

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΓΙΑΤΣΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

κ.Β.ΦΡΟΥΝΤΖΟΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πάτρα 15 Οκτωβρίου 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	334
----------------------	-----



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	3-4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ	5-9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ	10-13
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	14-18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ	19
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ	19-22
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΚΥΗΣΕΩΣ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	24-27
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ	28-37
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	38-40
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	41-45
ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ	45-46
ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ	47-49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ	50-57
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΦΥΣΙΟ- ΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ	58-63
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑ- ΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	64-65
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	65-68

	ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ Η ΑΣΘΕΝΗΣ	69-74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI:	ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΓΕΙΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕ- ΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩ- ΣΤΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	75-87
ΕΠΙΛΟΓΟΣ		88-89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		90-91

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ανάμεσα στις άλλες υποχρεώσεις μας σαν σπουδαστές των Τ.Ε.Ι. Πάτρας ήταν και η παρουσίαση μιάς γραπτής εργασίας.

Θέμα της εργασίας είναι η τοξιναιμία της κυήσεως και σκοπός μου η προσπάθεια να θίξω όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μιά γυναίκα μπροστά στη νόσο αυτή. Η αδυναμία της επιστήμης να θεραπεύσει τη νόσο δημιουργεί πολλά και άλυτα προβλήματα στην πάσχουσα ασθενή, ωστόσο η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση καταστά το πρόβλημα μικρότερο και σε συχνότητα και σε βαθμό κινδύνου. Ταυτόχρονα εμείς ανταποκρινόμαστε στο ρόλο του νοσηλευτή (-τριας) στο να διαφτίσουμε και να καθοδηγήσουμε το κοινό με σκοπό την προστασία και την προαγωγή της υγείας.

Πριν αρχίσω ν' ασχοληθώ με το θέμα θεωρώ και είναι υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους ανθρώπους που μου πρόσφεραν ολόψυχα τη βοήθειά τους για την συγγραφή της εργασίας αυτής.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου Ιατρό Χειρουργό Μαιευτήρα Γυναικολόγο κ. Β. Φρούντζο για τη βοήθεια που μου πρόσφερε τόσο παραχωρώντας μου βιβλιογραφία, όσο και τις γνώσεις του.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω θερμά όλο το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του Αχιλλοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου Βόλου, καθώς και το προσωπικό της βιβλιοθήκης του Ευαγγελισμού για τη βοήθειά τους από πλευράς βιβλιογραφίας και διαφόρων εγχειριδίων.

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Το περιεχόμενο αυτής της εργασίας αναφέρεται σε μία σοβαρή και επικίνδυνη νόσο που απειλεί το κυοφορούμενο έμβρυο καθώς και τη ζωή της εγκύου.

Μέσα στις σελίδες που ακολουθούν θα προσπαθήσω να δώσω κάποια εξήγηση και πλήρη περιγραφή της έννοιας "τοξιναιμία της κύησης" να εξετάσω τους παράγοντες που ευνοούν την εμφάνισή της και τέλος να αναφερθώ στο σωστό τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας.

Το ερέθισμα που με οδήγησε να γράψω την εργασία ήταν η άγνοια του κοινού απέναντι στη σπάνια και σοβαρή αυτή νόσο που προσβάλλει τις έγκυες γυναίκες.

Η μέλλουσα μητέρα είναι ανάγκη να διδαχθεί από την αρχή της συλλήψεως ότι αφορά την φυσιολογική ή μη εξέλιξη της κύησης όπως και τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτή ώστε να είναι σε θέση να διακρίνει εγκαίρως συμπτώματα ή σημεία πιθανώς προειδοποιητικά μιάς παθολογικής καταστάσεως. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατόν, να προληφθούν ή τουλάχιστον να μειωθούν δυσάρεστες καταστάσεις, οι οποίες πιθανώς να έχουν επιπτώσεις στην ίδια ή στο νεογνό.

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Η Α Ν Α Σ Κ Ο Π Η Σ Η

Η τοξιναιμία της κυήσεως είναι γνωστή από τα αρχαία χρόνια και εξακολουθεί και σήμερα ν'αποτελεί σοβαρή απειλή για τη ζωή της εγκύου και του κυοφορούμενου εμβρύου.

Η δραματική αυτή κατάσταση, που εμφανίζεται σε μερικές έγκυες γυναίκες κατά το τέλος της κύησης καθώς και η κατάληξη αυτής, ήταν γνωστή εδώ και 2.000 περίπου χρόνια στους αρχαίους Κινέζους και Αιγυπτίους. Εξίσου δραματικά αλλά και θαυμάσια περιέγραψε τη νόσο αυτή ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης.

Ο όρος "τοξιναιμία της κυήσεως" εισάχθηκε στα Ιατρικά συγγράμματα το 1906 ως μορφή δηλητηριάσεως του οργανισμού της εγκύου. Ο όρος αυτός ήταν απόρροια της επικρατούσας τότε αντίληψης ότι η όλη κλινική συνδρομή προκαλείτο από διάφορες "τοξίνες" που κυκλοφορούν στο αίμα της εγκύου. Ειδικότερα ως τοξίνες θεωρούσαν είτε τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού του εμβρύου, είτε ότι η "τοξίνη" παραγόταν από το ήδη νεκρό έμβryo είτε τέλος, όπως υποστηρίζονταν από τη σχολή του Δουβλίνου, οι "τοξίνες" παραγόταν από το έντερο της εγκύου.

Το 1843 ο LEVER επεσήμανε σταθερά παρουσία λευκώματος στα ούρα γυναικών που πάσχουν από εκλαμψία. Από εδώ απορρέει και ο μετέπειτα συναντώμενος όρος της "λευκωματουρίας της κύησης" για την πάθηση αυτή.

Το 1897, με την ανακάλυψη του σφυγμανόμετρου οι VAQUEZ και NOBECOURT παρατήρησαν και τόνισαν ότι η αρτηριακή πίεση αυξάνεται σε μερικές έγκυες γυναίκες πριν προσβληθούν

από το σύνδρομο της εκλαμφίας.Ετσι προέκυψε ο όρος "προ-εκλαμφία της κυήσεως" που καθορίζει την κλινική συνδρομή, η οποία προηγείται της εκλαμφίας και γίνεται νωρίς η διάγνωση από την αυξημένη αρτηριακή πίεση και την λευκοματουρία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ

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

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

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

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο μεγάλες δερμάτινες πτυχές. Μπροστά ενώνονται για να σχηματίσουν το εφήβαιο και πίσω τον οπίσθιο σύνδεσμο. Τα μεγάλα χείλη αφορίζουν την αιδοϊκή σχισμή, που οδηγεί στον πρόδρομο του αιδοίου. Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι τριχωτή κι έχει άφθονους ιδρωτοποιούς αδένες.

Τα μικρά χείλη βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα. Η εξω επιφάνειά τους χωρίζεται από το σύστοιχο μεγάλο χείλος με το μεσοσχέδιο αύλακα, η δε έσω επιφάνεια αφορίζει από τα πλαγία τον προδρόμο του κόλπου. Στο προσθιο άκρο σχηματίζουν μιá δερμάτινη πτυχή την πρόσθη της κλειτορίδας, ενώ τα οπίσθια άκρα ενώνονται και σχηματίζουν το χαλινό.

Κάτω από την κλειτορίδα βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας

και κάτω απ' αυτή υπάρχει το στόμιο του κόλπου. Το στόμιο του κόλπου είναι μικρότερο στις μη παντρεμένες γυναίκες και καλύπτεται από τον παρθενικό υμένα. Εκατέρωθεν του στομίου του κόλπου εκβάλλουν οι βαρθολίνειοι αδένες. Οι αδένες αυτοί έχουν μέγεθος φακής και βρίσκονται στο βάθος των μικρών χειλέων. Το έκκριμά τους χρησιμεύει για να καθιστά ολισθηρό τον πρόδρομο του κόλπου και να διευκολύνει έτσι την είσοδο του πέους στον κόλπο.

Ο κόλπος είναι ένας πολύ δυνατός ινομυώδης σωλήνας φέρεται λοξά προς τα πάνω με πίσω σε γωνία 45 μοιρών περίπου. Το κάτω στόμιο του εκβάλλει στον πρόδρομο του αιδοίου από τον οποίο χωρίζεται με τον παρθενικό υμένα ενώ το άνω στόμιο προσφύεται κυκλικά γύρω στον τράχηλο. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου σχηματίζει με τον κόλπο μια κυκλοτερή αύλακα, τον θόλο, ο οποίος διακρίνεται στον πρόσθιο, τον οπίσθιο, που είναι και ο πιο βαθύς και τους πλάγιους. Το μήκος του κόλπου που ποικίλλει στα διάφορα άτομα, ανέρχεται στο πρόσθιο τοίχωμα στα 7,5 CM στο δε οπίσθιο στα 8-9 CM. Το εύρος τους είναι μικρότερο στις άτοκες (5-4 CM) και μεγαλύτερο στις πολύτοκες (7 CM). Ο κόλπος στηρίζεται στη θέση του από τα παρακείμενα όργανα με τα οποία συμφύεται. Στη σταθερότητα όμως στήριξης συντελούν κυρίως οι μύες του πυελικού εδάφους (περίνεου) και μάλιστα ο ανελκυστήρας του πρωκτού, ο οποίος συγκρατεί τον κόλπο.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα με παχιά τοιχώματα και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου. Έχει σχήμα αχλαδιού με μήκος 7,5 CM, πλάτος 5 CM, πάχος 2,5 CM και ζυ-

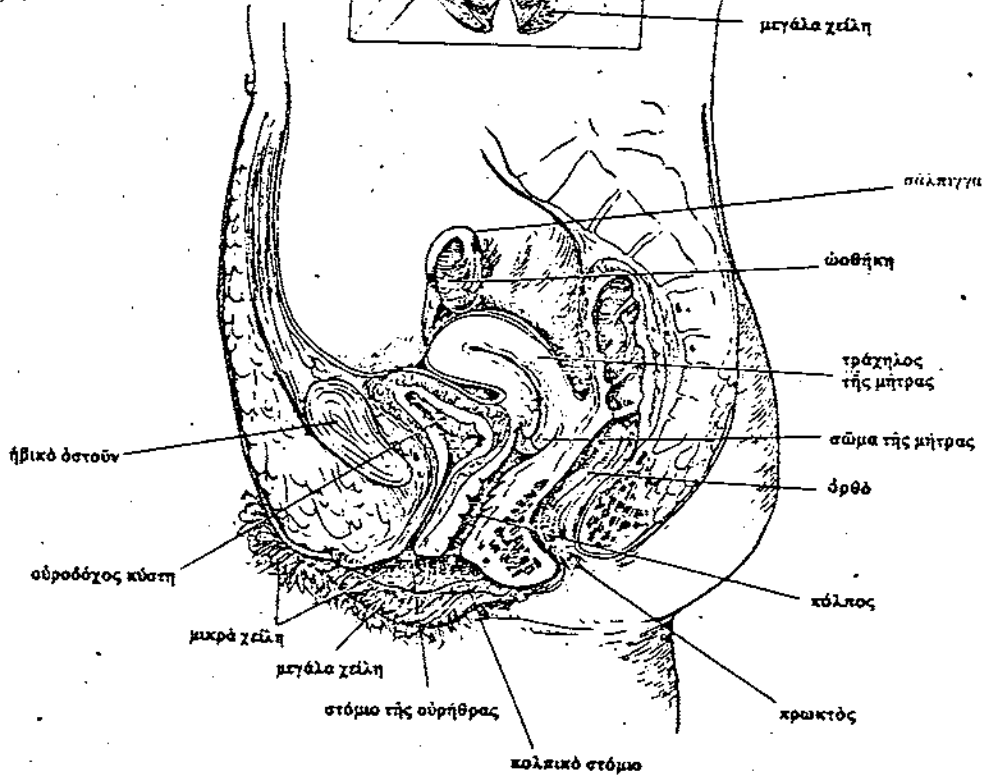
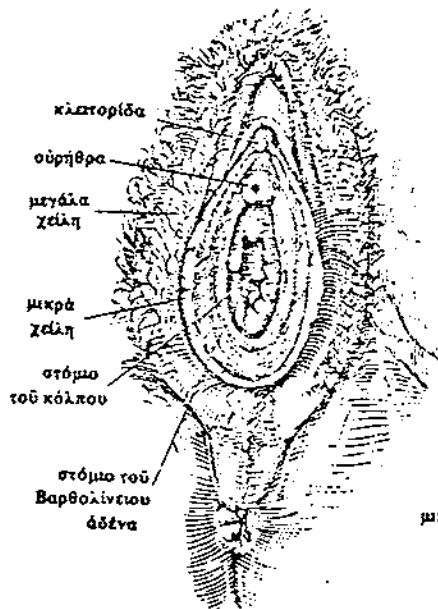
γίζει 45-60 GR. Η μήτρα διαιρείται σε τρία μέρη: α) στον πυθμένα, το πάνω κυκλωτέρες τμήμα β) στο σώμα, το μέσο κύριο μέρος και γ) στον τράχηλο, το κατώτερο λεπτό μέρος που χωρίζεται από το σώμα με τον ισθμό. Η μήτρα βρίσκεται φυσιολογικά σε πρόσθια κάμψη και πρόσθια κλίση και στηρίζεται στη θέση της κυρίως διά του κόλπου πάνω στο περίνεο, γι' αυτό και τυχόν ρήξη του περινέου μπορεί να προκαλέσει πρόπτωση της μήτρας. Επίσης στην στήριξη της μήτρας συμβάλλουν το περιτόναιο, οι ιερομητρικοί και ευθυμητρικοί σύνδεσμοι, οι πλατείς σύνδεσμοι το παραμήτριο και οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας.

Οι σάλπιγγες ή ιναγωγοί είναι δύο μυώδεις σωλήνες που χρησιμεύουν για τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη λήκυθο, στη μήτρα. Σε κάθε σάλπιγγα διακρίνονται 2 άκρα και 2 μοίρες. Απ' αυτά τα δύο άκρα, το έσω και το έξω είναι χωνοειδώς ανευρισμένο και διασχισμένο σε γλωσσίδες και καλείται κώδων της σάλπιγγας. Το άκρο αυτό δεν εισέρχεται στην ωοθήκη αλλά απλώς εφάπτεται μ' αυτό. Από τις μοίρες της σάλπιγγας, η έσω είναι στενότερη της έξω και καλείται ισθμός. Αντίθετα η έξω είναι διευρυσμένη λέγεται λήκυθος και καταλήγει στον κώδωνα της σάλπιγγας. Ο αυλός της σάλπιγγας δεν είναι ομαλός, γιατί μέσα σ' αυτόν υπάρχουν πολυάριθμες υψηλές πτυχές του βλεννογόνου, οι οποίες μετατρέπουν τον σωλήνα σε λαβύρινθο σχισμοειδών χώρων. Μέσα στους χώρους αυτούς επιτελείται η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο.

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

μιά από τις ωθήκες έχει σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου και βρίσκεται πίσω από το πλατύ σύνδεσμο και κρέμεται από το οπίσθιο πέταλο αυτού με μια πτυχή που λέγεται μεσωθήκιο.

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



Αριστερά: Τά θήλα έξω γεννητικά όργανα ονομάζονται περιληκτικά αϊδοίο. Δεξιά: Ἡ κατασκευή τῶν θηλέων πυελικῶν ὀργάνων καί μία ἀποψη τῆς μήτρας καί τοῦ κόλπου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ

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

Η λειτουργία του γεννητικού συστήματος στη γυναίκα συνίσταται:

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

Η περιοδικότητα της έκκρισης των γεννητικών ορμονών στη γυναίκα συνεπάγεται παράλληλες περιοδικές μεταβολές που αφορούν την μορφολογία και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων. Η περιοδικότητα αυτή που η μέση διάρκειά της είναι 28 ημέρες λέγεται γεννητικός ή εμμηνορυσιακός κύκλος.

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

Έμμηνη ρύση: Διάρκει από την 1η μέχρι και την 5η μέρα. Κατά αυτή τη φάση οι υπερπλασθές κατά την υπερπλαστική και εκκριτική φάση που προηγήθηκε στοιβάδες του ενδομητρίου αποκόπτονται και αποβάλλονται από τον κόλπο με αίμα. Αυτό οφείλεται σε από-

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

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

Εκκριτική φάση: Διαρκεί από την 14η μέρα μέχρι την έναρξη της έμμηνης ρύσης. Στη φάση αυτή πραγματοποιείται η προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Συνίσταται στη μεγάλη ανάπτυξη και λειτουργία των αδένων του ενδομητρίου, που οφείλονται στην επίδραση της προγεστερόνης που προέρχεται από το ωχρό σωματίο, καθώς και στην επίδραση των οιστρογόνων. Επίσης στη φάση αυτή η κινητικότητα της μήτρας αναστέλλεται από την προγεστερόνη.

Οι φάσεις του γεννητικού κύκλου μπορούν να διερευνηθούν με διάφορες μεθόδους, από τις οποίες οι σημαντικότερες είναι: α) Βιοψία ενδομητρίου, β) Εξέταση κολπικού επιχρίσματος, γ) θερμομετρικό διάγραμμα.

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η γονιμοποίηση του ωαρίου από σπερματοζώαριο, πραγματοποιείται συνήθως μέσα στη σάλπιγγα, με την είσοδο της κεφαλής

ενός σπερματοζωαρίου μέσα στο ωάριο.

Οι πιο κατάλληλες συνθήκες για την επίτευξη γονιμοποίησης υφίστανται για 4 περίπου 24ωρα (2 πριν και 2 μετά την ωορρηξία). Το ωάριο χάνει την ικανότητα για γονιμοποίηση 24-48 ώρες μετά την ωορρηξία. Το ίδιο συμβαίνει με τα σπερματοζωάρια 24-48 ώρες μετά την εκσπερμάτωση.

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

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

ΚΥΗΣΗ

Η κύηση συνίσταται στην ανάπτυξη του εμβρύου μέσα στη μήτρα και τον πλακούντα μέχρι την ωρίμανση του σε τέτοιο σημείο, ώστε να μπορεί να υπάρχει σαν ανεξάρτητος οργανισμός. Στη μέση

διάρκεια της κύησης το αναπτυσσόμενο έμβρυο λαμβάνει όλα τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά και το οξυγόνο από την κυκλοφορία της μητέρας με τη μεσολαβήση του πλακούντα.

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

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

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Ανάμεσα στις πολλές μεταβολές του οργανισμού που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής κύησης είναι απαραίτητη η περιγραφή και των μεταβολών που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της τοξιναιμίας της κύησης.

1. Αρτηριακή πίεση: Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των BURWELL, BREHM και KINDLING το 1938 κατά τη φυσιολογική κύηση η μεν συστολική πίεση εμφανίζει μικρή πτώση καθ'όλη τη διάρκεια αυτής, ενώ η διαστολική ελαττώνεται σημαντικά, σχεδόν από την έναρξη της κύησης και διατηρείται ελαττωμένη κατά τα δύο πρώτα τρίμηνα αυτής.

Ο TIBMAN το 1955 παρατήρησε κατά τη διάρκεια αυτής της κύησης, πτώση συστολικής και διαστολικής πίεσεως και επάνοδο αυτών στα πρώτα επίπεδα της κύησης μετά την κύηση.

Ετσι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μεν συστολική πίεση εμφανίζει μικρή πτώση και επανέρχεται στα πρώτα επίπεδα της κύησης προς στο τέλος της κύησης, η δε διαστολική εμφανίζει στην αρχή μικρή πτώση και επανέρχεται προοδευτικά στους τελευταίους δύο έως τρεις μήνες.

2. Νεφρική λειτουργία: Εδώ οι μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας παρατηρούνται κατά τη διάρκεια φυσιολογικής κύησης.

α) Σπειραματική διήθηση: Παρατηρείται αύξηση αυτής κατά το 50-100% με μέγιστη τιμή, περίπου 4 βδομάδες πριν τον τοκετό. Αυτή επανέρχεται ταχύτατα στα φυσιολογικά επίπεδα μετά τον τοκετό.

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

πλήρως κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης.

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

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

α)Η μέτρηση του ποσού των ούρων που είναι συνέπεια ατελούς κενώσεως της ουροδόχου κύστεως, είναι πάντοτε εσφαλμένη λόγω υπάρξεως της εγκυμοσύνης.β)Κατά την κύηση παρατηρείται αύξηση, μέχρι διπλασιασμού του νεκρού χώρου των ουροφόρων οδών γ)Επίσης κατά την κύηση επέρχεται πάντοτε σύνδεση του παρα-αμινο-ιππουρικού νατρίου μετα της αποβαλλόμενης μέσω των ούρων της εγκύου γλυκόζης, και δ)Η στάση της εγκύου κατά την ώρα της εκτελέσεως των παραπάνω δοκιμασιών επηρεάζει ουσιωδώς τα αποτελέσματα.

3.Καρδιακή λειτουργία: Κατά την κύηση παρατηρείται αύξηση του κατά λεπτού όγκου αίματος κατά 1.500 κ.εκ.(φυσιολογ. τιμή 4.500κ.εκ.) η οποία ανέρχεται από την 10η βδομάδα της κύησης και διατηρείται μέχρι το τέλος αυτής.Η αυξησή αυτή είναι συνέπεια της αύξησης τόσο της καρδιακής συχνότητας όσο και του όγκου παλμού που ανέρχεται σε 71 κ.εκ.(φυσ.τιμή64κ.εκ.)

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

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

Το μέγιστο της κατακρατούμενης αυτής ποσότητας του ύδατος αφορά το εξωκυττάριο υγρό του οποίου η αύξηση ανέρχεται σε 6,5 λίτρα. Από το ποσό αυτό εξωκυτταρίου υγρού τα 4 λίτρα ανευρίσκονται σε γνωστές περιοχές (έμβρυο, πλακούντα, αμνιακό υγρό, μήτρα, μαστοί, πλάσμα) ενώ το υπόλοιπο φαίνεται να συσσωρεύεται στη θεμέλιο ουσία του συνδετικού ιστού της εγκύου.

Επίσης κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρείται αύξηση του ολικού νατρίου του σώματος. Γι' αυτό οι GIRAY και PLUNT το 1954 βρήκαν ότι στη διάρκεια φυσιολογικής κύησης παρατηρείται κατακράτηση νατρίου, η οποία ανέρχεται στα 527 και 773κ.εκ. Όμως η πραγματική ποσότητα του Na που κατακρατείται φαίνεται να είναι μεγαλύτερη των άνω τιμών (SHEESLEY 1966). Ένα μέρος του Na εναποτίθεται στο συνδετικό ιστό της εγκύου και επιδρά στις οιστρογόνες ορμόνες. Γι' αυτό κατά την κύηση επέρχεται νέα κατάσταση στην οικονομία του Na και του ύδατος για τη διατήρηση της οποίας επέρχονται σημαντικές μεταβολές στους μηχανισμούς ελέγχου αποβολής αυτού από τα νεφρά. Ειδικότερα λόγω της αύξησης της πειραματικής διήθησης, η μεγαλύτερη ποσότητα του Na διηθείται δια των πειραμάτων (60%). Η υπόλοιπη ποσότητα Na επαναρροφάται από τα εσπειραμένα σωληνάρια.

Συνεπώς η αυξημένη ποσότητα Na είναι δυνατόν να ανευρίσκεται στα ούρα των εσπειραμένων σωληναρίων. Παράλληλα κατά την κύηση έχουμε αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης του Na. Νατριούρηση

όμως δεν συμβαίνει τελικά κατά την κύηση γιατί αυξάνεται σημαντικά και η αλδοστερόνη η οποία προκαλεί σημαντική επαναρόφηση του Na.

5. Βιοχημικές μεταβολές

α) Ουρία και κρεατινίνη αίματος.

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

β) Γλυκοζουρία και Γαλακτοζουρία

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

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

γ) Αμινοξέα.

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

δ) Ορθοστατική λευκωματουρία.

Αυτή είναι συχνή κατά την κύηση και ανέρχεται σε ποσοστό 20% με ποσότητα λευκάματος ανω των 250 MG%. Για την διάκριση της ορθοστατικής λευκωματουρίας από την λευκωματουρία άλλης αιτίας (προεκλαμψία, λοίμωξη ουροφόρων) απαιτείται επιμελής συλλογή των ούρων σ' όλο το χρονικό διάστημα που η έγκυος παραμένει κατακεκλιμένη σε πλάγια θέση. Πάντως επί της ορθοστατικής λευκωματουρίας οι νεφρικές λειτουργίες είναι φυσιολογικές.

ε) Ουρικό οξύ.

Η κάθαρση του ουρικού οξέος σε φυσιολογική κύηση παραμένει

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

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Η τοξιναιμία της κύησης είναι μία παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δύο ή και περισσότερων ευρημάτων όπως υπέρταση, λευκωματουρία και οίδημα. Μερικές φορές σπασμοί ή και κώμα συμπληρώνουν την όλη κλινική εικόνα της νόσου.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η τοξιναιμία κύησης κυμαίνεται σε μεγάλα όρια (2-30%). Η μεγάλη αυτή διακύμανση φαίνεται πως είναι αποτέλεσμα διαφορετικών κριτηρίων και κυρίως του ύψους της αρτηριακής Πίεσης (140/90των ΗJ, Η 125/95 ΜΜΗG).

Διαπιστώθηκε πως μία στις τέσσερις εγκύους, στη διάρκεια της πρώτης εγκυμοσύνης, είναι δυνατό να εμφανίσει υπέρταση. Στη δεύτερη εγκυμοσύνη η συχνότητα εμφάνισης της πάθησης υποδιπλασιάζεται. Επίσης η ίδια συχνότητα ελαττώνεται, χωρίς να φτάνει στα όρια υποδιπλασιασμού, σε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε διακοπή της εγκυμοσύνης, αυτόματη ή τεχνητή ή άμβλωση, ύστερα από τη 12η εβδομάδα της κύησης.

Παλιότερα πιστεύαμε ότι η τοξιναιμία της κύησης εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Νεώτερες όμως παρατηρήσεις απέδειξαν πως σε μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται στις μεσαίες τάξεις.

Επίσης διαπιστώθηκε πως συχνότερα παθαίνουν προεκλαμψία και εκλαμψία οι νεαρές πρωτότοκες με μικρό ανάστημα, οι παχύ-

σαρκες, οι διαβητικές, οι πάσχουσες από χρόνια υπέρταση, από μύλη κύηση και από πολυάμνιο. Ακόμα στην πολύδημη εγκυμοσύνη και στον εμβρυϊκό ύδρωπα η συχνότητα της πάθησης είναι μεγαλύτερη.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

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

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

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

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

Εκτός από τα παραπάνω όμως, φαίνεται πολύ πιθανό ότι στην αιτιολογία της τοξιναιμίας επιδρά προδιαθεσικά το είδος της διατροφής και κυρίως η λήψη χλωριούχου νατρίου και σχετικά

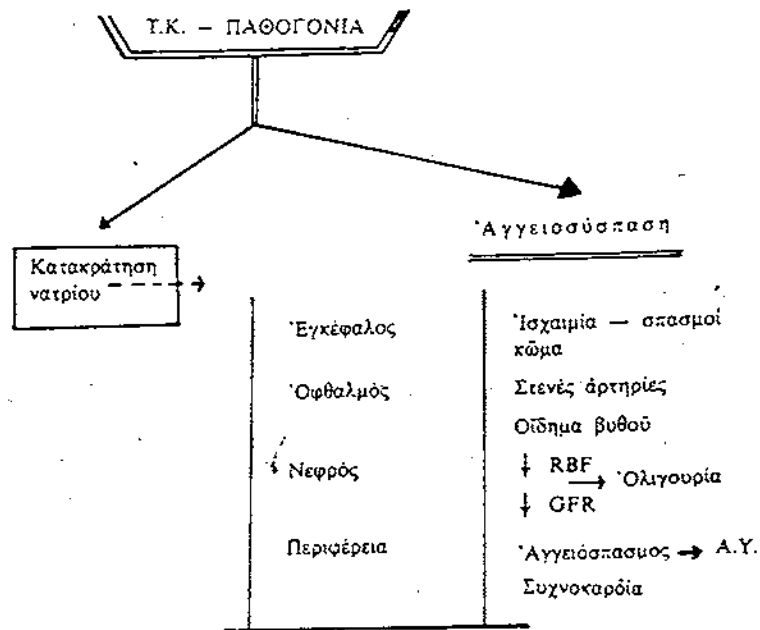
αυξημένου ποσού λιπών. Αυτό διαπιστώθηκε κατά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Επίσης κατά την περίοδο της κατοχής στην Ελλάδα παρατηρήθηκε σε ειδική μελέτη ότι όχι μόνο η εκλαμψία αλλά και γενικά τα προεκλαμπτικά συμπτώματα είχαν τελείως εξαφανιστεί λόγω του έντονου υποσιτισμού, εφ' όσον το ζωϊκό λίπος είχε σχεδόν εξαφανιστεί από το διαιτολόγιο του πληθυσμού και κατά συνέπεια των εγκύων γυναικών.

Επίσης άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται οι ψυχογενείς και κληρονομικοί παράγοντες.

Πέρα απ' όλα αυτά σήμερα όλοι δέχονται ότι η τοξιναιμία της κήσεως προκαλείται από τη μεγάλη σύσπαση των αγγείων.

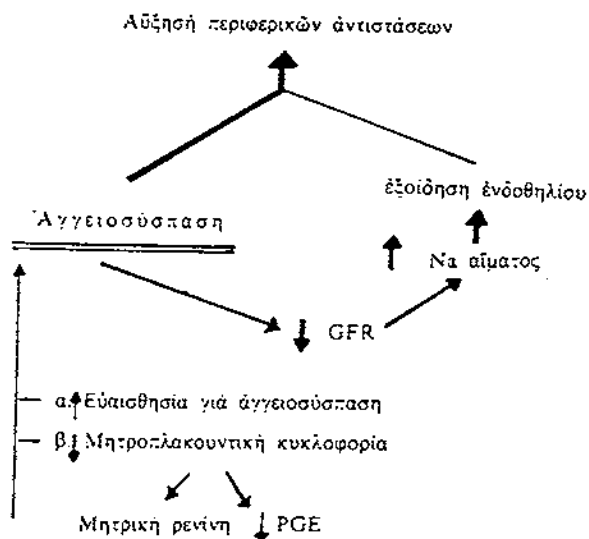
Η τοξιναιμία της κήσεως

105



Η αγγειοσύσπαση προάγεται, αφ' ενός από τη χαμηλή μητροπλακουντική κυκλοφορία που συνεπάγεται αύξηση παραγωγής ρενίνης και αγγειοτενσίνης και ελάττωση παραγωγής προσταγλανδίνης E και αφ' ετέρου από το αυξημένο Νάτριο αίματος.

Τ.Κ. - ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΕΩΣ



Σχήμα 3

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

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ

Σύμφωνα με την Αμερικανική επιτροπή προστασίας μητρότητας, η τοξιναιμία της κύησης διακρίνεται ως εξής:

- Στην οξεία τοξιναιμία
- Στη χρόνια υπερτασική αγγειακή νόσο
- Αταξινόμητες μορφές τοξιναιμίας

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

Η τρίτη κατηγορία ονομάζεται έτσι γιατί δεν επαρκούν τα δεδομένα κλινικά στοιχεία για στήριξη διαφορετικής διάγνωσης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η τοξιναιμία της κύησης εμφανίζεται συνήθως την 32η εβδομάδα. Πιό σπάνια μπορεί να εμφανιστεί πριν από την 32η εβδομάδα γεγονός που παρατηρείται κυρίως σε σπάνιες περιπτώσεις που αρτηριακή υπέρταση ή νεφρική νόσος προϋπάρχουν της εγκυμοσύνης και ακόμα πιο σπάνια μπορεί να εμφανιστεί 1-7 ημέρες μετά τον τοκετό.

Τα κλινικά συμπτώματα της τοξιναιμίας της κύησης διακρίνονται σε:

A) ΘΞΕΙΑ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (έναρξη μετά την 24η εβδομάδα της κύησης.) Αυτή διακρίνεται στην κλινική εικόνα της προεκλαμψίας και της εκλαμψίας.

α) ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ

Η προεκλαμψία κατά την έναρξή της είναι ασυμπτωματική. Η εμφάνιση ενοχλημάτων από μέρους της εγκύου αποτελεί ένδειξη βαριάς μορφής προεκλαμψίας. Πριν από την τυπική εκδήλωση της νόσου η έγκυος παραπονείται για έντονη κεφαλαλγία η οποία δεν υποχωρεί με αναλγητικά φάρμακα, εμβοές των αυτιών, θάμβος της όρασεως η οποία μπορεί να φτάσει μέχρι προσωρινή απώλεια αυτής, πρόσκαιρη αμνησία, λιποθυμικές κρίσεις και τέλος ναυτία και εμέτους.

Η προεκλαμψία εμφανίζεται κατά το δεύτερο ήμισυ της κύησης ή και νωρίτερα όταν υπάρχει μύλη κύηση. Μετά τα πρόδρομα συμπτώματα της προσβολής εκδηλώνεται η τυπική προσβολή που χαρακτηρίζεται από αρτηριακή υπέρταση, λευκωματουρία, οίδημα, σπασμούς και κώμα.

ΥΠΕΡΤΑΣΗ. Είναι το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου. Από το ύψος της συστολικής και κυρίως της διαστολικής πίεσεως εκτιμάται η βαρύτητα της προσβολής.

ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ. Προκαλείται από χαρακτηριστικές για τη νόσο μορφολογικές βλάβες των νεφρών. Οι βλάβες στα νεφρά παρατηρήθηκαν σε μικρό ποσοστό πολυτόκων (14%) και σε μεγαλύτερο ποσοστό πρωτοτόκων (71%) τοξιναιμικών γυναικών. Με το ίδιο ποσοστό παρατηρήθηκε η λευκωματουρία στις δύο παραπάνω κατηγορίες τοξιναιμικών γυναικών.

ΟΙΔΗΜΑ. Παρατηρήθηκε σε ποσοστό 25-80%. Το οίδημα και κυρίως το εντοπισμένο στα κάτω άκρα, αν και μπορεί να είναι ενδεικτικό τοξιναιμίας δεν έχει πάντοτε παθογνωμική σημασία. Μπορεί να δημιουργείται από την πίεση που ασκείται στην κάτω κοίλη φλέβα, από τη "διογκωμένη" μήτρα, καθώς επίσης και από τη χαμηλή κολλοειδωδωτική πίεση που υπάρχει κυρίως στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Το γενικευμένο όμως οίδημα και μάλιστα όταν συνυπάρχει με αυξημένη αρτηριακή πίεση είναι γνώρισμα τοξιναιμίας. Το οίδημα στην περίπτωση αυτή οφείλεται στη μεγάλη βαθμού κατακράτηση νατρίου, γεγονός που κατά κανόνα παρατηρείται στη νόσο και που αποδίδεται στην ελάττωση της πειραματικής διηθήσεως.

Πέρα από αυτά, χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα από το βυθό του οφθαλμού και συγκεκριμένα οι υπερβολικά στενές αρτηρίες και ο υγρός και οιδηματικός αμφιβληστροειδής χιτώνας. Επίσης στο βυθό του οφθαλμού μπορεί πιά σπάνια και κυρίως μετά από σπασμούς να παρατηρηθούν εξιδρώματα και αιμορραγίες, καθώς και ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Αξίζει βέβαια να πούμε ότι η αποκόλληση του

αμφιβληστροειδούς στην περίπτωση αυτή είναι καλής σχετικά προγνώσεως και συνήθως θεραπεύεται με τη διουρητική και αντιυπερτασική θεραπεία που εφαρμόζουμε για τη νόσο.

β) ΕΚΛΑΜΨΙΑ

Η μετάπτωση της προεκλαμψίας σε εκλαμψία εκδηλώνεται κατά κανόνα με την έναρξη των τυπικών κρίσεων των σπασμών που οδηγούν σε κώμα.

Η δραματική κλινική εικόνα της εκλαμψίας εκδηλώνεται ως εξής:

Προηγούνται συνήθως μικρές συσπάσεις των μυών του προσώπου και του στόματος καθώς και διαστολή των κορών των οφθαλμών της εγκύου. Στη συνέχεια η ασθενής πέφτει αναίσθητη και ακολουθούν κρίσεις σπασμών, τύπου μείζονος επιληψίας, διάρκειας 1 λεπτού που συνεχώς επαναλαμβάνονται μέχρι 5 ως 15 κρίσεις. Τελικά η ασθενής πέφτει σε βαθύ κώμα διαφόρου διάρκειας.

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

Εκλαμψία είναι δυνατό να εμφανιστεί προ του τοκετού κατά

τη διάρκεια του τοκετού, καθώς και κατά τη λοχεία, αλλά σε λίγο χρόνο μετά τον τοκετό. Η περίοδος κατά την οποία εμφανίζεται έχει ιδιαίτερη προγνωστική σημασία για τη μητρική και βρεφική θνησιμότητα. Πάντως στην εμφάνιση των εκλαμπτικών παροξυσμών φαίνεται ότι συμβάλλουν εκλυτικώς εξωγενείς και μετεωρολογικοί παράγοντες μεταξύ των οποίων ιδιαίτερη σημασία έχουν οι απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας.

Β) ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

- α) Υπέρταση προϋπαρχουσα της κύησης
- β) Υπέρταση επιπλεκόμενη της τοξιναιμίας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η διάγνωση της τοξιναιμίας διακρίνεται σε κλινική και εργαστηριακή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην κλινική διάγνωση ανήκουν:

1) Ο προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης:

Υπερτασική θα χαρακτηρίσουμε την έγκυο που έχει διαστολική πίεση τουλάχιστο 90 και συστολική τουλάχιστο 140 χιλ.ΗG ή όταν αυξάνεται η πρώτη τουλάχιστο κατά 15χιλ.και η δεύτερη κατά 30 χιλ.ΗG.Οι πιέσεις αυτές θα πρέπει να βρεθούν σε δύο τουλάχιστο διαδοχικές μετρήσεις με μεσοδιάστημα 6 ή και περισσότερων ωρών.

Σε μερικές εγκύους, κυρίως στις περισσότερες άτοκες είναι δυνατό να συμβεί αύξηση της διαστολικής πίεσης κατά 20χιλ. ΗG ή και παραπάνω, όταν αυτές από την πλάγια θέση τις γυρίζουμε στην ύπτια.Αυτό συμβαίνει συχνότερα ανάμεσα στην 28η ως την 32η εβδομάδα και δείχνει από αρκετές εβδομάδες πριν πως η έγκυος θα εκδηλώσει προεκλαμψία.Ο τρόπος αυτός ελέγχου της αρτηριακής πίεσεως λέγεται δοκιμασία γυρίσματος.

Σε περιπτώσεις επικείμενου εκλαμπτικού παροξυσμού η αρτηριακή πίεση ανεβαίνει απότομα σε υψηλά επίπεδα και σε σοβαρές περιπτώσεις εκλαμψίας πέφτει χαμηλά, γεγονός που δείχνει επιδείνωση της κατάστασης.

Η υπέρταση αποτελεί το σπουδαιότερο από την τριάδα που χαρακτηρίζει την προεκλαμψία (υπέρταση-λευκωματουρία-οίδημα) γιατί έχει μεγάλη προγνωστική αξία.Γι'αυτό ο προσδιορισμός

της σε κάθε επίσκεψη της εγκύου κρίνεται απαραίτητος.

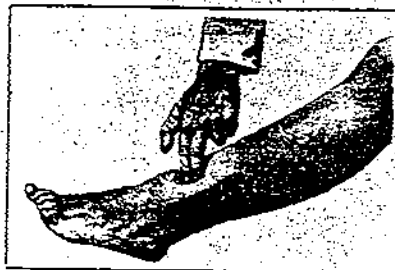
2) Η εκτίμηση των οιδημάτων και του βάρους του σώματος.

Σαν οίδημα της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζουμε τη γενικευμένη συγκέντρωση υγρού σε βαθμό, που να σχηματίζει εντύπωμα. όταν με το δάχτυλό μας πιέσουμε την έγκυο, ύστερα από 12ωρη κλινήρη ανάπαυση ή όταν αυξάνεται το βάρος της κατά 2 κιλά ή περισσότερο την εβδομάδα. Τα οιδήματα εμφανίζονται στο 40% όλων των εγκύων. Μόνο όμως 8% από αυτές θ' αναπτύξουν προεκλαμψία. Μπορεί να είναι γενικευμένα και να διαγνωστούν από την απότομη αύξηση βάρους, όταν αυτή δεν οφείλεται στη διατροφή της εγκύου. Άλλες φορές, τα οιδήματα είναι φανερά και εντοπίζονται στην περιοχή του προσώπου, στα χέρια, στα σφυρά, στην κοιλιά και περισσότερο στην περιοχή που βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση. Στις περιπτώσεις αυτές εύκολα μπορούμε να διακρίνουμε τα οιδήματα από το εντύπωμα που αφήνει το δάχτυλό μας όταν πιέσουμε την εξωτερική επιφάνεια την κνήμη ή όταν πιέσουμε το κοιλιοσκόπιο, στην ακρόαση παλμών του εμβρύου, πάνω στην κοιλιά της εγκύου.

Το οίδημα μόνο του δεν σημαίνει κακή πρόγνωση. Ούτε η έλλειψη οιδημάτων εγγυάται την ευνοϊκή έκβαση της προεκλαμψίας και της εκλαμψίας. Βάρος που ξεπερνάει το 0,5-1 κιλό την εβδομάδα στο τελευταίο τρίμηνο, αποτελεί σημείο ανάπτυξης οιδημάτων και δείχνει ευαισθησία της εγκύου στην εκδήλωση προεκλαμψίας. Απότομη γενίκευση των οιδημάτων αποτελεί προάγγελο έκλυσης εκλαμπτικών παροξυσμών.



Εικ. 241. Οίδημα προσώπου



Εικ. 240. Εκτίμηση οίδημάτων

3) Ο προσδιορισμός των αποβαλλόμενων ούρων

Η ελαττωμένη διήθηση στο αγγειώδες σπείραμα, που παρατηρείται στην προεκλαμψία, προκαλεί κατακράτηση ύδατος, με αποτέλεσμα την ελάττωση της ποσότητας των ούρων που αποβάλλονται στο 24ωρο. Αυτή η ολιγουρία είναι δυνατό να φτάσει τα 400 κ.εκ. / 24ωρο. Την ελάττωση της σπειραματικής διήθησης ενισχύει και η δράση της αντιδιουρητικής ορμόνης του οπίσθιου λοβού της υπόφυσης, που κάνει την ολιγουρία μεγαλύτερη σε περιπτώσεις εκλαμψίας. Κάποτε φθάνει μέχρι ανουρίας που δείχνει σοβαρή επιδεινωση της κατάστασης.

4) Η λήψη της θερμοκρασίας του σώματος

Η θερμοκρασία της εγκύου δεν παρουσιάζει διαταραχές στην προεκλαμψία, αν αυτή δεν επιπλακεί με άλλες εμπύρετες παθήσεις. Αυξημένη όμως θερμοκρασία, μετά τη λύση εκλαμπτικού παροξυσμού, αποτελεί σοβαρό προγνωστικό σημάδι.

5) Ο καρδιολογικός έλεγχος

Αυτός κρίνεται απαραίτητος σε περιπτώσεις προεκλαμψίας και εκλαμψίας, για να εκτιμηθεί ο βαθμός της καρδιακής ανεπάρκειας που θα μας βοηθήσει στη θεραπευτική μας αντιμετώπιση. Απαραίτητος επίσης είναι ο ΗΚΓ/φικός έλεγχος της

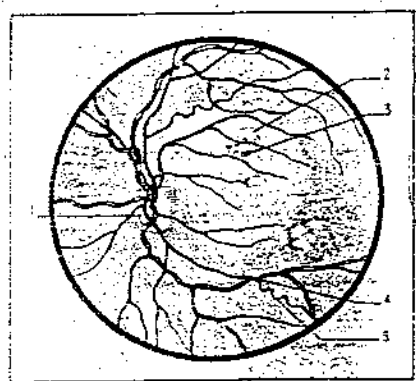
εγκύου, προτού αποφασιστεί η χορήγηση β-αναστολεών όπως της λαβεταλόλης για την αντιμετώπιση της υπέρτασης.

6) Ο οφθαλμολογικός έλεγχος :

Αυτός θα μας δείξει οίδημα, σπασμό, αιμοραγία ή αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του ματιού, που παρατηρούνται σε σοβαρές περιπτώσεις προεκλαμψίας και εκλαμψίας.

Η εξέταση λοιπόν των αγγείων του οφθαλμού είναι τεράστιας διαγνωστικής σημασίας. Η χαρακτηριστική αλλοίωση σε περίπτωση προεκλαμψίας είναι ο αγγειοσπασμός. Στην αρχή παρατηρείται αγγειοσπασμός τμημάτων ή κλαδών των αρτηριδίων και κυρίως των ρινικών ενώ οι κροταφικοί κλαδοί είναι ελεύθεροι. Σε βαρεία προεκλαμψία παρατηρείται γενικευμένος αγγειοσπασμός, ενώ η εμφάνιση αιμορραγιών των εξιδρωμάτων καθώς και οιδήματος της οπτικής θηλής είναι βαρυτάτης προγνώσεως.

Ενδιαφέρον είναι τέλος, ότι ο βυθός του οφθαλμού μπορεί να αποτελέσει και οδηγό επιτυχούς ή μη θεραπευτικής αγωγής. Πράγματι σε επιτυχή θεραπεία παρατηρείται υποχώρηση του αγγειοσπασμού και των άλλων αλλοιώσεων.



Είκ. 142. Αλλοιώσεις βυθού
1. Οίδημα, 2. Εξιδρώση, 3. Αίμορραγία,
4. Σημείο χιάσμου, 5. Αγγειοσπασση.

7) Ο προσδιορισμός του μεγέθους της μήτρας

Σε περιπτώσεις χρόνιας υπέρτασης προεκλαμψίας και εκλαμψίας είναι δυνατό το μέγεθος της μήτρας να εμφανίζεται μικρότερο από την ηλικία της εγκυμοσύνης, γιατί το έμβρυο δεν αναπτύχθηκε φυσιολογικά, από βλάβες της μητροπλακουντικής κυκλοφορίας. Στις περιπτώσεις αυτές εκτιμάται η ωριμότητα του και η αντοχή του στη δοκιμασία του τοκετού, για να βρούμε και τον τρόπο που πρέπει να το βγάλουμε με τη μικρότερη το δυνατό δοκιμασία του. Ιδιαίτερα πολύτιμες είναι οι πληροφορίες που θα πάρουμε από το υπερηχογράφημα. Αυτό θα μας δείξει το πιθανό βάρος του εμβρύου, τις διαστάσεις της κεφαλής-θώρακα, την ποσότητα του αμνιακού υγρού, τη θέση και το μέγεθος του πλακούντα.

8) Η εκτίμηση των παροξυσμών

Οι παροξυσμοί της εκλαμψίας εμφανίζονται ξαφνικά, όπως η λάμψη (γι' αυτό και η παθηση λέγεται εκλαμψία) και συνοδεύονται από απώλεια της συνείδησης. Οι εκλαμπτικοί παροξυσμοί οφείλονται στην αυξημένη ενδοεγκεφαλική πίεση και στην εγκεφαλική ισχαιμία, που προκύπτει από αυτή. Αποτέλεσμα της ισχαιμίας είναι ηλεκτρολυτικές διαταραχές από το ένα και από το άλλο μέρος της κυτταρικής μεμβράνης των εγκεφαλικών κυττάρων. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όταν ξεπεράσουν ένα ορισμένο όριο, προκαλούν ηλεκτρική κένωση, σε διάφορα σημεία του εγκεφαλικού φλοιού, με συνέπεια την εκδήλωση των σπασμών.

Πριν από την έκλυση του παροξυσμού εμφανίζεται στις περισ-

σότερες περιπτώσεις, απότομη αύξηση της πίεσης του αίματος, λευκωματουρία και γρήγορη εξάπλωση των οιδημάτων.

Ο παροξυσμός της εκλαμψίας περνά από τρεις φάσεις:

α) ΤΗΝ ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΗ ΦΑΣΗ Η ΤΗΣ ΕΙΣΒΟΛΗΣ. Αυτή διαρκεί 20'' και χαρακτηρίζεται από ακινησία, αχρότητα, σύσπαση του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός και των μυών του προσώπου, τρόμων μασητήρων μυών και των μυών των βλεφάρων, μυδρίαση και έξοδο της γλώσσας, που γρήγορα επαναφέρεται στη στοματική κοιλότητα. Στο τέλος αυτής της φάσης εμφανίζεται τρόμος στους μύς του κορμού των άκρων.

β) ΤΗ ΦΑΣΗ ΤΩΝ ΤΟΝΙΚΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ. Αυτή διαρκεί 30'' και χαρακτηρίζεται από οπισθότονο, απο χέρια σε έκταση, με σφιχτά και σε καμψη δάχτυλα, από κλίση της κεφαλής προς τον ώμο, από κνάνωση του προσώπου, από παρατεινόμενη άπνοια λόγω σπασμών των αναπνευστικών μυών και του διαφράγματος, από γενική σύσπαση των μυών του προσώπου, από σφιχτό κλειστό στόμα και από καθηλωμένα μάτια.

γ) ΤΗ ΦΑΣΗ ΤΩΝ ΚΛΟΝΙΚΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ. Αυτή διαρκεί 45'' ως 1' και χαρακτηρίζεται από παρατεινόμενη εισπνοή και ελαφρά εκπνοή, που συνοδεύεται με έξοδο αιμοραγικού αφρώδους υγρού. Η κεφαλή κινείται συνεχώς ποτε αριστερά και πότε δεξιά, οι βολβοί των ματιών εμφανίζουν έντονη τρομώδη κίνηση, τα βλέφαρα ανοιγοκλείνουν και η γλώσσα βγαίνει προς τα έξω, με κίνδυνο να τραυματιστεί ανάμεσα στα δόντια. Εμφανίζονται επίσης, μικροαιμορραγίες στους βλεννογόνους και στο δέρμα.

Υστερα από τις τρεις αυτές φάσεις, που περνάει ο εκλαμπτικός παροξυσμός, ακολουθεί τη λύση του, με αργή επαναφορά

της συνείδησης ή με κώμα και αναπνοή τύπου CHEYNE-STOKES. Το πρόσωπο είναι οιδηματικό, υπάρχει πτώση της πίεσης και αύξηση της θερμοκρασίας, που φθάνει ως τους 40-41 βαθμούς. Αυτή οφείλεται σε διαταραχή του θερμορυθμιστικού κέντρου, αποτέλεσμα του εγκεφαλικού οιδήματος, που υπάρχει στις περιπτώσεις αυτές, και αποτελεί σημάδι σοβαρής κατάστασης.

Όταν ο παροξυσμός της εκλαμφίας είναι ασθενής, τότε η άρρωστη συνέρχεται γρήγορα από το κώμα και τίποτα δεν θυμάται. Όταν βρίσκεται σε κώμα και επαναλαμβάνεται νέος παροξυσμός, τότε έχει σαν αποτέλεσμα την οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια που αν δεν αντιμετωπιστεί, καταλήγει σε θάνατο.

Μετά τη λύση του εκλαμπτικού παροξυσμού δυνατό να συμβεί τοκετός και οι παροξυσμοί να σταματήσουν. Είναι όμως δυνατό και μετά τον τοκετό, οι παροξυσμοί να συνεχιστούν. Τότε η κατάσταση της λεχώιδας έχει επιβαρυνθεί και αν η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν αποδώσει, επέρχεται ο θάνατός της.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τόσο για την επιβεβαίωση της κλινικής μας διάγνωσης, όσο και για την εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης της προ-ή εκλαμπτικής πάσχουσας και τον τρόπο αντιμετώπισης για τη σωτηρία αυτής και του εμβρύου καταφεύγουμε στις παρακάτω εργαστηριακές εξετάσεις.

1) Γενική εξέταση ούρων: Σ' αυτή περισσότερο μας ενδιαφέρει

η ύπαρξη λευκώματος, που είναι δυνατό να φθάσει τα 10-20 γρ. στο λίτρο 24ώρου από βλάβη του νεφρικού σπειράματος. Επίσης αναζητάμε την ύπαρξη κυλίνδρων και ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Λευκωματουρία θα χαρακτηρίσουμε την εμφάνιση λευκώματος στα ούρα σε ποσότητα μεγαλύτερη από 0,3 γρ.στο λίτρο, στα ούρα 24ωρου ή μεγαλύτερη από 1 γρ.στο λίτρο σε δύο, τουλάχιστο, δείγματα ούρων που συγκεντρώθηκαν σε μεσοδιάστημα 6 τουλάχιστον ωρών.

Η λευκωματουρία σχεδόν πάντοτε αναπτύσσεται μετά την εμφάνιση της υπέρτασης και τις περισσότερες φορές, αργότερα από τότε, που θ' αυξηθεί το βάρος της εγκύου.

2) Γενική εξέταση αίματος: Σ' αυτή μας ενδιαφέρουν περισσότερο ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων και η τιμή της αιμοσφαιρίνης. Στις βαριές μορφές της προεκλαμψίας και στην εκλαμψία τα ερυθρά εμφανίζονται αυξημένα και η αιμοσφαιρίνη περισσότερο, από αιματοσυμπύκνωση.

3) Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών: Ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών, και μάλιστα του Na και του K κρίνεται απαραίτητος για να μπορέσουμε να ρυθμίσουμε τις διαταραχές τους, αν και αυτές, πολλές φορές απουσιάζουν. Σε μεγάλη συχνότητα ηλεκτρολυτικές διαταραχές εμφανίζονται όταν χορηγήσουμε διουρητικά ή περιορίσουμε τη χορήγηση αλατιού ή χορηγήσουμε μεγάλα ποσά ωκυτοκίνης που θα προκαλέσουν αντιδιούρηση.

4) Προσδιορισμός αιμοπεταλίων: Τα αιμοπετάλια εμφανίζονται αυξημένα σε σοβαρές μόνο μορφές της πάθησης.

5) Προσδιορισμός ινωδογόνου: Ο προσδιορισμός του ινωδογόνου και των άλλων παραγόντων της πήξης μας ενδιαφέρει πολύ στην εκτίμηση της σοβαρότητας της πάθησης. Το ινωδογόνο σε φυσιολογική εγκυμοσύνη είναι αυξημένο, ενώ σε σοβαρές μορφές

προεκλαμψίας και στην εκλαμψία ελαττώνεται. Ο προσδιορισμός των παραγόντων της πρήξης μας δείχνει την πιθανή ύπαρξη ενδοαγγειακής πρήξης, που συνοδεύει την προ- και εκλαμψία και θεωρείται από πολλούς συνυπεύθυνη στην παθογένεια της πάθησης.

6) Ορμονικοί προσδιορισμοί: Από αυτούς περισσότερο μας ενδιαφέρουν α) οι τιμές της χοριακής γοναδοτροπικης ορμόνης, που αυξάνονται σε επίπεδα αρχόμενης εγκυμοσύνης, β) οι τιμές της οιστριόλης που ελαττώνονται προοδευτικά από ανεπάρκεια του πλακούντα γ) οι τιμές της προγεστερόνης ή πρεγναδιόλης, που εμφανίζονται ελαττωμένες από την ίδια αιτία και δ) οι τιμές της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, που εμφανίζονται ελαττωμένες, από βλάβες της πλακουντικής λειτουργίας.

7) Προσδιορισμός ουρικού οξέος: Σήμερα θεωρείται βέβαιο, πως στην αρχόμενη φυσιολογική εγκυμοσύνη οι τιμές του ουρικού οξέος του ορού πέφτουν περίπου κατά 28%. Η ελάττωση του αυτή, κατά ένα μέρος, οφείλεται σε αύξηση της νεφρικής κάθαρσης του ουρικού οξέος, που προέρχεται από την αυξημένη σπειραματική διήθηση. Στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης οι τιμές του ουρικού οξέος αυξάνονται βαθμιαία φθάνοντας κάποτε τις πριν από την εγκυμοσύνη τιμές.

Η κλινική σημασία του ουρικού οξέος στην εγκυμοσύνη έγκειται στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην υπερουριχαιμία και στην προεκλαμψία.

Τυχαίες μετρήσεις του ουρικού οξέος ή της κάθαρσης του έχουν περιορισμένη αξία στη διαφορική διάγνωση μεταξύ προεκλαμψίας και άλλων υπερτασικών καταστάσεων στην εγκυμοσύνη.

Αντίθετα διαδοχικές μετρήσεις του, οπωσδήποτε έχουν αξία διαφοροδιαγνωστική και προγνωστική και βοηθάνε στην παρακολούθηση της εξέλιξης της παθολογίας.

Τέλος οι διαδοχικοί προσδιορισμοί των τιμών του ουρικού οξέος στο ίδιο άτομο την ίδια μέρα είναι δυνατό να δείξουν διακυμάνσεις μέχρι 30%. Η χορήγηση διουρητικού αυξάνει τις τιμές του ουρικού οξέος. Οι τιμές του ουρικού οξέος δυνατό να βρεθούν πάνω από 6,5 MG|100 κ.εκ.

8) Προσδιορισμός ολικής χοληστερόλης: Η χοληστερόλη αυξάνεται νωρίς στην προεκλαμψία και εκλαμψία, γι' αυτό για πολλούς θεωρείται καλός δείκτης εκτίμησης της βαρύτητας της νόσου.

9) Προσδιορισμός ουρίας του αίματος. Η ουρία σε περιπτώσεις βαρής εξέλιξης της παθολογίας αυξάνεται.

10) Προσδιορισμός κρεατίνης: Η κρεατίνη στη διάρκεια του 24 ωρου εμφανίζει διακυμάνσεις. Αυξάνεται σημαντικά ύστερα από χορήγηση διουρητικού, όταν συνυπάρχει νεφροπάθεια και όταν η κατάσταση της άρρωστης είναι σοβαρή.

Άλλοι προσδιορισμοί: Στην προεκλαμψία οι τιμές των τρανσαμινασών, της γαλακτικής δεϋδρογονάσης και της αλκαλικής φωσφατάσης αυξάνονται, ενώ η απέκκριση της βρωμοσουλφονοφθαλείνης ελαττώνεται.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Αυτή αφορά την έγκυο, την επίτοκο, τη λεχωίδα, το έμβρυο και το νεογνό.

ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ. Η υπερτασική νόσος της εγκύου αποτελεί το ένα σκέλος από τα τρία (αιμορραγία, υπέρταση, σηψαιμία) που είναι υπεύθυνα για το μεγάλο ποσοστό θανάτου της μητέρας.

Στην προεκλαμψία η πρόγνωση της εγκύου είναι καλή, αν δεν συμβεί αιμορραγία από αποκόλληση του πλακούντα.

Στην εκλαμψία η πρόγνωση είναι βαριά. Η συχνότητα θανάτου σε καλά οργανωμένη κλινική, φτάνει το 5% των περιπτώσεων, όταν αντιμετωπιστεί από έμπειρους θεραπευτές. Ο θάνατος προέρχεται από κυκλοφοριακή ή νεφρική ανεπάρκεια, από θρόμβωση ή από εγκεφαλική αιμορραγία. Επίσης είναι δυνατό η έγκυος να πεθάνει από σπασμούς, που προκαλούν είτε αύξηση της φλεβικής πίεσης και πνευμονικό οίδημα, είτε ανοξυγοναιμία και βλάβη της καρδιάς και άλλων οργάνων. Στην οξεία φάση της εκλαμψίας ο θάνατος οφείλεται, τις περισσότερες φορές, σε εγκεφαλική αιμορραγία ή σε πνευμονικό οίδημα. Αν περάσει η οξεία φάση, ο θάνατος προέρχεται από πνευμονικό οίδημα, που δεν υποχώρησε και επιπλέχτηκε με πνευμονία, ή από βλάβη του μυοκαρδίου ή από ανουρία ή από διαταραχές της πήξης του αίματος.

ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ. Η πρόγνωση στην επίτοκο είναι η ίδια, όπως και στην έγκυο με τη διαφορά πως σ' αυτή προστίθεται και ο κίνδυνος της αιμορραγίας, γιατί αν είναι μεγαλύτερη, εύκολα η προεκλαμπτική και η εκλαμπτική άρρωστη επιβαρύνεται.

πρώτα από ελάττωση του ογκου του αίματος και εύκολη εγκατάσταση SHOCK και ύστερα από βλάβη του συκωτιού, λόγω της προεκλαμψίας και του SHOCK, που θα οδηγήσουν σε ελάττωση του ινωδογόνου και σε διαταραχές της πήξης του αίματος.

ΤΗΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ. Η πρόγνωση της λεχωίδας επιβαρύνεται, όταν συνεχιστούν οι εκλαμπτικοί παροξυσμοί. Απώτερες και μετά την περίοδο της λοχείας συνέπειες, ίσως, έχουν σχέση με καρδιονεφρικές ανωμαλίες. Αλλά διαπιστώθηκε, πως και χωρίς να περάσει προεκλαμψία στην εγκυμοσύνη της η γυναίκα, είναι δυνατό ν' αναπτύξει αργότερα στη ζωή της τέτοιες ανωμαλίες. Ίσως τα ευρήματα να είναι τυχαία. Ούτε η ανάπτυξη υπέρτασης αργότερα στη ζωή της γυναίκας πρέπει ν' αποδοθεί σε εκλαμψία που πέρασε. Ίσως μόνο η ανάπτυξη όψιμης υπέρτασης να είναι συχνότερη σε γυναίκες που έπαθαν εκλαμψία.

Πολύ σπάνια, η εκλαμψία οδηγεί τη λεχωίδα σε φύχωση, που διαρκεί από 1-2 εβδομάδες. Επίσης πολύ σπάνια, μετά από εκλαμψία, ακολουθεί τύφλωση, που κρατάει από μερικές ώρες ως αρκετές βδομάδες. Τις περισσότερες φορές η όραση επανέρχεται σε μία εβδομάδα.

ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ. Η επίδραση της τοξιναιμίας της κυήσεως πάνω στο έμβρυο, εξαρτάται από τη βαρύτητα της μορφής με την οποία αυτή εκδηλώθηκε. Έτσι είναι δυνατό να είναι υποτροφικό, αδύνατο, καχεκτικό, με δέρμα ρυτιδωμένο και με μακριά χέρια και πόδια. Όμως μετά τον τοκετό, η ανάπτυξη του είναι γρήγορη.

Η θνησιμότητα του εμβρύου στην προεκλαμψία και στην εκλαμψία ανέρχεται σε 40% και προέρχεται από ανοξυγοναιμία και

και οξέωση, από εγκεφαλική αιμορραγία, από πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, από τοξική επίδραση της πάθησης και από προωρότητα.

Η περιγεννητική θνησιμότητα ανέρχεται σε 5% στην ελαφράς μορφής προεκλαμψία, σε 15% στην βαρύτερης, σε 40-50% στην εκλαμψία πριν τον τοκετό και σε 10% στην εκλαμψία μετά τον τοκετό. Η περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα έχουν σχέση περισσότερο με τη διάρκεια και τη βαρύτητα της νόσου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξιναιμίας της κυήσεως συνίσταται στην πρόληψη της πάθησης, στην ανάπαυση, στη δίαιτα, στη χορήγηση φαρμάκων, στην πρόκληση τοκετού ή την εκτέλεση καισαρικής τομής και τη νοσηλευτική φροντίδα της νοσου.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της τοξιναιμίας της κυήσεως στηρίζεται στην επιμελημένη και τακτική κλινική παρακολούθηση της εγκύου και στην καλή εργαστηριακή διερευνήσή της. Το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στην έγκαιρη ανακάλυψη της υπέρτασης. Τότε προλαβαίνουμε δυσάρεστες επιπλοκές για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και για το έμβρυο και το νεογνό. Μαζί με την υπέρταση πρέπει επίσης, έγκαιρα να εντοπισουμε την ύπαρξη λευκωματουρίας και οιδημάτων, όχι για να προλάβουμε την προεκλαμψία, αλλά για να τη διαγνώσουμε έγκαιρα και για να μεθοδεύσουμε την αντιμετώπισή της.

Αυτό ιδιαίτερα επιβάλλεται στις παρακάτω κατηγορίες εγκύων:

- α) Σε γυναίκες που ανέπτυξαν τοξιναιμία σε προηγούμενη κύηση
- β) Σε γυναίκες που πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή υπέρτασης
- γ) Σε γυναίκες που έχουν ιστορικό νεφρικής πάθησης
- δ) Σε διαβητικές και παχύσαρκες γυναίκες
- ε) Στις γυναίκες με πολλαπλές κυήσεις (δίδυμα, τρίδυμα που εμφανίζουν διαστολή της μήτρας) και
- στ) Στις νεαρές (κάτω των 20 ετών) πρωτότοκες.

Τις πάσχουσες από χρόνια υπέρταση ή από όφιμη ή παροδική υπέρταση εγκύους μπορούμε να τις παρακολουθήσουμε σαν εξωτερικές άρρωστες με συχνές επισκέψεις τους στο ιατρείο. Μόνο όταν η κατάσταση τους χειροτερεύει γίνεται εισαγωγή στην κλινική.

ΑΝΑΠΑΥΣΗ. Σε περίπτωση προεκλαμψίας επιβάλλεται η εισαγωγή της εγκύου στην κλινική, γιατί η ανάπαυση και μόνο θα τη βοηθήσει στην κατάσταση της. Συνίσταται ανάπαυση για 24-48 ώρες όταν εμφανιστεί υπέρταση, λευκωματουρία ή και οίδημα. Στη συνέχεια συνίσταται μερική ανάπαυση. Ανάπαυση σημαίνει ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας της προεκλαμπτικής εγκύου, ώστε ν'ανακουφιστεί η επιβαρυσμένη καρδιοαγγειακή λειτουργία της. Έτσι βελτιώνεται η αιμάτωση των νεφρών, αυξάνεται η νεφρική διήθηση και αναστέλλεται ή ελαττώνεται η υπερέκκριση της ρενίνης και αγγειοτενσίνης. Με την κατάκλιση βελτιώνεται και η κυκλοφορία του πλακούντα. Επίσης, η φλεβική επάνοδος από τα κάτω άκρα γίνεται ευκολότερη, με αποτέλεσμα να επαναρροφηθούν μεγάλα ποσά υγρών που βρίσκονται σ'αυτά με τη μορφή οιδημάτων.

ΔΙΑΙΤΑ. Κανένας παράγοντας δεν μας επιβάλλει ν'αλλάξουμε τη διατροφή της χρόνιας υπερτασικής και της προεκλαμπτικής εγκύου. Μπορεί να τρώει ο,τι και πριν από τη εγκυμοσύνη. Η εξασφάλιση ικανοποιητικού αριθμού θερμίδων και υψηλής ποιότητας λευκωμάτων είναι απαραίτητη στην κατάσταση της επειδή υπάρχει ελάττωση του όγκου του πλάσματος από σύσπαση των αγγείων. Αν με την έλλειψη του νατρίου αυξήσουμε τη σύσπαση, δυνατό να χειροτερέψουμε την κατάσταση της εγκύου. Μόνο όταν η προεκλαμψία συνοδεύεται από καρδιακή ανεπάρκεια θα συστήσουμε ανάλατη δίαιτα ή όταν αφορά σε άρρωστες με

γνωστή νεφρική πάθηση. Σε περίπτωση εκλαμπτικού παροξυσμού η διατροφή της άρρωστης γίνεται παρεντερικά.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ. Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται στη χορήγηση αντιϋπερτασικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης, και ηρεμιστικών για την καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Όταν συνυπάρχει οίδημα δίνουμε διουρητικά: φουροσεμίδη ή χλωροθειαζίνη. Αποφεύγουμε τους β' αναστολείς γιατί μπορεί να προκαλέσουν στο βρέφος υπογλυκαιμία ή βραδυκαρδία κι ακόμα γιατί οι μεγάλες δόσεις οι χορηγούμενες για αρκετό διάστημα μπορεί να προκαλέσουν επιβράδυνση στην ανάπτυξη του εμβρύου. Χορηγείται σόρος Γλυκοζέ (DEXTRÓSE) κατόπιν ιατρικής εντολής, γιατί συντελεί στην αύξηση της ωσμωτικής πίεσης του αίματος, με αποτέλεσμα την αύξηση της διουρήσεως και την καταστολή πιθανού οιδήματος του εγκεφάλου. Ακόμα χρησιμοποιείται Mg SO₄ (θειϊκό μαγνήσιο) και σε περίπτωση άπνοιας δίνουμε για αντίδοτο γλυκουρονικό ασβέστιο.

Σε περίπτωση που η διαιτητική και η φαρμακευτική αγωγή δεν έχουν επίδραση στην πάθηση και προστεθεί ολιγουρία μέχρι 400 κ.εκ. ημερησίως (επιβάλλεται η καταμέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλόμενων υγρών) τότε υφίσταται περίπτωση εκλήσεως εκλαμπτικού παροξυσμού πράγμα που αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή του εμβρύου και της γυναίκας. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται η απομάκρυνση του εμβρύου. Η διακοπή της κυήσεως όμως ενδείκνυται μόνο κατόπιν επιμελούς νοσοκομειακής παρακολουθήσεως και στην περίπτωση κατά την οποία η εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή δεν αποδίδει. Η διακοπή της κυήσεως θα εκτελεσθεί είτε εκ της φυσιολογικής

οδού, εφόσον αυτό είναι δυνατό, είτε με καισαρική τομή.

Η θεραπευτική αγωγή επί της εκλαμφίας συνίσταται στην απαλλαγή του εμβρύου από τη μήτρα. Αυτό εξαρτάται από τη στιγμή της εκλύσεως του παροξυσμού σε σχέση προς την περίοδο του τοκετού. Αν ο παροξυσμός εκλυθεί κατά την σχεδόν τέλεια ή τελεία διαστολή του τραχήλου, τότε είναι δυνατό η απελευθέρωση του εμβρύου από τη μήτρα να γίνει με φυσιολογικό τοκετό, με τη βοήθεια ευρείας περινεοτομίας και τεχνητής ρήξεως του θηλακίου (εαν δεν έχει ραγεί) μέσω βρουουλκίας και μερικές φορές εαν η κεφαλή δεν είναι εμποδωμένη, μέσω εσωτερικού μετασχηματισμού και εξελκυσμού. Όλα αυτά όμως στηρίζονται στην κρίση, την εκτίμηση της καταστάσεως και την πείρα του γιατρού.

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

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

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

Κατά την οξεία φάση, έπειτα από κάθε παροξυσμό ή ανά ώρα ανάλογα με τις εκδηλώσεις, χορηγούνται ενδοφλεβίως 10κ.εκ. θειϊκού μαγνησίου (MGS04) σε διάλυμα 25%. Πριν από κάθε ένεση

ελέγχεται το αντανακλαστικό της επιγονατίδας και σε περίπτωση ολιγουρίας ή ανουρίας (έλεγχος πάντοτε με καθετήρα) χορηγείται μια δόση από το παραπάνω φάρμακο. Επίσης η ενδομυϊκή χορήγηση AMYTAL 0,5 γρ. ανά 6-8 ώρες δίνει ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

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

ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Αν η κατάσταση της εγκύου ελέγχεται μέχρι την 30η εβδομάδα τότε αξίζει να προσπαθήσουμε να την κρατήσουμε ως την 34η, παρακολουθώντας τη δραστηριότητα της εμβρυοπλακουντικής μονάδας.

Τοκετό θα προκαλέσουμε:

α) Όταν, αν και η κύηση βρίσκεται πριν από την 30η εβδομάδα, η κατάσταση της εγκύου επιβαρύνεται με ελάχιστες ελπίδες επιβίωσης του νεογνού. Επιβαρυνόμενη θα θεωρήσουμε την κατάσταση της όταν η πίεση ανεβεί ξαφνικά σε ψηλά επίπεδα, η λευκωματουρία είναι μεγάλη και συνυπάρχει ολιγουρία. Τα συμπτώματα αυτά δείχνουν επικείμενη νεφρική ανεπάρκεια.

Αν δεν διακρίψουμε την εγκυμοσύνη με πρόκληση τοκετού, εκτός από την επιβάρυνση της εγκύου, θα συμβεί και ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου, που θα τον ακολουθήσουν η βαθμιαία πτώση της πίεσης, ή εξαφάνιση των οιδημάτων και η υποχώρηση της λευκωματουρίας. Έτσι, η αναμονή σ' αυτές τις πε-

ριπτώσεις είναι επικίνδυνη για το έμβρυο. Και τα νεογνά με μικρό βάρος έχουν μεγάλες πιθανότητες να επιζήσουν, αν ο τοκετός γίνει σε καλά οργανωμένη κλινική.

β) Όταν, ενώ η κατάσταση της εγκύου ελέγχεται, η κατάσταση του εμβρύου επιβραδύνεται. Αυτή θα εκτιμηθεί με τις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους, δηλ. καρδιοτοκογραφία, αμνιοσπαρακέντηση, προσδιορισμός της οιστριόλης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, της αλκαλικής φωσφατάσης, με τη δοκιμασία ωκυτοκίνης κλπ.

ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Θα προτιμήσουμε την εκτέλεση καισαρικής τομής:

α) Όταν ο τοκετός που ξεκίνησε μόνος του, ή που προκάλεσε ο γιατρός, καθυστερεί και το έμβρυο δύσφορεί.

β) Όταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διαπιστωθεί εμβρυϊκή δυσφορία και το έμβρυο είναι βιώσιμο.

γ) Όταν διαπιστωθεί πως υπάρχει κίνδυνος η έγκυος ή η επίτοκος να πάθει εγκεφαλική αιμορραγία ή καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια, από επιβάρυνση της κατάστασής της και το έμβρυο είναι βιώσιμο.

δ) Όταν εκδηλωθούν εκλαμπτικοί παροξυσμοί, για να απαλλάξουμε την έγκυο από το κύημα που θεωρείται υπεύθυνο για την κατάστασή της.

ε) Όταν φυσικά υπάρχει κι άλλη ένδειξη εκτέλεσης καισαρικής τομής (δυσαναλογία, καισαρική που προηγήθηκε κλπ.)

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι παρακάτω σοβαρές επιπλοκές παρουσιάζονται συνήθως στη βαρειά προεκλαμψία και εκλαμψία κι όχι στη μέση βαρύτητα της νόσου.

1. ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Φαίνεται να είναι περισσότερο συχνή στις ασθένειες με υπέρταση κατά την κύηση και είναι κοινό φαινόμενο στην προεκλαμψία. Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι η αποκόλληση του πλακούντα είναι ευθεώς ανάλογη με το δείκτη της υπέρτασης κατά την κύηση και ιδιαίτερα με την οξεία εμφάνισή της.

2. ΙΝΩΔΟΓΟΠΕΝΙΑ

Φαίνεται πως η κλινικά εμφανής ινωδογοπενία με ινωδογόνο μικρότερο των 100 MG είναι σπάνια και αφορά μόνο βαριάς μορφής προεκλαμψία. Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι περίπου 15-20% από τις κλινικά εμφανείς ινωδογοπενίες, οφείλονται σε βαριές μορφές προεκλαμψίας. Είναι σωστό πάντως σε περιπτώσεις προεκλαμψίας να γίνεται καταμέτρηση του ινωδογόνου καθώς και των λοιπών παραγόντων πήξης.

3. ΑΙΜΟΛΥΣΗ

Ορισμένες φορές, ασθενείς με βαρειά προεκλαμψία είναι δυνατό να εμφανίζουν αιμόλυση που δεν είναι γνωστό αν οφείλεται σε ηπατική βλάβη, σε καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή σε άλλες αιτίες. Η παραφυλαία βλάβη του ήπατος σε βαρειά προεκλαμψία είναι δυνατό να εξηγήσει μία τέτοια κατάσταση.

4. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Αυτή είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στην τοξιναιμία κυήσεως. Είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή στην οξεία υπέρταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έχει αναφερθεί προοδευτική απώλεια της όρασης που μπορεί να διαρκέσει 7 μέρες και οφείλεται σε αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Συνήθως αποκαθίσταται μόνη της.

Επίσης είναι δυνατό να εμφανιστεί αιμορραγία από τον αμφιβληστροειδή, που είναι αποτέλεσμα της γενικότερης κατάστασης των αγγείων.

5. ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΕΦΡΩΣΗ

Η περιπυλαία νέκρωση του ήπατος σχετίζεται με τον γενικευμένο αγγειακό σπασμό. Αυτό θεωρήθηκε αρχικά ότι αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της εκλαμψίας και αργότερα παρατηρήθηκε και σε άλλες παθήσεις.

6. ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Η χαρακτηριστική βλάβη των νεφρών αναφέρεται ως σπειραματοενδοθηλίωση. Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι οι βλάβες συνίστανται σε μία εξοίδηση του ενδοθηλιακού κυτταροπλάσματος χωρίς άλλες καταστροφές, που είναι τελείως ανατρέψιμη. Ο προηγούμενος όρος αποδίδεται τελικά σε νεφρική βλάβη, που οφείλεται σε υπερτασική νόσο της εγκυμοσύνης.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Η ελάττωση της αιμάτωσης του πλακούντα, ελαττώνει κατά επέκταση και την ικανότητα της οξυγόνωσης με αποτέλεσμα τη δημιουργία δυσμενών συνθηκών για το έμβρυο.

Ο πλακούντας εμφανίζει έναν αυξημένο αριθμό από έμφρακτα που φαίνεται πως ελαττώνουν τη λειτουργικότητά του. Αποτέλεσμα της μειωμένης λειτουργίας είναι η κακή διατροφή της εγκύου και η συχνή πρόκληση ενδομήτριου θανάτου του εμβρύου ή στην καλύτερη περίπτωση ο πρόωρος τοκετός ή το νεογέννητο με το υπολειπόμενο βάρος.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΕΚΛΑΜΨΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

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

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VI

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η ζωή της εγκύου εξαρτάται από τη σωστή νοσηλευτική φροντίδα. Είναι ανάγκη να υπάρχει μια νοσηλεύτρια συνεχώς δίπλα στη γυναίκα για να παρακολουθεί κάθε εξέλιξη προς το καλύτερο ή χειρότερο. Απαραίτητη για τη νοσηλεία είναι η ησυχία, γιατί αυτό απομακρύνονται οι πηγές θορύβου, το τηλέφωνο, κουδούνι. Οι επιφάνειες των επίπλων καλύπτονται με ύφασμα ώστε ότι ακουμπά επάνω να μην κάνει θόρυβο. Η νοσηλεύτρια εργάζεται αθόρυβα και για περισσότερη ασφάλεια μπορεί να κλείσει τ'αυτιά της γυναίκας με τολύπια βάμβακος.

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

Στις ελαφρές περιπτώσεις όταν η διαστολική Α.Π. είναι μεγαλύτερη από 90 MM HG και δεν υπάρχει πρωτεϊνουρία μπορεί η νοσηλεία να γίνει στο σπίτι. Είναι απαραίτητο να μένει η έγκυος στο κρεβάτι τις περισσότερες ώρες (περισσότερο από 12 ώρες το 24ωρο). Ο γιατρός μπορεί να δώσει ένα απλό ηρεμιστικό για το βράδυ. Η έγκυος πηγαίνει τακτικά στο γιατρό για εξετάσεις και παρακολούθηση.

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

Το δωμάτιο δεν πρέπει να είναι σκοτεινό αλλά να έχει αρκετό φως για να φαίνονται οι αλλαγές στο χρώμα και οι συσπάσεις στο πρόσωπο. Επίσης πρέπει να είναι ήσυχο. Η καλύτερη θέση στο κρεβάτι είναι η ημιπρηνής, ή πλάγια (δεξιά και αριστερά) γιατί έτσι διευκολύνεται η λειτουργία των νεφρών. Κοσμήματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες κι άλλα αντικείμενα αφαιρούνται. Είναι απαραίτητο μια νοσηλεύτρια να βρίσκεται συνέχεια κοντά στη γυναίκα.

Η δίαιτα της ασθενούς θα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα, σε σίδηρο, βιταμίνες και ασβέστιο και φτωχή σε λίπη και αλάτι. Η σπουδαιότερη θεραπευτική αγωγή είναι η ηρεμία και η ξεκούραση της εγκύου, η οποία επιτυγχάνεται με την αποφυγή επισκέψεων, συγκινήσεων και γενικώς ψυχοσωματικής κόπωσης. Αυτό βοηθά στο να ελαττωθεί η Α.Π., το οίδημα και βοηθά την καλύτερη κυκλοφορία του αίματος στη μήτρα. Μετά από μιά βδομάδα απόλυτης ξεκούρασης και ηρεμίας και αφού η κατάσταση βελτιωθεί, η έγκυος μπορεί να σηκώνεται κατά διαστήματα για τις απαραίτητες ανάγκες (τουαλέτα, λουτρό).

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

- Η Α|π εξετάζεται δύο φορές την ημέρα στις ελαφρές περιπτώσεις και κάθε φορά 4 ή 2 ή 1 ώρα στις σοβαρές καταστάσεις. Αύξηση της διαστολικής Α. |π. πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.

- Η νοσηλεύτρια εκτός από τις συνηθισμένες εξετάσεις αίματος (γενική αίματος, αιματοκρίτης, σίδηρος ορού κλπ.) πρέπει να ζητήσει από το εργαστήριο εξετάσεις για τον υπολογισμό καλίου, νατρίου, ουρίας και πρωτεϊνών αίματος μετά από συνενόηση με το γιατρό.

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

- Η έγκυος εξετάζεται για οίδημα καθημερινά.

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

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

- Επί χορηγήσεως ορού πρέπει να παρακολουθείται η ροή αυτού, ιδιαίτερα όταν έχει αντιϋπερτασικό φάρμακο για το φόβο απότομης πτώσης της αρτηριακής πίεσης.

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

- Απαραίτητη επίσης είναι η φροντίδα για την κένωση του εντέρου είτε δια φαρμάκων είτε διά υποκλυσμού.

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

Η νοσηλεύτρια όταν νοσηλεύει έγκυο με τοξιναιμία, πρέπει να θυμάται ότι νοσηλεύει δύο αρρώστους, την έγκυο και το έμβρυο. Εκτός από την παρακολούθηση και νοσηλεία της εγκύου, είναι απαραίτητο να γίνουν εξετάσεις για εξακρίβωση της υγείας και

της ανάπτυξης του εμβρύου.

- Οι εμβρυϊκοί παλμοί ελέγχονται δύο φορές την ημέρα και σε σοβαρές καταστάσεις ανά 4ωρο.

- Γίνεται εξέταση για τον υπολογισμό της πλακουντιακής λακτογόνου

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

- Υπολογισμός της οιστρόλης στα ουρα, που γίνεται κάθε εβδομάδα ή κάθε 2η εβδομάδα για 2 συνεχόμενες μέρες κατά την 30η εβδομάδα κύησης, για να υπολογισθεί ο βαθμός της εμβρυοπλακουντιακής λειτουργίας κι έτσι ο γιατρός ν' αποφασίσει εάν πρέπει να γίνει πρόκληση τοκετού.

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

Σε περίπτωση εκλαμφίας η νοσηλεύτρια θα πρέπει να προστατέψει την έγκυο από διάφορους τραυματισμούς κατά τη διάρκεια του σπασμού. Στα πλαϊνά του κρεβατιού τοποθετούνται κάγκελα τα οποία καλύπτονται με μαξιλάρια όπως και από την πλευρά του κεφαλιού. Εάν δεν υπάρχουν κάγκελα το κρεβάτι σπρώχνεται ώστε η μία πλευρά να ακουμπά στον τοίχο και στην άλλη πλευρά τοποθετούνται άλλα εμπόδια όπως π.χ. καρέκλες.

Για να προλάβει η νοσηλεύτρια τον τραυματισμό της γλώσσας, πρέπει να έχει πρόχειρο έναν ελαστικό στοματοδιαστολέα που θα τοποθετήσει αναμεσα στα δόντια, μόλις διαπιστώσει τα προειδοποιητικά σημεία του σπασμού.

Εάν δεν έχει στοματοδιαστολέα, μπορεί να χρησιμοποιήσει

δύο ή τρεις ξύλινες σπάτουλες τυλιγμένες με γάζες ή λαβίδα τυλιγμένη με γάζα ή άλλο ύφασμα.

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αντικείμενα που μπορεί να δαγκώσει και να τα κόψει η γυναίκα π.χ. δάκτυλα, μολύβια κλπ. ούτε σκληρά αντικείμενα που μπορεί να σπάσουν τα δόντια. Επίσης δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στοματοδιαστολέας τύπου λαβίδας που κρατά την κάτω σιαγόνα ανοικτή, γιατί υπάρχει κίνδυνος να εξαρθωθεί η κάτω σιαγόνα ή να εισροφηθεί το σάλιο.

- Η αεροφόρος οδός πρέπει να διατηρείται καθαρή ώστε να αναπνέει ελεύθερα η έγκυος.
- Να λαμβάνονται συχνά η Α. | π., θερμοκρασία, αναπνοές και εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί.
- Τοποθετείται μόνιμος καθετήρας ουροδόχου κύστης και εξετάζονται τα ούρα για λεύκωμα, χολεριθρίνη, ερυθρά αιμοσφαίρια και κυλίνδρους.
- Να έχει έτοιμο πάνω στο κομοδίνο δίσκο με υλικό για ενδοφλέβια ένεση και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.
- Τροχήλατο με τα απαραίτητα για τοκετό, υποδοχή και ανάνηψη νεογνού.
- Κύβους για να τοποθετηθούν στα πόδια του κρεβατιού εάν χρειαστεί να ανυψωθούν.

Εφ' όσον σταματήσουν οι σπασμοί και μετά από 48 ώρες, σταματά η χορήγηση ηρεμιστικών ώστε να επαναποκτησει η γυναίκα τις αισθήσεις της.

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

Τα νοσηλευτικά καθήκοντα μετά τους σπασμούς είναι :

- Χορήγηση O₂ για μετά τους σπασμούς ή περισσότερο εαν η κυάνωση επιμένει
- Οποιοσδήποτε εξετάσεις κι αν είναι πρέπει να γίνουν μετά τους σπασμούς ή μισή ώρα μετά την χορήγηση ηρεμιστικών ώστε η έγκυος να βρίσκεται κάτω από την επίδραση των ηρεμιστικών.
- Καθαρισμός στη στοματική κοιλότητα και τους ρώθωνες μετά από σπασμούς ή κάθε 8 ώρες.
- Απαγορεύεται η χορήγηση υγρών από το στόμα γιατί δεν υπάρχουν αντανακλαστικά κατάποσης και η ελάχιστη ποσότητα υγρών από το στήνα πηγαίνει στην τραχεία.
- Εξετάσεις αρτηρ.πίεσης κάθε 1|2 ώρα και τους καρδιακούς εμβρυϊκούς παλμούς,κάθε ώρα, εκτός αν είναι διαφορετικές οι οδηγίες του γιατρού.

Παρακολούθηση και παρατηρήσεις από τη νοσηλεύτρια

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

Η νοσηλεύτρια όμως είναι αυτή που μένει συνεχώς κοντά στην έγκυο την παρακολουθεί και καταγράφει τις παρατηρήσεις της στην κάρτα παρακολούθησεως.Όταν παρατηρεί αλλαγές στην κατάσταση της γυναίκας πρέπει να καλεί το γιατρό.Η νοσηλεύτρια που μένει κοντά στην έγκυο, πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να παρακολουθεί τα παρακάτω:

- 1)Προειδοποιητικά σημεία σπασμών
- 2)Συμπτώματα τοκετού.Συνήθως ο τοκετός αρχίζει μετά την εμφάνιση σπασμών

3) Ο σφυγμός εξετάζεται κάθε 15', η θερμοκρασία κάθε 4 ώρες. Αύξηση της θερμοκρασίας (38° C), συμβαίνει μετά τους σπασμούς ή σε ουρολοίμωξη. Η αναπνοή εξετάζεται κάθε 15 λεπτά, πιθανόν να οφείλεται σε εγκεφαλική αιμοραγία. Γρήγορες αναπνοές μαζί με υψηλό πυρετό οφείλονται σε πνευμονική λοίμωξη, υγρά αναπνοή είναι σημείο πνευμονικού οιδήματος.

4) Το χρώμα του δέρματος της γυναίκας, εάν υπάρχει κυάνωση είναι ένδειξη για χορήγηση O_2 , εάν έχει ικτερική χροιά οφείλεται σε κακώσεις στο συκώτι.

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

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

7) Ο ή εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί εξετάζονται κάθε ώρα ή ανά δυο ώρες, εφόσον η εξέταση δεν ενοχλεί τη γυναίκα. Ο καλύτερος τρόπος παρακολούθησης είναι με καρδιοτοκογράφο.

8) Αύξηση ή ελάττωση του οιδήματος 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 στο γιατρό:

- Συχνοί σπασμοί

- Σφύξεις πάνω από 120MMHG (σφυγμό νηματοειδή)

-θερμοκρασία πάνω από 39,5° C

-Ανουρία

-Ικτερική χροιά

-Πνευμονικό οίδημα.

Νοσηλευτική φροντίδα στον φυσιολογικό τοκετό

Ο τοκετός εμφανίζει τρία στάδια:

α) Το στάδιο της διαστολής: του τραχήλου της μήτρας, το οποίο αρχίζει από την εμφάνιση συστολών της μήτρας "των ωδινών", και τελειώνει, όταν συντελεσθεί η τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας.

β) Το στάδιο της εξωθήσεως: το οποίο αρχίζει από τη στιγμή κατά την οποία γίνεται τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας, μέχρι της εξόδου του εμβρύου.

γ) Το στάδιο της υστεροτοκίας: το τρίτο αυτό στάδιο αρχίζει από την έξοδο του εμβρύου, μέχρι του τοκετού του πλακούντος μετά των υμένων αυτού.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας κατά την πρώτη περίοδο του τοκετού συνίσταται:

Στην παρακολούθηση των ωδινών, ως προς τη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια αυτών.

Στην παρακολούθηση της διαστολής του εξωτερικού στομίου της μήτρας

Στην παρακολούθηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου. Φυσιολογικά είναι 120-140/MIN. Η ακρόαση γίνεται με το κοιλιοσκόπιο. Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να ακούει τους παλμούς μετά από κάθε θόδινα και να είναι σε θέση να διαγνώσει αν υπάρχει κάποια αλλοίωση αυτών οπότε ειδοποιεί το γιατρό.

Στην παρακολούθηση της καθόδου της προβαλλούσης μοίρας του εμβρύου.

Στον έλεγχο της κενώσεως της ουροδόχου κύστεως. Όταν η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη από ούρα, εμποδίζει την καθοδο της

προβάλλουσας μοιρας του εμβρύου και συνεπώς καθυστερεί ο τοκετός. Η Αδελφή πρέπει να δίνει συχνά δοχείο στην επίτοκο και να ελέγχει αν ούρησε ή όχι. Σε περίπτωση κατά την οποία η επίτοκος δεν μπορεί να ουρήσει μόνη της στην αρχή εφαρμόζονται απλοί τρόποι βοήθειας όπως το άνοιγμα της βρύσης για να τρέχει νερό και τέλος σε αποτυχία αυτών, ύστερα από εντολή γιατρού ενεργείται καθετηριασμός της κύστεως για αποβολή των ούρων.

Εκτός των πιδό πάνω η αδελφή φροντίζει για την εξασφάλιση άνετης τοποθέτησης της επίτοκου στο κρεβάτι, για την καθαριότητα αυτής, για συχνή αλλαγή λευχειμάτων και για τη χορήγηση υγρών αν είναι απαραίτητη. Δεν ξεχνά επίσης να καθοδηγεί την επίτοκο, πως ν' αναπνέει κατά την ώρα των ωδινών, χωρίς να σφίγγεται και πως να ξεκουράζεται κατά την παύλα των ωδινών. Επίσης τονίζει σ' αυτή, ότι μετά από κάθε ωδίνα, πρέπει να κρατά τα πόδια της άλλοτε από τους μηρούς κι άλλοτε από τα γόνατα, να έλκει αυτά προς τα πάνω και να σφίγγεται παρατεταμένα ακριβώς, όπως γίνεται κατά την προσπάθεια της κένωσης. Κατά αυτό τον τρόπο και η διαστολή του τραχήλου της μήτρας προχωρεί και το έμβρυο οξυγονώνεται κανονικά.

Η νοσηλευτική φροντίδα της επίτοκου κατά την δεύτερη περίοδο του τοκετού, η οποία αποτελεί συνέχεια ή εξέλιξη της πρώτης εκτός των όσων αναφέρθηκαν προστίθονται και τα εξής:

Η παρακολούθηση της προόδου της εξωθήσεως

Η συχνότερη λήψη ζωτικών σημείων και καρδιακών παλμών του εμβρύου

Η προετοιμασία της επίτοκου για τον τοκετό δηλ. η τοποθέτηση αυτής σε κατάλληλη θέση (υπτία). Η αδελφή επίσης, αφαιρεί τα

κλινοσκεπάσματα αυτής και την αφήνει σκεπασμένη με το σεντό-
νι μέχρι τη στιγμή του τοκετού. Φορά ποδοκνημίδες στην επί-
τοκο και τοποθετεί στη θέση που πρέπει ειδική σκοραμίδα το-
κετού.

Εκτός από τα πιά είναι απαραίτητα να έχει προετοιμάσει και
τα εξής:

Δύο λεκάνες αποστειρωμένες. Στη μία πρέπει να υπάρχει αντιση-
πτική διάλυση για την πλύση των χεριών του γιατρού και της
αδελφής. Η άλλη είναι απαραίτητη για την τοποθέτηση του πλακού-
ντα.

Ενας κουβάς για τα ακάθαρτα.

Ενα ποτήρι με αντισηπτική διάλυση και λαβίδα αποστειρωμένη
για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

Ενα φιαλίδιο με χειρουργική ντετόλ.

Ενα δοχείο με αποστειρωμένο νερό, για την πλύση των εξωτερι-
κών γεννητικών οργάνων.

Ενα ειδικό τραπέζι για την τοποθέτηση του απαραίτητου χειρουρ-
γικού υλικού, το οποίο περιέχεται σε ειδικό σετ τοκετού δη-
λαδή:

Δύο λαβίδες Κόχερ για τηναπολίνωση του ομφάλιου λώρου.

Δύο θυριδωτές λαβίδες, οι οποίες χρησιμοποιούνται για τον
καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων

Μια χειρουργική λαβίδα

Ενα ψαλίδι

Ενα βλενοκατοχο και βελόνες ραφής τραύματος καθώς επίσης και
ράμματα ραφής.

Ένα νεφροειδές, τολύπια βάμβακος, γάζες, ειδικό κλιπς για τον ομφάλιο λώρο, τετράγωνα μεγάλα κι ένα μικρό για την υποστήριξη του περινέου κατά την στιγμή της εξόδου του εμβρύου.

Απαραίτητα πρέπει να υπάρχουν αποστειρωμένα γάντια, μάσκες και μπλούζες για τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

Για το νεογνό η Αδελφή πρέπει να προετοιμάσει την κούνια του με κατάλληλα τοποθετημένη αποστειρωμένη πετσέτα και αδιάβροχο. Εκτός απ' αυτό απαραίτητα πρέπει να έχει προμηθευτεί κολλύριο πενικιλίνης ή νιτρικού αργύρου για την ενστάλλαξη αυτού στα ματια του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό, προληπτικά για το φόβο μόλυνσης από γονοκοκκιο-γονοκοκκική σφθαιμία αν συμβεί να πάσχει η μητέρα από γονοκοκκική κολπίτιδα.

Μετά την πιο πάνω προετοιμασία και παρακολούθηση της επιτόκου και εφόσον η εξώθηση προχωρεί φυσιολογικά, ετοιμάζεται ο γιατρός και η Αδελφή, όπως ακριβώς θα ετοιμαζόταν για το χειρουργείο για κάθε χειρουργική επέμβαση. Στη συνέχεια προβαίνει στην εκτέλεση του τοκετού.

Αμέσως μετά την γέννηση του νεογνού ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια προβαίνουν στις πιο κάτω ενέργειες:

-Στον καθαρισμό των ανωτέρων αναπνευστικών οδών από τα υγρά και τις βλέννες τα οποία παρεμποδίζουν την αναπνοή του νεογνού με ειδικό καθετήρα αναρροφήσεως.

-Στη συνέχεια γίνεται η διαπίστωση του φύλου του νεογνού κι αμέσως τοποθετείται η ταυτότητα στο δεξί χέρι αυτού.

-Στην απολίνωση ή περίδεση του ομφάλιου λώρου

- Στην ενστάλλαξη κολυβρίου πενικιλλίνης ή νιτρικού αργύρου
- Στην επισκόπηση του νεογνού για να διαπιστωθεί η αρτιμέλεια του
- Χροιά του δέρματος του νεογνού
- Στην παρακολούθηση της αναπνοής του νεογνού. Η αναπνοή μετά τον τοκετό είναι ακανόνιστη. Μιά όμως βαρεία και ρογχώδης αναπνοή ενδέχεται να προέρχεται από απόφραξη των αναπνευστικών οδών από εκκρίσεις οι οποίες πρέπει να απομακρυνθούν.
- Στην επισκόπηση της κεφαλής. Για τυχόν υπάρχουσα υδροκεφαλία, μικροκεφαλία καθώς και ανωμαλίες των ραφών και των πηγών του κρανίου
- Στην επισκόπηση του προσώπου και του στόματος
- Στην εξέταση της ράχως, της καλίας και των άκρων του νεογνού
- Στην εξέταση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και των δακτύλων.

Μετά την επισκόπηση του νεογνού και τις φροντίδες γι' αυτό η Νοσηλεύτρια στρέφει και πάλι την προσοχή της προς την λεχωίδα μητέρα. Μετά την αποκόλληση και αποβολή του πλακούντα, ελέγχει με προσοχή την ακεραιότητα αυτού καθώς και των υμένων του, όπως επίσης αν υπάρχει παραπλακούς. Εάν δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα γίνεται στη λεχωίδα ένεση για να επιτευχθεί η σύσπαση της μήτρας, για πρόληψη της αιμοραγίας απ' αυτή.

Στη συνέχεια γίνεται επισκόπηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της λεχωίδος. Ακολουθεί καθαρισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και κάλυψη αυτών με αποστειρωμένη γάζα και τετράγωνο. Η Αδελφή δεν παραλείπει να παρακολουθεί την γενική κατάσταση της λεχωίδος για τυχόν επιπλοκές και φροντίζει για

την εξασφάλιση της άνεσης και της καθαριότητας αυτής γενικά.
Η λεχвіδα και το νεογνό παραμένουν στην αίθουσα τοκετών για
3 ώρες περίπου όπου παρακολουθούνται η πορεία της γενικής
κατάστασης. Στη συνέχεια μεταφέρονται στο τμήμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Η νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής βρίσκεται συνεχώς κοντά στην επίτοκο και φροντίζει ώστε αυτή να βρίσκεται υπό την επήρεια αντιυπερτασικών, αντισπασμωδικών και ηρεμιστικών φαρμάκων. Παρακολουθεί πολύ συχνά τα ζωτικά σημεία και ελέγχει την πορεία της αναισθησίας που της χορηγήθηκε. Βοηθά το γιατρό εάν χρειασθεί και φροντίζει ώστε να τηρούνται μέσα στην αίθουσα όλα τα μέτρα αντισηψίας.

Μετά την γέννηση του νεογνού η νοσηλεύτρια ή ο γιατρός παραλαμβάνει το έμβρυο, ελέγχει την γενική του κατάσταση και εκτελεί όλες τις ενέργειες που κάνει και στο φυσιολογικό τοκετό.

Μετά την καισαρική τομή η νοσηλεύτική φροντίδα της λεχωίδος είναι συνδυασμένη φροντίδα χειρουργημένης και λεχωίδος.

Η χειρουργημένη παραμένει στη μονάδα ανάνηψης μέχρι να τελειώσει η ενδοφλέβια έγχυση που συνήθως είναι DEXTROSE 5%. Τοποθετείται στην πλάγια θέση με μαξιλάρι πίσω από τους ώμους.

Η μαία ελέγχει και καταγράφει το σφυγμό κάθε 15 λεπτά και την Α.Π. Ελέγχει για αιμοραγία από τα τραύμα και τα γεννητικά όργανα και εάν η μήτρα είναι συσπασμένη.

Αφού η μητέρα μεταφερθεί στο δωμάτιό της κι έχει συνέλθει τελείως από τη νάρκωση, μετά από έγκριση του γιατρού, δίνεται ένα ηρεμιστικό που μπορεί να επαναληφθεί μετά από 6-8 ώρες για να είναι ήρεμη και να κοιμηθεί καλά την πρώτη νύχτα.

Ο σφυγμός, η θερμοκρασία, αναπνοές και Α.Π. ελέγχονται πολύ συχνά.

Η λεχωίδα μπορεί να έχει μόνιμο καθετήρα ουροδόχου κύστης οπότε πρέπει να ελέγχεται εάν λειτουργεί. Εφόσον δεν υπάρχει γίνεται προσπάθεια για ούρηση γιατί πρέπει να στέλνονται τα ούρα για εξέταση λευκώματος.

Η χειρουργημένη πρέπει να αλλάζει θέση κάθε δύο ώρες (αριστερή, πλάγια, ύπτια, δεξιά, πλάγια), να γίνονται συχνά μαλάξεις στην πλάτη, περιποίηση στόματος και πλύσεις γεννητικών οργάνων.

Το πρώτο 24ωρο η λεχωίδα μπορεί να παίρνει υγρά από το στόμα σε μικρές ποσότητες είτε έχει ενδοφλέβια έγχυση είτε όχι.

Τη δεύτερη μέρα εάν η κατάσταση της είναι καλή μπορεί να σηκωθεί για να κάνει μερικά βήματα. Ο φυσικοθεραπευτής θα της κάνει ασκήσεις αναπνοής και κάτω άκρων, που πρέπει να επαναλαμβάνει συχνά όσο μένει στο κρεβάτι. Της χορηγείται ηρεμιστικό κάθε 6-8 ώρες εάν χρειάζεται.

Την τρίτη μέρα δίνεται ένα κλίσμα ή υπόθετο εφόσον η γυναίκα δεν έχει κένωση.

Τα μισά ράμματα αφαιρούνται την έκτη μέρα.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Το άτομο το οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από τοξιναιμία κύησης βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό.

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

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

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

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

Αλλά τι ρόλο παίζει ο συναισθηματικός παράγοντας και το ψυχικό αδιέξοδο στο οποίο βρίσκεται μια γυναικολογικής φύσεως ασθενής και ειδικότερα με τοξιναιμία κύησης;

Από τη στιγμή που η ασθενής θα μάθει για την κατάστασή της διακατέχεται από φόβο και πανικό και συγχρόνως από ένα σωρό ερωτηματικά:

Πόσο σοβαρή είναι η κατάστασή μου; Τι είδος θεραπείας θα ακολουθησω; Θα εγχειρισθώ; Θα υποφέρω; Έχω ελπίδες; Θα ζήσω; Θα πεθάνω; Το παιδί μου τι θα γίνει;

Κι εδώ αξίζει να ανφέρουμε πόσο τραγική είναι η θέση της ασθενούς, όταν είναι ακόμα νέα και πολύ περισσότερο όταν ακόμα δεν έχει κάνει παιδιά.

Η νοσηλεύτρια αποτελεί τη θέση "κλειδί" για την ψυχική ισορροπία της ασθενούς σ' αυτό το σημείο. Οφείλει να προβλέπει κάθε αντίδρασή της, να είναι συνέχεια στο πλευρό της, προλαμβάνοντας κάθε επιθυμία της, να τη συμβουλεύει και να την ενημερώνει σωστά σχετικά με την κατάστασή της και πάντα σε συνενόηση με το γιατρό, και τέλος να τη βοηθήσει να ξεπεράσει τους φόβους της και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον.

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, συνήθως αποτελεί την πρώτη αντίδραση της ασθενούς σ' αυτή. Αυτή που ξεχείλιζε πριν λίγο καιρο από ζωή, δεν είναι δυνατό να βρίσκεται τώρα καθηλωμένη σ' ένα κρεβάτι με αμφίβολες ελπίδες της ζωής της, της ζωής του παιδιού της. Της είναι αδύνατο να δεχτεί το γεγονός ότι θα χάσει το παιδί της, ένα παιδί που τόσο ποθούσε.

Η νοσηλεύτρια, πρέπει να στέκεται δίπλα της, να παρατηρεί τη συμπεριφορά της και τις κινήσεις της, γιατί μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή της από το γιατρό και

να της δίνει κουράγιο λέγοντάς της πως όλα αυτά είναι περαστικά και πως γρήγορα θα ξαναρχίσει να ζει φυσιολογικά όπως πριν, μέσα στο σπίτι της κι ανάμεσα στους δικούς της.

Μετά την άρνηση εμφανίζεται συνήθως ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς, τα μέλη της ομάδας υγείας κλπ., εκδηλώνεται συνήθως με αντιδραση και απαιτητική συμπεριφορά. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να θυσιάζεται ώστε να εκπληρώσει όλες τις επιθυμίες της.

Κι όσο για τους δικούς της, αυτοί ευθύνονται κι αυτοί την οδήγησαν σ' αυτή την κατάσταση. Τους κατηγορεί για πράγματα τα οποία δεν υφίστανται κι αλλοίμονο αν τολμήσουν να δείξουν μπροστά της τον οίκτο τους.

Η τρίτη φάση που διέρχεται η ασθενής μας είναι της συνδι-αλλαγής, κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμη και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα να πετύχει τη θεραπεία της αρρώστιας της και τη γρήγορη αποκατάσταση.

Είναι η περίοδος που αρχίζει να συνηθαιτοποιεί την κατάστασή της κι αν υπάρχουν ελπίδες, είναι διατεθειμένη να κάνει οτι της πουν, αρκεί να γίνει καλά και να ξαναβρεί τον εαυτό της.

Αν σε περίπτωση χάσει μόνο το παιδί της και καλύτερεύει η υγεία της τότε η νοσηλεύτρια συζητά μαζί της όλα της τα προβλήματα και προσπαθεί να της τονώσει το ηθικό λέγοντάς της οτι πρέπει να θεωρεί τον εαυτό της τυχερό που ξεφυγε το μεγάλο κίνδυνο και μπορεί να συνεχίζει τη ζωή της. Της τονίζει οτι η ζωή δεν σταματά μπροστά σε μιά κακοτοπιά της τύχης και της δίνει ελπίδες για ένα νεό ξεκίνημα, για οικογένεια ενώ παράλληλα

της τονίζει ότι υπάρχουν κι άλλα ενδιαφέροντα στη ζωή. Ο άντρας της και τα παιδιά της αν έχει οικογένεια έχουν έντονα την ανάγκη της. Η δουλειά της έχει μεγάλη σημασία γι' αυτήν και γενικά υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ανάγκη από τη βοήθειά της, είτε στον επαγγελματικό είτε στον κοινωνικό και οικογενειακό χώρο. Η συμμετοχή της ασθενούς σε καινούργιες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα θα τη βοηθήσουν να ηρεμήσει και να ξεχάσει το πρόβλημά της.

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

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

Τα συναισθήματα αυτά, για να τα αποκτήσει η ασθενής χρειάζεται τη βοήθεια της πεπειραμένης και πρόθυμης νοσηλεύτριας που ενδιαφέρεται πραγματικά γι' αυτήν και που την πλησιάζει με κατανόηση υπομονή κι αγάπη.

Στη συνέχεια παρουσιάζω ένα συγκεντρωτικό πίνακα με τα προβλήματα που παρουσιάζει η ασθενής, τους αντικειμενικούς σκοπούς που θέτει η νοσηλεύτρια και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Προβλήματα του αρρώστου	<u>Αντικειμενικοί Σκοποί</u>	Αποτέλεσμα
1) Υπέρταση	α. Συνεχής λήψη Α.Π. β. Χορήγηση αντιυπερτασικών όταν η πίεση παραμένει ψηλή. γ. Σε περίπτωση χορήγησης ορού με αντιυπερτασικό φάρμακο παρακολουθείται η ροή για τυχόν απότομη πτώση της Α.Π.	Πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα
2) Οιδήματα	α. Μέτρηση βάρους σώματος για έλεγχο του οιδήματος β. Χορήγηση διουρητικών κατόπιν εντολής γιατρού. γ. Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων Κ, Na για τυχόν κατακράτηση Na. δ. Έλεγχος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και καταγραφή τους.	Υποχώρηση οιδημάτων
3) Λευκωματουρία	α. Λήψη ούρων για λευκωματουρία και έλεγχο νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη-ουρία-ουρικό οξύ) β. Λήψη σε τακτικά χρονικά	Πρόληψη λευκωματουρίας και διάγνωση της.

Προβλήματα του αρρώστου	Αντικειμενικοί Σκοποί	Αποτέλεσμα
4) Ολιγουρία	<p>διαστήματα και Α.Π. γιατί η λευκωματουρία εμφανίζεται σχεδόν πάντα μετά τα ανωτέρω.</p> <p>α. Προσδιορισμός αποβαλλόμενων ούρων γιατί υπάρχει περίπτωση να εξελιχθεί σε ανουρία το οποίο αποτελεί ένδειξη επιδεινώσεως της κατάστασης.</p> <p>β. Χορήγηση υγρών.</p> <p>γ. Εισαγωγή καθετήρα ουροδόχου κύστεως (Προσοχή για τυχόν μολύνσεις)</p>	<p>Έλεγχος των αποβαλλόμενων ούρων και πρόληψη ανουρίας.</p>
5) Υψηλή θερμοκρασία μετά την εμφάνιση εκλαμπτικού παροξυσμού	<p>α. Τακτική λήψη θερμοκρασίας και αναγραφή σε διάγραμμα.</p> <p>β. Χορήγηση αναλγητικών και αντιπυρετικών φαρμάκων.</p>	<p>Επίτευξη σταθερής θερμοκρασίας</p>
6) Εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας	<p>α. Συχνό καρδιολογικό έλεγχο με τη λήψη ΗΚΓ/φθήμετος</p> <p>β. Απαραίτητος ο έλεγχος σε περίπτωση που θέλουμε να χορηγήσουμε αντιυπερτασικά φάρμακα (β-αναστολείς)</p>	<p>Πρόληψη καρδιακής ανεπάρκειας</p>
7) Αλλοιώσεις του οφθαλμού	<p>α. Οφθαλμολογικός έλεγχος. Είναι πολύ σημαντικός γιατί θα</p>	<p>Πρόληψη οφθαλμολογικών επι-</p>

Προβλήματα του αρρώστου	Αντικειμενικοί Σκοποί	Αποτέλεσμα
8) Ανάπαυση	<p>μας δείξει αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς χιτώνα, οίδημα, σπασμό, αιμορραγία.</p> <p>α. Το δωμάτιο δεν πρέπει να είναι σκοτεινό αλλά να έχει αρκετό φως για να φαίνονται οι αλλαγές στο χρώμα και οι συσπάσεις στο πρόσωπο.</p> <p>β. Η καλύτερη θέση στο κρεβάτι είναι η ημιπρηνής, ή πλάγια (δεξιά και αριστερά) γιατί έτσι διευκολύνεται η λειτουργία των νεφρών.</p> <p>γ. Απαραίτητη για τη νοσηλεία είναι η ησυχία, γιατί απομακρύνονται οι πηγές θορύβου το τηλέφωνο, το κουδούνι. Οι επιφάνειες των επίπλων καλύπτονται με ύφασμα ώστε ότι ακουμπά πάνω να μην κάνει θόρυβο.</p>	<p>πλοκών</p> <p>Προαγωγή της ανάπαυσης της ασθενούς και της ανεσής της</p>
9) Παροξυσμοί εκλαμψίας	<p>α. Εκτίμηση ύπαρξης παροξυσμών.</p> <p>β. Υπαρξη απώλειας συνείδησης</p>	

Προβλήματα του αρρώστου	Αντικειμενικοί Σκοποί	Αποτέλεσμα
10) Τραυματισμοί λόγω εκλαμπτικού παροξυσμού	<p>γ. Εκτίμηση ύπαρξης συμπτωμάτων και διαχωρισμός των τριών φάσεων από τις οποίες περνά ο παροξυσμός της εκλαμψίας.</p> <p>α. Στα πλαϊνά του κρεβατιού τοποθετούνται κάγκελα τα οποία καλύπτονται με μαξιλάρια όπως κι από την πλευρά του κεφαλιού. Εάν δεν υπάρχουν κάγκελα στο κρεβάτι σπρώχνεται ώστε η μία πλευρά ν'ακουμπά στον τοίχο και στην άλλη πλευρά τοποθετούνται άλλα εμπόδια π.χ. καρέκλες.</p> <p>β. Σε αποφυγή τραυματισμού της γλώσσας πρέπει η νοσηλεύτρια να έχει πρόχειρο έναν ελαστικό στοματοδιαστολέα που θα τοποθετήσει ανάμεσα στα δόντια μόλις διαπιστώσει τα προειδοποιητικά σημεία του σπασμού. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αντικείμενα που μπορεί να δαγκώσει και να τα κόψει η γυναίκα.</p>	Πρόληψη τραυματισμών από την ύπαρξη σπασμών

Προβλήματα του
αρρώστου

Αντικειμενικοί Σκοποί

Αποτέλεσμα

	<p>γ. Η αεροφόρος οδός πρέπει να διατηρείται καθαρή ώστε να αναπνέει ελεύθερα η έγκυος</p> <p>δ. Λαμβάνονται συχνά η Α.Π., θερμοκρασία, αναπνοές και εμβρυικοί καρδιακοί παλμοί.</p> <p>ε. Τοποθετείται μόνιμος καθετήρας ουροδόχου κύστεως και εξετάζονται τα ούρα για λεύκωμα, χολεριθρίνη, ερυθρά αιμοσφαίρια, κυλινδρους.</p> <p>στ. Ετοιμο πάνω στο κομοδίνο δίσκο με υλικό για ενδοφλέβια ένεση και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p> <p>ζ. Τροχήλατο με τα απαραίτητα για τοκετό υποδοχή και ανάληψη νεογνού.</p> <p>Εφ' όσον σταματήσουν οι σπασμοί και μετά από 48 ώρες, σταματά η χορήγηση ηρεμιστικών ώστε να επαναποκτήσει η γυναίκα τις αισθήσεις της.</p>	
<p>11) Ψυχολογικές επιπτώσεις από τη νό-</p>	<p>α. Διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ αρρώ-</p>	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη θα της</p>

Προβλήματα του αρρώστου	Αντικειμενικοί Σκοποί	Αποτέλεσμα
σο	<p>α.Ενθάρυνση του αρρώστου να εκφράσει τα συναισθήματα του όποια κι αν είναι αυτά</p> <p>β.Χορήγηση ηρεμιστικών για κατακόλωση του άγχους του αρρώστου.</p>	<p>ανυψώσει το ηθικό και θα της καταπολεμήσει το άγχος.Σιγά σιγά η κατάσταση θα διορθωθεί.</p>

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VII

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟΣΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟ-
ΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μετά την εισαγωγή ασθενούς στο νοσοκομείο κι αφού τοποθετηθεί σε κλίνη και θάλαμο καταστρώνεται το πρόγραμμα της Ν.Δ. τόσο σε κατά ημέρα σχέδιο όσο και σε γενικότερο επίπεδο νοσηλείας.

Σε γενικότερο επίπεδο η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει την προεγχειρητική (έμμεση και άμεση) προετοιμασία, την εγχείρηση, την μετεγχειρητική παρακολούθηση και την τελευταία αξιολόγηση της άρρωστης.

Η Ν.Δ. σε καθημερινό επίπεδο περιλαμβάνει την αξιολόγηση του αρρώστου τον προγραμματισμό της νοσηλείας ή διαφόρων άλλων ενεργειών, την εφαρμογή των προγραμματισθέντων μέτρων και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας.

Η αξιολόγηση αφορά κάθε ανάγκη ή πρόβλημα του αρρώστου που αντιλαμβανόμαστε είτε αντικειμενικά είτε υποκειμενικά.

Ο προγραμματισμός αφορά είτε ενέργειες ρουτίνας (π.χ. εξετάσεις εργαστηριακές) είτε αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών (π.χ. SHOCK)

Η εφαρμογή αφορά την εκτέλεση κάθε νοσηλευτικής ενέργειας με θεραπευτικό, ανακουφιστικό ή άλλο σκοπό.

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων αφορά την βραχυπρόθεσμη, μεσοπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της παρέμβασης μας στη πορεία του αρρώστου.

Επειδή το σύστημα της Ν.Δ. είναι ανοικτό και ενέλικτο πιθανόν τα στάδια να μην χωρίζονται αμιγώς μεταξύ τους.

Περιστατικό 1

Ασθενής, μητέρα 21 ετών με ηλικία κυήσεως 35W, προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με κύριο ενόχλημα υπέρταση και οιδήματα των άκρων. Ο γιατρός κάνει εισαγωγή της μητέρας στη μαιευτική κλινική με διάγνωση τοξιναιμία κυήσεως, προκειμένου να υποστεί πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο για να καθοριστεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

1η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η ασθενής παραλαμβάνεται από τις νοσηλεύτριες της κλινικής και οδηγείται σε θάλαμο μονόκλινο μακριά από θορύβους για να μην ενοχλείται η ασθενής. Ο φωτισμός στο δωμάτιο δεν πρέπει να είναι μεγάλος και να αυξομειώνεται απότομα. Πρέπει να είναι σε τέτοια ένταση ώστε η Νοσηλεύτρια να βλέπει να κάνει τις παρατηρήσεις της, τις εξετάσεις, τη νοσηλεία.

Η αξιολόγηση της άρρωστης έγινε βάσει του ιστορικού και των κλινικών πληροφοριών που τη συνόδευσαν από τα εξωτερικά ιατρεία. Επρόκειτο για μία έγκυο 21 ετών με ηλικία κυήσεως 35W. Στο γυναικολογικό ιστορικό η μητέρα αναφέρει ότι η πρώτη έμμηνος ρύση άρχισε στην ηλικία των 14 ετών με διάρκεια 30 ημερών. Επίσης αναφέρει ότι δεν έπαιρνε αντισυλληπτικά, δεν είχε ακράτεια ούρων και άλγος κατά την επαφή και τέλος ότι δεν είχε κάνει τεστ PAP. Στο μαιευτικό ιστορικό δεν αναφέρει προηγούμενο τοκετό, ούτε καισαρική τομή, έκτρωση και απόξεση. Ακόμη δεν αναφέρει αλλεργία στα φάρμακα. Η ασθε-

νης ήλθε με κύριο ενόχλημα άνοδο της Α.Π. και οιδήματα των άκρων.

Μετά την αξιολόγηση προγραμματίσθηκαν οι εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να κάνει η ασθενής την άλλη μέρα. Ακόμη δόθηκε εντολή να μην χορηγηθεί τίποτε την επόμενη μερα πριν την αιμοληφία. Το βράδυ της δόθηκε ελαφρά δίαιτα.

2η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η άρρωστη είχε μια σχετική ανησυχία κατά την διάρκεια της νύχτας η οποία οφειλόταν στην παραμονή της για πρώτη φορά σε νοσοκομείο και η οποία αντιμετωπίστηκε με 1 TABL VALIUM.

Το πρωί έγινε η αιμοληφία από τη μεσοβασιλική φλέβα χωρίς κανένα πρόβλημα και χωρίς καποια αντίδραση από την άρρωστη. Οι εξετάσεις που ελήφθησαν ήταν: Κάλιο, Νάτριο, ουρία, γλυκόζη, ουρικό οξύ, τρανσαμινάσες, ΗΤ, λευκά, λεύκωμα ούρων και εξέταση ούρων 24ωρου για λεύκωμα.

Η Α.Π. ήταν 165/125 ΜΜΗΓ. Η θερμοκρασία της κυράνθηκε στα κανονικά επίπεδα.

Την ίδια μέρα λαμβανονται και οι απαντήσεις των εξετάσεων που είναι: Κ:3,7 Να:148 ουρία:7ΜΓ% Γλυκόζη 52ΜΓ% ουρικό οξύ 4,6 ΜΓ% SGOT :15 SGPT:1 ΗΤ:38% Λευκά:11.000 Λεύκωμα:14ΜΓ%. Στα ούρα του 24 ώρου το λεύκωμα ήταν 196ΜΓ% Μετά από εντολή γιατρού χορηγήθηκε ορός DEXTROSE 5% 1000CC.

3η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Συνεχίζει η ασθενής να παίρνει ορό DEXTROSE 5% 1000CC. Η Α.Π. όμως σημείωσε αύξηση 170/120ΜΜΗΓ. Ειδοποιήθηκε ο γιατρός ο οποίος έδωσε εντολή να χορηγηθούν 2 AMP NEPRESOL στον ορό. Η θερμοκρασία είναι στα κανονικά επίπεδα.

4η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Αυτή την ημέρα η Α.Π. δεν σημείωσε μεταβολή αλλά παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα, ενώ παράλληλα από τις εξετάσεις στα ούρα διαπιστώθηκε πρωτεϊνουρία, πράγμα που σήμαινε ότι η εγκυμοσύνη δεν έπρεπε να προχωρήσει πέρα των 37W γιατί υπήρχε κίνδυνος εμβρυοπλακουντικής δυσλειτουργίας. Έτσι αποφασίστηκε η μητέρα να μπει στο χειρουργείο για να γίνει προκλήση τοκετού, με ενδοφλεβιακή χορήγηση OXYTOCINE χρησιμοποιώντας συσκευή αργής ροής.

Τη στιγμή αυτή η μητέρα, βλέποντας ότι κάτι δεν πάει καλά με την εγκυμοσύνη της, αρχίζει ν' ανησυχεί και να φοβάται και παράλληλα να ρωτά συνεχώς το γιατρό που την παρακολουθεί και το νοσηλευτικό προσωπικό για το τι θα γίνει.

Εδώ το "κύριο κλειδί" για την ηρεμία της ασθενούς αποτελεί η νοσηλεύτρια, η οποία με το δικό της τρόπο θα μπορέσει να την καθησυχάσει και θα της δώσει να καταλάβει ότι δεν συμβαίνει τίποτα και ότι δεν πρέπει να στεναχωριέται γιατί έτσι δημιουργεί χειρότερα προβλήματα τόσο στον εαυτό της όσο και στο έμβρυο. Προσπαθεί με κάθε τρόπο να την πείσει ότι η κατάστασή της θα διορθωθεί και ότι δεν θα έχει κανένα πρόβλημα μετά τον τοκετό. Επίσης τη βοηθά ψυχολογικά έτσι ώστε να μπορέσει ν' αντιμετωπίσει την κατάσταση της με ηρεμία και προπάντων ψυχραιμία. Ακόμη της εξηγεί ότι για το πρόβλημά της θα πάρει την κατάλληλη θεραπεία και θα γίνει καλά. Όμως για να έχει επιτυχία σ' όλα αυτά η νοσηλεύτρια θα πρέπει με ωραίο και ξεχωριστό τρόπο που

θα εκλέξει εκείνη να δημιουργήσει κλιμα εμπιστοσύνης απέναντι στην ασθενή έτσι ώστε να πάρει κουράγιο και να δεχτεί τις περαιτέρω εξετάσεις και την κατάλληλη φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή και νοσηλευτική φροντίδα με θάρρος και υπομονή.

Κατόπιν έγινε έλεγχος για τα ζωτικά σημεία, ευπρεπισμός των γεννητικών οργάνων και ντύθηκε με τη ρόμπα χειρουργείου και τα ποδονάρια.

Στις 12.00 το μεσημέρι της τοποθετήθηκε ορός DEXTROSE 5% 1000CC με 1 AMP OXYTOCINE σε μία περιφερική φλεβοκέντηση.

Στις 3.00 μ.μ. η ασθενής μπαίνει στην αίθουσα τοκετών. Καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει ώστε η μητέρα να βρίσκεται υπό την επίδραση αντιϋπερτασικών, αντισπασμωδικών και ηρεμιστικών φαρμάκων. Επίσης βρίσκεται συνεχώς κοντά της και παρακολουθεί αυτή και το έμβρυο γιατί και οι δύο διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο.

Τελικά η μητέρα με αρχόμενη διαστολή τραχήλου 2 CM γεννά φυσιολογικά κοριτσάκι με βάρος 2.100 KGR.

Μετά τον τοκετό η μητέρα μεταφέρεται στο δωμάτιό της όπου τοποθετείται στο κρεβάτι, στην κατάλληλη θέση. Ο γιατρός ορίζει τη θεραπευτική αγωγή που περιλαμβάνει: AMPICILLINE 1x4 (χορηγείται ως αντιβίωση), CALCIPAPINE 5.000x2 (θεωρείται αντιθρομβωτικό), NEPRESOL 1x4 (είναι υπερτασικό αλλά ταυτόχρονα δημιουργεί αγγειοχάλαση), DIPERGON 1x2 (με το φάρμακο αυτό επιτυγχάνουμε απογαλακτισμό), STEDON 1x1 (ως ηρεμιστικό) και DEXTROSE 5% 1000CC x1 και RINGERS 1000CC x1 (ο ορός RINGERS χρησιμοποιείται μετά τον τοκετό σε περίπτωση απώλειας αίματος)

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται συνεχώς κοντάστη λεχωίδα. Ελέγχει την κατάστασή της για άμεση αντιμετώπιση σε περίπτωση που θα παρουσιαστεί κάποια επιπλοκή, παίρνει την Α.Π. ανά 1 ώρα, τις σφύξεις, τη θερμοκρασία και ελέγχει τις συσπάσεις της μήτρας. Επίσης φροντίζει κάθε φορά που ουρεί η μητέρα να στέλνονται τα ούρα στο μικροβιολογικό εργαστήριο προκειμένου να ελέγχονται για λεύκωμα.

5η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ : Κατά την πρωινή διευθέτηση της κλίνης η άρρωστη σηκώθηκε και με τη βοήθεια δύο αδελφών έκανε ελαφρύ βηματισμό στο διάδρομο της κλινικής.

Κατόπιν έγινε περιποίηση της άρρωστης, η πρωινή νοσηλεία, αλλαγή του ορού και της συσκευής και περιποίηση της φλεβοκέντησης.

Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία: Α.Π.: 150 | 100 MMHG, 82 σφ | MIN και η θερμοκρασία ήταν 37,2 C.

Στις 11.00 π.μ. ο γιατρός επισκέφθηκε τη λεχωίδα και βρήκε την κατάστασή της πολύ ικανοποιητική.

Την ημέρα αυτή δεν υπήρξε τίποτα νεότερο.

6η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η ημέρα αυτή είχε το ίδιο περίπου πρόγραμμα με την προηγούμενη. Εκτός από τη διευθέτηση της κλίνης και την πρωινή περιποίηση της άρρωστης έγινε η αιμοληψία, η χορήγηση των φαρμάκων, ο έλεγχος της ραφής των γεννητικών οργάνων και σε τακτά χρονικά διαστήματα ο έλεγχος των ζωτικών σημείων που κυμάνθηκε στα ίδια επίπεδα.

Ο εργαστηριακός αιματολογικός έλεγχος έδειξε φυσιολογικές τιμές. Τα οιδήματα της ασθενούς άρχισαν να υποχωρούν και η κατάστασή της καλύτερευε συνεχώς.

7η-8η-9η-10η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η νοσηλευτική διεργασία κατά τη διάρκεια αυτών των ημερών ήταν πανομοιότυπη. Πρω-

ινή περιποίηση της λεχωίδας, εφαρμογή θεραπευτικής και διαιτητικής αγωγής, έλεγχος ζωτικών σημείων και βοήθεια στην έγερση της ασθενούς.

Τελικά αποφασίστηκε από το γιατρό η έξοδος της λεχωίδας (αφού έγινε πρόσβατικός τοπικός και γενικός έλεγχος) μετά από 10 ημέρες συνολικής παραμονής και νοσηλείας.

Ο δικός μας ρόλος ήταν ενημέρωση της λεχωίδας. Το περιεχόμενο της ενημέρωσης περιλάμβανε: οδηγίες για σωστή διαίτα με κύρια έμφαση στην αποφυγή λιπών και οδηγίες ως προς τη γενική καθαριότητα του σώματος.

Περιστατικό 2

Μητέρα 26 ετών με εγκυμοσύνη 29W στις 26|2|90 επισκέπτεται το γυναικόλογο της και του αναφέρει ότι ήταν εμπύρετη από 6 ημερών με πυρετό (38 C) κι ότι από μόνη της πήρε BUSCOPAN να καταστείλει τον πυρετό. Ο πυρετός έπεσε αλλά επέμεναν οι κοιλιακοί πόνοι. Ο γυναικολόγος της την εξέτασε και της συνέστησε κι αυτός BUSCOPAN. Την επόμενη μέρα λαμβάνοντας αυτή τη φαρμακευτική αγωγή πέρασαν οι κοιλιακοί πόνοι αλλά άρχισαν κεφαλαλγίες τύπου ημικρανίας και αυχένα. Ακόμη κατά την έγερσή της από το κρεβάτι ένοιωθε θάμβος οράσεως κι όταν ξάπλωνε βελτιωνόταν η όρασή της.

Όλα αυτά τα συμπτώματα συνέχισαν όλη τη νύχτα και το πρωί πήγε στο νοσοκομείο της περιοχής όπου διαπιστώθηκε υπέρταση, απώλεια όρασης, γενικευμένα οίδηματα, πίεση συστολική 160|180 MM HG και διαστολική 100|110 MMHG. Έτσι έγινε εισαγωγή στη Μαιευτική κλινική με διάγνωση τοξιναιμία κυήσεως.

1η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η ασθενής παραλαμβάνεται από τις νοσηλεύτριες και τοποθετείται σε θάλαμο μονόκλινο ήσυχου και φωτεινού. Η αξιολόγηση της έγινε βάσει του ιστορικού το οποίο περιλάμβανε:

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ: που ήταν καλό.

ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: έχει κάνει μόνο αμυγδαλεκτομή και δεν παρουσιάζει αλλεργίες

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ: αρχή εμμήνου ρύσης σε ηλικία 13 ετών με κύκλο 28 ημερών. Δεν αναφέρει άλγος κατά την περίοδο. Δεν ανφέρει χάπι αντισυλληπτικό κι αναφέρει ότι κάνει συχνά τεστ PAP.

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ: Πρωτότοκος χωρίς εκτρώσεις και αποξέσεις.

Σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών τοποθετείται καθετήρας και παίρνονται οι πρώτες εξετάσεις (γεν. αίματος, γεν. ούρων) Γίνεται μέτρηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου και της μητέρας που είναι θετικοί, μέτρηση Α.Π. και χορήγηση ΜΥ S04. Ειδοποιείται ο οφθαλμίατρος για οφθαλμολογική εξέταση ο οποίος δεν διεπίστωσε αλλοιώσεις στο βυθό.

2η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η ασθενής παρουσιάζει την ίδια κλινική εικόνα και η Α.Π. κυμαίνεται από 130/80-160/110 MM HG.

Χορηγείται πάλι ΜΥ S04 και ορός DEXTROSE 5%. Από τις εξετάσεις που πάρθηκαν διαπιστώνεται ΗΤ: 3,5%, χρόνος QUIC: 11,5 Κ+: 4,9 , Na+: 141 , ουρία: 30 , σάκχαρο: 71 και αυξημένο λευκωμα στα ούρα.

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται συνεχώς κοντά της και κάνει τις παρατηρήσεις της τις οποίες αναφέρει στον αρμόδιο γιατρό. Επίσης την τονώνει ψυχολογικά με ανάλογη συζήτηση και τρόπο που επιλέγει η ίδια.

3η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η κλινική εικόνα της ασθενούς παίρνει μια βαρύτερη μορφή. Η νοσηλεύτρια βρίσκεται στο πλευρό της ασθενούς και λαμβάνει την Α.Π. κάθε 1 ώρα. Προσέχει τη θέση της στο κρεβάτι ώστε να είναι ημιπρινή ή πλάγια και παίρνει συχνά σφύξεις και αναπνοές και θερμοκρασία. Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά και τα καταγράφει σε ειδικό διάγραμμα. Ακόμη προσέχει τις αλλαγές στο χρώμα του δέρματός της και τις συσπάσεις του προσώπου της. Αν δει κάτι που την ανησυχεί το αναφέρει αμέσως στο γιατρό για αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Προγραμματίζεται για την επομένη και δεύτερο τεστ εργαστηριακών εξετάσεων (γεν.

αίματος, γεν. ούρων, χρόνος προθρομβίνης, χολεριθρίνη, οφθαλμολογική εξέταση, ηλεκτρολύτες).

Η άρρωστη είχε μία σχετική ανησυχία κατά τη διάρκεια της νύχτας η οποία αντιμετωπίστηκε με μία TABL STEDON μετά την εντολή του γιατρού.

4η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Οι εξετάσεις έδειξαν:

χρόνος προθρομβίνης: 12,5'', PTT=38'', Ουρία: 26 MG% , χολεριθρίνη: 0,96 MG%. Αυξημένο λευκωμα στα ούρα HT=34%.

Την ασθενή επισκέφθηκε οφθαλμίατρος ο οποίος από την οφθαλμολογική εξέταση με την άμεση οφθαλμοσκόπηση δεν διαπίστωσε αλλοιώσεις στο βυθό.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την δίαιτα της ασθενούς η οποία θα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα, βιταμίνες και σίδηρο. Ακόμη λαμβάνει σε τακτά χρονικά διαστήματα την Α.Π. της ασθενούς και χορηγεί αντιυπερτασικά φάρμακα για την αντιμετώπισή της και ηρεμιστικά για την καταστολή του Κ.ΝΣ σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

Για την καταστολή του οιδήματος η Νοσηλεύτρια χορηγεί TABL TAXIS. Λαμβάνει συχνά το βάρος της εγκύου και ελέγχει την υποχώρηση των οιδημάτων. Επίσης φροντίζει για τη νηρεμία και την ξεκούρασή της, τα οποία επιτυγχάνονται με την αποφυγή των επισκέψεων και των συγκινήσεων. Τη βοηθά ψυχολογικά, την ενθαρρύνει και την παρηγορεί ώστε να μπορέσει να απαλύνει τον πόνο της και να τη βγάλει από το αδιέξοδο της κατάστασής της. Η έγκυος όμως ανησυχεί φοβερά για την κατάστασή της καθώς και την κατάσταση του εμβρύου καθώς

οι εξετάσεις συνεχίζονται να λαμβάνονται καθημερινά. Γι' αυτό η Νοσηλεύτρια βάσει της εμπειρικής και επιστημονικής της κατάρτισης προσπαθεί να πείσει τη μητέρα ότι δεν πρέπει να ανησυχεί για την κατάσταση της κι ότι με τις επιστημονικές και εργαστηριακές εξετάσεις δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο για την υγεία της.

Επίσης με πλάγιο τρόπο και σε συνεργασία με το γιατρό θα πρέπει να της δώσει να καταλάβει ότι σε ψηλό βαθμό τοξιναιμίας είναι δυνατό να χάσει το παιδί της χωρίς αυτό όμως να έχει επίπτωση σε άλλη εγκυμοσύνη της.

5η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Την ημέρα αυτή λαμβάνονται οι τελευταίες εξετάσεις που είναι: ΗΤ=37% ,Ινωδογόνο=9' , χρόνος προθρομβίνης:12,4'', ΡΤΤ=30'', Σάκχαρο:106 , Ουρία:42 MG%, Ουρικό οξύ=6,9% , Na=133%.

Η ασθενής κατέχεται από φοβερή ανησυχία και η Α.Π. σημειώνει μία μικρή άνοδο.

Η Νοσηλεύτρια βρίσκεται συνεχώς κοντά της.

6η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Μετά τις λαμβανόμενες εξετάσεις καθορίζεται ότι η αποβολή του εμβρύου θα γίνει με καισαρική τομή.

Η Νοσηλεύτρια κάνει την απαραίτητη προεγχειρητική ετοιμασία όπως σε μία εγχείρηση κοιλίας και προετοιμάζει ψυχολογικά την άρρωστη. Εγινε μια συζήτηση μαζί της και αποκάλυψε ότι τη φόβιζε ο παράξενος χώρος του χειρουργείου, με τα μεγάλα και πολλά περίεργα μηχανήματα. Η Νοσηλεύτρια της εξήγησε ότι όλα αυτά τα μηχανήματα δίνουν τη δυνατότητα να γίνονται καλές εγχειρήσεις και να προσφέρουν κάτι στον

ασθενή. Έτσι ένας χώρος απλός χωρίς κατι ιδιαίτερο δεν επι-
τρέπει να προσφέρουν κάτι ενώ με αυτά τα πολύπλοκα χει-
ρουργεία θεραπεύονται και σώζονται ανθρώπινες ζωές. Στην
εκτίμηση αυτών των εξηγήσεων η άρρωστη διαπιστώθηκε ότι
καθησυχάστηκε σημαντικά. Η συζήτηση αυτή έγινε με φιλικό
πνεύμα και με την παρουσία του συζήγου της.

Της χορηγήθηκαν ηρεμιστικά, αντιυπερτασικά και αντισπα-
σμοδικά φάρμακα, αφού έγινε έλεγχος των ζωτικών της σημείων
ντύθηκε με τη ρόμπα χειρουργείου και οδηγήθηκε στο χει-
ρουργείο με το φορείο καθώς επίσης και τον ατομικό της
φάκελο.

Κατά την ώρα της αφαίρεσης του εμβρύου η νοσηλεύτρια
λαμβάνει συχνά τα ζωτικά της σημεία. Μόλις γίνει η έξοδος
του εμβρύου καθορίζεται το φύλο και το βάρος του σώματός
του.

Στην περίπτωσή μας η ασθενής γέννησε αγόρι με βάρος σώ-
ματος 140 KGR. Το παιδί μπήκε στην εντατική παρακολούθηση
και κατόπιν εξετάσεων των γιατρών δεν κατάφερε να ζήσει
λόγω ελείψεως του κανονικού βάρους και λόγω μη ωριμάνσεως
του αναπνευστικού συστήματος.

Από την άλλη πλευρά η μητέρα οδηγήθηκε από την αίθουσα
χειρουργείου στο δωμάτιό της το οποίο είχε προετοιμαστεί
κατάλληλα. Από δίπλα της δεν λείπει η νοσηλεύτρια η οποία
παρέχει τις κατάλληλες νοσηλευτικές φροντίδες (μέτρηση Α.Π.,
σφύξεις, θερμοκρασία, έλεγχος συσπάσεων μήτρας, ούρα για έλεγ-
χο λευκώματος κλπ.) και κάνει τις παρατηρήσεις της για την
άμεση αντιμετώπιση σε περίπτωση εμφάνισης κάποιας επιλοκής.

Κυρίως όμως παρέχει ψυχολογική υποστήριξη για τη γρήγορη ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας της.

Τέλος ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να ενημερώσει τη μητέρα για το θάνατο του εμβρύου και θα της δώσει τις κατάλληλες οδηγίες για επόμενη εγκυμοσύνη.

Η νοσηλευτική κατά τη διάρκεια των επόμενων 6 ημερών που η λεχωίδα παρέμεινε στο νοσοκομείο περιελάμβανε: πρωινή περιποίηση της ασθενούς, περιποίηση της τομής, εφαρμογή θεραπευτικής και διαιτητικής αγωγής, έλεγχο ζωτικών σημείων και βοήθεια στην έγερση της ασθενούς.

Αφού έγινε εργαστηριακός έλεγχος και δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες σ' αυτή και στους οικείους της έγινε η έξοδος της από το νοσοκομείο με τις καλύτερες ευχές του προσωπικού για γρήγορη ανάρρωση.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο επίλογος αυτής της εργασίας είναι ταυτόχρονα και μία διαπίστωση και συμπέρασμα που βγαίνει απ'όλη τη μελέτη της: η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή θεραπεία και τέλος η σωστή ενημέρωση, θα καταστήσουν το πρόβλημα της τοξιναιμίας της κήσης μικρότερο και σε συχνότητα και σε βαθμό κινδύνου.

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής στο θέμα "Τοξιναιμία της κήσης" είναι τόσο σοβαρός και σπουδαίος, όσο είναι και ο ρόλος της ιατρικής στη θεραπεία του.

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς με τοξιναιμία κήσης έχει ήδη πάρει κάποιο δρόμο προς την πρόοδο χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης και διαφώτισης.

Ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να έχει τις κατάλληλες γνώσεις και την ανάλογη πείρα στη νοσηλεία της τοξιναιμίας και να ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα, όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών της ασθενούς.

Οι ευθύνες του Νοσηλευτή-τριας δεν περιορίζονται και δεν αφορούν μόνο το χώρο του Νοσοκομείου αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι όπου πραγματοποιείται η ουσιαστική αποκατάσταση και διαφώτιση της ασθενούς, καθώς και η πλήρης διαφώτιση του οικογενειακού και γενικότερα του άμεσου περιβαλλοντος της ασθενούς, σχετικά με την κατάσταση της, τον τρόπο αντιμετώπισής της και γενικά τον τρόπο συμπεριφοράς τους απέναντί της. Στα πλαίσια των ευθυνών και των ρόλων του της

Νοσηλεύτριας ανήκει ακι η διαφώτιση του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με την τοξιναιμία της κύησης και γύρω από την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωσή της.

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

Κάθε μήνα πρέπει να γίνονται οι κατάλληλες εξετάσεις οι οποίες μπορούν να προφυλαξουν την έγκυο από πολλούς και μεγάλους κινδύνους.

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

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

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

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Αλιβιζάτου-Μοσχοβάκη Ρ. "Στοιχεία Φυσιολογίας"

Εκδόσεις Γρ.Παρισιάνου Αθήνα 1984

Ζιάκας Γ. "Ιατρική" Έκδοση τέταρτη Αθήνα 1983

Τόμος 23ος Τεύχος 4ο

Κασκαρέλης Β.Δ. "Μαιευτική και Γυναικολογία" Α'τόμος

Τρίτη έκδοση Αθήνα 1983

Μούσουρα-Οικονόμου Α. "Μαιευτική Νοσηλευτική" Τμήματος

Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών- Πάτρα 1985

Μαργαρινού Μ.Α.-Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "Νοσηλευτική Παθολο-

γική Χειρουργική" Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελ-

φών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" Έκδοση ένατη Τόμος Β' Μέρος

2ο Αθήνα 1987

Παπανικολάου Α.Ν. "Μαιευτική" Θεσσαλονίκη 1983

Πέτρου Σ. "Σημειώσεις Στοιχειώδους Ανατομικής" Τμήματος

Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών-Πάτρα 1985

Πουγγούρα Π. "Μαιευτική-Γυναικολογία" Τμήματος Νοσηλευ-

τικής Θεσσαλονίκης Αθήνα 1986

Πυρπασόπουλος Μ. "Ιπποκράτης-Αριστοτελείου" Εκδόσεις Παθο-

λογικής προπαιδευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλο-

νίκης Τόμος 9ος Τεύχος 2ο Θεσσαλονίκη 1981

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΕΣ

Δημοτική βιβλιοθήκη Πατρών

Πάτρα Μαιζώνος 110

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών

Ειδικότητα ΣΕΥΠ.

