ:** Εντοπίζονται στα καρωτιδικά και αορτικά σωματίδια και στο Κ.Ν.Σ. Ερέθισμα διέγερσης γι' αυτούς είναι η μειωμένη προσφορά O<sub>2</sub> στους ιστούς. Η αντανακλαστική αυτή προσπάθεια του οργανισμού ενοχοποιείται για την παροδική υπέρταση που παρατηρείται μετά από οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο.

**ΡΕΝΙΝΗ - ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗ:** Πτώση της Α.Π. κάτω από 100mmHg αποτελεί ερέθισμα υπερέκκρισης ρενίνης. Η ρενίνη είναι ένα ένζυμο που συμμετέχει στην παραγωγή της αγγειοτασίνης. Η αγγειοτασίνη μεταξύ άλλων προκαλεί έντονη αγγειοσύσπωση με αποτέλεσμα ν' αυξηθεί η Α.Π. Ο χρόνος που απαιτείται για την πιο μεγάλη δράση του συστήματος αυτού είναι 15 min. περίπου αν και η υπερπαραγωγή της ρενίνης αρχίζει αμέσως.

**ΑΓΓΕΙΟΠΙΕΣΙΝΗ:** Η ουσία αυτή συγχυεύεται σε μεγάλη πυκνότητα σε αιμορραγικές καταστάσεις που συνοδεύονται με πτώση της Α.Π. Η υπό-

τάση αυτή αποτελεί ερέθισμα για τους τασεοϋποδοχείς του αριστερού κόλπου της καρδιάς. Τα ερεθίσματα μεταβιβάζονται σε ειδικά κέντρα του εγκέφαλου όπου οδηγούν σε υπερέκκριση αγγειοπιεδίνης.

**ΦΥΣΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ:** Η αύξηση της Α.Π. ασκεί στα τοιχώματα των αγγείων πιο μεγάλη πίεση, ενώ η πτώση της πιο μικρή. Οι επιδράσεις αυτές οδηγούν αντίστοιχα σε χαλάρωση ή σε σύσπαση των αγγείων, με σκοπό τη ρύθμιση και σταθεροποίηση της Α.Π. στο "φυσιολογικό" της επίπεδο. Άλλη ιδιότητα των τοιχωμάτων των αγγείων, που συμβάλλει στη ρύθμιση της Α.Π. είναι η διαπερατότητα των τριχοειδών

**ΑΝΑΚΑΤΑΝΟΜΗ ΥΓΡΩΝ:** Μεταβολές της Α.Π. συνοδεύονται από ανακατανομή υγρών μεταξύ ενδο- και εξω- αγγειακού χώρου δια μέσου των τριχοειδών. Ο μηχανισμός της ανακατανομής των υγρών δραστηριοποιείται σιγά - σιγά και το αποτέλεσμα φαίνεται μετά από ώρες.

#### ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

Οι μηχανισμοί βραδείας ανταπόκρισης συμμετέχουν στη χρονία ρύθμιση της Α.Π. Βασικό ρόλο παίζει η σχέση μεταξύ Α.Π. και όγκου των υγρών. Η πτώση της Α.Π. προκαλεί μείωση της αποβολής του Na και του H<sub>2</sub>O από τα νεφρά για να αυξηθεί ο όγκος του πλάσματος και να αποκατασταθεί η Α.Π. Αντίθετα η αύξηση αυτής συνοδεύεται από αυξημένη αποβολή Na και H<sub>2</sub>O για να μειωθεί ο όγκος των υγρών και να επανέλθει η Α.Π. στα "φυσιολογικά" της επίπεδα. Οι μηχανισμοί βραδείας ανταπόκρισης κυρίως ρυθμίζουν την Α.Π. με μεταβολές στη νεφρική λειτουργία και όχι στις περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις. Οι μηχανισμοί αυτοί, αν και βραδείας ανταπόκρισης, είναι σημαντικοί γιατί συμπληρώνουν τις λειτουργίες των άλλων. Κανένας από τους μηχανισμούς ταχείας ανταπόκρισης δεν μπορεί να αποκαταστατήσει κατά 100% τη διαταραχή της Α.Π.

#### ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπερτασική νόσος δεν αποτελεί μια ομοιογενή και απλή νοσολογική οντότητα. Η εκδήλωση και διατήρησης της υπέρτασης οφείλεται σε διάφορους παράγοντες - μηχανισμούς. Οι παράγοντες αυτοί, ειδικά στην ιδιοπαθή υπέρταση, προκαλούν απορρύεση των ανατροφοδοτικών μηχανισμών που διατηρούν την Α.Π. στα "φυσιολογικά" όρια με αποτέλεσμα την εκδήλωση της. Έχουν προσδιοριστεί μηχανισμοί που σχετίζονται μ' αυτή την απορρύεση και είναι:

- οι κατεχολαμίνες.
- ο όγκος πλάσματος.
- ο άξονας ρενίνης - αγγειοτασίνης - αλδοστερόνης - Na - H<sub>2</sub>O
- οι προσταγλανδίνες.
- η βραδυκινίνη.
- η αυξημένη αντίδραση των αγγείων κ.α.

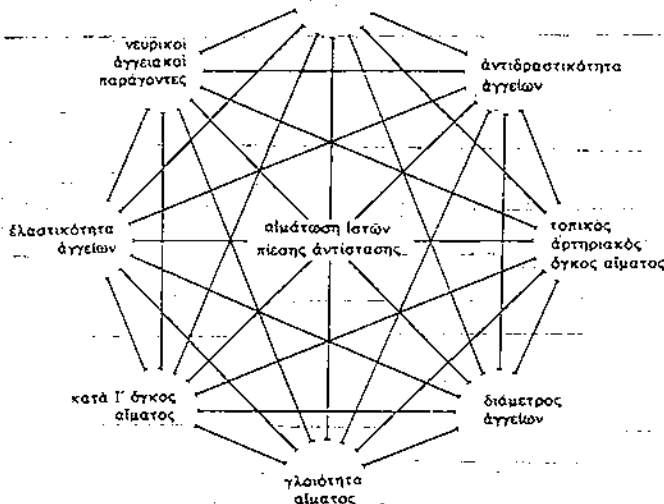
Μεταξύ αυτών υπάρχει αλληλοεξάρτηση, μικρού ή μεγάλου βαθμού που το τελικό αποτέλεσμα είναι η υπέρταση.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ



### ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Κατακολαμίνες - νευρικό σύστημα  
Όγκος πλάσματος  
Ρενίνη - αγγειοτασίνη - αλδοστερόλη - νάτριο - H<sub>2</sub>O  
Προσταγλαδίνες - βραδυκινίνη  
Δυσλειτουργία ενδοκρινών αδένων  
Απόφραξη αγγείων      σημαντικοί αγγειακοί παράγοντες



Μωσαϊκή θεωρία της υπέρτασης κατά K.H. Page  
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η ταξινόμηση της υπέρτασης μπορεί να γίνει με διάφορα κριτήρια όπως είναι η:

- αιτιολογία
- αύξηση συστολικής Α.Π. μόνο
- αύξηση διαστολικής Α.Π. μόνο
- αύξηση της Α.Π. σε συσχέτισμό με προσβολή οργάνων στόχων:
  - οφθαλμοί
  - καρδιά
  - νεφροί
  - αγγεία

Α. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ (ιδιοπαθής) ΥΠΕΡΤΑΣΗ: υπέρταση ακαθόριστης αιτιολογίας.

Β. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: υπέρταση οφειλόμενη σε:

1. Νεφρική νόσο - α) νεφρική αρτηριοπάθεια,  
- β) διαταραχές του νεφρικού παρεγχύματος (οξεία ή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, πυελονεφρίτιδα, πολυκυστικοί νεφροί, φυματίωση των νεφρών,  
- γ) κακοήθης όγκοι νεφρών,  
- δ) αρτηρίτιδες.
2. Ενδοκρινικές διαταραχές: - α) σύνδρομο Cushing,  
- β) ακρομεγαλία,  
- γ) πρωτοπαθής αλδοστερονισμός,  
- δ) φατοχρωμοκύττωμα.

3. Ισθμική στένωση της αορτής.
4. Διαταραχές ενζύμων.
5. Νευρολογικές διαταραχές: αυξημένη ενδοκρνιακή πίεση εξαιτίας κακοήθων όγκων εγκεφάλου ή καρδιογγειακού ατυχήματος.
6. Υπέρταση προκαλούμενη από φάρμακα: - α) παρατεταμένη χρήση κορτικοστεροειδών,  
- β) λήψη per os αντισυλληπτικών παραγόντων κ.α.
7. Υπερασβεστιαϊσμός οποιασδήποτε αιτιολογίας.
8. Νευρογενείς διαταραχές, πιθανά ψυχογενούς προέλευσης.
9. Ανεπάρκεια αγγειοδιασταλτικών ιστικών ενζύμων.

#### ΠΑΘΟΛΟΓΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση προκαλεί αγγειοπάθεια των αρτηριών και αρτηριολίων κύρια των αρτηριολίων και των μεσολοβιδίων αρτηριών του νεφρού, αλλά ακόμα και των μεγαλύτερων αρτηριών του σώματος. Άλλες παθολογικές αλλοιώσεις εξαιτίας επιπλοκών της υπέρτασης είναι: Πάχυνση των μικρών - αλλοιώσεις των μεγαλύτερων (λόγω ανάπτυξης αθηροσκλήρωσης - διαδικασία ανεξάρτητη που επιταχύνεται με την υπέρταση).

**Νεφροί σε μακροχρόνια υπέρταση** (πρόκληση προδευτικής νεφροσκλήρωσης με ατροφία των σφληναρίων, προδευτική ουλοποίηση του αγγειώδους σπειράματος και ελαφρά μείωση του νεφρού).

**Μικρές αρτηρίες του νεφρού** (προσβολή των μεσολοβιδίων αρτηριών του νεφρού και μπορεί να συμβεί εστιακή νέκρωση των νεφρικών αρτηριολίων. Εξαιτίας αυτού του συνδισμού ελαττώνεται η νεφρική ροή του αίματος και ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης, που με τη σειρά του αυξάνει την έκκριση ρενίνης και την παραγωγή αγγειοτασίνης, εξασθενίζοντας περισσότερο τη νεφρική λειτουργία. Αποτέλεσμα είναι η τινώδης νέκρωση των αρτηριολίων, ιδιαίτερα του νεφρού).

**Υπέρταση και εγκέφαλος** (δημιουργία μικροανευρυσμάτων στον εγκέφαλο η ρήξη αυτών ευθύνεται για την εγκεφαλική αιμορραγία, είναι δυνατόν να συμβεί εγκεφαλικό έμφρακτο, ενώ το αίμα μπορεί να εισέλθει στις κοιλίες του εγκεφάλου).

**Καρδιακή υπερτροφία και ανεπάρκεια** (οι αυξημένες συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις αυξάνουν το έργο της αριστερής κοιλίας, έχουμε πάχυνση του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας οι οποία δεν είναι ικανή σε θέση να αντισταθμίσει την υψηλή αρτηριακή πίεση, εξασθενεί η ικανότητά της για συστολή και οδηγεί σε αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια).

**Συστηματικές νόσοι και υπέρταση** (ένα μεγάλο φάσμα συστηματικών νόσων μπορεί να προκαλέσει αγγειίτιδα με αποτέλεσμα υπέρταση. Μπορεί να υπάρχουν ενδείξεις σκληροδερμίας, οζώδους πολυαρτηρίτιδας, ερυθηματώδους λύκου και ρευματοειδούς αρθρίτιδας).

## ΠΑΘΟΛΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η μέση Α.Π. είναι παράγωγο της συστηματικής αγγειακής αντίστασης και της μέσης καρδιακής παροχής. Η πίεση του αίματος μπορεί να αυξηθεί σαν αποτέλεσμα, είτε αύξησης της καρδιακής παροχής, είτε αύξησης της συστηματικής αγγειακής αντίστασης ή και των δύο. Και οι δύο παράγοντες σ' αυτή τη σχέση μεταβάλλονται συνέχεια στη διάρκεια της ημέρας. Η πίεση του αίματος δεν είναι στατικό λειτουργικό στοιχείο αλλά μεταβλητό σ' όλα τα άτομα, τόσο στα φυσιολογικά όσο και στα υπέρταστα, σ' οποιοδήποτε είδος μέτρησης. Η μεταβλητότητα αυτή της πίεσης του αίματος αποτελεί ενδεικτικό παράγοντα στη διάγνωση της υπέρτασης και λαμβάνεται πάντοτε υπ' όψη.

## Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση, κατά κανόνα, είναι ασυμπτωματική. Μπορεί να υπάρχει για πολύ χρονικό διάστημα χωρίς ενοχλήματα και να διαγνωστεί από τυχαία μέτρηση της Α.Π. ή από τις επιπτώσεις της, δηλ. το εγκεφαλικό επεισόδιο, το εμφράγμα του μυοκαρδίου, τη νεφρική ανεπάρκεια κ.α. χωρίς καμία προηγούμενη ενόχληση. Είναι δυνατό σε υπέρταστους ασθενείς (συχνά μόνο αφού μάθουν ότι έχουν υπέρταση) να εμφανιστούν ακαθόριστα συμπτώματα όπως, μη ειδικού τύπου πονοκεφάλους, ζάλη, κούραση και έντονοι καρδιακοί παλμοί, αλλά δεν είναι συχνότερα απ' ότι σε ομάδες ασθενών με φυσιολογική πίεση. Η εξέταση ομάδων ενηλίκων αποκαλύπτει συχνά αυξημένη πίεση του αίματος σε υγιή άτομα που δεν έχουν κανένα σύμπτωμα.

## Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η διερεύνηση της υπέρτασης διακρίνεται σε κλινική και εργαστηριακή.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ:** περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού και την αντικειμενική εξέταση.

### Ιστορικό

Το ιστορικό είναι απαραίτητο και θα πρέπει να λαμβάνεται σχολαστικά αν και ελάχιστα συμβάλλει, διότι η υπέρταση είναι ασυμπτωματική. Μπορεί όμως να βοηθήσει στη διάγνωση του είδους της υπέρτασης και στον προσδιορισμό της διάρκειά της.

Οικογενειακό αναμνηστικό υπέρτασης είναι αρκετά συχνό στην ιδιοπαθή, ενώ η έλλειψή του συσχετίζεται με τη δευτεροπαθή υπέρταση.  
**Πονοκέφαλος - Ζάλη:** Είναι τα πιο συχνά ενοχλήματα που σχετίζονται με την υπέρταση. Τα συμπτώματα όμως αυτά είναι εξίσου συχνά και σε μη υπέρταστα άτομα και γι' αυτό δεν μπορούν να θεωρηθούν ως χαρακτηριστικά της υπέρτασης. Πρέπει όμως να αναφερθεί ότι έντονος πονοκέφαλος με ναυτία, έμετο, σημεία εγκεφαλικής ισχαιμίας είναι συμπτώματα, είτε της υπέρτατης εγκεφαλοπάθειας, είτε της υπαραχνοειδούς ή εγκεφαλικής αιμορραγίας που αποτελούν επιπλοκή της βαριάς υπέρτασης.

**Ρινορραγία:** Η ρινορραγία που κατά κανόνα αποδίδεται στην υπέρταση είναι τριχοειδική. Η συνύπαρξη μιας τέτοιας ρινορραγίας με υπέρταση είναι τυχαία και δεν πρέπει να γίνεται συσχετισμός αυτών των δύο.

**Αίσθημα Παλμών:** Το αίσθημα παλμών και η ταχυκαρδία μπορεί να συνο-

-δευόνται απο-υπέρταση. Είναι πολύ πιθανόν να αναφέρεται επιπλέον έντονη εφίδρωση και κατά την εξέταση να παρατηρηθεί ασταθής υπέρταση και ορθοστατική υπέρταση λόγω υπερίσχυση των αδρενεργικών μηχανισμών, όπως είναι η ευρεοδοτοξίκωση ή το φαίσχρομοκύτωμα.

**Στηθασχικά Ενοχλήματα:** Στηθασχικά ενοχλήματα και νυκτερινή παροξυσμική δύσπνοια ή δύσπνοια μετά απο κόπωση ή ελάττωση της ικανότητας για σωματική άσκηση σε υπερτασικό ασθενή, μπορεί να υποδηλώνου υπερτασική καρδιοπάθεια.

**Ενοχλήματα απο το Ουροποιητικό Σύστημα:** Προσθρευτική αδυναμία, αναιμία, οίδημα κάτω άκρων, νυκτουρία, ιστορικό με πόνο στη νεφρική χώρα, αίματοουρία, ιστορικό λοιμώξεων των ουροφόρων οδών ή σφαίρας σπειρώματωνεφρίτιδας, είναι μερικά απο τα ενοχλήματα που υποδηλώνουν βλάβη στους νεφρούς, αν και δεν συνοδεύεται πάντα απο συμπτώματα η προσβολή των νεφρών.

**Πολυουρία - Μυική Αδυναμία:** Πολυουρία, νυκτουρία, πολυδιψία και μυϊκή αδυναμία μπορεί να οφείλονται σε υποκαλιαιμία και πρωτοπαθή αλδοστερονισμό.

**Καρδιά:** Η εξέταση της καρδιάς γίνεται προσεκτικά. Αύξηση των ορίων της και η ακρόαση επιπρόσθετων τόνων μπορεί να έχουν σχέση με την υπέρταση.

**Καρδιακή Ανεπάρκεια:** Η επιπλοκή αυτή είναι συχνή. Μπορεί να φτάσει σε ποσοστό μέχρι 75% των υπερτασικών αρρώστων. και αυτό είναι ανεξάρτητο απο το φύλο, την ηλικία και την αύξηση της συστολικής ή διαστολικής πίεσης. Πριν εκδηλωθεί καρδιακή ανεπάρκεια, σχεδόν πάντοτε, υπάρχει υπερτροφία αριστερής κοιλίας που μπορεί να διαγνωστεί με την ακτινογραφία εώρακος, το Η.Κ.Γ. και υπερηχογράφημα.

Στην κλινική εξέταση πρέπει να αναζητούνται σημεία καρδιακής ανεπάρκειας, όπως υγροί επιπρόσθετοι ήχοι στους πνεύμονες, διόγκωση των τραχηλικών φλεβών και του ήπατος, οίδημα κάτω άκρων, εναλλασσόμενος σφυγμός και 3ος καρδιακός τόνος.

**Σφυγμός:** Ο καρδιακός σφυγμός σε μεγάλη αύξηση της συστολικής ή σε μέτρια της διαστολικής Α.Π. είναι έντονος και πλήρης.

**Κοιλία:** Η εξέταση της κοιλίας περιλαμβάνει ψηλάφηση και ακρόαση. Κατά την ψηλάφηση μπορεί να εντοπισθούν παλκυστικός νεφρός ή άγκος των επινεφριδίων αν είναι αρκετά μεγάλος.

Κατά την ακρόαση του επιγαστρίου, των οπισθίων και προσθίων νεφρικών περιοχών μπορεί να ανακαλυφθεί φύσημα στην άνω κοιλία (το μόνο κλινικό εύρημα της νεφρικής υπέρτασης) καθώς και φύσημα λόγω σποφρακτικής νόσου άλλων μεγάλων αγγείων της κοιλιάς (σπληνικής αρτηρίας).

**Η Μέτρηση της Α.Π.:** Η μέτρηση της Α.Π. μπορεί να γίνει ενδοαρτηριακά ή αναίμακτα με το σφυγμανόμετρο - πιεσόμετρο.

#### Απαραίτητες Προυποθέσεις Για Τη Σωστή Μέτρηση Της Α.Π.

- Η περιχειρίδα τοποθετείται 2-3 εκ. πιο πάνω απο τον αγκώνα με τον αεραθάλαμο πάνω στην πορεία της βραχιόνιας αρτηρίας.
- Ο αεραθάλαμος πρέπει να μην έχει καθόλου αέρα μέσα.
- Η περιχειρίδα τυλίγεται στο βραχίονα πολύ εφαρμοστά.
- Ο βραχίονας τοποθετείται στο ύψος της καρδιάς.
- Ο εξεταζόμενος παραμένει στο κρεβάτι για 30' και στην καθιστή θέση για 5' τουλάχιστον πριν τη μέτρηση.
- Η μέτρηση στην όρθια θέση γίνεται άμεσα και μετά 2' - 3' για τον

ΠΙΝΑΚΑΣ 55. Συμπτώματα που συνέβαλαν στη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και αποτέλεσαν την αιτία να διαγνωσθεί ή υπέρταση. «Η μελέτη των Αθηνών».

Αίτια	Αριθμός υπερτασικών	Εκατοστιαία αναλογία
A. Ζάλη ή ζάλη κ.ά.	110	30,1%
—ζάλη	104	27,9%
— » με άδιαθεσίες	2	0,5%
— » με έμετο	1	0,2%
— » με έξαψη	2	0,5%
— » με έφιδρωση	1	0,2%
B. Κεφαλαλγία ή κεφαλαλγία κ.ά.	84	23,0%
—Κεφαλαλγία	34	9,3%
— » με ζάλη	34	9,3%
— » με ίλιγγο	14	3,8%
—ήμικρανία	1	0,2%
—αίσθημα σύσφιξης της κεφαλής	1	0,2%
Γ. Γιατρική εξέταση για άλλη νόσο	49	13,4%
Δ. Ίλιγγος ή ίλιγγος κ.ά.	38	10,4%
—Ίλιγγος	30	8,2%
— » με άγχος	3	0,8%
— » με επίγαστραλγίες	1	0,2%
— » με θάμβος όρασης	1	0,2%
— » με ζάλη	3	0,8%
E. Τυχαία	24	13,4%
Στ. Όξύ έγκεφαλικό έπεισόδιο	13	3,5%
Z. Ρινορραγία ή ρινορραγία κ.ά.	7	1,9%
—ρινορραγία	6	1,7%
— » με κεφαλαλγίες	1	0,2%
H. Περιέργεια (αν έχει πίεση)	7	1,9%
Θ. Διαταραχές όρασης	6	1,7%
I. Άλλα	27	7,3%
Σύνολον	365	100 %

έλεγχο των ορμονογενετικών μεταβολών.

- Η πλήρωση του αεριοσάκου με αέρα είναι πλήρης.
- Η κένωση του αέρα γίνεται παρ'ότι η υδροστατική στήλη να κατέρχεται 2-3mm κάθε 1".
- Ο πρώτος ακουστικός ήχος σημειώνεται ως συστολική Α.Π.
- Εάν με την ψηλάφηση της αρτηρίας η συστολική πίεση είναι μεγάλη λαμβάνεται αυτή.
- Ως διαστολική Α.Π. χαρακτηρίζεται ο τελευταίος ήχος κατά την κένωση της περιχειρίδας.
- Σε κάθε εξέταση μετρείται η Α.Π. πιο πολύ από μία φορά. Ο χρόνος που παρεμβάλλεται μεταξύ αυτών των μετρήσεων πρέπει να είναι πιο μεγάλος από 2".
- Το ύψος της Α.Π. ανταποκρίνεται πιο πολύ στην πραγματικότητα μετά από 2-3 μετρήσεις, κάθε βδομάδα, κάτω από τις ίδιες προϋποθέσεις.

Επίσκεψη Α: 1η μέτρηση, 2' μετά: 2η μέτρηση.

Επίσκεψη Β: 3η μέτρηση, 2' μετά: 4η μέτρηση.

Επίσκεψη Γ: 5η μέτρηση, 2' μετά: 6η μέτρηση.

- Η μέτρηση της Α.Π. στην πρώτη εξέταση γίνεται και στα 4 άκρα.

Το επίπεδο της Α.Π. στην πρώτη μέτρηση δεν πρέπει να θεωρείται σαν διαγνωστικό αλλά ενδεικτικό στοιχείο. Τονίζεται πάλι ότι για τη διάγνωση της υπέρτασης απαιτούνται πιο πολλές από μία μετρήσεις.

#### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΥΨΟΣ ΤΗΣ Α.Π.

Το ύψος της Α.Π. μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η θέση του εξεταζομένου, η συναισθηματική του κατάσταση, ο πόνος, η λήψη τροφής, το κόπνισμα (αμέσως μετά), η συχνή λήψη αλκοόλ, το ψύχος, η θερμότητα, η σωματική άσκηση, η διάταση της ουροδόχου κύστης, η λήψη φαρμάκων (ανδρογόνα, οιστρογόνα, τοπική χρήση αδρενεργικών φαρμάκων στο ρινικό βλενογόνο ή στον επιπεφυκότα των οφθαλμών), η κακή εκλογή διαστάσεων της περιχειρίδας του πιεσόμετρου και η μη σωστή τοποθέτησή της. Το ύψος της Α.Π. μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια του 24ώρου. Μείωση κατά τη διάρκεια του ύπνου και αύξηση κατά τη διάρκεια της μέρας.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Η εργαστηριακή διερεύνηση της υψηλής Α.Π. ακολουθεί τη κλινική εξέταση. Είναι απαραίτητο για τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Όλοι οι υπερτασικοί ασθενείς πρέπει να κάνουν τις εξής εξετάσεις:

- Γενική αίματος
- Γενική ούρων
- Κρεατινίνη ορού ή ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Χοληστερίνη ορού
- Τριγλυκερίδια ορού
- Ηλεκτρολύτες ορού και ούρων
- Όγκος πλάσματος
- Ουρικό οξύ ορού
- Η.Κ.Γ.
- Τηλεακτινογραφία θώρακος

Η εργαστηριακή διερεύνηση πρέπει να γίνεται χωρίς ο ασθενής να παίρνει φάρμακα: αγτιυπερτασικά, διουρητικά, ηρεμιστικά, τουλάχιστον για 15 μέρες. Στο χρονικό αυτό διάστημα η δίαιτα είναι φυσιολογική. Οι αρχικές εξετάσεις γίνονται χωρίς ο ασθενής να εισαχθεί στο νοσοκομείο.

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΥΡΩΝ

Η γενική εξέταση ούρων μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της υπέρτασης, αν και η παρουσία ή μη ευρημάτων δεν είναι παθογνωμική. Παθολογικά δηλ. στοιχεία μπορεί να ανιχνευτούν σε όλες τις μορφές της υπέρτασης, ενώ τα φυσιολογικά ούρα δεν αποκλείουν τη νεφρογενή υπέρταση.

Συσχέτιση των Ευρημάτων από τη Γενική Εξέταση Ούρων με Πιθανή Αίτια της Υπέρτασης.

Ευρήματα

- Αλκαλική αντίδραση πρόσφατων ούρων
- Ειδικό βάρος χαμηλό ή 1010 σε επαναλαμβανόμενες εξετάσεις

Πιθανή αίτια της υπέρτασης

- Πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός
- Χρονία νεφρική ανεπάρκεια
- Χρονία πυελονεφρίτιδα
- Πολυκυστική νόσος των νεφρών
- Υποκαλιαιμία  
Διουρητικά, Πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός, Στένωση νεφρικής αρτηρίας
- Υπερουριχαιμία
- Υπερασβεστιαμία
- Νεφροσκλήρυνση

• Λευκωματουρία

- < 200 χλγρ
- 200-400 χλγρ
- 400 χλγρ-2 γρ
- > 2 γρ

• Αίματουρία

• Κύλιντροι

• Πύουρία

• Σακχαουρία\*

- Ίδιοπαθής
- Νεφροσκλήρυνση
- Νόσος νεφρικού παρεγχύματος
- Νεφρωτικό σύνδρομο

- Ώξεια σπειραματονεφρίτιδα
- Πολυκυστική νόσος των νεφρών
- Νεφροπάθεια από υπερούριχαίμια
- Νεφρολιθίαση
- Φυματίωση των νεφρών
- Άδενοκαρκίνωμα των νεφρών
- Κολλαγονώσεις

- Ίδιοπαθή
- Ώξεια νόσος του νεφρικού παρεγχύματος
- Νεφροσκλήρυνση

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Πυελονεφρίτιδα
- Πολυκυστική νόσος των νεφρών
- Άδενοκαρκίνωμα των νεφρών
- Κολλαγονώσεις
- Νεφροσκλήρυνση

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Σύνδρομο Cushing

---

\* Η αξιολόγηση να γίνεται σε σχέση με το σάκχαρο του αίματος.



### ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΕΣ

Υποκαλιαιμία με καλιουρία συσχετίζεται με τον πρωτοπαθή αλδοστερονισμό. Αν υπάρχει και αλκάλωση, χωρίς ο ασθενής να παίρνει διουρητικά, η σκέψη αυτή ενισχύεται.

Σε φυσιολογικές συνθήκες τα ούρα 24ώρου περιέχουν ιόντα Κ λιγότερα από 50 ΜΕΘ /Ι και ιόντα Να περισσότερα από 100 ΜΕΘ /Ι.

Η χορήγηση φαρμάκων κατά της υπέρτασης μπορεί να επηρεάσει τις τιμές των ηλεκτρολυτών, όπως π.χ. οι θειαζίδες προκαλούν υποκαλιαιμία, ενώ η σπιρονολακτόνη υπερκαλιαιμία.

### ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΟΡΟΥ

Σε αύξηση της κρεατινίνης του ορού μπορεί η υπέρταση να έχει σχέση με:

1. Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
2. Αρτηριοσκλήρωση των Νεφρικών Αγγείων

Η κρεατινίνη έχει σχέση με το ρυθμό της σπειραματικής διήθησης

### ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η γενική εξέταση αίματος μπορεί να συμβάλλει στην αιτιολογική διάγνωση της υπέρτασης.

#### Ευρήματα

Πολυερυθραιμία

#### Πιθανή αιτία της υπέρτασης

- A. Νοσήματα των νεφρών
- B. Νοσήματα των επινεφριδίων
- Γ. Στένωση της νεφρικής αρτηρίας
- Δ. Συγγενείς καρδιοπάθειες
- E. Ιδιοπαθής υπέρταση

Αναίμια  
Λευκοκυττάρωση

- A. Νοσήματα των νεφρών
- B. Νόσους του κολλαγόνου

Λευκοκυττάρωση με  
πολυμορφοκυρήνωση

- A. Νοσήματα των νεφρών
- B. Νοσήματα επινεφριδίων
- Γ. Οξώδης πολυαρτηρίτιδα

Ηωσινοφιλία

Σύνδρομο Cushing

Αύξηση T.K.E.

- A. Νοσήματα των νεφρών
- B. Οξώδης πολυαρτηρίτιδα
- Γ. Διάσπαρτος ερευνηματώδης λύκος.

### ΣΑΚΧΑΡΟ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η εξέταση του σακχάρου του αίματος είναι βασική εξέταση για τον υπέρτασικό ασθενή, γιατί:

1. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα

της αρτηριοσκλήρωσης.

2. Ο υπέρταστικός ασθενής υποχρεώνεται να παίρνει φάρμακα σε όλη του τη ζωή. Εάν συνυπάρχει σακχαρώδης διαβήτης η κορήγηση των β-αδρενεργικών αναστολέων και των διουρητικών δεν συνιστώνται. Εάν δεν συνυπάρχει η μακροχρόνια λήψη διουρητικών (που συνιστώνται) μπορεί να προκαλέσει σακχαρώδη διαβήτη, είτε διότι προϋπήρχε σε λανθάνουσα κατάσταση είτε γιατί τα διουρητικά είναι διαβητογόνα.

#### ΛΙΠΙΔΙΑ

Η χοληστερίνη αποτελεί προδιεσπαστικό παράγοντα της αρτηριοσκλήρωσης. Μερικές φορές συνυπάρχει με την υπέρταση, ιδιαίτερα όταν ο υπέρταστικός ασθενής έχει αυξημένο σωματικό βάρος. Το ίδιο συμβαίνει και με τα τριγλυκερίδια. Η εξέτάσή τους πρέπει να γίνει μετά 14 ώρες νηστείας.

#### ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ

Η εξέταση του ουρικού οξέος στον ορό του αίματος επιβάλλεται γιατί:

- Συνυπάρχει με την υπέρταση σε ποσοστό 25 - 35%
- Η κορήγηση των διουρητικών μπορεί να αυξήσει το ποσοστό αυτό σε 65 - 70%

Η αύξηση του ουρικού οξέος μπορεί να προκαλέσει οξεία προσβολή ουρικής αρθρίτιδας και η υπέρταση να διαγνωστεί με την εκδήλωση αυτή.

Πέρα από αυτό το αυξημένο ουρικό οξύ του αίματος μπορεί να προσβάλλει τα νεφρά.

#### ΡΕΝΙΝΗ

Ο προσδιορισμός της ρενίνης - δραστηριότητα ρενίνης πλάσματος - συμβάλλει στη διάγνωση:

- της νεφραγγειακής υπέρτασης
- των όγκων που παράγουν ρενίνη
- της υπέρτασης από διαταραχές των ορμονών των επινεφριδίων.

Η λήψη του αίματος για τον προσδιορισμό της μπορεί να γίνει όταν ο ασθενής βρίσκεται σε διαφορετικές θέσεις και από διαφορετικά σημεία.

#### ΝΕΦΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το νεφρόγραμμα μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της υπέρτασης αλλά έχουν παρατηρηθεί ψευδώς αρνητικά - μέχρι 14% σε νεφραγγειακή υπέρταση - και ψευδώς θετικά - μέχρι 20% σε ιδιοπαθή υπέρταση.

#### ΣΠΙΝΘΕΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το σπινθηρογράφημα των νεφρών μπορεί να συμβάλλει στη διάγνωση της νεφραγγειακής υπέρτασης. Νόσοι που επηρεάζουν την νεφρική

Λειτουργία μπορεί να δώσουν ψευδή εικόνα.

## ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΙΜΗΣ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΡΕΝΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Η ρενίνη είναι ορμόνη, πρωτεϊνική ουσία, που παράγεται στους νεφρούς. Συγκεκριμένα από ειδικά κύτταρα τα οποία βρίσκονται στο τοίχωμα του προσαγωγού αρτηριδίου του σπειράματος. Ελάττωση του όγκου του εξωκυττάριου χώρου (αφυδάτωση, αιμορραγία) έχει ως αποτέλεσμα την έκλυση ρενίνης στο αίμα. Αυτή δρά στο υπόστρωμα με αποτέλεσμα την παραγωγή αγγειοτενσινογόνου I, το οποίο στη συνέχεια μεταβάλλεται σε αγγειοτενσινογόνο II, διεγείροντας τελικά την έκλυση αλδοστερόνης. Αυτή προκαλεί επαναρρόφηση νατρίου με αποτέλεσμα αύξηση του όγκου του αίματος, προκαλώντας ελάττωση παραγωγής ρενίνης.

Η αλδοστερόνη είναι ορμόνη, πρωτεϊνική ουσία, που παράγεται στα επινεφρίδια και η έκκρισή της ρυθμίζεται κυρίως από το σύστημα ρενίνης - αγγειοτενσίνης. Η αλδοστερόνη επιδρά κυρίως στα άπω σπειραμένα και αρθροϊστικά σωληνάκια όπου προάγει την επαναρρόφηση του νατρίου. Παράλληλα προκαλεί έξοδο ιόντων Κ (ανάλογη ποσότητα με το ποσό του Na που επαναρροφάται), Η, αμμωνίου και μαγνησίου.

Στην περίπτωση της υπέρτασης στένωση της νεφρικής αρτηρίας προκαλεί αύξηση ρενίνης ενώ υπεραλδοστερονισμός προκαλεί μείωση ρενίνης.

## ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ο προσδιορισμός τιμής δραστηριότητας ρενίνης πλάσματος γίνεται με εξετάσεις αίματος του ασθενούς και μπορεί να γίνει όταν ο ασθενής βρίσκεται σε διαφορετικές θέσεις και από διαφορετικά σημεία. Η θέση του εξεταζομένου και ο χρόνος παραμονής σ' αυτή έχουν ως εξής:

1. Οριζόντια θέση για 30'. Λήψη αίματος από περιφερική φλέβα.
2. α. Οριζόντια θέση του ασθενούς για 30' τουλάχιστον. Λήψη αίματος από περιφερική φλέβα.  
β. Ο ασθενής είναι περιπατητικός για 4 ώρες και επανάληψη λήψη αίματος από περιφερική φλέβα.
3. Η θέση του ασθενούς είναι οριζόντια. Η λήψη αίματος γίνεται:  
α. Από τις νεφρικές φλέβες του υγιούς και προσβεβλημένου νεφρού  
β. Από τις νεφρικές φλέβες και αρτηρίες του πάσχοντος νεφρού.  
γ. Από τις νεφρικές φλέβες και των δύο νεφρών και από τη νεφρική αρτηρία του νοσούντος νεφρού.  
δ. Συνδυασμός των 1, 2 και 3.

## ΡΕΝΙΝΗ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΗΜΕΙΑ

Ο προσδιορισμός της τιμής δραστηριότητας ρενίνης πλάσματος (ΟΡΠ) από διάφορα σημεία και συνεκτίμηση των τιμών τους υποστηρίζεται ότι αποτελεί πιο καλό δείκτη για τη διάγνωση της νεφροαγγειακής υπέρτασης καθώς και για την επιλογή της θεραπευτικής της αγωγής.

Τα σημεία αυτά είναι:

- Περιφερική φλέβα
- Νεφρική φλέβα
- Νεφρική αρτηρία

Η τιμή της στα σημεία αυτά μπορεί να είναι αυξημένη, φυσιολογική ή πιο κάτω από τη φυσιολογική τιμή δηλ. μειωμένη. Με αυθαίρετη βαθμολογία, βαθμολογείται. Πιο αναλυτικά:

- Στην περιφερική φλέβα
  - αυξημένη τιμή με 3
  - φυσιολογική τιμή με 0
  - μειωμένη τιμή με -3

Η τιμή της ΟΡΠ από τις νεφρικές φλέβες (Φ) και τις νεφρικές αρτηρίες (Α) και των δύο νεφρών υπολογίζεται από τη σχέση  $\frac{\Phi-A}{A}$ .

Η βαθμολόγηση γίνεται ως εξής:

- Στον πάσχοντα νεφρό
  - τιμή  $\geq 0,70$  με 4
  - $\frac{\Phi-A}{A}$  τιμή  $0,69-0,48$  με 2
  - τιμή  $\leq 0,48$  με -3
- Στον υγιή νεφρό
  - τιμή  $\leq 0,23$  με 3
  - $\frac{\Phi-A}{A}$  τιμή  $0,24-0,38$  με 1
  - τιμή  $\geq 0,38$  με -3

Η πιο μεγάλη βαθμολόγηση είναι 10 που θεωρείται και ως διαγνωστική της νεφραγγειακής υπέρτασης καθώς και ένδειξη για χειρουργική αποκατάσταση της στένωσης της νεφρικής αρτηρίας. Εάν η περιφερική ΟΡΠ είναι αυξημένη και το άθροισμα των τιμών των σχέσεων  $\frac{\Phi-A}{A}$  στους δύο νεφρούς είναι  $\leq 0,48$  συνιστάται επανάληψη του προσδιορισμού της.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΙΜΗΣ ΟΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΡΕΝΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Από την προηγούμενη της εξέτασης τοποθετούνται στο ψυγείο σύριγγες και vasserman που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την αιμοληψία. Το ψύχος επιβραδύνει τις αντιδράσεις των ορμονών ενώ η θερμότητα τις επιταχύνει.

Το πρωί ετοιμάζουμε το δίσκο αιμοληψίας με προσθήκη ενός ποτηριού με παγάκια επιπλέον. Η πρωινή αιμοληψία γίνεται πριν ακόμα ο ασθενής σηκωθεί από το κρεβάτι του και κάνει οποιαδήποτε κίνηση. Η αιμοληψία γίνεται με τις παγωμένες σύριγγες και τοποθετείται σε παγωμένα vasserman που με την σειρά τους τοποθετούνται στο ποτήρι με τα παγάκια. Στέλνονται στο εργαστήριο όπου και εκεί η επεξεργασία τους θα γίνει κάτω από ψυχρό περιβάλλον.

Η επόμενη αιμοληψία γίνεται 30' αφού σηκωθεί ο ασθενής από το κρεβάτι και του γίνει I.V. Lasix (μείωση του όγκου του πλάσματος του αίματος) και παράτρηση του ασθενούς να κινείται έντονα.

Η τρίτη και τελευταία αιμοληψία γίνεται 1 ώρα μετά την δεύτερη. Η τεχνική είναι η ίδια.

### ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Σε φυσιολογική εγκυμοσύνη η Α.Π. είναι χαμηλή. Συγκεκριμένα στην αρχή της και στο μέσο διατηρείται σε χαμηλό επίπεδο, ενώ αυξάνεται στο 3ο τρίμηνο συγκριτικά με το πριν της εγκυμοσύνης ύψους. Η αύξηση της Α.Π. πριν το τοκετό και όταν ακόμη είναι μικρή, μπορεί να συνοδεύεται με αυξημένη εμβρυϊκή θνησιμότητα. Έχει παρατηρηθεί ότι η αύξηση της μέσης Α.Π. στην 20η - 24η βδομάδα της εγκυμοσύνης από 5-μηγη και πάνω, συνοδεύεται με αύξηση της εμβρυϊκής θνησιμότητας.

Αύξηση της Α.Π. μπορεί να προυπάρχει και να μειωθεί με την εγκυμοσύνη. Σε ποσοστό 30% περίπου, από 2.000 υπερτασικές γυναίκες που τις παρακολουθούσαν ιατρικά σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η Α.Π. μειώθηκε σ' επίπεδο πιο κάτω από το λεγόμενο φυσιολογικό. Μετά όμως 2-3 μέρες από τον τοκετό η υπέρταση εκδηλώθηκε και πάλι. Το ύψος της ήταν πιο πάνω από το πριν της εγκυμοσύνης.

Η υπέρταση έχει δυσμενή επίδραση στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Η εκδήλωση της προεκλαμψίας και η απώλεια των βρεφών είναι πιο συχνή παρά με φυσιολογική Α.Π.

### ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

#### Εγκυες

Επιδράσεις υπέρτασης στην εγκυμοσύνη	με φυσιολογική Α.Π. πριν την εγκυμοσύνη	με υπέρταση πριν την εγκυμοσύνη
Προεκλαμψία	5 - 7 %	10 - 15 %
Απώλεια βρεφών	6 - 8 %	20 %

### ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ

Είναι μια ιδιόζουσα κατάσταση κατά την οποία παραβλάπτεται η ομαλή λειτουργία των νεφρών με αποτέλεσμα η επίτοκος να παρουσιάζει:

- α) αύξηση Α.Π. άνω 145 mmHg,
- β) λευκωματουρία,
- γ) οίδημα,
- δ) αύξηση του σωματικού βάρους.

Διακρίνεται σε **προεκλαμψία** και **εκλαμψία**.

Κατά την προεκλαμψία παρουσιάζεται αύξηση της Α.Π., λευκωματουρία, οίδημα και αγγειόσπασμο. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Η υποστηρίζεται ότι μπορεί σφείλεται να σε ισχαιμία της μήτρας και του πλακούντα. Η ισχαιμία αυτή θεωρείται σαν ερέθισμα για απελευθέρωση στην κυκλοφορία ουσιών που προκαλούν την προεκλαμψία. Παρατηρείται σε:

- πρώτη εγκυμοσύνη νέας ηλικίας,
- εγκυμοσύνη σε μεγάλη ηλικία,
- πολύτοκες γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη ή μύλη κύηση,
- συχνά στο τέλος της εγκυμοσύνης,

- χαρακτηριστικές νεφρικές και πατικές βλάβες.
- κληρονομικό ιστορικό με προεκλαμψία.

Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό, την κλινική και παρακλινική εξέταση.

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Εκδηλώνεται μετά την 20η βδομάδα της εγκυμοσύνης, σε νέες πρωτότοκες γυναίκες με ιστορικό προεκλαμψίας. Αναφέρεται απότομη και μεγάλη αύξηση βάρους, 1 χιλιόγραμμο σε 1 βδομάδα. Γυναίκες με πολλές πιθανότητες για προεκλαμψία και που πρέπει να παρακολουθούνται συχνά για την πρώιμη διάγνωση της είναι:

- πρώτη εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία
- οικογενειακό αναμνηστικό προεκλαμψίας
- πολλές εγκυμοσύνες
- υπέρταση πριν την εγκυμοσύνη
- μόλη κύηση
- σακχαρώδης διαβήτης

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:** Η Α.Π. αντολική και διαστολική, πρέπει να είναι  $> 140/90$  mmHg. Η αύξηση αυτή πρέπει να έχει βρεθεί σε δύο τουλάχιστον μετρήσεις σε διάστημα 6 ωρών. Παρατηρείται οίδημα, διαταραχές της όρασης και οίδημα της οπτικής θηλής του αμφιβληστροειδούς. Εξιδρώματα και αιμορραγίες, που σπάνια παρατηρούνται, συνηγορούν για κρίγια υπέρταση. Υποψη επιγαστρικού άλγους αποτελεί έγξειξη βαριάς μορφής προεκλαμψίας.

**ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:** Η πρωτεϊνουρία πρέπει να είναι  $>$  από 300ml/lit. σε ούρα 24 ωρών ή 1 gr./lit. σε δύο τυχαία δείγματα ούρων. Η λήψη κάθε δείγματος ούρων να γίνει σε χρονικό διάστημα 6 ωρών. Άλλη παρακλινική εξέταση είναι η αύξηση του ουρικού οξέος που όσο πιο μεγάλη είναι η τιμή του ουρικού οξέος τόσο πιο κακή είναι η πρόγνωση.

Προληπτικά συνίσταται αποφυγή της εγκυμοσύνης σε μικρή ηλικία και επαρκής διατροφή, πάνω από 2.000 kcal. κάθε μέρα.

Η πρώιμη διάγνωση συμβάλλει στην πιο καλή αντιμετώπιση και εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

#### Ελαφρά μορφή προεκλαμψίας

- 1) Η Α.Π. 140/90 mmHg
- 2) Πρωτεϊνουρία 0,5 gr/l.
- 3) Οίδημα στα κάτω και άνω άκρα.

#### Βαρεία μορφή προεκλαμψίας

- 1) Η Α.Π. 160/100 mmHg
- 2) Πρωτεϊνουρία 1 gr/l.
- 3) Οίδημα στο πρόσωπο, κοιλιακά τοιχώματα, γεννητικά όργανα
- 4) Διαταραχή της όρασης, ζαλάδες.
- 5) Ολιγουρία (450 ml ή λιγότερα ούρα το 24ωρο)
- 6) Κυάνωση και πνευμονικό οίδημα.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι πιθανό να παρουσιάστεί εκλαμψία με ελαφρά συμπτώματα προεκλαμψίας. Επειδή οι σπασμοί και το κόμα (εκλαμψία) αυξάνουν τη μητρική και εμβρυϊκή θνησιμότητα, είναι απαραίτητο η προεκλαμψία να αντιμετωπίζεται αμέσως μόλις παρουσιαστεί.

Η Α.Π. είναι ίσως το πρώτο και το σοβαρότερο σύμπτωμα γιατί η Α.Π. πρέπει να ελέγχεται νωρίς στην εγκυμοσύνη, ώστε να είναι γνωστή η φυσιολογική τιμή και να συγκρίνεται αυτή με τα ευρήματα κάθε φορά. Το ύψος της διαστολικής έχει περισσότερη σημασία επειδή η διαστολική δεν επηρεάζεται από τη θέση της εγκύου ή την ψυχική κατάσταση. Αύξηση της Α.Π. πάνω από 140/90 mmHg ή αύξηση κατά 15 mmHg πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.

Όλες οι έγκυες με λευκόμα στα ούρα πρέπει να εισάγονται στο νοσοκομείο για παρακολούθηση. Η εκλαμψία μπορεί να αρχίσει ακόμα και αν το λευκόμα είναι στα ούρα 0,5 g/lit.

Οίδημα, μόνο του δεν είναι σοβαρό σύμπτωμα και δεν αξιολογείται. Όλες σχεδόν οι έγκυες παρουσιάζουν οίδημα στα κάτω άκρα (εξαφανίζεται συνήθως με την ξεκούραση) ή οίδημα στα βλέφαρα σιμέως μετά τον ύπνο, που εξαφανίζεται στη διάρκεια της μέρας.

Η υπερβολική αύξηση βάρους γίνεται αιτία να παρουσιαστούν και ολικά οίδημα γιατί όλες οι έγκυες πρέπει να ζυγίζονται κάθε δεύτερη βδομάδα μετά την 16-32 βδομάδα. Εάν στη διάρκεια αυτής της κρίσιμης περιόδου παρατηρηθεί αύξηση βάρους 1,3 Κ. ή περισσότερο η έγκυος πρέπει να ελέγχει το βάρος της κάθε βδομάδα. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν τα οίδημα στα άνω άκρα, το πρόσωπο, τα κοιλιακά τοιχώματα και τα γεννητικά όργανα.

#### Επιπτώσεις προεκλαμψίας σε μητέρα και παιδί

Για τη μητέρα οι κίνδυνοι είναι:

- η εκλαμψία και
- η πρόωγη αποκόλληση του πλακούντα (συμβαίνει σε 8% των περιπτώσεων)

Για το έμβρυο οι κίνδυνοι είναι:

- καυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου
- θάνατος του εμβρύου λόγω της κακής λειτουργίας του πλακούντα
- ανοξία κατά τον τοκετό.

#### Επικίνδυνα συμπτώματα

Η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέχει για την εμφάνιση κάποιου από τα παρακάτω συμπτώματα γιατί είναι προειδοποιητικά σημεία εκλαμψίας. Απαιτείται έγκαιρη αντιμετώπιση και παρέμβαση σε:

- Απότομη αύξηση της Α.Π.
- Αύξηση του λευκόματος στα ούρα
- Ισχυρός πονοκέφαλος
- Εμέτοι, σαλάδες
- Ελάττωση του ποσού των ούρων
- Διαταραχές της οράσεως, θομβάδα, φωτεινές λάμψεις
- Πόνος στο επιγάστριο, συχνά περιγράφεται σαν βάρος ή πόνος δυσπεψίας



## ΕΚΛΑΜΨΙΑ

=====

Είναι μια σξεία κατάσταση, μια προχωρημένη μορφή προεκλαμψίας που χαρακτηρίζεται από τονικούς και κλονικούς σπασμούς ενώ τις πιο πολλές φορές καταλήγει σε κώμα. Οι σπασμοί συνήθως εκδηλώνονται πριν και σπάνια μετά τον τοκετό. Μερικές φορές προηγείται αύρα, πόνος στο επιγάστριο και υπερευαισθησία. Μετά τους τονικούς κλονικούς σπασμούς επακολουθεί διανοητική σύγχυση και κώμα. Κατόπιν παρουσιάζεται ημικόματώδης κατάσταση και αμνησία.

Χαρακτηριστικά εγκυμοσύνης με αυξημένο κίνδυνο εκλαμψίας

- Αρτηριακή Πίεση > 160/90 mmHg
- Λευκωματουρία > 5 gr/24 h
- Ολιγουρία, ούρα < 400 gr/24h
- Διαταραχές σρέσεως
- Διαταραχές της λειτουργίας του εγκεφάλου
- Πνευμονικό οίδημα

Αναλυτικά τα πρόδρομα-συμπτώματα της εκλαμψίας είναι έμετοι, ισχυρός πονοκέφαλος, πόνος στο επιγάστριο. Ο εκλαμπτικός σπασμός χαρακτηρίζεται από τρία στάδια.

1) Στο Πρώτο Στάδιο, το αρχικό που διαρκεί 10-20 λεπτά, η έγκυος είναι ανήσυχη, τα μάτια της στρέφονται στα πλάγια και προς τα πάνω, το κεφάλι στρέφεται στο ένα πλάι και παρουσιάζονται σπασμοί στους μύς του προσώπου.

2) Ακολουθεί το τονικό στάδιο που διαρκεί 10-20 λεπτά. Το σώμα γίνεται άκαμπτο και οι μύες είναι συνεσπασμένοι. Τα μάτια είναι προσηλωμένα σ' ένα σημείο και τα δόντια κλεισμένα σφιχτά. Το χρώμα μπρονζικό και η αναπνοή δύσκολη, γιατί το διάφραγμα είναι συνεσπασμένο.

3) Το τρίτο στάδιο, το κλονικό, διαρκεί 60-90 λεπτά. Απότομες συσπάσεις των μυών προκαλούν κλονικούς σπασμούς και μπορεί να είναι τόσο δυνατοί ώστε να πετάξουν την άρρωστη έξω από το κρεβάτι. Παράγεται περισσότερο σάλιο που δημιουργεί αφρώδες έκκριση, καμιά φορά αιματηρή, εάν έχει τραυματισθεί η γλώσσα. Το πρόσωπο είναι φουσκωμένο, κυανώτικό, με όψη φρίκης. Η αναπνοή είναι δύσκολη και θορυβώδης. Η άρρωστη είναι αναίσθητη. Ακολουθεί το κώμα που μπορεί να κρατήσει μερικά λεπτά - ώρες ή και μέρες.

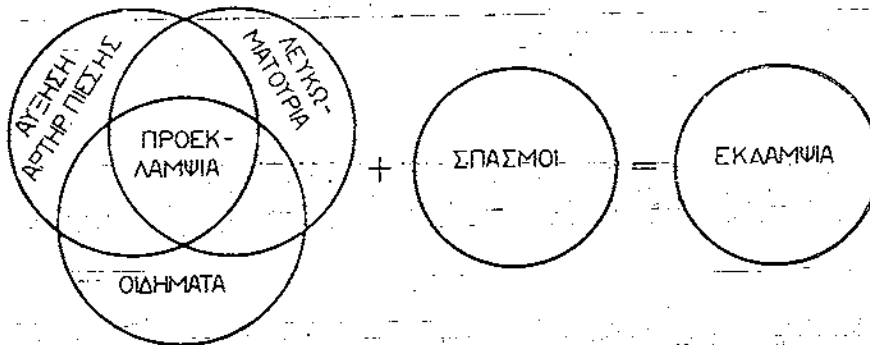
Σπασμοί στην εγκυμοσύνη μπορεί να εκδηλωθούν και σε άλλες νοσηρές καταστάσεις, όπως:

- Υπερτασική κρίση από χρόνια υπέρταση με προεκλαμψία
- Λοίμωξη του κεντρικού-νευρικού συστήματος
- Επιληψία
- Όγκοι εγκεφάλου
- Εγκεφαλικό επεισόδιο

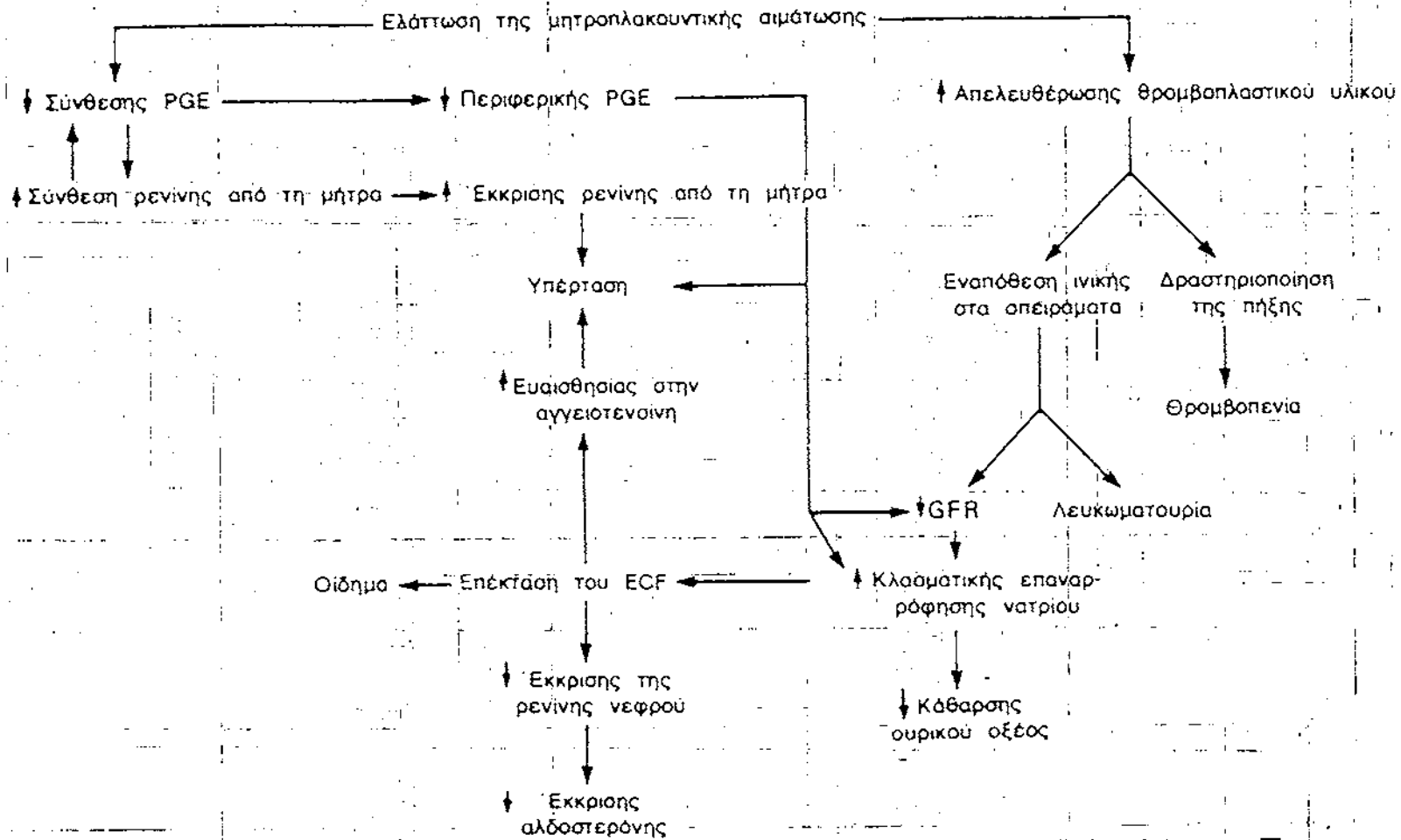
αν και η αντιμετώπισή τους είναι όπως της εκλαμψίας.

Κίνδυνοι εκλαμψίας για τη μητέρα και το έμβρυο

1. Εγκεφαλική αιμορραγία (πνευματική σύγχυση)
2. Κοκώσεις στο ήπαρ
3. Τραυματισμός γλώσσας, δοντιών - κάταγμα
4. Νεφρική ανεπάρκεια
5. Καρδιακή ανεπάρκεια
6. Διαταραχές στην όραση και πρόσκαιρη τύφλωση
7. Ασφυξία, κυάνωση, πνευμονικό οίδημα, βροχοπνευμονία
8. Ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου
9. Θάνατος της γυναίκας από εγκεφαλική αιμορραγία, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια ή ηπατικές ανωμαλίες.



ΣΧΗΜΑ 17. Η κλινική εκδήλωση της εκλαμψίας σχηματικά.



**Εικόνα 21-1.** Υπόθεση για την παθοφυσιολογία της τοξαιμίας (πρόεκλαμψία-εκλαμψία). Η ελάττωση της μητροπλακουντικής αιμάτωσης οδηγεί σε μία δυνατότητα ελάττωσης στη σύνθεση από τη μήτρα PGE, αλλά σε αύξηση της σύνθεσης ρενίνης. Επιπλέον, οι εναποθέσεις ινικής στα σπειράματα προκαλούν ελάττωση του GFR και αύξηση της κατακράτησης νατρίου. PGE: προσταγλαδίνη E, GFR: ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ECF: εξωκυττάριο υγρό. (Παραχωρήθηκε από Ferris TF: Toxemia of pregnancy: A model of human hypertension. *Cardiovasc Med* 2: 877, 1977).

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΧΗΜΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ
-----------------	-------------------	-----------

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ

Σπιρονολακτόνη	Aldacton - A	100-400 κλσγ.
Διυδροχλωρείας (δη)	Dehydratin - Neo	25-50 κλσγ.
Ακεταζολαμίδη	Diamox	250 κλσγ.
χλωροείας (δη)	Diuride	500 κλσγ.
Εεακρινικό οξύ	Edecrin	50-150 κλσγ.
Μεθυλοχλωροείας (δη)	Eduron	2,5-5 κλσγ.
Υδροχλωρείας (δη)	Hydrorex - Salurin	25-50 κλσγ.
Χλωροθαλιδόνη	Hygroton	50 κλσγ.
Φρουσεμίδη	Lasix	40 κλσγ.
Αμιλοφίδη	Midamor	5 κλσγ.
χλωροείας (δη)	Neouril	500 κλσγ.
Ραυείας (δη)	Renese	1-2 κλσγ.

ΑΔΡΕΝΟΛΥΤΙΚΑ

α - Μεθυλτόπα	Aldomet-Dopatens-Megosthenil	250κλσγ. - 2γρ.
Κλονιδίνη	Catapressan	1,5 - 3 κλσγ.
Δεσερπιδίνη	Harmony1	0,25-0,50κλσγ.
Γουανθειδίνη	Ismeline	5 - 10 κλσγ.
Ολική ρίζα, >		
Rauwolfia, >	Rauduxin	50-300 κλσγ.
Serpentina, >		
Ρεζεργίνη	Sedaraupine	0,2-0,4 κλσγ.
Ρεζεργίνη	Seprasil	0,3-1,0 κλσγ.

Β - ΑΝΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ

Προπανάλη	Inderal	40-320 κλσγ.
Ναδολόλη	Corgard	40-320 κλσγ.
Λαμπατόλη	Trandate	5 - 10 κλσγ.
Πιντολόλη	Visken	5 - 10 κλσγ.

ΑΓΓΕΙΟΔΙΑΣΤΑΤΙΚΑ

Διυδροαλαζίνη	Nepresol	25-200 κλσγ.
---------------	----------	--------------

ΝΕΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Καρτοπρίλη	Capoten	25-100 κλσγ.
Τριαμτερίνη	Dyazine	25-50 κλσγ.
Μινοξιδίνη	Loniten	10-30 κλσγ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### Γενικά Μέτρα Αντιμετώπισης Υπέρτασης

Η εκλογή της αγωγής: Η εφαρμογή της αγωγής μπορεί να είναι:

- συντηρητική
- χειρουργική

Η χειρουργική αγωγή συνίσταται για τις σπάνιες υπερτάσεις που είναι:

- Φαιοχρωμοκύτωμα
- Σύνδρομο Cushing
- Σύνδρομο-Βοηη

- Στένωση του ισθμού της αορτής

καθώς και για: - νεφραγγειακή υπέρταση,

- στένωση της νεφρικής αρτηρίας σε νέα άτομα με συγγενή βλάβη,
- υπέρταση από πνευμονοφρίτιδα,
- έντονη σε ένα νεφρό

που όμως τα αποτελέσματα της επεμβάσεως είναι αμφίβολα.

Οι περισσότεροι υπερτασικοί ασθενείς που πάσχουν από ιδιοπαθή υπέρταση αντιμετωπίζονται σ υ ν τ η ρ η τ ι κ ά. Η αγωγή αυτή συμπεριλαμβάνει:

- Γενικά μέτρα,
- Χρήση φαρμάκων.

Τα γενικά μέτρα έχουν σχέση με τη διατροφή, τις ατομικές συνήθειες και τον τρόπο διαβίωσης του υπερτασικού αρρώστου.

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Στον τομέα της διατροφής συνιστάται υποθερμιδική διαίτα όταν συνυπάρχει παχυσαρκία. Η μείωση του σωματικού βάρους με τη διαίτα είναι δυνατόν να προκαλέσει ρύθμιση της υπέρτασης. Ενώ όμως αυτό δεν συμβαίνει πάντοτε για την υπέρταση, αποτελεί σχεδόν κανόνα για την υπερκολλητεριναιμία, την υπερτριγλυκεριδαιμία, το σακχαρώδη διαβήτη της ώριμης ηλικίας και την υπερουριχαιμία.

Η άναλος διαίτα μπορεί να συμβάλλει μερικές φορές στην αντιμετώπιση της υπέρτασης. Η διαίτα όμως αυτή πρέπει να περιέχει πολύ μικρές ποσότητες νατρίου πράγμα που ενοχλεί τον ασθενή. Γι' αυτό γενικά η διαίτα εφαρμόζεται ελάχιστα ή καθόλου από τους πιο πολλούς αρρώστους. Πέρα από αυτό, εάν υπάρχει διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας, η άναλος αυτή διαίτα μπορεί να προκαλέσει υπονατριαιμία, αύξηση της ρενίνης και πιθανόν επιδείνωση της υπέρτασης. Επίσης η λήψη μεγάλης ποσότητας NaCl ημερησίως βλάπτει γιατί ελαττώνει την αντιυπερτασική δράση των φαρμάκων. Σ υ ν τ η ρ η τ ι κ ά λοιπόν:

- Μερικός περιορισμός του άλατος, δηλ. να μην προστίθεται επιπλέον στα γεύματα.

- Αποφυγή φαγητών πλούσιων σε νάτριο (γάλα, ελιές, μουστάρδα, αλλαντικά κ.α.).

Με μια τέτοια διαίτα και ο ασθενής ενισχύεται για πιο καλή συνεργασία με το γιατρό και τα διουρητικά δρούν συνεργικά με το μερικό περιορισμό του νατρίου. Με το συνδυασμό αυτό αποφεύγονται συνήθως οι ανεπιθύμητες ενέργειες των διουρητικών - υπόκαλιαιμία, υπονατριαιμία, κ.α. - που είναι έντονες με την άναλο διαίτα. Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει παρατηρηθεί ότι πληθυσμοί με λίγη ή καθόλου κατανάλωση NaCl έχουν χαμηλή Α.Π. και μικρή συχνότητα υπέρτασης συγκριτικά με τους άλλους πληθυσμούς που καταναλώνουν πολύ NaCl.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΑΤΡΙΟΥ ΣΤΗΝ Α.Π.

Ο μηχανισμός με τον οποίο η υπερβολική πρόσληψη αλατιού προκαλεί αύξημένη Α.Π. δεν είναι ακόμα γνωστός. Η πιο υπόθεση σχετικά με το μηχανισμό δράσεως του αλατιού είναι ότι το Na αυξάνει την ευαισθησία των αρτηριών στις αγγειοσυστολτικές ουσίες όπως είναι οι καταχολαμίνες. Επίσης η αύξηση του Na στο σώμα έχει ως αποτέλεσμα την κατακράτηση ύδατος - αύξηση του εξωκυττάριου υγρού ενώ ο νεφρός, αν είναι μάλιστα ανεπαρκής, δεν είναι σε θέση να αποβάλει μεγάλο ποσό ύδατος και έτσι αυξάνει η πίεση του αίματος.

## ΟΙ ΝΟ ΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ

Μικρή χρήση σινοπνευματώδων ποτών - ένα μικρό ποτήρι κρασί στο κύριο γεύμα - δεν αντενδείκνυται. Ωστόσο η υπερβολική χρήση αλκοόλ είναι ανεπιθύμητη γιατί αυξάνει τη συγκέντρωση των τριγλυκεριδίων του ορού και γιατί παρατεταμένη χρήση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια.

## ΚΑΦΕΣ

Η λήψη καφέ δεν θεωρείται ότι επηρεάζει την Α.Π. και δεν συνίσταται η απαγόρευση του, εκτός αν συνυπάρχει στεφανιαία νόσος.

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι καταστρεπτικές συνέπειες του καπνίσματος είναι ευρύτερα γνωστές. Δεν είναι μόνο ο πιο επικίνδυνος παράγοντας για τις ασθένειες της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων, αλλά και η συχνότερη αιτία καρκίνου των πνευμόνων, χρόνιας βρογχίτιδας, εμφυσήματος, λαρυγγίτιδα. Ωστόσο το κάπνισμα αυτό καθ'αυτό δεν επηρεάζει την υπέρταση. Η διακοπή του όμως επιβάλλεται για τη βλαπτική του επίδραση στα στεφανιαία αγγεία και γενικότερα την προαγωγή της αρτηριοσκλήρωσης.

## ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η δυναμική και ισχυρική σωματική άσκηση - βόδισμα, κολύμπι, ρυθμική γυμναστική - συνιστάται. Στην όρχη παρατηρείται τάχυκαρδία και αύξηση της συστολικής Α.Π. Μετά όμως απο προπόνηση ορισμένου χρονικού διαστήματος η άσκηση αυτή μπορεί να προκαλέσει μείωση της υπέρτασης. Αντενδείκνυται η στατική και ισομετρική σωματική άσκηση - ανύψωση βαρών, έλξεις, ωθήσεις - γιατί η συστολική και διαστολική πίεση αυξάνονται -πολύπλογο της μεγάλης αυτής αύξησης υπέρτατοι και ασθενείς δίχως θεραπεία μπορεί να υποστούν εγκεφαλική αιμορραγία, παροξυσμό στηθάγχης, οξύ πνευμονικό οίδημα. Μέτρια σωματική άσκηση ενθαρρύνεται όχι μόνο για την αποτελεσματικότητά της στην απώλεια βάρους και στη γενική καλή κατάσταση, αλλά ακόμα γιατί ελαττώνει τις συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις και φαίνεται ευεργετική.

Απο όσα αναφέρθηκαν παραπάνω φαίνεται πως η θεραπεία της υπέρτασης περιλαμβάνει τρεις τομείς:

- α) την υγειονόμοιοιητική αγωγή δηλ. φυσική άσκηση και διαίτα,
- β) ψυχοθεραπεία, και

γλ. τη χορήγηση ειδικών αντιυπερτασικών φαρμάκων.

## Χ Α Λ Α Ρ Ω Σ Η , Α Υ Τ Ο Σ Υ Γ Κ Ε Ν Τ Ρ Ω Σ Η

### Η Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α Β Ι Ο Φ Ε Ε Δ Β Α Σ Κ

Η ψυχική πρέμια είναι πάντοτε επιθυμητή. Έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς διάφορες μέθοδοι ξεκούρασης των ασθενών. Πριν εφαρμοστεί η αντιυπερτασική θεραπεία χρησιμοποιήθηκαν η χορήγηση καταπραυντικών, η προσδευτική ανάπαυση, η ψυχοθεραπεία, οι συνεχείς διακοπές και η προσοχή στο περιβάλλον αλλά με ασήμαντη μόνο ωφέλεια στην πίεση του αίματος. Πρόσφατα έγινε προσπάθεια να μειωθούν οι συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις και καρδιακής παρακής εξαιτίας περιβαλλοντικών λόγων που είναι αποτέλεσμα των στρες της σύγχρονης ζωής, με εφαρμογή μεθόδων καλάρωσης όπως ο υπερβατικός διαλογισμός, bio-feedback, γιόγκα και άλλες. Υπήρξαν μερικές αναφορές σύμφωνα με τις οποίες σε μερικούς ασθενείς ο διαλογισμός ελάττωσε την πίεση του αίματος. Παρόλα αυτά οι αναφορές περί ενεργητικών αποτελεσμάτων του bio-feedback δεν είναι τόσο ικανοποιητικές έτσι ώστε να προτιμούνται περισσότερο τα αντιυπερτασικά φάρμακα από τις ψυχολογικές μεθόδους στην αντιμετώπιση της υπέρτασης. Οι ψυχολογικές μέθοδοι όμως, όπως η θεραπεία καλάρωσης μπορεί να θεωρηθούν σαν βοηθητικές.

### ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

1. Βεβαίωση για το αν πρόκειται για μόνιμη ή πρόσκαιρη υπέρταση.
2. Εξασφάλιση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής για τις "ιδαιμας" δευτεροπαθείς αιτίες υπέρτασης, αν υπάρχουν.
3. Αξιολόγηση της λειτουργικής ακεραιότητας των οργάνων στόχων για να εκτιμηθεί η πρόγνωση.
4. Εκτίμηση της ανάγκης για θεραπευτική αγωγή με βάση το ύψος της Α.Π. που λαμβάνεται στα ιατρεία, το σπίτι ή σε κίνηση και τις συνδισζόμενες αγγειακές επιπλοκές.
5. Εκτίμηση της ανάγκης για θεραπευτική αγωγή σε αμφίβολες ή ήπιες περιπτώσεις υπέρτασης. Προσδιορισμός ύπαρξης άλλων δυσμενών παραγόντων που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την αθηροσκλήρωση, π.χ. υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, κάπνισμα, διαβήτης, οικογενειακό ιστορικό αθηροσκλήρωσης, διαταραχές προσωπικότητας, παχυσαρκία.
6. Εναρξη της αγωγής σε ήπια προς μέτρια υπέρταση με ένα παράγοντα μετρίως δραστηκότητας που είναι γνωστός για τις ελάχιστες παρενέργειές του. Βασμιαία αύξηση της δόσης μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα ή μέχρι να εμφανιστού ανεπιθύμητες παρενέργειες. Αν είναι αναγκαίο, προστίθεται ένα δεύτερο, πιθανά αργότερα κι ένα τρίτο φάρμακο μέχρις ότου ένα συνδυασμός φαρμάκων να παρέχει παραδεκτό ύψος πίεσης με τις λιγότερο πιθανές ή ελάχιστες καταστροφικές παρενέργειες.
7. Ο αντικειμενικός σκοπός είναι να επιτευχθεί διαστολική πίεση κάτω από 90mmHg ή συστολική πίεση κάτω από 140mmHg.
8. Εκτίμηση των κοινωνικών, συναισθηματικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών προβλημάτων του ασθενή σ' όλες τις περιπτώσεις, ιδιαίτερα αν η αντίδραση στην αγωγή είναι φτωχή.

9. Εκπαίδευση του ασθενή και δημιουργία όσο το δυνατό ευνοϊκότερων συνθηκών θεραπευτικής αγωγής ώστε να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση του ασθενή στη μακροχρόνια αγωγή.

10. Η θεραπευτική αγωγή πρέπει να εξατομικεύεται με ελάχιστες δόσεις σε αδύναμους, ηλικιωμένους ασθενείς.

#### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τελευταία, η παρασκευή αποτελεσματικών φαρμάκων έχει επαναστασιακά κοπήσει τη θεραπεία της υψηλής αρτηριακής πίεσης. Το πρώτο αποτελεσματικό φάρμακο για τη μείωση της Α.Π. εμφανίστηκε γύρω στη δεκαετία του '50. Τα προϊόντα αυτού του κυκλοφορούσαν δεν πρόσφεραν παρά μόνο πρόσκαιρη ανακούφιση ή αν τα αποτελέσματάς τους ήταν κάπως πιο μόνιμα, έφερναν δυσάρεστες παρενέργειες στους αρρώστους που τα έπαιρναν. Επιπλέον, τα περισσότερα απ' αυτά γίνονταν με ένεση. Συνεπώς, η χρήση τους περιοριζόταν μόνο στις πολύ σοβαρές περιπτώσεις υψηλής Α.Π.

Σήμερα όμως έχει συντελεστεί μεγάλη πρόοδος στο τομέα της θεραπείας της υπέρτασης με την εμφάνιση των διουρητικών και των αναστολέων των β-υποδοχέων που είναι αποτελεσματικά φάρμακα και το ένα συμπληρώνει το άλλο: τα διουρητικά συντελούν στη ελάττωση του όγκου αίματος με την αποβολή του αλατιού και συνεπώς του νερού. Οι β-αναστολείς εμποδίζουν τη συσπαστική δράση του συμπαθητικού και ελαττώνουν την εργασία της καρδιάς.

Ανεξάρτητα από το αν χρειάζεται ή όχι φαρμακοθεραπεία, η αλλαγή στο τρόπο ζωής του ασθενούς κρίνεται απαραίτητη. Πιο πάνω αναδεικνύουμε αναφέραμε τα πλεονεκτήματα από το σταμάτημα του καπνίσματος, της ελαττώσεως του σωματικού βάρους, της προσοχής της διατροφολογίας και της εκτέλεσης τεκνικών ασκήσεων. Πέρα απ' αυτό όμως υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η φαρμακευτική αγωγή για την υψηλή Α.Π. είναι συνήθως ισόβια, η απόφαση ν' αρχίσει κανείς αυτή την θεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντική.

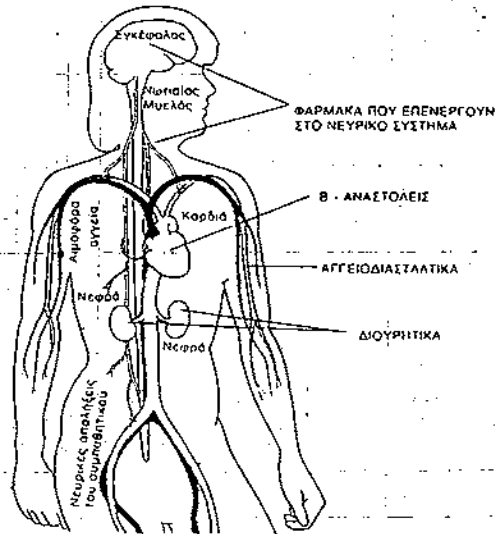
Από τα αρκετά υπάρχοντα φάρμακα κανένα δεν είναι ιδεώδες. Ιδανικό θα ήταν το φάρμακο με: α) χαμηλό κόστος, β) παρατεταμένη δράση, γ) χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες, δ) αντιυπερτασική δράση στη διαστολική και συστολική Α.Π. ε) γνωστή έκταση δράσης πριν χορηγηθεί.

Τα αντιυπερτασικά φάρμακα διακρίνονται σε τέσσερις κύριες κατηγορίες:

1. Διουρητικά, που μειώνουν τα υγρά και τα άλατα στην κυκλοφορία. Επενεργούν στα νεφρά.
2. Β-Αναστολείς των αδρενεργών υποδοχέων (β-αναστολείς), που επιβραδύνουν το ρυθμό της καρδιάς.
3. Αγγειοδιασταλτικά, που διευρύνουν και χαλαρώνουν τα αιμοφόρα αγγεία.
4. Φάρμακα, που επιδρούν στο νευρικό σύστημα, επηρεάζουν τον εγκέφαλο και τις νευρικές απολήξεις του συμπαθητικού.  
( αδρενολυτικά - κεντρικά - γαγγλιοπληγικά ).



**ΤΡΟΠΟΙ ΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

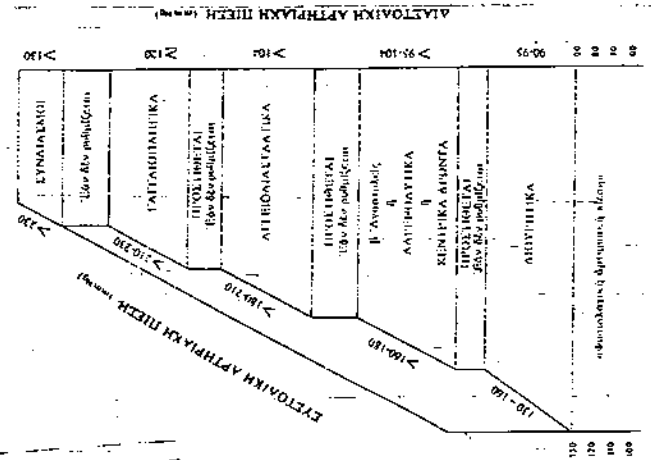
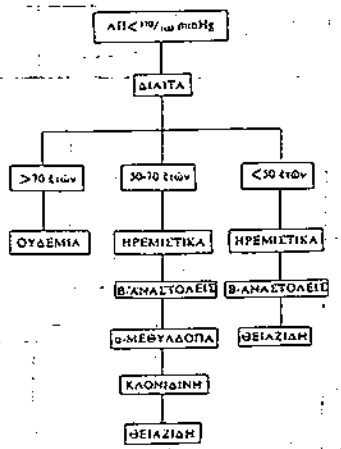


Τα φάρμακα αυτά μπορούν να κορηγηθούν είτε εμπειρικά είτε μετά από μέτρηση του όγκου αίματος.

**ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:** Μπορεί να διαιρθεθεί σε τέσσερις φάσεις.

1. Φάση: Χορήγηση διουρητικού. Η αρχική δόση είναι μικρή και αυξάνεται σταδιακά μέσα σε τέσσερις εβδομάδες. Εάν σ' ένα μήνα δεν αποκατάσταθεί η υπέρταση κορηγούνται τα φάρμακα της 2ης φάσης.
2. Φάση: Β-Αναστολείς ή αδρενεολυτικά ή φάρμακο που δρά στο Κ.Ν.Σ Η δόση αυξάνεται μέσα σε τέσσερις εβδομάδες επίσης.
3. Φάση: Αγγειοδιασταλτικά φάρμακα. Σε αποτυχία των πιο πάνω κορηγούνται αυτά και μπορούν να συνδυαστούν μόνο με τα διουρητικά. Η αρχική δόση είναι μικρή και αυξάνεται σταδιακά σε 2-4 εβδομάδες.
4. Φάση: Σε επιμονή υψηλής υπέρτασως κορηγούνται γαγγλιοπληγικά ( γουανεθιδίνη ) σε αντικατάσταση των αδρενεολυτικών ή μαζί με αυτά.

**ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ**



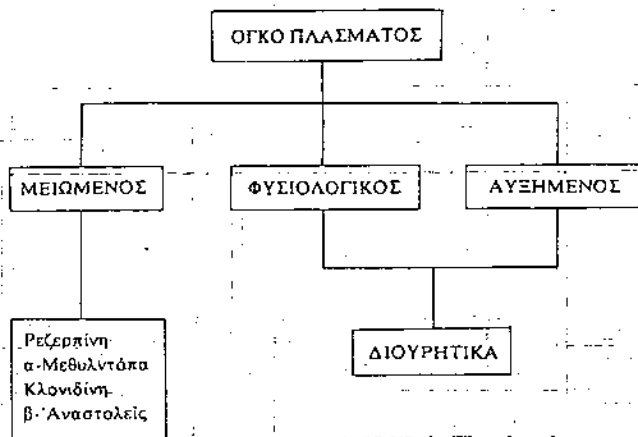
**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

Αγωγή μετά από τη μέτρηση του όγκου πλάσματος αίματος.

Ο όγκος πλάσματος στους υπερτασικούς ασθενείς μπορεί να είναι:

- μειωμένος
- φυσιολογικός
- αυξημένος

και επομένως τα φάρμακα που χορηγούνται είναι τα εξής:



Οι υπερτασικοί άρρωστοί, ανάφορικά με την αντιμετώπιση της υπέρτασης, μπορούν να διακριθούν σε 4 κατηγορίες.

- Στην 1η κατηγορία: η υπέρταση είναι πολύ μεγάλη >160/95mmHg και βαρείας μορφής με επιπλοκές - στον εγκέφαλο, καρδιά, αορτή, νεφρό, αμφιβληστροειδή.

Η αντιμετώπισή τους επιβάλλεται και πρέπει να είναι άμεση.

Στην 2η κατηγορία υπάρχουν υπερτασικοί ασθενείς με Α.Π. >140/90mmHg και με αγγειακό ιστορικό υπερτασικής καρδιοαγγειοπάθειας, άνδρες ηλικίας <35 ετών, Α.Π.=160/95mmHg - γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας και άντρες ηλικίας <65 ετών.

Η αντιμετώπιση της υπέρτασης είναι αναγκαία.

Στην 3η κατηγορία κατατάσσονται εκείνοι που έχουν Α.Π. 130/90-140/95mmHg, ηλικίας 35 ετών με ασταθή υπέρταση.

Η αντιμετώπιση θεωρείται ότι δεν είναι αναγκαία.

Στην 4η κατηγορία περιλαμβάνεται η υπέρταση ηλικίας >65 ετών.

Στην ηλικία αυτή η υπέρταση συνήθως αντιμετωπίζεται όταν είναι 170/100mmHg κ' άνω. Απαιτείται όμως μεγάλη προσοχή γιατί συχνά προκαλείται ορθοστατική υπόταση και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η δόση πρέπει να είναι μικρή.

Η Διακοπή της Αγωγής

Η χορήγηση των αντιυπερτασικών φαρμάκων διακόπτεται πολλές φορές, είτε από το γιατρό, είτε από τον ασθενή, για διάφορους λόγους. Ένας από αυτούς είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Σε απότομη διακοπή είναι δυνατόν να επακολουθήσει αύξηση της Α.Π. Παρουσιάζεται το φαινόμενο "αναπήδησης" της Α.Π. και παρατηρείται ότι σπάνια με τη διακοπή των α-μεθυλντόπα, β-αναστολέων, κλονιδίνης, μπεσανιδίνης.

Η αύξηση αυτή είναι αιφνίδια και πιο μεγάλη από το επίπεδο που ήταν η υπέρταση πριν τη χορήγηση των φαρμάκων. Εξάλλου παρατηρείται ταχυκαρδία, ταχυαρρυθμία, νευρική κατάσταση, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, ναύτια, παροξυσμός στηθάγχης και μερικές φορές έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ίσως να οφείλονται σε έκλυση μεγάλης ποσότητας κατεχο-

λαμινών. Στην περίπτωση αυτή χορηγείται πάλι το ίδιο σε πλήρη δόση. Η ταχυκαρδία αντιμετωπίζεται πιο αποτελεσματικά με β-αναστολείς.

Λόγω της μεγάλης και ευρείας χρήσης των διουρητικών σε δόση σε ποιές περιπτώσεις συνιστώνται. Σε παρεντερική χορήγηση, υπερτασική κρίση, προεκλαμψία - εκλαμψία, νεφρική ανεπάρκεια. Τα διουρητικά που χρησιμοποιούνται πολύ περισσότερο καιρό από ό,τι οι β-αναστολείς, προκαλούν αποβολή νατρίου. Προκαλούν όμως συχνά και αποβολή Κ. Την απώλεια αυτή τη διορθώνουμε ή την προλαμβάνουμε προσθέτοντας ΚCl στα διουρητικά.

Υπάρχουν δύο ομάδες διουρητικών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της υπηλής Α.Π.=τα θειαζιδικά διουρητικά, και τα διουρητικά της αγκύλης.

Η δράση των θειαζιδικών στα νεφρά διαρκεί αρκετό χρόνο και έτσι η αυξημένη ποσότητα ούρων μπορεί να περάσει απαρατήρητη από το άτομο που τα χρησιμοποιεί.

Η δράση των διουρητικών της αγκύλης είναι γρήγορη και, μέσα σε λίγες ώρες από τη λήψη τους, προκαλούν έκκριση μεγάλης ποσότητας ούρων.

Οι β-αναστολείς παίζουν σπουδαίο ρόλο εμποδίζοντας τις επιδράσεις του συμπαθητικού, όπως τη σύσπαση των αγγείων και τις εκκρίσεις των αδρενεργικών ορμονών. Υπάρχουν λίγες υπερτάσεις που τους αντιστέκονται, ιδιαίτερα εκείνες των νευροτονικών και νευρών ατόμων. Το μειονέκτημά τους είναι ότι προκαλούν βραδυκαρδία. Ο συνδυασμός β-αναστολέων και διουρητικών είναι άριστος και σε περιπτώσεις που αντιστέκονται στο ένα μόνο προϊόν.

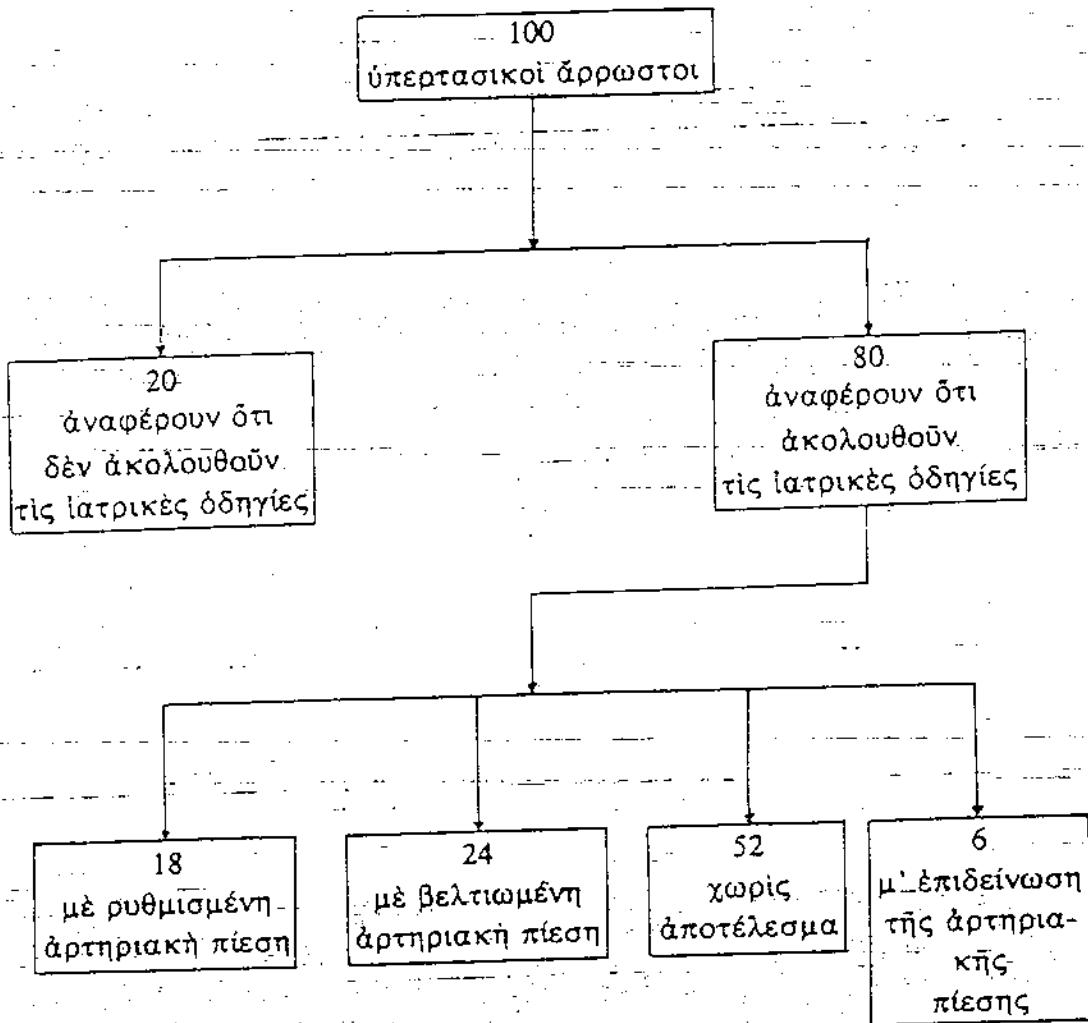
ΑΝΕΠΙΘΥΜΙΤΕΣ	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΦΑΡΜΑΚΩΝ
--------------	--------------	----------

- α) Διουρητικά: -άνοδος της στάθμης του σακάρου στο αίμα (εμφάνιση γλυκόζης στα ούρα). Στα διαβητικά άτομα αποφεύγουμε τη χρήση των διουρητικών.
  - απώλεια Κ,
  - ποδάγρα (αύξηση ουρικού οξέως), υπεύθυνη για την εμφάνιση της ποδάγρας ή υπερβολική απώλεια υγρών.
- β) β-Αναστολείς: -καρδιακή ανεπάρκεια, -κατάθλιψη, -διαταραχές ύπνου, -έντονα όνειρα.
- γ) Αγγεοδιασταλτικά: -σύνδρομο συστηματικού ερυθρηματώδους λύκου, -ταχυπαλμία, -πονοκεφάλους, -πρήξιμο στους αστραγάλους, -υπερβολική πτώση Α.Π., -κατακράτηση υγρών, -ανάπτυξη του τριχώματος.
- δ) Φάρμακα που δρούν στο νευρικό σύστημα: -κατάθλιψη, -αίσθημα κόπωσης, -υπνηλία στο διάστημα της ημέρας, -διαταραχές στον ύπνο, -ξηροστομία, -ορεοστατική υπόταση.

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ --- ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ
---------------------------------

Σε περιπτώσεις μεγάλης λήψεως αντιυπερτασικών φαρμάκων οι πρώτες βοήθειες έγκεινται στη πλύση στομάχου - χορήγηση υγρών - ρύθμιση ηλεκτρολυτών - υποστήριξη βασικών λειτουργιών - αγγειοσυσπαστικά. Πρέπει να τονίσουμε ότι ειδικό αντίδοτο στα φάρμακα αυτά δεν υπάρχει. Η λήψη μεγάλης ποσότητας φαρμάκων εκδηλώνεται με: υπόταση, κατάθλιψη, βραδυκαρδία, κόμα, υπνηλία ορεοστατική υπότ., ΟΚΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 80. Η συμμόρφωση των υπέρτασικών αρρώστων και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής.



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ

Η έγκυος γυναίκα μερικές φορές μπορεί να έχει ανάγκη αντιυπερτασικών φαρμάκων. Η υψηλή αρτηριακή πίεση της εγκυμοσύνης, που δεν προκαλείται από τοξιναιμία, μπορεί να θεραπευτεί με τον ίδιο τρόπο που χρησιμοποιείται από τις μη-εγκύους, με μερικές όμως σημαντικές διαφορές. Πρίν κορηγήθούν αντιυπερτασικά φάρμακα, θα πρέπει πάντοτε να εκτιμάται το όφελος έναντι των βλαπτικών επιδράσεων που μπορεί να προκαλέσει μια τέτοια αγωγή. Επειδή οι επιπτώσεις των φαρμάκων πάνω στο έμβryo δεν είναι γνωστές, πρέπει να καθορίζονται και να χρησιμοποιούνται μόνο εκείνα που είναι ακίνδυνα. Συνεπώς, όταν έχουμε να θεραπεύσουμε υψηλή Α.Π., η πρώτη προσέγγιση είναι να δούμε αν μπορεί να κατέβει με μείωση του βάρους και περιορισμό στη χρήση αλατιού.

Όσον αφορά τα διάφορα φάρμακα, τα μεν θειαζιδικά διουρητικά ενώ μειώνουν βασιστά τα υγρά του οργανισμού και καταβάζουν έτσι την Α.Π. και έχουν αποδειχτεί ακίνδυνα για την εγκυμοσύνη, ανεβάζουν το ούρικό οξύ, η δε μεθυλτόπα (Aldomet), η υδραλαζίνη και οι β-αναστολείς θεωρούνται και αυτά μερικές ακίνδυνα αν και επιβραδύνουν το ρυθμό της καρδιάς ενώ δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως η δράση τους στο έμβryo.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑΣ**

Γενικά η κατάκλιση και ο περιορισμός του νατρίου είναι συνήθως επαρκή για την αναστροφή της διαδικασίας στην ήπια προεκλαμψία και αν το οίδημα είναι γενικευμένο, μπορεί να προστεθούν θειαζίδες. Συνήθως ο γιατρός κορηγεί πρεμιστικά φάρμακα όπως Librium - Valium. Αν δεν υποχωρήσει η προεκλαμψία μετά από μερικές μέρες θεραπείας στο νοσοκομείο πρέπει να γίνει διακοπή κύησης με καισαρική τομή, εκτός και αν η ασθενής βρίσκεται στο πέρας της εγκυμοσύνης, οπότε πρέπει να προκληθούν ωδίνες. Κατά τον τοκετό κορηγείται Fethidine ή επισκληρίδιο αναισθησία. Το ποσοστό θνησιμότητας του νεογνού είναι μεγαλύτερο όσο περισσότερα εμμένει η προεκλαμψία ή όσο χειρότερη γίνεται. Σε προεκλαμψία με μέπη σοβαρότητα η θνησιμότητα του νεογνού είναι 5 φορές μεγαλύτερη από το φυσιολογικό ποσοστό. Η μετάβασή από τη σοβαρή προεκλαμψία στην εκλαμψία με σπασμούς είναι μάλλον μία μετάβαση σε διαφορετικό βαθμό παρά σε διαφορετικό είδος. Είναι προτιμότερο να διακόπτεται η κύηση με καισαρική τομή αν φαίνεται ότι επίκεινται σπασμοί, μυϊκές συσπάσεις, σοβαρή κεφαλαλγία, επιγαστρικό άλγος (αγγειακή κρίση) ή οπτικές διαταραχές.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΛΑΜΨΙΑΣ**

Αν παρουσιαστούν σπασμοί, η κλινική κατάσταση είναι πολύ χειρότερη. Το ποσοστό της μητρικής θνησιμότητας ανέρχεται στο 5% και το ποσοστό της εμβρυϊκής θνησιμότητας περίπου στο 20 - 25%. Οι τοξικοί και κλονικοί σπασμοί της εκλαμψίας πρέπει να αντιμετωπιστούν με τη χρήση ενδοφλεβίου βεικού μαγνησίου (το οποίο έχει αποδειχτεί απόλυτος-ασφαλές και αποτελεσματικό), με απόλυτη ανάπαυση στο κρεβάτι, με συνεχή παρακολούθηση και αποφυγή ο,τιδήποτε ενοχλεί την ασθενή και μπορεί να προκαλέσει ένα σπασμό. Πρέπει να χρησιμοποιούνται πρεμιστικά και το θείο μαγνήσιο που είναι κατασταλτικό του

κεντρικού νευρικού συστήματος για τον έλεγχο των σπασμών. Ο τοκετός πρέπει να αναβληθεί μέχρι που μπορούμε να σταματήσουμε τους σπασμούς. Αν η διαστολική πίεση του αίματος έχει ανέβει στα 115mmHg ή περισσότερο, πρέπει να χρησιμοποιούνται αντιυπερτασικά φάρμακα. Μερικοί ασθενείς με εκλαμψία έχουν εγκεφαλικό οίδημα, παρά υπέρταση σαν μηχανισμό των σπασμών τους. Γι' αυτό το λόγο προτιμάται τόσο η μη ειδική θεραπεία με θειικό μαγνήσιο. Αν η ασθενής είναι ολιγουρική πρέπει να χρησιμοποιηθούν ενδοφλέβια υγρά με προσοχή. Η κύηση δεν πρέπει να περάσει εκτός αν η ασθενής βρίσκεται σε καλή κατάσταση και δεν έχει σπασμούς για 24-48 ώρες. Στόχος της θεραπείας πάντα είναι η πρόληψη και αντιμετώπιση των σπασμών.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση έγκειται στη χορήγηση valium σαν ηρεμιστικό και αντισπασμωδικό, Magnesium Sulphate I.V. σαν διουρητικό και αντιυπερτασικό. Πολλοί χρησιμοποιούν μια σύνθεση φαρμάκων Largactil 50mg, Pheenergan 50mg, Pethidine 50mg I.V. σε διάλυμα Glycose 5% των 250 ml (30-60 σταγόνες/min. μέχρι να κοιμηθεί η ασθενής και στη συνέχεια 15 σταγόνες/min.), καρδιοτονικό αν χρειαστούν. Manitol I.V. για ανωμαλίες ουροποιητικού.

Σε περίπτωση που γίνει τοκετός θα διεκπεραιωθεί με εμβρυοσκόπια μετά απο περινατοτομία. Στην υστεροτοκία δεν δίνεται Ergometrine γιατί έχει υπερτασική δράση, αντί αυτής χορηγείται Sunitocinon 5 mg. Μετά τον τοκετό ελέγχεται η Α.Π. και αν είναι υψηλή ελέγχεται κάθε μισή ώρα, αν όχι κάθε τέσσερις ώρες το πρώτο 24ωρο. Η φαρμακευτική αγωγή που γίνεται πριν το τοκετό συνεχίζεται για 24-48 ώρες. Η λεχώνια νοσηλεύεται σε μονόκλινο δωμάτιο κάτω απο στενή παρακολούθηση για 24-48 ώρες. Εφόσον έχουν σταματήσει οι σπασμοί κι μετά απο 48 ώρες σταματά η χορήγηση ηρεμιστικών ώστε να επανακτηθεί η γυναικεία τις αισθήσεις της.

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

#### ΣΤΙΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΥΗΣΗΣ

##### Αντικειμενικοί Σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας

1. Μείωση της αρτηριακής πίεσης του αίματος σε επίπεδο συμβατό με την όριστη λειτουργία του οργανισμού και για την πρόληψη επιπλοκών.
2. Διόρθωση υποκειμενικής παθολογίας (δευτεροπαθής υπέρταση).
3. Διόρθωση ανισοσυγίων αν υπάρχουν.
4. Βοήθεια της ασθενούς να κατανοήσει τη φύση της κατάστασής της καθώς και το θεραπευτικό σχήμα και να συμμορφωθεί με αυτό.

##### Οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις και Δραστηριότητες ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ:

1. Στη λήψη γενικών μέτρων σε ατομική βάση, ανάλογα με την Α.Π. του αίματος, την ένταση της βλάβης των αγγείων και την μορφή της υπέρτασως (ιδιοπαθής ή δευτεροπαθής).

##### Ειδικότερα συνιστάται:

- 1.1 Μείωση του σωματικού βάρους,
  - 1.2 Δίαιτα χωρίς αλάτι (2gr περίπου νάτριο την ημέρα),
  - 1.3 Συστηματική φυσική άσκηση,
  - 1.4 Χορήγηση πρεμιατικών φαρμάκων,
  - 1.5 Εξασφάλιση περιόδων αναπαύσεως, ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος,
  - 1.6 Παρακολούθηση της αρρώστου για σύγχυση, ευερεθιστότητα, λήθαργο, αποπροσανατολισμό, (σημεία επιπλοκής από τον εγκέφαλο),
  - 1.7 Προσεκτική ακρόαση των προβλημάτων της αρρώστου και εξασφάλιση υποστήριξης, εαν την χρειάζεται,
  - 1.8 Παρακολούθηση κλινική και εργαστηριακή της αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση παρενεργειών από τα φάρμακα που παίρνει,
  - 1.9 Μέτρηση της Α.Π. της αρρώστου κάτω από τις ίδιες συνθήκες σε τακτικά χρονικά διαστήματα κάθε μέρα.
  - 1.10 Λήψη προστατευτικών μέτρων, αν η ασθενής παρουσιάσει σπασμούς (καλυμμένοι προφυλακτήρες, καθαρά ρούχα, αντισπασμωδικά φάρμακα),
  - 1.11 Σερβίρισμα φαγητού σε μικρές ποσότητες και συχνά. Λήψη υγρών σε μικρές ποσότητες κάθε φορά.
2. Στην παρακολούθηση της ασθενούς αν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή. Τα φάρμακα είναι διουρητικά και αγγειοδιασταλτικά. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων και των παρενεργειών των φαρμάκων, ώστε αν χρειαστεί, να αλλάξει σχήμα.

3. Στη σωστή και πλήρη ενημέρωση της αρρώστου και της οικογένειάς της σχετικά με αυτή την ιδιαίτερη κατάσταση.

Ο νοσηλευτής-τρια είναι το πιο κατάλληλο πρόσωπο να διδάξει την αρρώστη και την οικογένειά της για την ιδιαιτερότητα αυτής της εγκυμοσύνης από τις άλλες και να οργανώσει εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας τόσο για την ασθενή με αρτηριακή υπέρταση όσο και για τους στενούς συγγενείς της.

Για να υποστηθούν οι αρρώστοι με υψηλή Α.Π. ένα πρόγραμμα θεραπείας, πρέπει να έχουν κατανοήσει τι είναι Α.Π. του αίματος, τη φύση της υπέρτασης και τι πρέπει να κάνει για να την μειώσει. Το πρόγραμμα διδασκαλίας πρέπει να αποβλέπει:

1. Να αποκτήσουν βασικές γνώσεις για την Α.Π. και την Α.Υ. του αίματος.
2. Να διορθώσει λανθασμένες αντιλήψεις που ίσως έχει για την ασθένεια.
3. Να την βοηθήσει να κατανοήσει την φύση της αρρώστιας.
4. Να την βοηθήσει να εξωτερικεύσει σκέψεις ώστε να διαλύσει φόβους και ανησυχίες.
5. Να την βοηθήσει να κατανοήσει την ανάγκη για ορισμένες αλλαγές στον τρόπο ζωής της και να κατανοήσει για ποιο λόγο είναι απαραίτητες οι αλλαγές αυτές. Εξήγηση των διαιτητικών περιορισμών και των πινάκων των φτωχών σε νάτριο τροφών. Εξήγηση γιατί δεν πρέπει να παίρνει μεγάλες ποσότητες υγρών σε μικρό χρονικό διάστημα.

Για να πετύχει η εκπαίδευση της αρρώστου πρέπει το πρόγραμμα να γίνεται σε ήρεμο περιβάλλον και απαλλαγμένο από ερεθίσματα.

#### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

- Βετική απόκριση στη θεραπευτική και νοσηλευτική παρέμβαση.
- α). Πλήρης κατανόηση του θεραπευτικού-σχήματος από την αρρώστη και συμμόρφωσή της με αυτό.
  - β). Διατήρηση της Α.Π. σε φυσιολογικά όρια.
  - γ). Τακτική παρακολούθηση από το γιατρό, συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών του ορού του αίματος της ασθενούς.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΟΥ

Οι ελαφρές περιπτώσεις, όταν η διαστολική Α.Π. δεν είναι μεγαλύτερη από 90mmHg και δεν υπάρχει πρωτεϊνουρία, μπορούν να νοσηλευτούν στο σπίτι. Είναι απαραίτητο να μείνει η έγκυος στο κρεβάτι τις περισσότερες ώρες (περισσότερο από 12 ώρες το 24ώρο). Ο γιατρός μπορεί να δώσει ένασπλό πρεμιστικό για το βράδυ. Η έγκυος πηγαίνει για εξετάσεις και παρακολούθηση κάθε εβδομάδα.

Οι σοβαρές περιπτώσεις νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης, (μαρτυτικό) ή σε μονόκλινο δωμάτιο, εξοπλισμένο ειδικά για τη νοσηλεία της τοξιναιμίας ή εκλαμψίας αν συμβεί.

Το δωμάτιο δεν πρέπει να είναι σκοτεινό αλλά να έχει αρκετό φως για να φαίνονται οι αλλαγές στο χρώμα, και οι συσπάσεις στο



πρόσωπο. Επίσης πρέπει να είναι ησυχά, διαφορετικά κλείνουμε τα αυτιά της εγκύου με ωτοασπίδες. Η καλύτερη θέση στο κρεβάτι για την εγκύο είναι η πρηνική ή πλάγια (δεξιά και αριστερά) ενώ στη νοσηλεία ημιπρηνής, γιατί έτσι διευκολύνεται η λειτουργία των νεφρών.

Κοσμήματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες και άλλα αντικείμενα αφαιρούνται. Ο κίνδυνος πνιγμονής και τραυματισμού είναι ιδιαίτερα σοβαρός. Είναι απαραίτητο μία μαία ή νοσηλεύτρια να βρίσκεται πάντα κοντά στη γυναίκα. Δεν πρέπει να ξεχνάει ότι η ζωή της εγκύου εξαρτάται από την σωστή νοσηλευτική φροντίδα. Απαραίτητη για την νοσηλεία είναι η ησυχία, γι' αυτό απόμακρύνονται οι πηγές θορύβου π.χ. τηλεφώνω, κουδούνι. Οι επιφάνειες των επίπλων καλύπτονται απαύφασμα ώστε ότι ακουμπά επάνω να μην κάνει θόρυβο.

Κάτι άλλο που πρέπει να φροντίσει η μαία και η νοσηλεύτρια είναι να προστατεύσει την εγκύο από τραυματισμούς στη διάρκεια του σπασμού. Στα πλαινό του κρεβατιού τοποθετούνται κάγκελα αλλά και αυτά καλύπτονται με μαξιλάριο, όπως και στη πλευρά του κεφαλιού. Για πρόληψη τραυματισμού της γλώσσας χρειάζεται να είναι πρόχειρος ένας ελαστικός στοματοδιαστολέας που θα τοποθετήσει ανάμεσα στα δόντια, μόλις διαπιστώσει τα προειδοποιητικά σημεία του σπασμού. Η αεροφόρος οδός πρέπει να διατηρείται καθαρή ώστε να αναπνέει ελεύθερα η εγκύος.

Η διαίτα είναι η ίδια όπως σε κάθε εγκύο πλούσια σε άλατα (σίδηρο και ασβέστιο) και βιταμίνες, με λιγότερες όμως θερμίδες κι φτωχή σε περιεκτικότητα νατρίου.

#### Χαρακτηριστικά Διαίτης Υπερτασικής Εγκύου

**ΘΕΡΜΙΔΕΣ:** Περιορισμένες, επιβάλλεται να υπάρχει περιορισμός στο σωματικό βάρος της εγκύου.

**ΛΕΥΚΩΜΑ:** Αρκετό για τη διατήρηση της ευεξίας του σώματος 1gr/κιλό σώματος. Σε σοβαρές περιπτώσεις λευκοματουρίας γίνεται περαιτέρω μείωση της καθημερινής πρόσληψης λευκώματος. Προτιμούνται τα λευκά κρέατα.

**ΑΛΑΤΑ-ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ:** Όλες οι βιταμίνες και τα άλατα είναι απαραίτητα ιδιαίτερα σίδηρος, ασβέστιο, βιταμίνη C, οι θειαμίνη κ. λ.π.

**ΛΙΠΗ:** Να λαμβάνονται σε μέτρια ποσότητα κατά πρότιμψη ωμό ή μαγειρευμένο σε κομπηλή θερμορρασία.

**ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ:** Να καλύπτουν το 50% των KACL.

**NACL:** Περιορισμός της ποσότητας του νατρίου στην καθημερινή διατροφή της εγκύου.

Τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά.

Η σπουδαιότερη θεραπευτική αγωγή είναι η ηρεμία και η ξεκούραση της εγκύου που πρέπει να παραμείνει κλινηής συνεχώς. Αυτό βοηθά στο να ελαττωθεί η Α.Π., το σίδημα και βοηθά στην καλύτερη κυκλοφορία του αίματος στη μήτρα. Μετά από μία εβδομάδα απόλυτης ξεκούρασης και ηρεμίας και αφού η κατάσταση βελτιωθεί, η εγκύος μπορεί να σηκώνεται, κατά διαστήματα, για τις απαραίτητες ανάγκες του αλάτα, λουτρό.

Συνοπτικά οι ενέργειες της νοσηλεύτριας και μαίας κατά την επίγεια μεταφορά της εγκύου στο νοσοκομείο είναι οι εξής:

1. Εξέταση Α.Π., θερμοκρασίας, σφύξεων, αναπνοών και εμβρυικών παλμών.

2. Τοποθέτηση μονίμου κλαστικού ρυθαδόχου κύστεως και εξέταση ούρων για λεύκωμα, χοληστερίνη, ερυθρά αιμοσφαίρια, κυλίνδρους.
3. Η στοματική κοιλότητα καθαρίζεται και αφαιρούνται οι τεχνικές οδοντοστοιχίες. Δεν κορηγείται κλύσμα ή υπόθετο.
4. Η μαιά ή νοσηλεύτρια ετοιμάζει O<sub>2</sub> και μάσκα O<sub>2</sub>, δίσκο τραχειοτομίας.
5. Ελαστικό στοματοδιαστολέα, νεφροειδές και καρτομόντηλα.
6. Δίσκοι με-υλικό για ενδοφλέβια-έγχυση και-κορήνηση υγρών.
7. Δίσκο καθαριότητας στοματικής κοιλότητας.
8. Πιέσόμετρο.
9. Τραχήλατο με τα απαραίτητα για τοκετό, υποδοχή και ανάληψη νεογνού.
10. Κύβους για να τοποθετηθούν στα πόδια του κρεβατιού αν χρειασθεί να ανυψωθούν.

#### ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ( ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ )

1. Εξέταση ούρων για λεύκωμα πρέπει να γίνει κατά την είσοδο της εγκύου στο μαιευτήριο και εφόσον υπάρχει λεύκωμα, στέλνονται ούρα στο εργαστήριο για ποσοτικό προσδιορισμό λευκώματος (γενική ούρων), κάθε φορά που ουρεί η εγκύος τα εξετάζονται για λεύκωμα (2 φορές το 24ωρο τουλάχιστον).
2. Η Α.Π. εξετάζεται δύο φορές την ημέρα στις ελαφριές περιπτώσεις και κάθε 4 ή 2 ή 1 ώρα στις σοβαρές καταστάσεις, αύξηση της διαστολικής Α.Π. πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.
3. Εξέταση Καλίου, Νατρίου, Θυρίας και πρωτεϊνών αίματος.
4. Το βάρος της εγκύου πρέπει να εξετάζεται κάθε δεύτερη μέρα, εκτός εάν απαγορεύεται κάθε κίνηση.
5. Εξέταση εγκύου για οίδημα κάθε μέρα.
6. Η θερμοκρασία, σφύξεις, αναπνοές, εξετάζονται 2 φορές την ημέρα.
7. Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
8. Όλες οι εξετάσεις και οι παρατηρήσεις καταγράφονται σε κάρτα εντατικής παρακολούθησης.

Η νοσηλεία εγκύου με τοξαιμία υποδηλώνει νοσηλεία δύο αρρώστων: της εγκύου και του εμβρύου. Εκτός λοιπόν από την παρακολούθηση και νοσηλεία της εγκύου, είναι απαραίτητες εξετάσεις για εξακρίβωση της υγείας και ανάπτυξης του εμβρύου.

- α) Οι εμβρυϊκοί παλμοί ελέγχονται δύο φορές την ημέρα και σε σοβαρές καταστάσεις ανα 4 ώρες.
- β) Γίνεται εξέταση για τον υπολογισμό της πλακουντιακού-λακτογόνου.
- γ) Κεφαλομέτρηση του εμβρύου με υπερήχους για τον προσδιορισμό της ανάπτυξεως του κεφαλιού του εμβρύου.
- δ) Υπολογισμός της θιατρίλης στα ούρα κάθε μία ή δύο εβδομάδες, για δύο συνεκόμενες ημέρες μετά την 30 εβδομάδα κύησης, για να υπολογιστεί ο βαθμός της εμβρυοπλακουντιακής λειτουργείας και έτσι ο γιατρός να αποφασίσει αν πρέπει να γίνει πρόκληση τοκετού.
- ε) LECITHIN - SPHINGOMYELIN κύησης για να υπολογιστεί η ωριμότητα των πνευμόνων του εμβρύου.

Νοσηλευτική Φροντίδα Εγκύου ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΠΑΣΜΟΥ

1. Τοποθέτηση ελαστικού στοματοδιαστολέα μεταξύ των σιαγόνων.
2. Κλήση του γιατρού.
3. Τοποθέτηση της εγκύου σε ημιπρηνή θέση.
4. Καθορισμό της αεροφόρου οδού με καθέτηρα και συσκευή αναρόφησης εάν χρειάζεται.
5. Χορήγηση O<sub>2</sub>.
6. Απαγορεύεται η βίαιη εμπόδιση των τονικών και κλωνικών κινήσεων των σπασμών.

Νοσηλευτική Φροντίδα Εγκύου ΜΕΤΑ ΤΟΥ ΣΠΑΣΜΟΥΣ

1. Χορήγηση O<sub>2</sub> για 5 λεπτά μετά τους σπασμούς ή περισσότερο εάν η κυάνωση επιμένει.
2. Οποιαδήποτε εξέταση πρέπει να γίνει άμεσα μετά τους σπασμούς, οπότε η εγκύος είναι αναίσθητη ή μισή ώρα μετά τη χορήγηση ηρεμιστικών, οπότε θα βρίσκεται κάτω από την επίδραση των ηρεμιστικών. Καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας και των ρωθών κάθε φορά μετά τους σπασμούς ή κάθε 3 ώρες.
3. Απαιτείται προσοχή κατά την χορήγηση υγρών από το στόμα γιατί δεν υπάρχει το αντανακλαστικό της κατάποσης. Κίνδυνος πνιγμονής.
4. Εξέταση της Α.Π. κάθε 1/2 ώρα και των καρδιακών εμβρυϊκών παλμών κάθε ώρα, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

Παρακολούθηση Και Παρατηρήσεις Της Εγκύου Με Εμφάνιση Σημείων

Εκλαμψίας Απο Τη Μαία Και Την Νοσηλεύτρια

Η μαία και η νοσηλεύτρια που μένει κοντά στην εγκύο πρέπει σε τακτικά χρονικά διαστήματα να παρακολουθεί τα παρακάτω και να καταγράφει τις παρατηρήσεις της, στην κάρτα παρακολούθησης.

Πρέπει να καλεί γιατρό, όταν παρατηρεί αλλαγές στην κατάσταση της γυναίκας. Η εκλαμψία είναι παθολογική κατάσταση της εγκυμοσύνης και την ευθύνη της θεραπείας και νοσηλείας έχει ο γιατρός.

1. Πρωτοδοσιαστικά σημεία σπασμών.
2. Συμπτώματα τοκετού. Συνήθως ο τοκετός αρχίζει μετά την εμφάνιση σπασμών.
3. Ο σφυγμός εξετάζεται κάθε 15 λεπτά, η θερμοκρασία κάθε 4 ώρες αύξηση της θερμοκρασίας (38,3 C) συμβαίνει, μετά από σπασμούς ή σε ουρολοίμωξη. Η αναπνοή εξετάζεται κάθε 15 λεπτά, αναπνοές κάτω από 12 το λεπτό πιθανόν σφείλονται σε εγκυφοβική αιμόρραγία. Γρήγορη αναπνοή μαζί με υψηλό πυρετό σε πνευμονική λοίμωξη. Υγρή αναπνοή είναι σημείο πνευμονικού οιδήματος.
4. Το χρώμα του δέρματος της γυναίκας, εάν υπάρχει κυάνωση είναι ένδειξη για χορήγηση O<sub>2</sub>, εάν έχει ικτερική κροιά σφείλεται σε κακώσεις στο συκώτι.
5. Στα ούρα εξετάζεται το ποσό, το χρώμα, λευκωμα, αιμοσφαιρίνη, χοληστερίνη.
6. Η Α.Π. εξετάζεται κάθε 1 ή 2 ώρες, ή συχνότερα, αν έχουν κορη

γίνεται αντιυπερτασικό φάρμακο ή είναι πολύ φηλά. Πτώση της Α.Π. είναι σημείο καλλιτέρευσης της γυναίκας, συχνά συμβαίνει μετά το θάνατο του εμβρύου. Αν συνυπάρχει κούωση και παγωμένα άκρα είναι σημείο καρδιακής ανεπάρκειας.

7. Ο εμβρυϊκός καρδιακός παλμός εξετάζεται κάθε μέρα ανά ώρα ή ανά 2 ώρες, εφόσον η εξέταση δεν ενοχλεί τη γυναίκα, εφόσον και αν ακόμα διαπιστωθεί αλλοίωση παλμών, δεν μπορεί να γίνουν πολλά για τη σωτηρία του εμβρύου. Ο καλλύτερος τρόπος παρακολούθησης είναι με καρδιοτομογράφο.
8. Αύξηση ή ελάττωση του σιδήματος πρέπει να αναφέρεται.
9. Η επίδραση των φαρμάκων, ιδιαίτερα εάν δεν είναι η επιθυμητή, πρέπει να αναφέρεται.
10. Τα σοβαρά συμπτώματα εκλαμψίας πρέπει να αναφέρονται άμεσα στο γιατρό.

#### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΚΛΑΜΨΙΑΣ

- Συχνό σπασμό,
- Σφύξεις πάνω από 120/min (σφυγμός νηματοειδής),
- Θερμοκρασία πάνω από 39,5-C,
- Άνοια,
- Ικτερική χροιά,
- Πνευμονικό οίδημα.

#### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Συνίσταται στη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της αυξημένης Α.Π. όπως και πρεμιστικά, για την καταστολή του νευρικού συστήματος. Τα διουρητικά φάρμακα μπορεί να χορηγούνται μόνο σε απότομη και μεγάλη αύξηση του βάρους του σώματος της εγκύου και όχι σε απλό οίδημα, διότι ελάχιστα αυξάνουν την διούρηση. Ουδέποτε αυτά χρησιμοποιούνται προφυλακτικώς.

Χορηγείται ορός γλυκοζέ με ιατρική εντολή ο οποίος συντελεί στην αύξηση της οσμωτικής πίεσης του αίματος, με αποτέλεσμα την αύξηση της διουρήσεως, και την κατάστολή πιεσμού οιδήματος του εγκεφάλου.

#### ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΞΙΝΑΙΝΙΑΣ

Ένα από τα πιο σημαντικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι η πρόληψη. Η παρακολούθησή της εγκύου γίνεται σε τκτικά χρονικά διαστήματα και με ιδιαίτερη προσοχή στις περιπτώσεις που παρουσιάζουν κίνδυνο, στις έγκυες δηλ. με:

- πολύδυμο κύηση, - μόλη κύηση,
- διαβήτη, - αικογενειακό αχαμνηστικό προεκλαμψίας.
- υδρόμνιο, - πρώτη εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία.
- υπέρταση,

Η σημερινή παρακολούθηση της εγκύου πρέπει να περιλαμβάνει: α) εξέταση ούρων, β) εξέταση Α.Π., γ) βάρος, δ) εξέταση για οίδημα.

Η παρατηρητικότητα, η εγρήγορη, η ευσυνήθεια και η υπευθυνότητα τόσο της νοσηλεύτριας όσο και της μίας συμβάλλουν καθίρια στη πρόληψη και αντιμετώπιση αυτών των επιγυουσών καταστάσεων.

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Προεγχειρητική - Μετεγχειρητική Φροντίδα

Η καισαρική τομή, αντικαθιστά το φυσιολογικό τοκετό, όταν αυτός αποτελεί, για τη μάνα και το παιδί, μεγάλο κίνδυνο. Και στην περίπτωση της τοξιναιμίας (σε οποιοδήποτε μορφή της) ο φυσιολογικός τοκετός είναι ριψοκίνδυνη πράξη. Κατά κανόνα λοιπόν πραγματοποιείται καισαρική τομή. Η καισαρική τομή δεν παύει να είναι μια χειρουργική τατρική πράξη που απαιτεί πρόεγχειρητική - μετεγχειρητική φροντίδα και επιμέλεια σαν οποιοδήποτε μεγάλο χειρουργείο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

Γενική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

**Τόνωση του Ηθικού:** Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα συναισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλιψώς παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως Shock-κ.α.

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια: α) να ανακαλυφθούν οι προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να ικανοποιηθούν,

β) με την κατανόηση και συμμερισμό της θέσης του ασθενούς.

**Τόνωση Σωματική:** Επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκά λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.

Την προηγούμενη της επεμβάσεως η ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα). Εξί ώρες πριν από το χειρουργείο απαγορεύεται η λήψη οτιδήποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού.

**Ιατρικές Εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές):** Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση της ασθενούς που θα χειρουργηθεί από: 1. Γυναικολόγο - Μαιευτήρα για εκτίμηση της κατάστασεως, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι: α) εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνο ροής και πήξεως αίματος, ομάδα Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος κι β) γενική ούρων.

2. Εξέταση από Αναισθησιολόγο που εξετάζει αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα για να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική-γενική), και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

**Καθαριότητα της ασθενούς:** Αυτή συνίσταται σε:

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα που αποβλέπει: στην αποφυγή της εκκνώσεως του εντέρου στο χειρουργικό κρεβάτι, - την ευχερέστερη διανέργεια της επεμβάσεως από το χειρουργό, - την αποφυγή της δημιουργίας σερρών μέσα στις εντερικές ελικές από τη σήψη του

περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- α) με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων,
- β) με καθαρτικό υποκλυσμό.

2. Καθαριότητα Σώματος, η οποία εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας και αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και στην αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μόλυνσεως του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

**Εξασφάλιση Επαρκούς Και Καλού Ύπνου:** Για την αποφυγή της αιπνίας και την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται την παραμονή της επεμβάσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

**Προετοιμασία Και Εκπαίδευση** ασθενούς σε μετεχειρητητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μύων κ.λ.π.

#### Τοπική Προεχειρητική Ετοιμασία

Είναι η προετοιμασία του χειρητητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Συνίστάται στην καθαριότητα, αποτρίκωση, και αντισηψία του δέρματος του χειρητητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίμδυνο για μόλυνσεις.

Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του χειρητητικού πεδίου πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Η τοπική προεχειρητική ετοιμασία γίνεται την προηγουμένη της χειρητησεως.

#### Τελική Προεχειρητική Ετοιμασία

Η τελική προεχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως της ασθενούς. Πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση καθώς και παρατήρηση τυχόν εμφάνισης βήχα.

β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς. Μισή ώρα πριν από την χειρητηση η ασθενής φοράει τη χειρουργική ρόμπα αφού πρώτα έχει ουρήσει κι βγάλει όλα τα ρούχα και τα κοσμήματά της καθώς και τις τεχνητές οδοντοστοιχίες. Εξβάθουμε τα νύχια των ποδιών και των χεριών της.

γ) Προνάρκωση. Γίνεται μισή ώρα προ της χειρητησεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στην ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι της.

Προετοιμασία Κλίνης Και Θολόμου Της Εγκύου

Μετά την αποχώρηση της ασθενούς για το χειρουργείο διενεργείται αερισμός του θολόμου, ετοιμασία του κρεβατιού - κομοδίνου και γενικά του περιβάλλοντος της εγκύου.

Το κρεβάτι πρέπει να είναι: 1. ζεστό για την προφύλαξη της ασθενούς από ψύξη και μεταχειρητική πνευμονία.

2. Χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.

3. Τοποθέτηση μαξιλαριού στο πάνω κικλίδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει η ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της απονάρκωσης.

4. Ανοικτό απ' όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά της ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.

5. Προστασία του πάνω μέρους των κλινοσκεπασμάτων από ενδοχομένους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής. Στο πάνω πλάγιο κείλος του στρώματος προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Στο κομοδίνο τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό. Ακόμη τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, Fort Cotton νεφροειδές και κόψα με κομμάτια χαρφεθάμβακα και τολύπια βαμβάκι.

Η ετοιμασία του θολόμου συμπληρώνεται με σκούπισμα - σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοικτό για το συνεχή αερισμό του.

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα συντελεί;

1. στην προστασία της ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως,
2. στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας της κατάστασής της ασθενούς,
3. στην ανακούφισή της από ενοχλήματα,
4. στην πρόληψη επιπλοκών και,
5. στη βοήθεια της ασθενούς να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική της κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή της. Αυτή περιλαμβάνει:

1. την προφύλαξη της ασθενούς από ρεύματα αέρα,
2. την κατάλληλη τοποθέτησή της στο κρεβάτι. Υπτία θέση με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως,
3. έλεγχο κατάστασής του τραύματος και παρακολούθησή του,
4. παρακολούθηση της ασθενούς μέχρι την αφύπνισή της. Κύρια ευθύνη της νοσηλεύτριας η προφύλαξη ή η προστασία της αρω στού από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων,
5. σύνδεση του καθετήρα και του ορού,
6. προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές,
7. ανακούφιση από τον πόνο,
8. φροντίδα τραύματος.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας της λεκωίδας πια. Συνιστάται λουτρό καθαριότητας, καθημερινά, και κυρίως επισταμένη φροντίδα και καθαριότητα των γεννητικών οργάνων καθώς και των ηλών του στήθους λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που υπάρχουν αυτή τη περίοδο της νοσηλείας και που επιτρέπουν της μολύνσεις και λοιμώξεις της λεκωίδας. Συχνή αλλαγή νυκτικού και λευκού ιματισμού. Οι πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν, αλλά και προλαμβάνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες.

Η διαίτα της χειρουργημένης λεκωίδας αρχικά είναι υγρή, βασισμένη προχωρεί σε πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη.

Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών, η λήψη της θερμοκρασίας, η μέτρηση της Α.Π. και η παρατήρηση του χρώματος της ασθενούς βοηθά στην εκτίμηση της κατάστασής της. Παρακολούθηση των εμέτων (ποιόν, ποσόν) καθώς και των ούρων (ποσό, χρώμα). Κύριο μέλημα της νοσηλεύτριας αποτελεί η προφύλαξη της ασθενούς από ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή θέσεως για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας, οι κινήσεις κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας.

Άλλη επιπλοκή που πολύ συχνά παρατηρείται στις λεκωίδες είναι η μαστίτιδα. Σ' αυτή την περίπτωση έχουμε φλεγμονή των γαλακτοφόρων αδένων λόγω της αυξημένης παραγωγής γάλακτος και της μη πλήρους εκκένωσης αυτών. Η λεκωίδα παροπνείται για πόνο στο στήθος, πρήξιμο, ανορεξία, αδυναμία και εμφανίζει πυρετό. Ο συχνός, τακτικός έλεγχος των μαστών της λεκωίδας, οι μολάξεις που πρέπει να γίνονται, η λήψη των ζωτικών σημείων, με ιδιαίτερη προσοχή στη θερμοκρασία, η ενημέρωση και η διδασκαλία για το πως πρέπει να γίνεται ο θηλασμός



και πως να αδειάζει τους μαστούς με μαλακτικές κινήσεις, αποτελούν την καλύτερη πρόληψη.

Σε περίπτωση που παρουσιαστεί μαστίτιδα κατόπιν εντολής ιατρού διακόπτεται ο θηλασμός, χορηγούνται αντιβιοτικά και διενεργείται τεχνητή απογαλακτοποίηση των μαστών.

Η μεταχειρητική δυσχέρεια του πόνου αντιμετωπίζεται με παυσίπονα μετά εντολής Ιατρού και με περιορισμό των ενοχλήσεων που φέρουν υπερένταση στην λεκωίδα.

Επιπλοκές που μπορούν να παρουσιαστούν και που έχουν σχέση με το τραύμα είναι:

#### 1. Μόλυνση τραύματος

Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσης είναι: αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή.

Γενικά συμπτώματα είναι: πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

Η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση της επιπλοκής.

#### 2. Ρήξη τραύματος

Οφείλεται σε παχυσάρκια, βίαιους εμέτους, έντονο βήχα.

Η προφύλαξη έγκειται σε: - Υποστήριξη του τραύματος με ζώνη κοιλίας

- Καταστολή του βήχα και του εμέτου

- Διδασκαλία της αρρώστου για το πως να συμπεριφέρεται.

#### 3. Μεταχειρητική ψύκωση

Τα αίτια της πιθανόν να είναι: - η προδιάθεση του ατόμου,

- η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της.

Η υποστήριξη και η συμπαράσταση της ασθενούς προλαμβάνουν αυτή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

- Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθούν τη λοχεία τις πρώτες μέρες.
- Να φροντίσει, ώστε οι οδηγίες του γιατρού, να τηρούνται με ακρίβεια.
- Να λαμβάνει προφυλακτικά και προστατευτικά μέτρα, για την πρόληψη των επιπλοκών.

Κατά την παρακολούθηση της λοχείας, φροντίζεται η αντισηψία της τομής αλλά και η καθαριότητα των γεννητικών οργάνων. Γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων, δύο φορές την ημέρα. Είναι δυνατόν να έχουμε άνοδο της θερμοκρασίας, που οφείλεται στην εγκατάσταση έκκρισης του γάλακτος ή στην κατακράτηση λοχειών στην μήτρα. Εάν η θερμοκρασία υπερβεί τους 38 C, πρέπει να ελεγχθεί με προσοχή η έκδοχή της λοίμωξης, η οποία προέρχεται από τους μαστούς ή από το ενδομήτριο, και επιβάλλεται να καταπολεμηθεί άμεσα με αντιβιοτικά.

Καθημερινά γίνεται έλεγχος της παλλινδρομησης της μήτρας για την αποβολή κατακράτουμένων λοχειών, αφού έχει προήγηση κένωση της ουροδόχου κύστεως. Σε περίπτωση που έχουμε ανεπαρκείς συστολές της μήτρας ή ατελή κένωση της ουροδόχου κύστεως, δυσχεραίνεται η αποβολή λοχειών με αποτέλεσμα την κατακράτησή τους. Για αυτό, τις πρώτες μέρες της λοχείας, είναι απαραίτητη η χορήγηση μητροσταλτικών συσκευασμάτων.

Κατά τις πρώτες μέρες, παρουσιάζει το έντερο ατονία και μεταωρισμό για αυτό γίνεται υπόκλυσμος κατά την τρίτη μέρα. Τα υπακτικά και καθαρτικά φάρμακα απαγορεύονται γιατί επιδρούν δυσμενώς στη γαλουκία.

Η διαιτητική αγωγή δεν παρουσιάζει τίποτα το ενδιαφέρον. Η ομαλή διατροφή είναι αρκετή και δεν χρειάζεται υπεραιτισιζμός. Δεν υπάρχει ανάγκη χορήγησης φαρμάκων κατά τη λοχεία, εκτός της χορήγησης βιταμινών της ομάδας Β, βιταμίνη C και σιδήρου. Και αυτό, επειδή ένα μεγάλο μέρος των βιταμινών από τη μητέρα, διοχετεύεται μέσω του γάλακτος στο νεογέννητο. Όσον αφορά το σίδηρο, δίνεται σε επαρκή ποσότητα, γιατί δεν περιέχεται στο μητρικό γάλα.

Από την κύηση, προκαλείται χαλάρωση του μυϊκού συστήματος και για αποκατάστασή του εφαρμόζουμε γυμναστική κάτω άκρων. Η πρώτη ήγερση της λεκώιδας, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία διαφόρων συστημάτων (κυκλοφορικό, πεπτικό, ουροποιητικό). Τα πλεονεκτήματα αυτής είναι πολλά. Τονώνεται η κυκλοφορία και αποφεύγεται η φλεβική στάση. Περιορίζεται ο κίνδυνος της θρομβοφλεβίτιδας, ο οποίος πάντοτε απείλει τη λεκώίδα. Υποβιβάζεται η λειτουργία του εντέρου και της κύστεως. Η παλλινδρομηση της μήτρας διεξάγεται καλύτερα και υποβιβάζεται η αποκατάσταση της τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων. Επίσης παρεμποδίζεται η κάμψη της μήτρας και αποφεύγεται ο κίνδυνος μελλοντικών προπτώσεών της. Κάνουμε σχολαστική διδασκαλία στη γυναίκα για το θηλασμό, η οποία αναφέρεται τόσο στα γεύματα του νεογνού όσο και στη μεγάλη καθαριότητα της θηλής για αποφυγή δημιουργίας μολύνσεων.

Στο πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας, περιλαμβάνεται και η ούθηση του επισκεπτηρίου. Η λεκώίδα πρέπει να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με πολλά άτομα και ιδιαίτερα αυτά που παρουσιάζουν διύφορες λοιμώξεις, όπως δερματίτιδες, ρινοφωρυγγίτιδες και ιδιαίτερα την εποχή των επιδημιών. Απαγορεύεται η επίσκεψη παιδιών.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές, οι οποίες είναι δυνατόν να εμφανιστούν μετά την διεξαγωγή καισαρικής τομής είναι:

1. Επέκτασή τομής.
2. Αιμάτωμα παραμπτρίου.
3. Ατονία μήτρας.
4. Τραυματισμός ουροδόχου κύστεως.
5. Ειλεός (μετά 24-48 ώρες).
6. Θρομβοφλεβίτιδα.
7. Διάσπαση του τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων (επανασυρραφή).
8. Διάσπαση του τραύματος της μήτρας, σε ψηλή κάθετη τομή.
9. Πνευμονική εμβολή.
10. Ενδομητρίτιδα.

Απώτερες επιπλοκές είναι: η δημιουργία ενδομητρίων, συμφύσεων και ρήξη της ουλής της μήτρας σε μελλοντική εγκυμοσύνη.

-- Ενημέρωση Της Λαχιάδας Κατά Την Εξοδό Της --

Απο Την Μαιευτική Κλινική

Το περιεχόμενο της ενημέρωσης περιλαμβάνει: οδηγίες ως προς την γενική καθαριότητα του σώματος και ιδιαίτερα της περιοχής της τομής. Επίσης, οι γεννητήσιες σχέσεις να επαναληφθούν μόνο μετά το πέρασμα 45 ημερών, γιατί τα λώχεια θα έχουν διακοπεί τελείως, τα γεννητικά όργανα θα έχουν επανέλθει στο φυσιολογικό και η γυναίκα θα έχει ψυχικώς ηρεμήσει απο όλη την ταλαιπωρία του τοκετού.

Απαραίτητες είναι και οι οδηγίες για την περιποίηση του νεογνού, την διατροφή του, την τακτική εξέτασή του απο τον παιδίατρο καθώς και τα στάδια ανάπτυξης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική Διαεργασία Περιπτώσεων Επικίνδυνων Για Το Ξινομήρι

Η νοσηλευτική διεργασία αυτή της άσκησης περιλαμβάνει δύο περιπτώσεις γυναικών σε προχωρημένο μήνα κύησης που όμως χρειάζονται κλινική παρακολούθηση για πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών. Και τα δύο περιστατικά νοσηλεύτηκαν στην πανεπιστημιακή μαιευτική κλινική του νοσοκομείου "Άγιος Ανδρέας" στο στρατιωτικό νοσοκομείο 409 της Πέτρας.

**A)** Η κ. Κ.Ν.Σ. εισήχθη στην κλινική στις 8-8-90 και ώρα 14.50 μμ. Είναι ηλικίας 29 ετών και έχει το εξής μαιευτικό ιστορικό:

Ατομικό Αναμνηστικό: αφαίρεση αδενοειδών αποφύσεων -

Αρτημός εκτρώσεων: 0 -

Φυσιολογικός τοκετός: 0 -

Καίσαρική τομή : 0

Παρούσα κύηση: Τελευταία έμμηνο ρύση=12-12-89

Πιθανή ημερομηνία τοκετού=16-9-90

Βάρος προ της εγκυμοσύνης=55 Κγρ.

Βάρος παρούσας κατάστασης=70 Κγρ.

A.P.=120/80 mmHg Θερμοκρασία=37,2 C.

Κλινική Εξέταση Κατά Συστήματα: Αναπνευστικό=κ.φ.

Κυκλοφορικό=έντονα οιδήματα κάτω άκ-

ρων.

Μαιευτική Εξέταση: Πρίνεον ατόκου

Αιδοί=κ.φ.

Τράχηλος=ατόκου.

Πρωτότοκος

Προβολή (σχήμα-θέση-ύψος) - Παλμοί - Θυλλοκίτο - Βδίνες - Διάστολή - Α.Π. -  
κ.φ. (+) άρρηκτο οχι --- 120/80

Γενική Κατάσταση

Θερμοκρασία=36,6 C.

Πύελος=κ.φ.

Σφύξεις=78/min.

Ομάδα αίματος=A Rh(-).

Υόρα= Λεύκωμα(-), Σάκχαρο(-)

Κατά την εισαγωγή της στην κλινική συνοδευόταν από ένα συμβουλευτικό σημείωμα από την Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του κ. Χαρτοκόλλη, υποδεικνύοντας ότι πάσχει από καταθλιπτικό συναίσθημα και διάσπαση προσοχής. Συνεστήσει tabl. Minitram 1x3 και επανεξέτασέ τη σε μία βδομάδα.

Η ηλικία κύησης ήταν 34 W, οι καρδιακοί εμβρυϊκοί παλμοί εστικοί, το βάρος της 70 Κγρ. και η Α.Π. 120/80 mmHg.

Βρισκόταν σε στάδιο προεκλαμψίας (+) και ελήφθησαν εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ούρων τα αποτελέσματα των οποίων ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Ενδεικτικά αναφέρονται=

Γενική Αίματος: Ht=35% - Λευκά=12.400 (Π=78, Λ=13, ΜΜ=6, Η=3) -  
Να=136 - Ουρία=12mg% - Γλυκόζη=64mg% - Κρεατινίνη=0,8mg% - SGOT  
=12 - SGPT=8 - Ουρικό οξύ=2,4mg%

Γενική Ούρων: E.B.=1010 - Ρh=5 - Ερυθρά=0-1 - Π=2-3 - Λίγα αλακώδη, Λίγα άμορφο ουρικό Να, Λεύκωμα ούρων 24h=15mg% Κολλιέργεια κόλπου στις 13-8-90 αποδείχθηκε αρνητική.

Συνεστήσει άναλος δίαιτα.

Προβλήματα ή Ανάγκες ή Συμπτώματα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Ελεγχος Αποτελεσμάτων	Επιστημονική Τεκμηρίωση
Αύξηση οματικού βάρους εγκύου πάνω από τα προβλεπόμενα όρια.	Μείωση βάρους εγκύου με τρόπο ασφαλέστερο για τη φυσιολογική πορεία της εγκυμοσύνης.	Εφαρμογή διατάσσ υποθερμίδιες φαρμάκων σε υδατνορακές και λήψη με ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση των λευκών πρωτεϊνών.	Χορήγηση αναλγησίου, δόσεις 1,50g κca, με βάση τρόπον όπως φάρμακα, καταπονήλα, λακτονικά, δημητριακά και φρούτα.	Σταδιστική διατήρησης με ταυτόχρονη διατήρηση αυτών σε ορισμένα επίπεδα, δίχως να παραβλαπείται η κορή για την ανάπτυξη του εμβρύου.	Η μείωση των προσφερομένων βερύδων με ταυτόχρονη αύξησή των αναγκών του οργανισμού οδηγεί σε κατανομή του αποθηκευμένου λίπους.
Ορισκή υπέρταση, σάουρ. Α.Π. = 140/90mmhg.	Διατήρηση της Α.Π. σε φυσιολογικά και σταθερά επίπεδα.	Καταγραφή της Α.Π. τακτικά κατά τη διάρκεια της μέρας με ταυτόχρονη μέτρηση της πίεσης (σε λήψη Νο.	Τακτική λήψη Α.Π. 3 φορές την ημέρα, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, ανάλυση ούρων στη διατροφή της εγκύου.	Διατήρηση Α.Π. σε φυσιολογικά επίπεδα (Α.Π. 120-135/75-85mmhg) και ταυτόχρονα σταθεροποίηση αυτής.	Η μείωση της πρόσληψης και κατακράτησης Na στο τον οργανισμό βοηθά στην μείωση της κατακράτησης υγρών με απόλυτα φυσιολογικά και από δεκτό τρόπο για έγκυο και έμβρυο.
Οίδημα άκρων.	Αντιμετώπιση του οίδηματος και υποχώρηση αυτού.	Μείωση της κατακράτησης υγρών από τον οργανισμό με περιορισμό του Na και κατακλίση.	Κατάκλιση της εγκύου με τα κάτω άκρα ελαφρώς υπερημένα, ανάλυση ούρων.	Διατήρηση υποχώρηση των οιδημάτων.	Η αυξημένη αποβολή του Na από το ουροποιητικό σύστημα και η κατακλίση, μείωση των ούρων του εμβρύου.
Ολιγοπρωτεϊνουρία (ποσότητα ούρων 400-500cc ημερησίως).	Αύξηση του όγκου των αποβαλλόμενων υγρών και διατήρηση του ισοζυγίου των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.	Ελεγχος ποσότητας προσλαμβανόμενων υγρών και συσχέτισή αυτής με τον όγκο των αποβαλλόμενων υγρών.	Κατάκλιση εγκύου και χορήγηση χορηγία ελαφρού διουρητικού.	Αισθητή αύξηση του όγκου των αποβαλλόμενων υγρών.	Η διουρητική δράση των φαρμάκων καθώς και η κατάκλιση βοηθά τον όγκο της σάουρ. υγρούς οδηγεί στη καλύτερη δυνατή λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος και στην αποβολή μικροσφαιρικού όγκου υγρών.
Μικρές σε κλίση καλλιέργειες.	Αντιμετώπιση των μικτών.	Διατήρηση της φυσιολογικής κλίσης και Ph του κόλλου με ταυτόχρονη καταπολέμηση των μικρών.	Τακτική εξέταση κόλλου ή της καλλιέργειας, χορήγηση τοπικά εμβα νοσ βακτηρίων ενδοκολπικά, συχνά και επιμελημένη καθαριότητα της περιοχής.	Σταδιστική αντιμετώπιση των μικρών και ταυτόχρονη διατήρηση της καθαριότητας.	Η θεραπευτική αντιμετώπιση κή δράση της αρωμής καθώς και η οξυδοτική καθαριότητα τοπικά, επέρχονται αποτέλεσμα που αποδοκάζει όλη αυτή η προσοχή.
Ακρόση καρδιακών παλμών εμβρύου	Ελεγχος της καρδιακής λειτουργίας γέρας του εμβρύου και της πορείας της πορείας της εγκυμοσύνης.	Ενημέρωση της σάουρ. υγρούς για το σκοπό της εξέτασης και τοποθέτησή αυτής σε κατάλληλη θέση με επήλυση του κοιλιακού χώρου με λίπανση της τσαλ αυγία.	Εξέταση με καρδιοτοκογράφο 3 φορές την ημέρα παρουσία του γιάτρού και εξυπηρέτηση αυτού κατά την εξέταση.	Ακρόση βετικών καρδιακών παλμών του εμβρύου.	Η φυσιολογική πορεία της εγκυμοσύνης εύκολα μπορεί να διαπιστωθεί κατά την ακρόση, με τον καρδιοτοκογράφο.
Λιεύματα ούρων 24h στις 11-8-90 (15mg%)	Αντιμετώπιση της ελαφρώς λευκωματουρίας που παρούσιν οιδήματα.	Ελάττωση των προσφερομένων λευκωμάτων με συνέχ. ιατρική παρακολούθηση.	Ανάλογα υποκειμενική δόση, βασίζεται κυρίως σε λακτονικά και φρούτα-δημητριακά με μικρή ποσότητα λευκωμάτων. Συχνή	Ικανοποιητική αντίθεση της ελαφρώς λευκωτουρίας.	Η μείωση του λευκώματος στο αίμα οδηγεί στην περιορισμό της αποβολής αυτού και το μεταβολισμό του παρεχόμενου λευκωματοεξολογήρου

<p>Εργαστηριακή εξέταση της λειτουργίας των νεφρών με εξετάσεις αίματος για κορεσμένα και ουρία καθώς και εξετάσεις ούρων.</p>		<p>από τον οργανισμό του ασθενικού συστατικό.</p>
--	--	---

Προβλήματα ή Ανάγκες ή Σημειώματα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Ελεγχος Αποτελεσμάτων	Επιστημονική Τεκμηρίωση
<p>Αντοχή της ασθενούς για την πορεία της εκκυσσώνης και έκφραση φόβων.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p>	<p>Συνμιλίγα με την αρρώστη και ηθική τόνωση αυτής.</p>	<p>Διάλογος του Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με την έγκυο, επίλυση και διευκρίτιση αποριών της και ανησυχιών. Ενημέρωση αυτής για την κατάσταση και την πορεία της εγκυμοσύνης της.</p>	<p>Αντιμετώπιση της ανησυχίας της έγκυου.</p>	<p>Η συζητήση, η ενημέρωση και ο διάλογος με την ασθενή συμβάλλει στην ψυχική ηρεμία και άνο κούφιση αυτής καθώς και στην καλύτερη συνεργασία και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας σε αυτή.</p>
<p>Περιοδική εμφάνιση προβλήματος στην έγκυο.</p>	<p>Η ξεκούρωση και ο ύπνος κατά την διάρκεια της νύκτας.</p>	<p>Εξασφάλιση συνθηκών ευνοηκών για ύπνο, συνμιλίγα με την έγκυο, εξωτερίκευση των προβλημάτων αυτής, χορήγηση ελαφρού ηρεμιστικού Stedon.</p>	<p>Αερισμό του θαλάμου, διατήρηση της θερμοκρασίας αυτής σε φυσιολογικά επίπεδα με πρόκληση ελαφρού ρεύματος αεριστικού αερίων ελαττώση των καλίνδεκων φόντων, δροσιστικά ντους διόλογο μαζί της, χορήγηση ηρεμιστικού (Stedon).</p>	<p>Ανάπαυση ασθενούς και ύπνος για 6-8 ώρες περίπου.</p>	<p>Η εξασφάλιση σθεναρών συνθηκών αερισμού-θερμότητας και ύπνου είναι, στο έλεος, η συζήτηση και η χορήγηση του ηρεμιστικού οδηγούν στην ξεκούρωση της εγκύου.</p>
<p>Γενική προεχειρητική ετοιμότητα της ασθενούς.</p>	<p>Πρόκληση επιπλοκών και χορήγηση ανάκτηση της ψυχικής ικανότητας της ασθενούς.</p>	<p>Ηθική τόνωση, ζωματική γόνωση, Ιατρικές εξετάσεις, Καθαριότητα σώματος, εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Προετοιμότητα και εκπαίδευση.</p>	<p>Ανσκόπηση των προσωπικών αναγκών και ικανοποίηση αυτών, κατανόηση και συμπεριφορά της θέσης της ασθενούς, διατροφή ηκούσιμα σε υδατοανθεκτικές χημικά φάρμακα (λευκές πρωτεΐνες), φάρμακα, βιταμίνες και φάρμακα σε λίγη.</p>	<p>Ζωστή και ενεργητική γενική προεχειρητική προετοιμότητα ασθενούς.</p>	<p>Η φροντίδα του σώματος και της ψυχικής κατάστασης της ασθενούς επέφεραν άριστο αποτέλεσμα στην μεταχειρητική πορεία της γυναίκας.</p>
<p>Τοπική προεχειρητική ετοιμότητα ασθενούς.</p>	<p>Πρόκληση επιπλοκών, μείωση των παραγόντων που προκαλούν μολυνσεις και κολλητική χειρουργική πορεία της ασθενούς.</p>	<p>Προετοιμότητα του χειρουργικού πεδίου την προηγούμενη της χειρουργείας.</p>	<p>Καθαρισμός εντερικού σωλήνα (υποκλύση), λούτρα καθαριότητας, την προηγούμενη μέρα. Εκπόρευση σε μεταχειρητικές οκταίες κάτω όγκων, αντινευροτικών μυών κ.ο.</p>	<p>Εκτέλεση της τοπικής προετοιμότητας της ασθενούς. Η έγκυος αποδείχθηκε αυτή την νοσηλευτική φροντίδα άριστης ενήμερωσής της από εμάς.</p>	<p>Η καθαριότητα, αποστέρωση και αντισηψία του δέρματος αυτής στη μείωση των μικροβίων τοπικά και αποδοτική τεχνική στην αποφυγή μολύνσεως της τομής.</p>

Προβλήματα ή Ανάγκες ή Συμπόσματα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Έλεγχος Αποτελεσμάτων	Επιστημονική Τεκμηρίωση
<p>Τελική προσχειρουργική ετοιμότητα ασθενούς.</p>	<p>Τελευταίο ετοιμάζο και φροντίδα πριν το χειρουργείο.</p>	<p>Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. Κατάλληλη ένδυση. Προνοσηρωτική.</p>	<p>Πρωινή εφημερίτηρη και ουρημερίτηρη, παρατήρηση τυχών εφίδρωσης θώρακα. Ενδυσή της ασθενούς με χειρουργική ράμνα, παρότρυνση να σιρπασεί και να βγάλει όλα τα ρούχα και τις τεκνιτές οδοντοστοιχίες. Επαίσθηση αν έχουν γυναικεία ενδύματα με τα οποία της γυναικός είναι ξεβαμμένα. Χορήγηση προχάρκινης (1/2 Atropine, 1/2 Pethidine), κατόπιν εντάλης του αναστοπισολόγου, I.V. Απαγορεύεται να σηκωθεί η ασθενής από το κρεβάτι ενώ περιαρρίζεται οι ουροδοί στο ελάσμο.</p>	<p>Η φυσική κατάσταση της ασθενούς είναι άριστη, έχει ντυθεί και έχει επιδρόσει προνοσηρωτική. Είναι ήρεμη.</p>	<p>Η απαλλαγή της ασθενούς από τα ρούχα της συντελεί στην ψυχολογική άνεση της με τα δώρα μπανιέρα του χειρουργείου. Χωρίς τις τεκνιτές οδοντοστοιχίες παραμείνεται ο κίνδυνος της πνιγμώνης. Τα ξεβαμμένα γυναικεία ενδύματα στον έλεγχο της κυκλοφορίας, χωρίς την προνοσηρωτική χερική καθαρότητα του μυϊκού συστήματος (Pethidine) και πρόληψη υπνηλίας καθώς και περιορισμό των εκκρίσεων του σώματος (Atropine).</p>
<p>Μετεχειρουργικές δυσχερείες καρδιακής τμήσης. Εμέτοι.</p>	<p>Καταστολή εμέτων, αποφυγή κινδύνου εισροφίσεως.</p>	<p>Παρακολούθηση της ασθενούς συνεχώς μετά το χειρουργείο και διενέργεια των αναγκαίων νοσηλευτικών ενεργειών. Φροντίδα παροχής παρεντερικών υγρών κατόπιν εντάλης Ιατρού.</p>	<p>Παρακολούθηση της ασθενούς στο χειρουργείο, τοποθέτηση αυτής σε ύπτια θέση στο κρεβάτι, σύνδεση των παρακεύσεων που φέρνουν σιρόσφακτα, το κρεβάτι στρωμένο στο πάδι, τοποθέτηση νεφροειδούς και στήθους κεφαλής στο πλάι, μέρος του στήθους στο κρεβάτι, διδακκαλία της γυναικός να παίρνει υδατικές ανόδες, διενέργεια μιας Amp. Primperan I. H. κατόπιν εντάλης Ιατρού.</p>	<p>Ελαχιστοποίηση των εμέτων και ανακούφιση της ασθενούς.</p>	<p>Η αντικεμιστική δράση της ενδοσπασμολυτικής χορηγίας και η χορήγηση των κρεβάτων, οι βλάβες αυτές οδηγούν στην υπηροστέρη διαβόλη ανατομική, το στρωμένο κρεβάτι στο πάδι στην πρόληψη του κινδύνου της εισροφίσεως. Διάρρηξη του ισχυγίου υγρών.</p>
<p>Δίψα.</p>	<p>Ανακούφιση της άρεως.</p>	<p>Συνεχή ενυδάτωση της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό.</p>	<p>Εμφύληση των χειλιών και του στόματος με ένα ποτό κρύο και δροσερό νερό. Απαγορεύεται η λήψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών στο στομάχι λόγω του προβλήματος των εμέτων.</p>	<p>Ανακούφιση της άρεως.</p>	<p>Η χορήγηση της Atropine κατά την εξέταση (μειωμένων εκκρίσεων) αλλά και η αφέλιση υγρών (αίματος και πλασματος) επιφέρουν το φάρμακο της δίψας μετά το χειρουργείο.</p>
<p>Πόνος.</p>	<p>Αντιμετώπιση αυτής της δυσχερείας.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς φαρμακευτική κάλυψη προβλήματος μείωση των εξωτερικών παραγόντων ενόχλησης.</p>	<p>Επαρκή καταπολέμηση του πόνου και ενδοφύση της ασθενούς.</p>	<p>Λόγω της χειρουργικής επέμβασης που έχει ως αποτέλεσμα τη διαστολή του, αγγείων και νεύρων, το αίμα του πόνου είναι απορροφούμενο. Η απαιτούμενη βραχυπρόθεσμη δράση των φαρμάκων καθώς και η ενδοφύση στην αντιμετώπιση της δυσχερείας αυτής.</p>	<p>Λόγω της χειρουργικής επέμβασης που έχει ως αποτέλεσμα τη διαστολή του, αγγείων και νεύρων, το αίμα του πόνου είναι απορροφούμενο. Η απαιτούμενη βραχυπρόθεσμη δράση των φαρμάκων καθώς και η ενδοφύση στην αντιμετώπιση της δυσχερείας αυτής.</p>



**Β)** Η κ.Γ.Α.Μ. εισήχθει στην κλινική στις 7-8-90. Είναι ηλικίας 35 ετών και σε ηλικία κύησης 31 W. Κατά την εισαγωγή, έφερε ενδοφλέβια παροχή ορού Dextrose 5% 1L ενώ εδόθησαν κατόπιν εντολής ιατρού I.V.2 Amp. Berotec (λόγω συσπάσεων της μήτρας) και 1 Amp. Isoptin (για να αντιμετωπιστεί η ταχυπαλμία-παρενέργεια του Berotec). Εγιναν γενικές αιματολογικές εξετάσεις καθώς και γενική αύρων όπου τα αποτελέσματα αυτών ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Η Α.Π. της εγκύου κυμαινόταν από 129/70 έως 110/65 mmHg, ενώ μια φορά διαπιστώθηκε Α.Π.=140/80 mmHg, λαμβάνονται καθημερινώς εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί οι οποίοι ήταν πάντα βετικοί. Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κυμαίνονταν σε φυσιολογικά όρια.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής αιματολογικές εξετάσεις στις 9-8-90: Ht=37%-Λευκά=7.600 (Π=68, Λ=21, ΜΜ=8, Η=3) -Glycose=46mg% -ουρία=22mg% - ουρικό οξύ=3,3mg% - κρεατινίνη=0,77mg%.

Κλινική Εξέταση κατά Συστήματα: Αναπνευστικό=κ.φ.

καρδιοκυκλοφοριακό=οίδημα (έντονα) κάτω άκρων.

Μαιευτική Εξέταση: Πρίν γενν στάκου

- Αιδοίο κ.φ.

**Δευτερότοκος**

Προβολή (σχήμα-έση-ώρος) - Παλμοί - Βυλλακτίο - Ωδίνες - Δίαστολή - Α.Π.

κ.φ. (+) άρρηκτο και 120/80mmHg

Γενική Κατάσταση Εγκύου

Θερμοκρασία=36,8C

Πύελος=κ.φ.

Σφύξεις=85/min

Ομάδα Αίματος=0 Rh (+)

Ούρα=λευκόμα(-), Σάκχαρο=(-)

φαρμακευτική αγωγή από τις 10-8-90 ορίστηκε σε:

tabl. Berotec 1x4

Pos.

ενώ

tabl. Isoptin 1x3

από τις 15-8-90 σε:

tabl. Berotec 1/2x4 }Pos.

tabl. Isoptin 1x2 }Pos.

tabl. Ferofolic 1x2 }Pos.

tabl. Dicalet 1x1 }Pos.

Η δίαιτά της ασθενούς εδόθει εντολή να είναι άναλος και υποθερμιδική. Κάθε 2 με 3 μέρες λαμβάνονται εξετάσεις αίματος για γλυκόζη πρίν και μετά γεύματος μετά 2 ώρες. Οι εξετάσεις αυτές ήταν πάντα σε φυσιολογικά επίπεδα. Συγκεκριμένα:

Σάκχαρο νηστίας=67 mg%

μετά 2 h =100mg%

**ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η κ.Γ.Α.Μ., 35 ετών έχει ως μαιευτικό ιστορικό τοξιναιμία το 1989. Σε εκείνη την εγκυμοσύνη ο τοκετός έγινε με καισαρική τομή όπου και έκανε κορίτσι στον 8ο μήνα κύησης.

Κληρονομικό Ιστορικό: Οα στομάχου του πατέρα της και αφαίρεση πολυπόδα τραχήλου το 1988.

Η κ.Γ.Α.Μ. είναι δευτερότοκος και η παθολογία της κύησης είναι η υπέρταση - Α.Π.=140/90 mmHg, καθώς και ωδίνες.

Παρούσα Κύηση: Τελευταία Εμμηνορ ρύση =2-1-90

Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού =9-10-90.

Προβλήματα ή Αγάτες ή Συμπτώματα	Αντικείμενικές Σκοπές	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Ελεγχος Αποτελεσμάτων	Επιστημονική Τεκμηρίωση
<p>Ενδοφλέβια κορήνηση Dechtrone 5% κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική</p>	<p>Ομαλή παραχή των ορών.</p>	<p>Ελεγχος της φλέβας για την κατάσταση της τοποθέτησής του ορού σε σταθεί. Ελεγχος της ποσότητας και του είδους του ορού που κορήνηται. Ενίσχυση της φιάλης του ορού για καλύτερη παραχή.</p>	<p>Τοπικός έλεγχος για την κατάσταση της φλέβας (αν έχει ερυθρότητα, εκτετασμένη έλεγχος του ορού για την ποσότητα που περιέχει στη φιάλη, τοποθέτηση αεραγωγού στη φιάλη, σφριδής κορσισμός των σταγόνων που πέφτουν ανα λεπτό. Ελεγχος της συσκευής ορού για διαστήματα αερός.</p>	<p>Οι γνώσεις και η επιστημονική παραχή του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την κορήνηση ορών οδηγεί στη σωστή κορήνηση ορών όπως επιλογές ή ανω-μαλίες καθώς και στην εγκαίρως αντιμετώπιση του όποιου προβλήματος παρουσιάζεται.</p>
<p>Διαταραχή προσυγίου που αλαμυρονόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Αντικείμενική αυτής της διαταραχής:</p>	<p>Ενημέρωση του γιατρού. Ακριβής υπολογισμός συνολικού όγκου αποβαλλόμενων υγρών καθώς και του όγκου αποβαλλόμενων υγρών. Εγκαίρως ενημέρωση του γιατρού για επιλογές πουτικων παραφιλίσεων (δύσπνοια, κίρση, κίρση στα όσπια) και εφαρμογή άμεση θεραπευτική αγωγή κατόπιν εντολής γιατρού.</p>	<p>Επιτυχής αντιμετώπιση της διαταραχής και σταθερή βελτίωση της γενικότερης κατάστασής της εγκύου.</p>	<p>Η παραχή ποσότητας υγρών με-γαλύτερη από την ικανότητα του οργανισμού να διηθηθεί και να αποβάλλει ή αντίθετα η με-γαλύτερη αποβάλλει υγρών, σε σχέση με την μικρή πρόσληψη έχει απορροφήσει επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς και απαιτείται έγκαιρη αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής.</p>
<p>Εκφραση ενόχλησης της εγκύου για τον φλεβοκαθετήρα.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς και αντιμετώπιση της επίπλευσής αυτής.</p>	<p>Επίσκεψη και ψήφιση της περιοχής γύρω από την φλέβα για σίδηρο, παροδία, τοποθέτηση της φιάλης του ορού κάτω από το επίπεδο του κρεβατιού για να ελεγχθεί κατά πόσο ο φλεβοκαθετήρας βρίσκεται μέσα στη φλέβα. Προετοιμασία διακού φλεβοκέντησης και διενέργεια αυτής.</p>	<p>Η φλέβα παρακαί είχε σπασεί. Διακού η φλέβα αποκαταστάθηκε με τη βοήθεια κινώσεως ή με τη βοήθεια ελαστικότητας και ανθεκτικότητας της φλέβας) οδηγώσε στη κορήνηση ορού ελαγώγως με αποτέλεσμα σίδηρο και ευαισθησία της περι-σκή.</p>	<p>Το ότι το τοίχωμα της φλέβας έσπασε (λόγω οδύσεως χείρισ-μού, αποτομής κινώσεως ή με τη βοήθεια ελαστικότητας και ανθεκτικότητας της φλέβας) οδηγώσε στη κορήνηση ορού ελαγώγως με αποτέλεσμα σίδηρο και ευαισθησία της περι-σκή.</p>
<p>Αιματολογικές εξετάσεις σοκάρου.</p>	<p>Διαπίστωση του επιπέδου γλυκόζης στο αίμα.</p>	<p>Ετοιμασία διακού, μολυσίας ενημέρωση ασθενούς για τη νοσηλεία που θα της γίνει και για το σκοπό. Αιματολογία 5 cc αίματος προ φαγητού το πρωί και 5 cc μετά του πρωινού γεύματος κατόπιν 2 ωρών. Μέριμνα για να σταλούν οι αιματώματες στο βιοχημικό εργαστήριο έγκαιρα και να ληφθούν οι αιματολο-γικές ανατήσεις.</p>	<p>Τα επίπεδα σοκάρου στο αίμα της ήταν σε απόλυτα φυσιολογικά επι-πέδα.</p> <p>67mg% 100mg%</p>	<p>Τα αποτελέσματα των αιματολο-γικών εξετάσεων αποδεικνύουν την ομαλή φυσιολογική λειτουργία του παγκρέατος στην πα-ροχή ινσουλίνης.</p>
<p>Ορισκή υπέρταση εγκύου (140/90 mmHg).</p>	<p>Διατήρηση της Α.Π. σε σταθερά και φυ-σιολογικά επίπεδα. Οσφάτως τόσο για την σάβην όσο και για την πορεία της</p>	<p>Τακτική λήψη Α.Π. 3 φορές την ημέρα ή και συχνότερα σε περίπτωση που διαπιστωθεί μεγάλη ποσότητα από τα φυσιολογικά επίπεδα, με τριση προαλαμυρονόμενων και</p>	<p>Διατήρηση της Α.Π. σε φυσιολογικά επι-πέδα (100-110/65-70 mmHg).</p>	<p>Η μείωση της πρόσληψης και η τακτική λήψη Α.Π. κατά συνέ-πεια υδατός από τον οργανισμό βοήθησε στη μείωση της υπέρ-τάσεως και σταθεροποίηση αυτής.</p>

Προβλήματα ή Ανάγκες ή Συμπόσματα	Αντικείμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Ελεγχος Αποτελεσμάτων	Επιστημονική Τεκμηρίωση
Οιδημα άκρων.	Περιορισμός της επεκτάσεως και μείωση του οιδήματος.	Μείωση της κατακράτησης υδάτος όπως τον οργάνισμο με περιορισμό του Na και κατέκλιση.	αποβαλλομένων υγρών, αν- λος δόσει στη διατροφή της εγκύου, συνεχή ενήμε- ρωση του ιατρού.	Αισθητή υποχώρηση του οιδήματος και ανακούφιση της ου- βενούς.	Η αυξημένη αποβολή του Na απο- χο ορμονοπαραγωγό σύστημα και η κατακλιση, μειώσε τον οίδημα υγρών του εξουκτώταριου κύρου.
Ακρόαση εμβρυικών παλμών.	Ελεγχος της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου καθώς και της πορείας της εγκυμοσύνης.	Ενημέρωση της ασθενούς για το σκοπό της εξέτασης και τοποθέ- τηση αυτής στο κρεβάτι σε κατά- λληλη ύπτια θέση με επάλειψη του κοιλιακού τοιχώματος με λιπανή κρέμα-ωσάδα για καλύτερη επα- φή του καρδιοστοκογράφου με το δέρμα.	Εξέταση με καρδιοστοκογρά- φο 3 φορές την ημέρα παρού- σια γιατρού, εξημερωτώντας στο αφο πρώτα γίνει η προετοιμασία της εγκύου- διόλογος του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού με την εγκύο, επίλυση και διαφάνιση αποριών της και ανησυχιών. Ενημέρωση για την κατάσταση και για την πορεία της εγκυμοσύνης.	Ακρόαση εμβρυικών καρδιακών ηχημάτων παλμών.	Η φυσιολογική ομαλή, παρέρσι τη εγκυμοσύνης εύκολα μπορεί να διατηρηθεί κατά την ακρόαση με τον καρδιοστοκογράφο.
Ανησυχία της εγκύου για την πορεία της εγκυ- μοσύνης και έκφραση φο- βιών.	Ψυχολογική υποστή- ριξη της ασθενούς.	Ενημέρωση του ασθενούς για το σκο- πό της εξέτασης και τοποθέ- τηση αυτής στο κρεβάτι σε κατά- λληλη ύπτια θέση με επάλειψη του κοιλιακού τοιχώματος με λιπανή κρέμα-ωσάδα για καλύτερη επα- φή του καρδιοστοκογράφου με το δέρμα.	Κατόπιν εντολής ιατρού ε- δόση 1, 2 Amp. Betotec και 1 Amp. Isoptin, συνεχή παρακολούθηση της εγκύου ποσο κατά την κορήνηση των φαρμάκων για τυχόν παρεν- ργίες) αλλά και κατόπιν για να δοθεί την πορεία της κατάστασης, ψυχολογία του κοιλιακού τοιχώματος για εντόπιση υποθέσεων της μήτρας, αφέραση με καρδιοστοκογράφο της εμ- βρυϊκούς παλμούς.	Αντιμετώπιση της ανησυχίας της εγκύ- ου.	Η ανησυχία, η ενήμερωση και ο διάλογος με την ασθενή συμβάλ- λει στη ψυχική ηρεμία και ανα- κούφιση αυτού καθώς και στην καλύτερη συνεργασία και εφορ- μογή της νοσηλευτικής φροντί- δας σ' αυτή.
Κατά την εισαγωγή της αρρώστου παραμείωσε ώρι- δες.	Να πάουν οι ώριμες (ουσιώδεις της μη- ρας) με σκοπό την παράταση της εγκυ- μοσύνης.	Ενημέρωση του ασθενούς για το σκο- πό της εξέτασης και τοποθέ- τηση αυτής στο κρεβάτι σε κατά- λληλη ύπτια θέση με επάλειψη του κοιλιακού τοιχώματος με λιπανή κρέμα-ωσάδα για καλύτερη επα- φή του καρδιοστοκογράφου με το δέρμα.	Κατόπιν εντολής ιατρού της ορμονοπαραγωγής της μήτρας σταμάτησαν και-εδοσε εντολή για κορήνηση tabl. Betotec 1x4 και tabl. Isoptin 1x3 P.O.S. Η πορεία της κύη- σης υπήρξε φυσιολο- γική ενώ τμήμα προκλήθηκε με το πέρα της εγκυμοσύ- νης.	Κατόπιν εντολής της ορμονοπαραγωγής της μήτρας σταμάτησαν και-εδοσε εντολή για κορήνηση tabl. Betotec 1x4 και tabl. Isoptin 1x3 P.O.S. Η πορεία της κύη- σης υπήρξε φυσιολο- γική ενώ τμήμα προκλήθηκε με το πέρα της εγκυμοσύ- νης.	Η ορμονοπαραγωγή της μήτρας, ενώ αυξημένη της (καρδιακής ορμονοπαραγωγής του Betotec). και τα δύο αυτά ορμόνητα κο- ρηθούνται εύρως στις μείωσι- δες κύησης.

<p>Προβλήματα ή Ανάγκες ή επιπτώσεις</p> <p>Τεχνική προεγχειρητική ετοιμότητα της ασθενούς.</p>	<p>Αντιμετώπιση ζυγός</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών και χρήση ανάκτηση της ψυχικής ικανότητας της ασθενούς</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών</p> <p>θητική τόνωση, Σωματική κοινωνική, Ιατρικές εξετάσεις, Καθαριστική, τα-σμήματα, εσωφθαλμική επαρκούς και καλού ύψους, Προετοιμασία και εκπαίδευση.</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών</p> <p>Ανακάλυψη των προσωπικών αναγκών και ικανοποίηση αυτών, κατανοήση και συμμερισμό της εθικής της ασθενούς, Στάση ηθική πλάση σε υδατοανταρσες, λευκώματα (λευκές πρωτεΐνες), φάλα, βιταμίνες και φώκη σε λίπη, Κλινική εξέταση από γυναικολόγο-μαζοτομή, εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος, ούρα, σάκχαρο, ούρα, γενική ούρων), εξέταση από ανασθησιολόγο, Καρδιομοχος, εντερικού σωλήνα (υποκαλυμμένη), λούτρο καθαριότητας, την προηγουμένου μέρι.</p>	<p>Ελεγχος Αποτελεσμάτων</p> <p>Επιπλοκή της, τοπί της προετοιμότητας της ασθενούς, Η έγκριση της, αποδέκτη αυτή την νοσηλευτική φροντίδα, στην αποφυγή μόλυνσης της από εμάς.</p>	<p>Επιστημονική Τεκμηρίωση</p> <p>Η φροντίδα του σώματος και της ψυχικής κατάστασης της ασθενούς επέφεραν άριστα αποτελέσματα στην μετεγχειρητική πορεία της γυναίκας.</p> <p>Η καθαριότητα, αποστείρωση και αντισηπία του δέρματος συνέλεξε, στη μείωση των μικροβίων, ταύτα και αποκατέστησε την αποφυγή μόλυνσης της τομής.</p>
<p>Τοπική προεγχειρητική ετοιμότητα ασθενούς.</p>	<p>Πρόληψη επιπλοκών, μείωση των παρεγνοών που προκαλούν μόλυνσεις και κακή μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς.</p>	<p>Προετοιμασία του, εγκαταστάσεων, την προηγουμένου της χειρουργείας.</p>	<p>Η προετοιμασία του, εγκαταστάσεων, την προηγουμένου της χειρουργείας, αποδέκτη αυτή την νοσηλευτική φροντίδα, στην αποφυγή μόλυνσης της από εμάς.</p>	<p>Η φροντίδα του σώματος και της ψυχικής κατάστασης της ασθενούς επέφεραν άριστα αποτελέσματα στην μετεγχειρητική πορεία της γυναίκας.</p>	

Προβλήματα ή ανάγκες ή συμπτώματα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Ελέγχος Αποτελεσμάτων	Επιστημονική Τεκμηρίωση
<p>Τελική προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς.</p>	<p>Τελευταία ετοιμασία και φροντίδα πριν το χειρουργείο.</p>	<p>Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. Κατάλληλη ένδυση, αρωματισμός.</p>	<p>Πρωινή βερυμεντασία και ψαυχομετρίση, παρατήρηση τύχων εμφάνισης βήχα. Ένδυση της ασθενούς με χειρουργική ρούχα, παρόνση να αφήσει και να βγάλει όλα τα ρούχα και τις τεχνητές οδοντοστοιχίες. Επαλήθευση αν έχουν γίνει όλα εφόσον περί και αν τα νύχια της γυναίκας είναι ξαβερμένα. Χρήση προνάρκωσης (1/2 Atropine, 1/2 Pethidine), κατόπιν εντολής του αναίσθησιολόγου, I.V. Απαγορεύεται να σηκωθεί η ασθενής από το κρεβάτι ενώ περιρίζονται οι αυνοδοί στο αίμα.</p>	<p>Η φυσική κατάσταση της ασθενούς είναι άριστη, έχει φυσιολογική και έχει επιδρασειτη προνάρκωση. Η ασθενής είναι ήρεμη.</p>	<p>Η επαλλαγή της ασθενούς από ρούχα της υντελείη στην εσκήνη συνδερ, της με τα διάφορα μηχανήματα του χειρουργείου. Χωρίς τις τεχνητές οδοντοστοιχίες παραμένεται ο κίνδυνος της πνιγμώνης. Τα ξαβερμένα νύχια ομντελούν στον έλεχο της κυκλοφορίας. Χάρη την προνάρκωση επιτεύχθηκε μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος (Pethidine) και πρόκληση υπνηλίας καθώς και ηπαρισμό των εκκρίσεων του λάρυγγος (Atropine).</p>
<p>Μετεχειρητικές διακρίσεις καισαρικής τομής. Εμέτοι.</p>	<p>Κατάσπαση εμέτων, αποφυγή κινδύνου εισροφίσεως.</p>	<p>Παρακολούθηση της ασθενούς συνεχώς μετά το χειρουργείο και διερεύνηση των αναγκαίων νοσηλευτικών ενεργειών. Φροντίδα παροχής παρεντερικών υγρών κατόπιν εντολής ιατρού.</p>	<p>Παράσπαση της ασθενούς στο χειρουργείο, τοποθέτηση αυτής σε ύπτια θέση στο κρεβάτι, συνδερ των παροχετεύων που φέρνουν, αμοσυνλεκτη, το κεφάλι στραμμένο στο πλάι, τοποθέτηση νεφροειδούς και στήθους κεφαλής στο πάδιόρα του στρώματος του κρεβατιού, διάσκαλη της γυναίκας να πάρει βραχιόλις ανάσες, διερεύνηση μιας Amp. Frimparan I.M. κατόπιν εντολής ιατρού.</p>	<p>Ελαχιστοποίηση των εμέτων και ανακούφιση της ασθενούς.</p>	<p>Η αντιεμετική δράση της ενέσεως καθώς και η νοσλητευτική χειρουργία απέδωσαν. Οι βραχιόλις ανάσες οδήγησαν στην ύληροτερη αποβολή εντερική, το στραμμένο κεφάλι στο πλάι στην πράξη του κινδύνου της εισροφίσεως. Διάρρηξη του ισχυρού υγρών.</p>
<p>όψια.</p>	<p>Ανακούφιση της σπασενοφίσεως.</p>	<p>Εμφύσηση των χειλεών και του στοματός με ένα πακόττον και δροσρό νερό. Απαγορεύεται η λήψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών απότο στόμα λόγω του προβλήματος των εμέτων.</p>	<p>Ανακούφιση της σπασενοφίσεως.</p>	<p>Ανακούφιση της σπασενοφίσεως.</p>	<p>Η χορήγηση της Atropine κατά την εκχείρηση (μείωση των εκκρίσεων) άλλα και η σπώλαση υγρών (αίματος και πλάσματος) επέφεραν το αίμα της σπασενοφίσεως μετά το χειρουργείο.</p>
<p>Πόνος.</p>	<p>Αντιμετώπιση οφίσεως της δυσχερείας.</p>	<p>Ποσομέτρηση της σπασενοφίσεως ύπτια θέση με το πόδι κάμμενο, εκτίμηση της εκκόπησης αυτής από εσκήνη και έντονο ψύξη κορμού και ποσίνων σκευασμάτων I.M. ή και I.V. κατόπιν εντολής ιατρού.</p>	<p>Επαρκή καταπολέμηση του πόνου και ανακούφιση της σπασενοφίσεως.</p>	<p>Επαρκή καταπολέμηση του πόνου και ανακούφιση της σπασενοφίσεως.</p>	<p>(λόγω της χειρουργικής επείσεως που έφτι ως αποτέλεσμα τη διάσπαση ιστών, αιγών και νεύρων, το αίμα του πόνου είναι ανεπαρκή. Η αναπαιτική φαρμάκου καθώς και η σπώλαση ψυχολογική υποστήριξη δόθηκαν στην αντιμετώπιση της δυσχερείας αυτής.</p>

Το ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ της όλης ιατρικής και νοσηλευτικής προσπάθειας ήταν οι δύο αυτές γυναίκες να γεννήσουν κοντά στην πιθανή ημερομηνία τοκετού τους με καισαρική τομή. Μετά από 58 μέρες νοσηλείας η κ.Κ.Ν.Σ. απόκτησε ένα υγιέστατο αγοράκι δίχως να αντιμετωπίσει ιδιαίτερα προβλήματα υγείας κατά την διάρκεια της νοσηλείας της. Η επέμβαση μεταχειρητική της πορεία υπήρξε πολύ καλή και μετά 7 ημέρες λοχείας στην κλινική της εδόθει εξητήριο.

Η δε κ.Γ.Α.Μ. μετά από 2 μήνες περίπου νοσηλείας της στην κλινική γέννησε με καισαρική τομή ένα υγιέστατο κοριτσάκι. Παρόλες τις δυσχέρειες που παρουσιάστηκαν στην εγκυμοσύνη της η μεταχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε άριστη. Μετά μιας βδομάδας λοχείας στην κλινική πήρε εξητήριο.

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι διάφορες έρευνες και στατιστικές, που έχουν γίνει κατά καιρούς παγκοσμίως έχουν αποδείξει ότι ο σημερινός τρόπος ζωής (στρες, κόπνισμα, διατροφή, ανεπιτυχείς συνθήκες διαβίωσης, άγχος) έχουν επιβλαβείς επιπτώσεις στη σωματική-ψυχική ακεραιότητα του σημερινού ανθρώπου.

Η αρτηριακή υπέρταση, άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα ζωής και άκρως υπονομευτική για τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου, επιφέρει πολλά προβλήματα υγείας. Η αντιμετώπισή της είναι μακροχρόνια και απαιτείται συνεχή προσπάθεια από τον ασθενή. Όταν παρουσιάζεται ή προϋπάρχει της κυοφορίας απαιτείται συχνή και επισταμένη ιατρική παρακολούθηση και σε εμφάνιση επιπλοκών νοσηλεία της εγκύου στο νοσοκομείο.

Η μεγάλη πρόοδος των ιατρικών επιστημών τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση ασθενειών και η μεγάλη εξέλιξη της φαρμακολογίας που έχει να επιδείξει φαρμακευτικά σκευάσματα μεγάλης θεραπευτικής δράσης με τις λιγότερες παρενέργειες όπο τα παλιότερα του είδους τους, οδήγησαν πιο κοντά στον στόχο που είναι η μείωση της θνησιμότητας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και της λοχείας μόνος και παιδιού.

Ας ευχηθούμε η προσπάθεια για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου και ιδιαίτερα του ασθενή ανθρώπου, με τις εργαστηριακές έρευνες και κλινικές μελέτες, να συνεχιστεί και να επιφέρει ακόμα πιο θετικά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμόπουλος Παν. Ν.: "Υπέρταση. Μηχανισμοί-Ανίχνευση-Διάγνωση-Αντιμετώπιση". Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανού. Αθήνα 1983.
- Burton J. L.: "Μεταπτυχιακό Βοήθημα Παθολογίας". (Μετάφραση: Δημητρίου Ν. Παπαναστασίου). Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1978.
- Γαρδίκας Κ. Δ.: "Ειδική Νοσολογία". Τρίτη έκδοση - ανατύπωσης. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανού. Αθήνα 1981.
- Juilien Jean-Louis: "101 συμβουλές στους καρδιοπαθείς και στους υπέρτατους". (Μετάφραση: Γιάννης Θωμόπουλος). Εκδόσεις Φιτράκης - Hachette. Αθήνα 1985.
- Hackett Earlee: "Το αίμα. Ο υπέρτατος χυμός". (Μετάφραση: Γεώργιος Χατζόπουλος). Εκδόσεις Ραππα. Αθήνα 1979.
- Καρακιουλάκης Γεώργιος: "Ειδική φαρμακολογία". Σημειώσεις. Πάτρα 1988.
- Κούβελας Δημ. Ηλίας: "Ανατομία-Φυσιολογία". Τεύχος Β'. Φυσιολογία. Έκδοση Ιδρύματος Ευγενίδου. Αθήνα 1989.
- Μαλγαρινού Μ. Α. - Κωνσταντινίδου Σ. Φ.: "Νοσηλευτική: Παθολογική - Χειρουργική". Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1987.
- Μαλγαρινού Μ. Α. - Κωνσταντινίδου Σ. Φ.: "Νοσηλευτική: Γενική Παθολογική - Χειρουργική". Τόμος Α. Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1987.
- Μούσουρα Οικονόμου Α.: "Σημειώσεις Γυναικολογίας - Μαιευτικής". Πάτρα 1989.
- Μούσουρα Οικονόμου Α.: "Σημειώσεις Διαιτολογίας". Πάτρα 1989.
- Νιόζη - Βασιλειάδου Ι.: "Φαρμακολογία". Εκδόσεις Αφών Κυριακίδη. Θεσσαλονίκη 1985.
- O'Brien Eoin - O'Malley Kevin: "Υπέρταση. Τι την προκαλεί. Πως θα την αντιμετωπίσετε". (Μετάφραση: Ιωάννης Κωστόπουλος). Εκδόσεις: Αθ. Ψυχογιός. Αθήνα 1983.
- Πουγγούρας Παναγιώτης Θ.: "Μαιευτική-Γυναικολογία". Έκδοση Ο.Ε.Δ.Β. Αθήνα 1987.
- Σάββα Αλεξάνδρου Π.: "Επιτομή-Ανατομική του Ανθρώπου και Ατλας". Τόμος Β'. Εκδοτικός Όμιλος Αφών Κυριακίδη. Θεσσαλονίκη 1985.
- Σακίγι - Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική". Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Τόμος 2ος/Μέρος Α. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1985.
- Σύγχρονος Εγκυκλοπαίδεια Επιστημών. Τόμος 11ος. Εκδόσεις Χρ. Γιοβάνης. Αθήνα 1969.
- Sokolow M. - McIlroy M. B.: "Κλινική Καρδιολογία". (Ελληνικά Μετάφραση 3ης έκδοσης Ν. Καρατζός με τη συνεργασία: Βενέτη, Διακόκη, Παπαδογιάννη, Παπαλάκου, Τόλη, Χαράπη). Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 1985.
- Τραγέα Ρ.: "Σημειώσεις Νοσηλευτικής V, IV". Αθήνα 1987.

