

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θ Ε Μ Α

Τ Ο Κ Ε Τ Ο Σ

- Επιπλοκές
- Θεραπευτική αντιμετώπιση
- Νοσηλευτική φροντίδα

Πτυχιακή Εργασία

Επιδασκλή:

ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥ

Υπεύθυνος Καθηγητής:

ΚΑΡΝΑΡΗΣ-ΑΝΔΡΕΑΣ



Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας:

1)

2)

3)

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής

Π ά τ ρ α : 1 9 9 1

ΑΦΙΘΥΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	423 B
-----------------------	-------

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ο

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	I
ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	1
Φυσιολογία.....	1
Κύηση.....	3
ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΟ.....	6
Διαφοροποιήσεις στο ωάριο.....	6
Καθορισμός φύλλου.....	6
ΤΟΚΕΤΟΣ.....	10
Επιπλοκές τοκετού.....	10
Ανώμαλη εμπέδωση κεφαλικής προβολής.....	17
Εγκάρσιο ή λοξό σχήμα.....	22
Ανωμαλίες της υστεροτοκίας.....	22
Θεραπευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών της υστεροτοκίας..	25
Επεμβάσεις που εκτελούνται κατά την διάρκεια του τοκετού.	27
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	33
Νοσηλευτικά καθήκοντα του διπλωματούχου Νοσηλευτή.....	33
Υποδοχή της επιτόκου.....	34
Νοσηλευτικά καθήκοντα κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού (στάδιο διαστολής).....	35
Νοσηλευτικά καθήκοντα κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού (στάδιο εξώθησης).....	37
Νοσηλευτικά καθήκοντα κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού (υστεροτοκία).....	39
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	44

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο άνθρωπος, άνδρας και γυναίκα, αποτελεί το κυρίαρχο ον στη γη και η διαιώνισή του γίνεται με τη λογική, τη σκέψη και την ελπίδα της δημιουργικότητας και της συνέχειας.

Αυτή η διαιώνιση πραγματοποιείται με την ιεροτελεστία της αναπαραγωγής.

Η αναπαραγωγή αυτή αρχίζει με τους ιερούς σπασμούς της σύλληψης που γίνεται με τη σύμπραξη των δύο φύλλων. Συνεχίζει στο σώμα της γυναίκας και τελειούται με τον τοκετό της.

Έτσι λοιπόν το πιο μεγάλο μέρος αυτής της αναπαραγωγής της διαιώνισης του ανθρωπίνου γένους ανήκει στη γυναίκα.

Εννέα ολόκληρους μήνες μεταβάλλεται το σώμα της σε φωλεά για την εξυπηρέτηση του παιδιού της που του δίνει τροφή, ζεστασιά, από το ίδιο της το σώμα. Του δίνει ζωή με στοργή και αγάπη, αλλά και φροντίδα τόσο στη διάρκεια της κύησης όσο και μετά τον τοκετό που αποτελεί το μεγαλείο της φύσεως για την αναπαραγωγή και τη συνέχιση της παρουσίας του ανθρωπού στον πλανήτη

## ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ

### ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας διαρείται: α) στο εξωτερικό και β) στο εσωτερικό.

α. Εξωτερικά: 1. εφηβαίο

όργανα: 2. μεγάλα χείλη

3. μικρά χείλη

4. κλειτορίδα

5. πρόδρομος κόλπου

6. δύο βολβοί προδρόμου

7. έξω στόμιο ουρήθρας

8. δύο αδένες του SKENE

9. δύο βαρθολίνεοι αδένες

10. παρθενικός υμένας

β. Εσωτερικά: 1. κόλπος

όργανα: 2. μήτρα

3. σάλπιγγες

4. ωοθήκες

Από τα προαναφερόμενα εσωτερικά όργανα ο κόλπος και ο τραχήλος της μήτρας μπορεί να ελεγχθούν με επισκόπησή διακτυλική εξέταση ενώ για τα υπόλοιπα απαιτείται γυναικολογική εξέταση, λαπαροτομία ή ενδοσκόπηση.

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Παρά την αλματώδη ανάπτυξη της Ιατρικής και των παρεμφερών επιστημών τα τελευταία χρόνια και την κατανόηση ~~καί~~ μελέτη της δράσεως των ορμονών ακόμα και σήμερα δεν είναι τελείως γνωστός,

ο θαυμαστός αυτός μηχανισμός που προκαλεί την ωρίμανση του οργανισμού του θήλεος, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπλήρωση του προορισμού του, ο οποίος διέρχεται από διάφορα στάδια διαφοροποίησης με επιδράσεις όχι μόνο στους μορφολογικούς αλλά και ψυχικούς χαρακτήρες.

Σημείο ωρίμανσης του γυναικείου γεννητικού συστήματος αποτελεί η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως σαν αποτέλεσμα της ορμονικής έκκρισης από την ωρίμανση ενός ή περισσότερων πρωτογενών ωοθυλακίων.

Πριν φτάσει όμως ο γυναικείος οργανισμός σε αυτό το στάδιο, ένα ή δύο χρόνια πριν, παρατηρείται προοδευτικά αύξηση των ορμονών που εκκρίνονται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης οι οποίες μέχρι τότε βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα.

Οι ορμόνες αυτές είναι:

1. ορμόνη ωρίμανσης (folliculostimolante) FSH
2. ωχρινοποιητική ορμόνη (lutetinozzonte) LH

Εκτός από αυτές εκκρίνεται η γοναδοτροπική ορμόνη ή προλακτίνη (PRL) της οποίας η δράση αν και δεν έχει καθοριστεί σχετίζεται με την αναπαραγωγική λειτουργία.

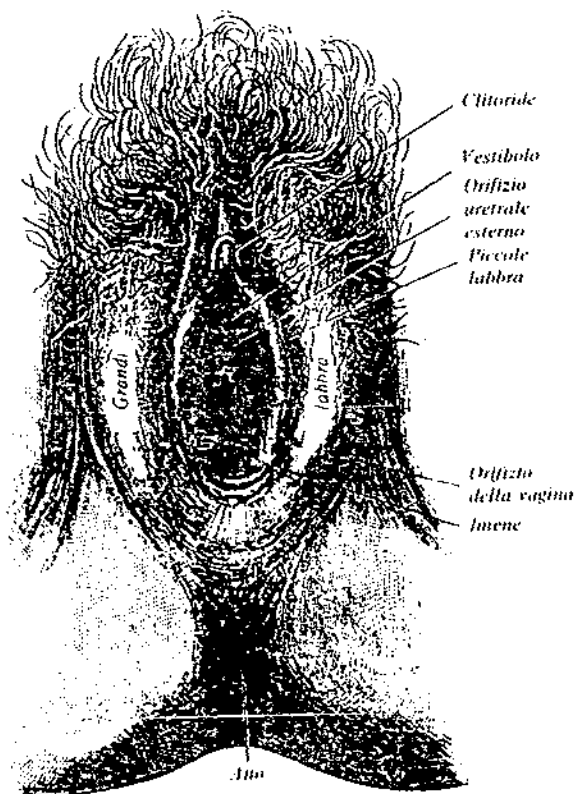
Οι ωοθήκες μέχρι την στιγμή αυτή περιέχουν τα πρωτογενή ωοθυλάκια που είναι ανώριμα και ανενεργά, υπό την επίδραση όμως των γοναδοτροπικών ορμονών, παράγονται και εκκρίνονται από τα κύτταρα των ωοθυλακίων οι ωοθηκικές ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη.

Είναι σαφές ότι ο μηχανισμός αυτός δεν λειτουργεί αυτόνομα αλλά είναι κάτω από τον άμεσο έλεγχο υποθαλάμου και υπόφυσης.

### ΚΥΗΣΗ

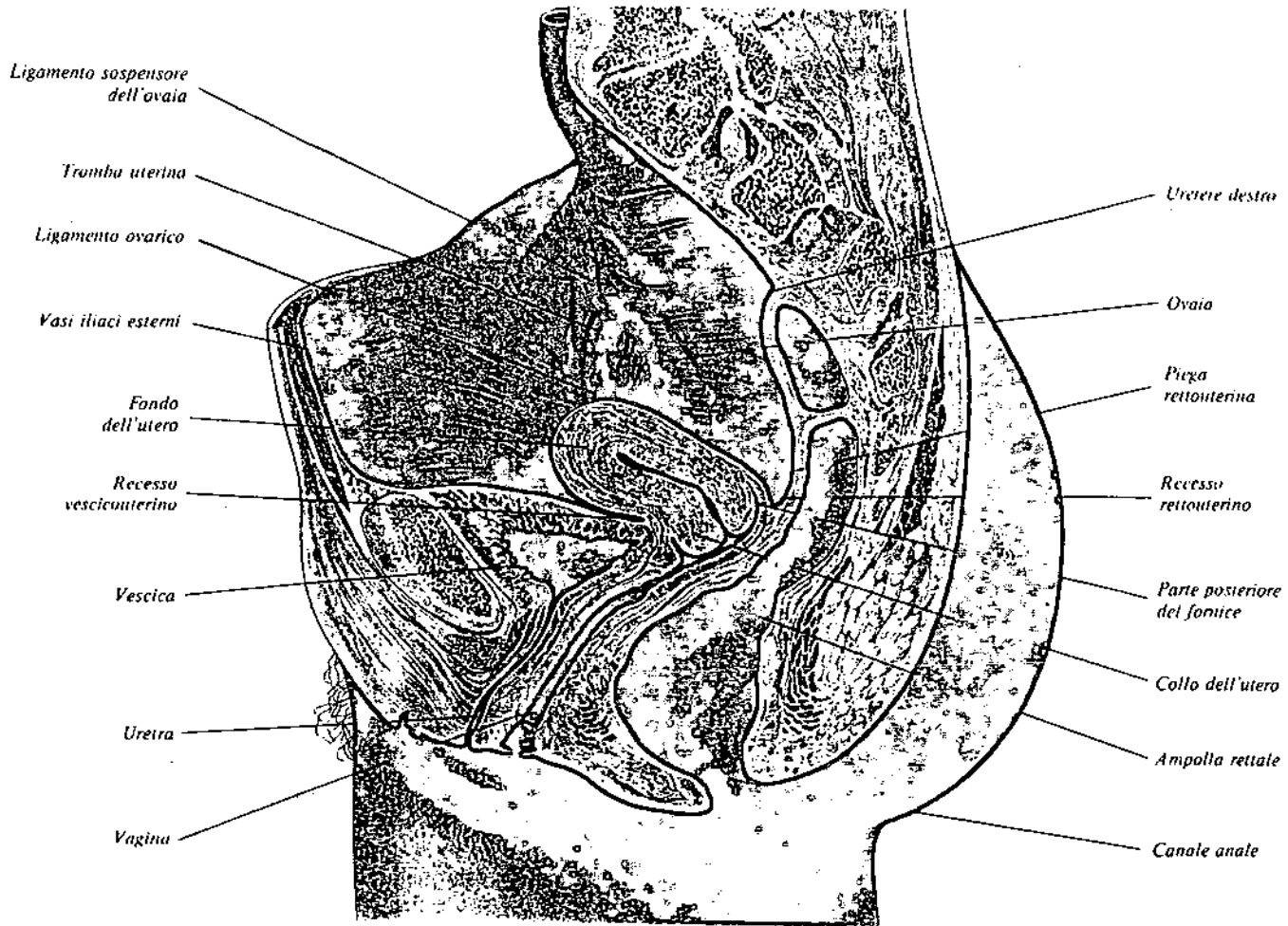
Κύηση ονομάζεται η εγκατάσταση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου στα τοιχώματα της κοιλότητας της μήτρας.

Το ωάριο μετά την ωορηξία κατεβαίνει προς τον ωαγωγό. Ταυτόχρονα τα σπερματοζωάρια ανέρχονται από τον κόλεό στην κοιλότητα της μήτρας και στη συνέχεια εισέρχονται στον ωαγωγό όπου γίνεται η συνάντηση των σπερματοζωαρίων που προέρχονται από τον πατέρα και του προερχόμενου από τη μητέρα ωαρίου.



8.188 Genitali esterne femminili, con le grandi e le piccole labbra divaricate.





8.183 Sezione sagittale mediana di pelvi femminile umana. Il peritoneo è colorato in blu.

### ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΟ

1. Στο εσωτερικό του σπερματοζωαρίου εισέρχονται  $Ca^{++}$  και εξέρχονται  $H^+$  με επακόλουθο την αύξηση του PH.
2. Δραστηριοποίηση των λυτικών ενζύμων
3. Εξαφάνιση της ακροσωμιακής κάψουλας
4. Πολυμερισμός της ακτίνης η οποία βοηθά την διείσδυση του σπερματοζωαρίου στο ωάριο.

### ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΩΑΡΙΟ

1. ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΦΛΟΙΟΥ: Σύσφιξη του κυτταροπλάσματος και έξοδος υλικού από την περιοχή του φλοιού που θα οδηγήσει στον σχηματισμό της μεμβράνης της γονιμοποίησης.
2. ΔΟΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ: Μετά την διείσδυση παρουσιάζεται μία οριστική εξαφάνιση της οπτικής ανισοτροπίας (ενώ τα σωματίδια που συνιστούν το υλικό παρουσιάζονται διατεταγμένα).
3. ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΠΕΡΑΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΦΛΟΙΟΥ ΚΥΡΙΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΜΙΚΡΟΜΟΡΙΑΚΕΣ ΕΝΩΣΕΙΣ
4. ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ
5. ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΠΟΛΛΩΝ ΕΝΣΥΜΩΝ
6. ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΟΣΥΝΘΕΣΗΣ (σύνθεση mRNA)

### ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥΣ

Στον άνθρωπο είναι του τύπου LYGAEYS και πρόκειται για αρσενική διγαμετία, δηλ. τα αρσενικά άτομα φέρουν δύο τύπους χρωμοσωμάτων (x,y), ενώ στο θηλικό έχουμε ομογαμετία (x,x).

Το σπερματοζωάριο στη συνέχεια εισέρχεται στα ωάριο ενώνεται μ' αυτό και σχηματίζεται έτσι το ζυγωτό δηλ. το πρώτο γονι-

μοποιημένο κύτταρο ενός νέου οργανισμού.

Το γονιμοποιημένο ωάριο συνεχίζει να κατεβαίνει δια μέσου του ωαγωγού προς την κοιλότητα της μήτρας, στην οποία φθάνει μετά παρέλευση 7 - 9 ημερών όπου προσκολλάται σε κάποιο σημείο του ενδομητρίου και αναπτύσσεται σταθερά, πάντα προσκολλημένο μέχρι το τέλος της κύησης.

Η διάγνωση της κύησης στηρίζεται στην παρουσία συμπτωμάτων και σημείων τα οποία επιφέρουν χαρακτηριστικές αλλαγές στον οργανισμό της γυναίκας.

Τα συμπτώματα της κύησης διακρίνονται σε πιθανά και βέβαια.

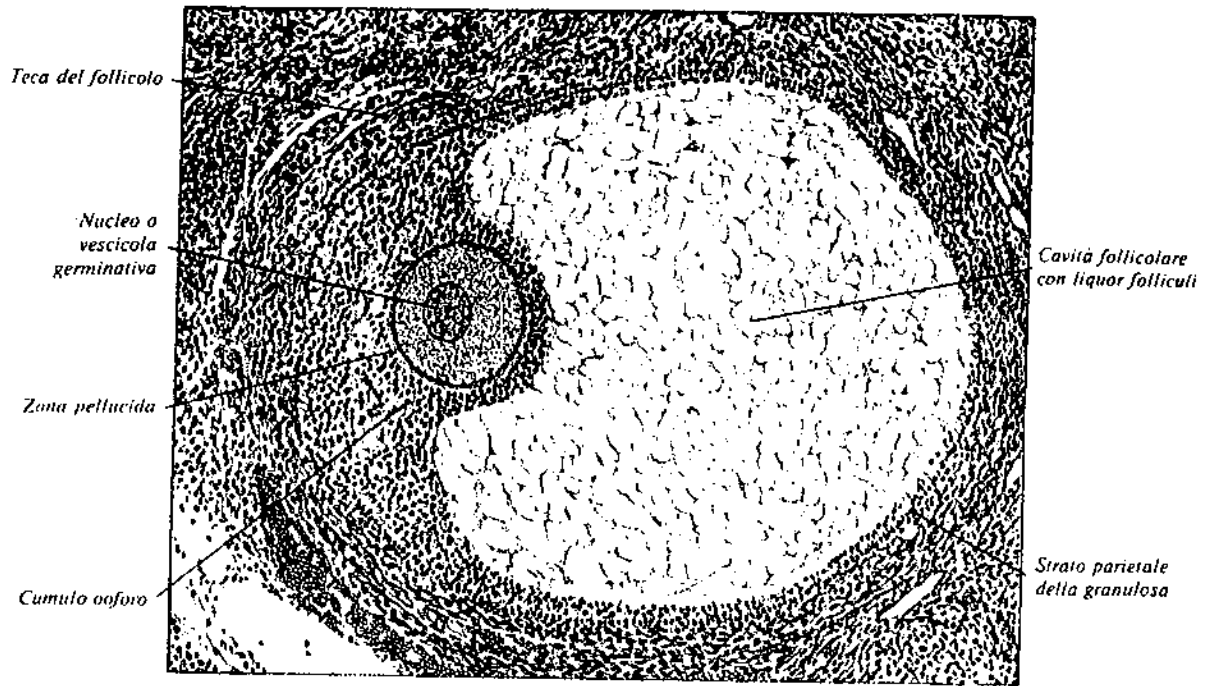
#### **A. ΠΙΘΑΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ**

1. Η μη εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως στα κανονικά χρονικά όρια.  
Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο σημείο αυτό αφού η αμηνόρροια δεν αποτελεί ασφαλές σημείο διαφοροδιάγνωσης μιας κύησης, αφού αμηνόρροια μπορεί να προκληθεί από άλλους παραγοντες π.χ. ορμονικούς ή συνεπεία νόσου.
2. Πρωΐνή αδιαθεσία: Αυτή εμφανίζεται την 6-16 εβδομάδα της κύησης.
3. Προοδευτική διόγκωση των μαστών.
4. Αύξηση των διαμέτρων της κοιλιάς λόγω μεγένθυσης της μήτρας.
5. Εμφάνιση ραβδώσεων στα κοιλιακά τοιχώματα λόγω αύξησης του κοιλιακού όγκου.
6. Γραμμή NIGRA (εναπόθεση χρωστικής πάνω στη λευκή γραμμή και γύρω από τον ομφαλό).
7. Μεταβολές της μήτρας
  - α) Ασύμμετρη διόγκωση του σώματος τις πρώτες εβδομάδες.
  - β) Μαλάκυνση του τραχήλου και του ισθμού της μήτρας
  - γ) Σφαιρικότητα του σώματος της μήτρας

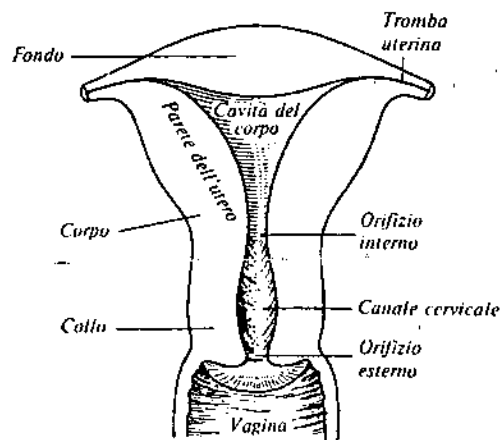
8. Σκιρτήματα του εμβρύου

**B. ΒΕΒΑΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ**

1. Οι ενεργητικές και οι παθητικές κινήσεις του εμβρύου (οι ενεργητικές κινήσεις είναι τα σκιρτήματα του εμβρύου που αντιλαμβάνεται η μητέρα. Οι παθητικές κινήσεις βεβαιώνονται με την εξέταση του εμβρύου).
2. Οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου
3. Τα φουσήματα της ομφαλίδας και της μητριαίας αρτηρίας
4. Η ψηλάφηση της κεφαλής και των μελών του εμβρύου
5. Ακτινολογική εικόνα του εμβρύου
6. Διαγνωστικές δοκιμασίες (TESTS Κώποσης) οι οποίες γίνονται με εργαστηριακές εξετάσεις.



8.178 Sezione di follicolo ovarico di donna di 28 anni. Colorazione ematossilina-eosina. Ingrandimento circa 90 x.



8.184 Sezione schematica che mostra le varie parti della cavità dell'utero e la sua continuità con la vagina.

### ΤΟΚΕΤΟΣ

Τοκετός καλείται το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων με τα οποία επιτυγχάνεται η έξοδος από τη μήτρα του τελειόμηνου εμβρύου, μαζί με τον πλακούντα και τους υμένες μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα.

#### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Α. Ανωμαλίες που προέρχονται από δυσαναλογίες οι οποίες οφείλονται στην πύελο.

Μεταξύ των διαμέτρων της πυέλου και των διαμέτρων του εμβρύου υπάρχει πλήρης αναλογία. Σε περίπτωση διατάραξης της αναλογίας αυτής η διόδος του εμβρύου δια μέσου του πυελογεννητικού σωλήνα γίνεται δύσκολη ή αδύνατη (ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΙΑ).

α) Σε περίπτωση πλήρους δυσαναλογίας είναι αδύνατη η αποπεράτωση του τοκετού δια μέσου του πυελογεννητικού σωλήνα και συνεπάγεται σοβαρές επιπλοκές για την μητέρα και θάνατο για το έμβρυο.

β) Σε περίπτωση σχετικής δυσαναλογίας, ο τοκετός είναι δυνατόν να αποπερατωθεί δια της φυσιολογικής οδού, με τη βοήθεια διαφόρων επεμβάσεων.

α) Πλήρης δυσαναλογία από την πύελο παρουσιάζεται στις περιπτώσεις όταν οι διάμετροι της είναι μικρότερες του φυσιολογικού ή όταν τα επίμερους οστά παρουσιάζουν δυσμορφίες συνεπεία ραχίτιδος, φλεγμονής των αρθρώσεων της πυέλου και γενικά παθήσεων που προκαλούν οστικές ανωμαλίες (π.χ. ανδρική πύελος ή πεπλατυσμένη πύελος).

Το πυελόμετρο του BAUDELOGGUE (με το οποίο πραγματοποιεί-

ται εύκολα μέτρηση των πυελικών διαμέτρων) και η ακτινογραφία της πυελικής χώρας αποτελούν τις συνηθισμένες διαγνωστικές μεθόδους ανωμαλιών της πυέλου.

Εκτός, από τις προαναφερθείσες αιτίες οι διάμετροι της πυέλου μπορεί να μειωθούν, συνεπεία διαφόρων όγκων, καθώς και από τον πρόδρομο πλακούντα, ο οποίος αποτελεί συχνή μορφή δυσαναλογίας. Η διάγνωση των όγκων γίνεται (ι) με τον τρίτο χειρισμό του Leopold, (ιι) με δακτυλική εξέταση ή (ιιι) τέλος με τη βοήθεια υπερήχων.

B. Ανωμαλίες που προέρχονται από δυσαναλογίες που οφείλονται στο έμβρυο.

- Προκαλείται σαν συνέπεια ευμεγέθους εμβρύου, οπότε αυτό είναι αδύνατον να διέλθει δια μέσου του πυελογαυνητικού σωλήνα, παρ'όλο που οι <sup>πυ</sup>διάμετροι της πυέλου είναι φυσιολογικές.

Ευμεγέθες έμβρυο οφείλεται στην κληρονομικότητα προδιαβήτη ή διαβήτη. Σπάνιες περιπτώσεις υδροκεφαλίας ή παθήσεις του εμβρύου που προκαλούν σημαντικές αυξήσεις των διαμέτρων της κεφαλής ή του κορμού (π.χ. υδροθώρακας, ασκήτης μπορεί να προκαλέσουν δυσαναλογία του εμβρύου).

Δυσαναλογία όμως μπορεί να προκληθεί σαν συνέπεια ανώμαλων προβολών της κεφαλής ή ανώμαλων σχημάτων του εμβρύου. Απόλυτη δυσαναλογία μπορεί να προκληθεί από οπίσθια προσωπική ή μετωπική προβολή, από βρεγματική προβολή.

Η διάγνωση της ανώμαλης προβολής γίνεται με την δακτυλική εξέταση από το ορθό ή από τον κόλπο για επιβεβαίωση.)

Η διάγνωση της απόλυτης δυσαναλογίας και η διαφορική διάγνωση από την σχετική δυσαναλογία είναι σημαντική και μπορεί να γίνει επίσης με τον χειρισμό του Leopold αλλά κυρίως με τον

χειρισμό του Peter Müller. Με τον τρόπο αυτό πιέζεται η κεφαλή προς τα κάτω και πίσω με τους αντίχειρες των χεριών και φέρνουμε τους δείκτες μεταξύ της κεφαλής και της ηβικής σύμφωσης. Αν υπάρχει απόλυτη δυσαναλογία, η κεφαλή ΕΦΙΠΠΕΥΕΙ την ηβική σύμφωση, ενώ αν υπάρχει σχετική δυσαναλογία ή το έμβρυο έχει ομαλές διαστάσεις, η κεφαλή θα εισέλθει στην εισοδο της πυέλου.

Η ακτινογραφία αποτελεί την ασφαλέστερη μέθοδο διάγνωσης, θα πρέπει όμως να γίνει έγκαιρα, ώστε να διακομιστεί η επίτοκος σε οργανωμένο Νοσοκομείο αφού σε αντίθετη περίπτωση είναι δυνατόν να καταλήξει σε ρήξη της μήτρας και να στοιχίσει τη ζωή της μητέρας.

#### Περίπτωση εγκάρσιου σχήματος

	<u>1ος χειρισμός</u>	<u>2ος χειρισμός</u>	<u>3ος χειρισμός</u>
	<u>Leopold</u>	<u>Leopold</u>	<u>Leopold</u>
Ένδειξη	Πυθμένας μήτρας επίπεδος σκληρός με σκληρή επιφάνεια που αντιστοιχεί στην ράχη του εμβρύου	Δεξιά και αριστερά προς τους λαγόνιους βόθρους παρατηρείται ρούμι τους πόλους του εμβρύου	κενή πυέλος

Η αποπεράτωση του τοκετού σε περίπτωση εγκάρσιου σχήματος γίνεται με καισαρική τομή, σε περίπτωση όμως αντενδείξεως θυσιάζεται το έμβρυο. Εάν όμως η διάγνωση εγκάρσιου σχήματος γίνει πριν την έναρξη του τοκετού, επιβάλλεται ο εξωτερικός μετασχηματισμός και η καθήλωση του εμβρύου σε κάθετη θέση με ειδική ζώνη κοιλίας.

- Σχετική δυσαναλογία μπορεί να προκαλέσουν όλοι οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν ότι προκαλούν και την απόλυτη δυσαναλογία. Σε περίπτωση σχετικής δυσαναλογίας ο τοκετός αποπερα-



τώνεται δια της φυσιολογικής οδού, αλλά με μεγαλύτερη δυσχέρεια και με μεγαλύτερη διάρκεια κατά την πρώτη και δεύτερη περίοδο του τοκετού.

Σε περίπτωση σχετικής δυσαναλογίας με τον τρίτο χειρισμό του Leopold η κεφαλή βρίσκεται ανεμπόδωτος στην είσοδο της πύελου και η μικρή πύελος εμφανίζεται κενή, με τον χειρισμό του Peter Müller διαπιστώνεται ότι η κεφαλή μπορεί να εισέλθει μέσα στην πύελο. Στην περίπτωση αυτή με την εξέλιξη των ωδίνων και με την τέλεια διαστολή και την ρήξη του θυλακίου, παρατηρείται προοδευτική κάθοδος της κεφαλής του εμβρύου.

Η διάγνωση της σχετικής δυσαναλογίας γίνεται εύκολα από τις κλινικές εκδηλώσεις και τις προαναφερθείσες εξετάσεις. Η αποπεράτωση του τοκετού γίνεται με εμβρουλκία ή με εξελκυσμό, με καισαρική τομή αν αντενδείκνυνται οι προηγούμενοι κολπικοί χειρισμοί.

### Γ. Δυσλειτουργία του μυομητρίου.

- Η δυσλειτουργία του μυομητρίου μπορεί να προκαλέσει δυστοκία σε περίπτωση όπου η ένταση, ο ρυθμός και ο χρόνος εμφάνισης της συστολής του μυομητρίου ξεφεύγουν από τα φυσιολογικά όρια.

Ανάλογα με την συσταλτικότητα του μυομητρίου και τη διασταλτικότητα του τραχηλικού στομίου παρουσιάζονται και διάφορες μορφές δυσλειτουργίας που χαρακτηρίζονται από υποτονία ή υπερτονία της μήτρας.

Υπερτονία παρουσιάζεται: 1) όταν οι συστολές του μυομητρίου είναι χαμηλής έντασης ή αραιές ή στιγμιαίες, οπότε δεν δίνονται να διαστείνουν το τραχηλικό στόμιο, παρ' ότι είναι φυσιολογικό. 2) Όταν οι συστολές του μυομητρίου είναι έντονες ή συχνές ή πα-

ρατεταμένες ή ασύγχρονοι, οπότε δεν είναι δυνατόν να διαστείλλουν το τραχηλικό στόμιο.

Συνέπειες της δυσλειτουργίας του μυομητρίου είναι: α) παράταση της κύησης και β) παράταση του τοκετού με αποτέλεσμα την ενδομήτριο δυσχέρεια του εμβρύου ή και το θάνατό του, την ταλαιπωρία της μητέρας και την αύξηση φυσικά της ασύγχρονης συστολής και υπερτονίας.

Η δυσλειτουργία του μυομητρίου, οφείλεται α) σε ψυχικά τραύματα, β) σε ανωμαλίες διάπλασης, γ) στην ανεπάρκεια ανάπτυξης των μυϊκών ινών συνέπεια της ανώμαλης διάταξής τους, ή σε ανεδομύωση, ή σε ινομυωματώδη μήτρα, σε φλεγμονή του μυομητρίου κ.α. Οι παραπάνω διαταραχές της συσταλτικότητας του μυομητρίου εμφανίζονται κλινικά σαν πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αδράνεια.

Πρωτοπαθής αδράνεια: Χαρακτηρίζεται από απουσία συστολών ή από την ατονία τους, ώστε να μην μπορέσουν να προκαλέσουν τη διαστολή του τραχήλου. Στην περίπτωση αυτή έχουμε παράταση της κύησης, που α) αρκετά συχνά μπορεί να στοιχίσει την ζωή του εμβρύου (γι' αυτό πρέπει να προσδιοριστεί με προσοχή η αναμενόμενη ημέρα τοκετού λόγω της αραϊμηνόρροιας που δυσχεραίνει τον παραπάνω προσδιορισμό), ή β) να οδηγήσει σε πρόιμη ρήξη των υμένων της μήτρας (που προκαλείται κυρίως εξ' αιτίας α) ισχιακής προβολής, β) εγκαρσίου σχήματος, γ) δυσαναλογίας, δ) τραχηλήτιδος).

Δευτεροπαθής αδράνεια: Εκδηλώνεται σε περιπτώσεις όπου ενώ ο τοκετός άρχισε ομαλά, οι ωδίνες αναστέλ-

λονται ή χάνουν το ρυθμό τους για αγνώ-  
στους λόγους. Η διάγνωση γίνεται εύκολα  
με τον έλεγχο της έντασης και του ρυθμού  
της συστολής του μυομητρίου, ή με την τοπο-  
θέτηση της παλάμης του γιατρού πάνω στα  
κοιλιακά τοιχώματα ή με τον τοκογράφο.

Η πρόκληση του τοκετού γίνεται με φαρμακευτική αγωγή ή ο-  
ποία έχει σκοπό την άρση της πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς αδρά-  
νειας.

- Σε περίπτωση πρωτοπαθούς αδράνειας, χορηγούμε IV ωκυτοκίνη  
μέσα σε 500 ml Dextrose 5%

- Σε περίπτωση υπερτονικής μήτρας χρειάζεται μεγάλη προσοχή.  
Σ' αυτή διακόπτεται κάθε ωδινοποιητική αγωγή και εφαρμόζεται μό-  
νο σπασμολυτική σε συνδυασμό με ηρεμιστικά σκευάσματα. Μόλις ε-  
λαττωθεί η υπερτονία, εφαρμόζεται η ωδινοποιητική αγωγή με προσ-  
θήκη όμως στον ορρό σπασμολυτικού σκευάματος.

- Σε περίπτωση ανθεκτικού τραχηλικού στομίου χορηγούνται σπα-  
σμολυτικά φάρμακα με ευνοϊκά αποτελέσματα.

- Σε περίπτωση απλής υπερτονικής μήτρας, είναι δυνατόν ο τό-  
νος της συστολής να αυξηθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε να προκαλέσει  
βίαια διαστολή του τραχηλικού στομίου και οξύ τοκετό. Έντονες  
συστολές προκαλούνται συνήθως από δυσαναλογία ή ακαμψία του τρα-  
χηλικού στομίου. Η διάγνωση της έντονης συστολής του μυομητρίου  
ή της παρατεταμένης ή τετονικής σύσπασης γίνεται εύκολα. Με αυ-  
τές ολόκληρη η μήτρα εμφανίζεται σε μεγάλα διαστήματα σκληρή  
και συνήθως χωρίς η σύσπαση αυτή να διακόπτεται από παύλες.

Η θεραπευτική αγωγή στις έντονες ωδίνες ή στην τετονική  
σύσπαση συνίσταται στην άμεση αποπεράτωση του τοκετού με καισα-

ρική τομή. Μέχρι την εκτέλεση της επέμβασης, χορηγούμε έντονη σπασμολυτική αγωγή και στη συνέχεια γενική νάρκωση. Σε μερικές περιπτώσεις η ανωμαλία αυτή μπορεί να καταλήξει σε ρήξη της μήτρας.

#### Δ. Ρήξη της μήτρας

Η ρήξη της μήτρας μπορεί να συμβεί α) κατά την διάρκεια της κύησης ή β) κατά τον τοκετό. Αν συμβεί κατά την διάρκεια της κύησης, οφείλεται σε προηγούμενες επεμβάσεις (π.χ. ινομύματα κ.ά).

Η ρήξη κατά την διάρκεια της κύησης συμβαίνει κυρίως στο τρίτο τρίμηνο αυτόματα, χωρίς προηγούμενα κλινικά σημεία ή συμπτώματα. Άτεχνες επεμβάσεις εμβρυουλκίας ή εμβρυοτομίας μπορεί να προκαλέσουν επίσης ρήξη της μήτρας.

Η διάγνωση της ρήξης της μήτρας γίνεται από τα παρακάτω:

- α. Τα συμπτώματα και σημεία της επικείμενης ρήξης εμφανίζονται κατά την έναρξη των ωδίνων
- β. Η γυναίκα αισθάνεται παρατεταμένο και έντονο άλγος με επίσης έντονες επιδρώσεις.
- γ. Η μήτρα είναι συσπασμένη χωρίς να μεταπίπτει σε παύλα.
- δ. Λόγω της σύσπασης του ανώτερου τμήματος της μήτρας διακρίνεται στα κοιλιακά τοιχώματα αύλακα γνωστή σαν δακτύλιος του BONDLE.
- ε. Κατά την διάρκεια του τοκετού η επίτοκος νιώθει σε κάποια στιγμή, ενώ βρίσκεται σε συνεχές άλγος, απότομο παροξυσμό και μετά τέλεια εξαφάνιση του παροξυσμού.
- στ. Ακολουθεί η έξοδος λίγου αίματος από τα γεννητικά όργανα και συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας, τα οποία ανάλογα με την έκταση της ρήξης, δηλ. ωχρότητα προσώπου, ταχύπνοια και αλ-λοίωση του σφυγμού.

Ανάλογα με την έκταση της ρήξης διακρίνουμε: 1) ατελή και 2) τέλεια.

1. Ατελής ρήξη:

Συνίσταται σε μερική ρήξη του μυομητρίου ενώ ο ορογόνος χιτώννας της μήτρας παραμένει ακέραιος. Τα συμπτώματα είναι όμοια με εκείνα της τέλειας ρήξης, αλλά σε πολύ πιο ήπια μορφή. Η διάγνωση της δυσχεραίνεται από το γεγονός ότι το σχήμα της μήτρας διατηρείται όπως πριν από τη ρήξη. Παρ' όλα ταύτα η όλη κλινική εικόνα και κυρίως η εξαφάνιση των καρδιακών παλμών συντείνουν στην διάγνωση η οποία αν δεν γίνει έγκαιρα μπορεί να αποβεί μοιραία για την επίτοκο.

2. Τέλεια ρήξη:

Η διάγνωση της είναι σαφής και σπάνια μπορεί να ξεφύγει της προσοχής του γιατρού. Συνοπτικά ανακεφαλαιώνουμε τα συμπτώματα της ρήξης της μήτρας: α) εντονώτατο άλγος

β) απότομη παύση των ωδίνων

γ) εξαφάνιση των καρδιακών παλμών του εμβρύου

δ) εσωτερική αιμορραγία

ε) αιμορροια από τα γεννητικά όργανα

στ) αλλαγή του σχήματος της μήτρας σε περίπτωση τέλειας ρήξης.

Θεραπευτική αγωγή: Άμεση εγχείρηση, γρήγορη εξαίρεση της μήτρας, και ταυτόχρονη χορήγηση αίματος.

ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΜΠΕΔΩΣΗ ΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΡΟΒΩΔΗΣ

Στον φυσιολογικό τοκετό η κεφαλή εμπεδούται με την μικρότερη της διάμετρο, την υπινλιοβρεγματική, σε αριστερή πρόσθια θέση.

**α) Οπίσθια ινιακή προβολή:**

Παρουσιάζεται όταν υπάρχει σχετική δυσαναλογία ή μικρό έμβρυο οπότε η κεφαλή είναι δυνατόν να εμπεδωθεί με το κρανίο προς τα πίσω.

Η κεφαλή η οποία είναι έντονα κεκαμένη, είναι δυνατόν με τις ωδίνες να πραγματοποιήσει στροφή 135° και να έλθει με το ηνίο προς την ηβική σύμφυση. Αυτό προκαλεί μεγάλη παράταση του χρόνου του τοκετού και ψυχική ταλαιπωρία για την γυναίκα.

Διάγνωση: Με δακτυλική εξέταση από το ορθό ή από τον κόλπο σε περίπτωση αμφιβολιών.

Προς αποφυγή των ρήξεων απαιτείται ευρεία περινεοτομή.

**β) Βρεγματική προβολή:**

Η κεφαλή του εμβρύου κατά την εμπέδωση δεν πραγματοποιεί την απαιτούμενη κάμψη. Πρόκειται για ανωμαλία σπάνια και που συνύθως αποτελεί προστάδιο της μετωπικής ή προσωπικής προβολής.

Χειρισμοί: Ο τοκετός ολοκληρώνεται με εμβρουλκία ή με καισαρική τομή, η οποία προτιμάται λόγω της δυσκολίας της εμβρουλκίας.

**γ) Μετωπική προβολή:**

Είναι αποτέλεσμα έκτασης της κεφαλής και καταλήγει σε προσωπική προβολή.

Διάγνωση: Η κεφαλή προβάλλει με το μέτωπο και με τη δακτυλική εξέταση ψηλαφάται η μεγάλη πηγή και το ακρορρίνιο.

Χειρισμοί: Σε ανέφικτο φυσιολογικό τοκετό, ακολουθείται η επιλογή της καισαρικής τομής.

**δ) Προσωπική προβολή:**

Χαρακτηρίζεται από εμπέδωση της κεφαλής σε έκταση.

Διάγνωση: Γίνεται κατά τον τοκετό από το ορθό και κυρίως

με δακτυλική εξέταση από τον κόλπο. Στη διάγνωση βοηθούν επίσης πριν την έναρξη του τοκετού ο δεύτερος και ο τρίτος χειρισμός του Leopold καθώς και η ακρόαση των καρδιακών παλμών. Χαρακτηριστικό της προσωπικής προβολής είναι ότι οι καρδιακοί παλμοί ακούγονται ευκρινέστερα, διότι το στήθος του λόγω λόρδωσης της σπονδυλικής στήλης, εφάπτεται στα τοιχώματα της μήτρας, οπότε υπάρχει απόσταση μεταξύ κοιλιοσκοπίου και καρδιάς. Αυτό γίνεται μόνο στην πρόσθια προσωπική προβολή.

Ο τοκετός στην πρόσθια προσωπική προβολή εξελίσσεται πολύ αργά αλλά αυτόματα ή με εμβρυουλκία της εξόδου ή με ευρεία περινοετομία. Αν πρόκειται για οπίσθια προσωπική προβολή ολοκληρώνεται μόνο με καισαρική τομή.

#### ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ

##### **α) Ομαλή ισχιακή προβολή:**

Όταν το έμβρυο προβάλλει με την κανονική στάση.

##### **β) Ανώμαλη ισχιακή προβολή:**

Όταν το έμβρυο προβάλλει με τους γλουτούς και τα πόδια προς τα πάνω. Παρουσιάζεται συνήθως κατά την εξέλιξη του τοκετού με μικρό έμβρυο.

Διάγνωση: Η διάγνωση της ισχιακής προβολής γίνεται με τον πρώτο και τον τρίτο χειρισμό του Leopold. Με τον πρώτο ψηλαφάται ο σκληρός και σφαιρικός όγκος ο οποίος βρίσκεται πάνω στον πυθμένα της μήτρας και αντιστοιχεί στην κεφαλή, ενώ με τον τρίτο χειρισμό, ψηλαφάται όγκος μαλακός και ανώμαλος ο οποίος αντιστοιχεί στα ισχία. Κατά την ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, αυτοί ακούγονται πάνω του ομφαλού. Με την δακτυλική εξέταση από το ορθό ψηλαφάται ανώμαλος μαλακός όγκος.

Η ισχιακή προβολή είναι δυνατόνα συγχυθεί με την προσωπική προβολή. Με την δακτυλική εξέταση από τον κόλπο με την ρήξη του θυλακίου, η διάγνωση γίνεται εύκολα. Η διάγνωση όμως μπορεί να επιβεβαιωθεί με ακτινογραφία ή υπερηχογράφημα.

Βασική προϋπόθεση σε περίπτωση τοκετού με ισχιακή προβολή αποτελεί η κατάκλιση της επιτόκου και η με κάθε μέσο προσπάθεια αποφυγής ρήξης του θυλακίου, μέχρι της τελείας διαστολής του τραχηλικού στομίου.

#### **Μηχανισμός τοκετού σε ομαλή ισχιακή προβολή**

Τα ισχία προβάλλουν σε μια από τις λοξές διαμέτρους της εισόδου της πυέλου με την αμφιτροχανθήριο διάμετρο, η οποία είναι 9 CM. Με την τέλεια διαστολή του τραχήλου και την ρήξη του θυλακίου, τα ισχία κατεβαίνουν εύκολα μέχρι του επιπέδου της εξόδου, πιέζοντας το έμβρυο με τις συστολές στο ανώτερο τμήμα της μήτρας. Ενώ το έμβρυο βρίσκεται με την αμφιτροχανθήριο διάμετρο λοξά στην είσοδο της πυέλου, κατεβαίνοντας στρέφεται προσαρμόζοντας τη διάμετρό της επάνω στην ευθεία της εξόδου.

Ο κόκκυγας δηλ. το σημείο που οδηγεί στην ισχιακή προβολή, βρίσκεται δεξιά ή αριστερά, εμπρός ή πίσω, σύμφωνα με την θέση της προβολής. Με την εξώθηση του εμβρύου κατεβαίνει από την ηβική σύμφυση της γυναίκας ένα από τα ισχία του, ενώ το έντερο αντιστοιχεί προς τον κόκκυγα. Τη στιγμή που τα ισχία εξέρχονται από την σχισμή του αιδοίου, οι ώμοι εισέρχονται με την αμφικρωμιακή διάμετρο σε μία από τις λοξές διαμέτρους της εισόδου της πυέλου, όπου βρίσκεται στην αρχή του τοκετού η αμφιτροχανθήριος διάμετρος. Στη συνέχεια εξέρχονται οι γλουτοί και φαίνονται η κοιλιά και ο ομφαλός του εμβρύου. Ο γιατρός που εκτελεί τον τοκετό έλκει ελαφρά προς τα έξω τον ομφάλιο λώρο δημιουργώντας



έτσι αγκύλη και κρατώντας από τους γλουτούς το έμβρυο, περιμένει την κάθοδο. Μόλις προβάλλει ο θώρακας, το έμβρυο στρέφεται ελαφρά, φέροντας την αμφιακρωμιακή διάμετρο στην ευθεία της εξόδου και από την ηβική σύμφυση, οπότε προβάλλει ο πρόσθιος ώμος και ακολουθεί πτώση του σύστοιχου χεριού.

Η κεφαλή ωθείται από τις εξωπαθητικές δυνάμεις, κάμπτεται και κατεβαίνει με την υπινιομετωπική διάμετρο μέσω της λοξής της ευρυχωρίας της πυέλου, αλλά και στην αντίθετη διάμετρο που κατέρχεται από την αμφιτροχανθήριο και την εμφορμιακή.

Με την κάθοδο το πρόσωπο στρέφεται προς τα πίσω. Έτσι το κεφάλι με το να κάμπτεται συνεχώς, βγαίνει, οπότε παρουσιάζεται πρώτα το σαγόι, το στόμα, η μύτη, το μέτωπο, η μεγάλη πηγή.

Ο γιατρός θα πρέπει να παρακολουθεί τις κινήσεις του κορμιού του εμβρύου, συγκρατώντας το, χωρίς να πραγματοποιεί καμία έλξη. Η δράση του γιατρού αρχίζει μόνο μετά την έξοδο των ώμων, προκειμένου να βγει γρήγορα η κεφαλή, ώστε να αποφευχθεί η πρόωγη αναπνευστική κίνηση του εμβρύου και η εισρόφηση βλεννών με δυσάρεστα αποτελέσματα για τη ζωή του.

Εξειδικευμένοι χειρισμοί όπως του MAURICEAN προκειμένου για πρωτότοκο ή του BRACKT προκειμένου για πολύτοκο βοηθούν την έξοδο του εμβρύου.

Πρόγνωση: α) Για τη μητέρα: δεν είναι ιδιαίτερα ευνοϊκή, λόγω της παράτασης της διάρκειας του τοκετού. Σε περίπτωση αδέξιου χειρισμού, είναι δυνατόν να προκληθεί ρήξη του τραχήλου, του κόλπου και του περινέου μέχρι Γ' βαθμού.

β) για το έμβρυο: το ποσοστό θνησιμότητας ανέρχεται σε 10-15%.

### ΕΓΚΑΡΣΙΟ Η ΛΟΞΟ ΣΧΗΜΑ

Στην περίπτωση αυτή το έμβρυο προβάλλει με το αριστερό ή δεξιό ώμο και με τη ράχη στραμμένη προς τα εμπρός ή πίσω, οπότε καλείται ραχιαία προβολή ή στηθική (αν η ράχη είναι στραμμένη προς τα πίσω).

Διάγνωση: γίνεται εύκολα με την κοιλιακή ψηλάφηση και τους χειρισμούς του Leopold.

Πρόγνωση: Εξαρτάται από τον χρόνο κατά τον οποίο γίνεται η διάγνωση. Εάν η διάγνωση γίνει έγκαιρα και ακολουθήσει εξωτερικός μετασχηματισμός με φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή, τότε η πρόγνωση είναι άριστη για τη μητέρα και το νεογέννητο.

Αν όμως ακολουθήσει εσωτερικός μετασχηματισμός και εξελκυσμός το ποσοστό θνησιμότητας για το έμβρυο ανέρχεται μέχρι 25%.

### ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ

Πρόκειται για ανωμαλίες που είναι δυνατόν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας και συμβαίνουν κατά την τρίτη περίοδο του τοκετού.

#### **1. Παράταση της υστεροτοκίας:**

Οφείλεται: α) στην αδυναμία αποκόλλησης του πλακούντα συνήθως λόγω κόπωσης του μυομητρίου ή λόγω παρατεταμένου τοκετού, ή λόγω υπέρμετρης χορήγησης ωκυτοκίνης κατά την 1η και 2η περίοδο του τοκετού.

β) Σε έντονο σπασμό του μυομητρίου και του δακτύλιου του BONDLE, οπότε ενώ ο πλακούντας αποκολλάται παραμένει μέσα στην

μητρική κοιλότητα.

γ) Σε ανωμαλίες του εδάφους της μήτρας το οποίο είναι αλλοιωμένο λόγω παλιών επεμβάσεων.

## 2. Αιμορραγία

Είναι δυνατόν να παρουσιαστεί όταν ο πλακούντας ή έστω και ένα ελάχιστο τμήμα του, παραμένει μέσα στην μήτρα ή ακόμα και όταν η μήτρα είναι τελείως κενή. Η απώλεια αίματος κατά την υστεροτοκία μέχρι 500 gr θεωρείται φυσιολογική.

### α) Αιμορραγία με τον πλακούντα μέσα στη μήτρα

Η μερική αποκόλληση του πλακούντα παρεμποδίζει την ικανοποιητική σύσπαση και σύστολή του μυομητρίου και δεν επιτρέπει την εγκατάσταση του φυσιολογικού αιμοστατικού μηχανισμού. Τα αίτια της ατελούς αποκόλλησης ή της μη αποκόλλησης είναι πολλά και οφείλονται

- σε μερική αποκόλληση στερεώς συμφυομένου πλακούντα
- σε περίπτωση πρόσφυσης του πλακούντα στο κατώτερο τμήμα της μήτρας
- σε λειτουργικές ανωμαλίες του μυομητρίου, λόγω των οποίων δημιουργείται ατέλεια στον φυσιολογικό μηχανισμό της αποκόλλησης του πλακούντα
- σε τεχνικά σφάλματα του γιατρού που εκτελεί τον τοκετό (π.χ. πρόωρη έλξη του ομφάλιου λώρου, βίαιες πιέσεις στον πυθμένα της μήτρας)

### Αιμορραγία με κενή μήτρα (χωρίς πλακούντα)

Η αιμορραγία οφείλεται α) στην κατακράτηση μικρού τμήματος του πλακούντα, β) στην ατονία του μυομητρίου, γ) στις διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος.

α) Κατακράτηση μικρού τμήματος του πλακούντα: Μπορεί να προκα-

λέσει αιμορραγία, η οποία μπορεί να συνεχιστεί και για πολλές ημέρες εάν δεν γίνει διάγνωση και δεν εφαρμοσθεί γρήγορα η θεραπευτική αγωγή. Ο γιατρός έχει εδώ την ευθύνη αφού σ' αυτόν έγκειται η σωστή επισκόπηση ενός ακέραλου ή μη πλακούντα.

β) Ατονία του μυομητρίου: Προκαλείται λόγω μη ικανοποιητικής σύσπασης της μήτρας παρά την συστηματική χορήγηση μητροσυσταλτικών ουσιών κατά την έξοδο του πλακούντα.

γ) Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος: Προέρχονται από κάποια πολύ σοβαρή και ξαφνική αιματολογική διαταραχή της πήκτικότητας που οφείλεται στην σημαντική μείωση του κυκλοφορούντος ινωδογόνου. Αυτή είναι δυνατόν να είναι αποτέλεσμα μητροπλακουντιακής αποπληξίας, λόγω κατακράτησης μέσα στη μήτρα νεκρού εμβρύου ή τοκετού που εξελίσσεται γρήγορα, οπότε η μεγάλη ένταση της συστολής επιτρέπει την είσοδο θμβιακού υγρού μέσα στην κυκλοφορία της μήτρας. Σαν κλινική εικόνα έχουμε συνεχή αιμορραγία και δεν ανακόπτεται ενώ το αίμα παραμένει ρευστό.

### 3. Εκτροφή της μήτρας:

Προκαλείται από πρόωπους και βίαιους χειρισμούς του ομφάλιου λώρου ή σε περιπτώσεις οξέος τοκετού.

Διακρίνουμε τρία στάδια (βαθμούς):

- εκτροφή α' βαθμού: παρατηρείται μικρή κοίλωση πάνω στον πυθμένα της μήτρας.
- εκτροφή β' βαθμού: η μήτρα είναι ανεστραμμένη και προβάλλει δια μέσου του τραχήλου στον κόλπο.
- εκτροφή γ' βαθμού: η μήτρα ανεστραμμένη κατεβαίνει μέσα στον κόλπο.

Κλινική εικόνα: το άλγος είναι μέτριο στον α' βαθμό ενώ στις β' και γ' είναι οξύ. Η επίτοκος βρίσκεται σε λιποθυμική κατάσταση, με μικρό και γρήγορο σφυγμό. Πρόκειται για πολύ σοβα-

ρή επιπλοκή, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί γρήγορα, οδηγεί στον θάνατο.

#### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ**

Ο γιατρός μετά την έξοδο της γυναίκας από την αίθουσα τοκετών θα πρέπει να την παρακολουθεί συνεχώς γιατί πολλές και σοβαρές επιπλοκές παρουσιάζονται κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού. Έτσι λοιπόν θα πρέπει να ελέγχει εάν η σύσπαση της μήτρας είναι ικανοποιητική, να επισκοπεί τα εξωτερικά γεννητικά όργανα, μήπως και διαπιστωθεί ροή ανώμαλης ποσότητας αίματος, ενώ θα πρέπει επίσης να ψηλαφάται σε τακτά χρονικά διαστήματα ο σφυγμός αφού, πάνω από 90-100 σφύξεις είναι ενδεικτικό αιμορραγίας.

Ο γιατρός επίσης θα πρέπει να αποφεύγει την επιτάχυνση της υστεροτοκίας με χειρισμούς όπως η έλξη του ομφάλιου λώρου ή άσκηση πίεσης στον πυθμένα της μήτρας. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται κατά την άσκηση του χειρισμού του CREDE.

Ο πλακούντας θα πρέπει να αποκολλάται σε περίπτωση καθυστέρησης της υστεροτοκίας με δακτυλική αποκόλληση μόνο αν υπερβεί η καθυστέρηση τα 45'-50'.

Σε περίπτωση αιμορραγίας χωρίς προηγούμενα να έχει εξέλθει ο πλακούντας, επιβάλλεται η άμεση δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα και η επισκόπηση της κοιλότητας της μήτρας. Η αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε ρήξη του τραχήλου, των κολπικών θηλών, του κολπικού τοιχώματος, της κλειτορίδας ή του περινέου. Η λεπτομερής επισκόπηση του γεννητικού συστήματος με τη βοήθεια κολποδιαστολέων, και η άμεση συρραφή σε περίπτωση λύσης της συνεχείας του βλεννογόνου είναι απαραίτητη, ενώ σε περίπτωση που διαπιστωθεί μητρόρροια τότε μετά την αποκόλληση του πλακούντα, χο-

ρηγείται δραστική μητροσυσταλτική ουσία μέσα στον ορό.

Ατονία μήτρας: Διάγνωση: Η ψηλαφημένη χαλάρωση του μυομητρίου και η αιμορραγία από τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούν ασφαλή σημεία διάγνωσης.

Αντιμετώπιση: 1) Άμεση μετάγγιση αίματος πριν την αλλοίωση του σφυγμού, 2) δακτυλική επισκόπηση, 3) χορήγηση IV Methargin και ωκυτοκίνης σε συνδυασμό με μαλλάξεις της μήτρας και συγκράτηση του πυθμένα της με ταυτόχρονη πίεση δια χειρός της κοιλιακής αορτής.

επιπλοκές: Σε περίπτωση ακατάσχετης αιμορραγίας συνίσταται επιπωματισμός της μήτρας και αν η αιμορραγία συνεχιστεί θα πρέπει μετά από εκτίμηση της συνολικής κατάστασης της επιτόκου να εκτελεστεί ολική υστερεκτομή πριν συμβεί αλλοίωση του σφυγμού που συνήθως οδηγεί σε shock (ολιγαιμικό) και θάνατο.

Ινωδοπενία: Διάγνωση: Η μη φυσιολογική πήξη του αίματος

Αντιμετώπιση: Άμεση χορήγηση ινωδογόνου και μετάγγιση νωπού αίματος.

Εκστρόφη της μήτρας: Διάγνωση: (βλ. προηγούμενο κεφ.)

Αντιμετώπιση: Επιχειρείται ανάταξη της μήτρας μετά από εισαγωγή του χεριού του μαιευτήρα.

Σε περίπτωση αδύνατης ανάταξης εκτελείται χειρουργική κατά Kustner, κατά την οποία συμβαίνει διάνοιξη του οπίσθιου τοιχώματος της μήτρας, και ενδεχόμενα του τραχήλου και ανάταξη του πυθμένα.

## ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Οι επεμβάσεις που πραγματοποιούνται κατά την διάρκεια του τοκετού είναι: 1) εμβρυουλκία, 2) αναρροφητική εμβρυουλκία, 3) εξελκυσμός, 4) μετασχηματισμός, 5) εμβρυοτομία και 6) καισαρική τομή.

1. ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ: Ονομάζεται η επέμβαση, κατά την οποία συλλαμβάνεται με τη βοήθεια ειδικού μεταλλικού οργάνου (εμβρυουλκού) η κεφαλή του εμβρύου η οποία στη συνέχεια έλκεται έξω από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Σκοπός της επέμβασης είναι η αντικατάσταση των εξωθητικών δυνάμεων με τη βοήθεια της έλξης και της μιμήσεως του μηχανισμού τοκετού. Υπάρχουν διαφορετικά είδη εμβρυουλκών ανάλογα με την θέση της κεφαλής, π.χ. όταν η κεφαλή είναι στην έξοδο, χρειάζεται απλή έλξη, ενώ όταν η κεφαλή βρίσκεται στην ευρυχωρία χρειάζεται εκτός της έλξης κάμψη και στροφή της κεφαλής. Ο εμβρυουλκός του Naegele χρησιμοποιείται για την εμβρυουλκία της εξόδου, ο εμβρυουλκός του Tarnier για την εμβρυουλκία της ευρυχωρίας, ενώ ο εμβρυουλκός του Ksellad για την εμβρυουλκία της εισόδου έχει εγκαταλειφθεί λόγω της μεγάλης θνησιμότητας.

Ενδείξεις: α) από τη μητέρα:

- Παράταση εξωθήσεως, για περισσότερο από μία ώρα, λόγω δευτεροπαθούς αδράνειας της μήτρας, σχετικής δυσαναλογίας, ή αδυναμία της γυναίκας προς εξώθηση, λόγω υπερβολικής κόπωσης από παρατεταμένο τοκετό.
- Παραμονή της κεφαλής του εμβρύου για δύο τουλάχιστον ώρες στο ίδιο σημείο, χωρίς προοδευτική κάθοδο, παρά την τέλεια διαστολή του τραχηλικού στομίου και παρά τις ωδίνες.

- Εμφάνιση έντονης αιμορραγίας
- Εμάνιση εκλαμπτικού παροξυσμού
- Καρδιοπάθεια της γυναίκας
- Εξάντληση του οργανισμού της επιτόκου από εμπύρετη πνευμονική ή λοιμώδη πάθηση
- Βουβωνοκήλη ή μηροκήλη
- Προηγηθείσες εγχειρήσεις στην μήτρα, κατά τις οποίες έχει διανοιχθεί η μήτρα όπως καισαρική τομή, εκπυρήνιση.

β) Από το έμβρυο:

- Ανώμαλη προβολή της κεφαλής
- Αλλοιώσεις των καρδιακών παλμών

Όροι και προϋποθέσεις για την εκτέλεση εμβρυουλκίας

- Το έμβρυο να είναι στην ζωή
- Να μην υπάρχει δυσαναλογία μεταξύ των διαμέτρων της κεφαλής και της πυέλου της μητέρας, ή αν υπάρχει δυσαναλογία να μην δυσχεραίνει την κάθοδο της κεφαλής
- Ο εμβρυουλκός εφαρμόζεται μόνο σε καλά εμπεδωμένη κεφαλή.
- Να έχει προηγουμένως εξακριβωθεί η προβολή και η θέση της κεφαλής, όπως και το ύψος της σε σχέση με τα επίπεδα της πυέλου.
- Πριν την εκτέλεση της εμβρυουλκίας θα πρέπει να γίνει ορθή εκτίμηση των προηγούμενων παραμέτρων γιατί αν και η πρόγνωση από την εμβρυουλκία, τόσο για το έμβρυο όσο και για τη μητέρα, είναι πολύ εύκολη η δημιουργία κακώσεων και βαρέων τραυματισμών που ελαττώνονται, αν τόσο ο μαιευτήρας όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτουν προσοχή και πείρα.

Επιπλοκές: - Κακώσεις των γεννητικών οργάνων

- Ρήξη της μήτρας



- Ρήξη του στόμιου της μήτρας που προκαλείται από επέκταση ρήξης του τραχήλου
- Ρήξη του κόλπου και του περινέου, που όμως μπορούν εύκολα να αντιμετωπιστούν αν γίνει περινεοτομία.

2. ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ: Εφαρμόζεται χωρίς νάρκωση και συνήθως όταν η κεφαλή βρίσκεται στην έξοδο. Και στην περίπτωση αυτή η εφαρμογή του αναρροφητικού εμβρυουλκού καθορίζεται από τις παραμέτρους που αναφέρθηκαν και προηγούμενα. Μετά το τέλος της επέμβασης απαιτείται λεπτομερώς επισκόπηση του εμβρύου για τυχόν κατάγματα, εκδορές ή άλλες κακώσεις καθώς και του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.

3. ΕΞΕΛΚΥΣΜΟΣ: Ονομάζεται η έλξη του εμβρύου στην ισχιακή προβολή, με κατάλληλους χειρισμούς, με την τέλεια διαστολή του μητρικού στομίου και την ρήξη των υμένων.

Εκτέλεση: Μετά την τοποθέτηση της επιτόκου στο μαιευτικό τραπέζι, καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως και αναισθησία, εισάγεται το χέρι του γιατρού με ενωμένα κλειστά δάχτυλα σε σχήμα κώνου, με την παλάμη προς την κοιλιά του εμβρύου για να συλλάβει το ένα ή και τα δύο πόδια του εμβρύου.

Επιπλοκές: - Βαριά πρόγνωση για το έμβρυο, λόγω αυξημένου ποσοστού θνησιμότητας.

- Κίνδυνοι καταγμάτων των μηριαίων οστών, των βραχιόνιων οστών, της κλείδας, και εξάρθρωση της κάτω γνάθου.
- Ρήξη του ήπατος ή του σπλήνα του εμβρύου κατά την ασκούμενη πίεση στα κοιλιακά τοιχώματα του εμβρύου.
- Ενδοκρανιακές αιμορραγίες

- Τρυματισμός του προμήκη

4. ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ: Ονομάζεται το σύνολο των χειρισμών, οι οποίοι αποσκοπούν στην μετατροπή του σχήματος του εμβρύου και στην αλλαγή της προβάλλουσας μοίρας του. Συνήθως εκτελείται σε περίπτωση εγκάρσιου ή λοξού σχήματος του εμβρύου, με σκοπό την φορά της κεφαλής και των ισχίων στην είσοδο της πυέλου, και διακρίνεται σε εξωτερικό, σε εσωτερικό και μικτό μετασχηματισμό κατά Braxton Hicks.

5. ΕΜΒΡΥΟΤΟΜΙΑ: Ονομάζεται το σύνολο των χειρισμών οι οποίες εκτελούνται για την κένωση της μητριακής κοιλότητας με τον τεμαχισμό του εμβρύου.

Ενδείξεις: - Παραμελημένο εγκάρσιο σχήμα

- Δυσαναλογία

- Νεκρό έμβρυο

Μετά την εμβρυοτομία, επιβάλλεται η δακτυλική επισκόπηση της μήτρας για να εξέλθει η ακεραιότητά της και γίνεται επίσης λεπτομερής επισκόπηση του τραχήλου και του κόλπου.

Πρόγνωση: Καλή για την μητέρα, αν και σήμερα σπάνια οι κυοφορούσες δεν παρακολουθούνται ώστε να καταλήξει ένα έμβρυο να γίνει παραμελημένο εγκάρσιο.

6. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ: Ονομάζεται η επέμβαση κατά την οποία εκτελείται εξαγωγή ζωντανού εμβρύου με τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων και της πρόσθιας επιφάνειας του τοιχώματος της μήτρας.

Διακρίνονται δύο είδη καισαρικής τομής:

1. Η χαμηλή κάθετη καισαρική τομή που γίνεται στο κατώτερο τμήμα του προσθίου τοιχώματος της μήτρας
2. Η χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή.

Ενδείξεις: - Απόλυτη ή σχετική δυσαναλογία σε εγκάρσιο ή

λοξό σχήμα.

- Ισχιακή προβολή μεγάλου εμβρύου σε πρωτότοκο
- Πρόδρομος επιπωματικός πλακούντας
- Πρόδρομος επιχείλιος ή παραχείλιος με έντονη αιμορραγία
- Πρόωρη κεντρική ή περιφερειακή αποκόλληση του πλακούντα.
- Εκλαμψία, πριν τη διαστολή του τραχηλικού στομίου και πριν την εμπέδωση της κεφαλής
- Αδράνεια της μήτρας σε σαφή παράταση της κύησης, όταν δεν αντιδρά στην ωδινοποιητική αγωγή.
- Αλλοίωση των καρδιακών παλμών χωρίς τέλεια διαστολή του τραχηλικού στομίου.
- Φλεγμονή των έξω γεννητικών οργάνων
- Αγκύλωση η οποία εμποδίζει το άνοιγμα των σκελών της επιτόκου
- Κυστεοκολπικά, ουρηθροκολπικά ή ορθοκολπικά σύριγγια
- Στένωση του κόλπου από μετεγχειρητικές ουλές
- Παθήσεις διαφόρων συστημάτων της μητέρας οι οποίες απαγορεύουν την ταλαιπωρία της από τον φυσιολογικό τοκετό, ο οποίος είναι δυνατόν να προκαλέσει επιβάρυνση της νόσου (π.χ. ανοικτή φυματίωση των πνευμόνων).

Προϋποθέσεις: - Πλήρες οργανωμένο χειρουργείο

- Πειραμένος γυναικολόγος
- Αναισθησιολόγος
- Χορήγηση αναισθησίας κατά τέτοιο τρόπο ώστε το

έμβρυο να κλάψει αμέσως μετά την έξοδό του

- Συστηματική μετεγχειρητική παρακολούθηση

Επιπλοκές: οι συνηθισμένες των κοιλιακών εγχειρήσεων

Προσοχή: Η επίτοκος δεν επιτρέπεται να θηλάσει αν δεν περάσουν  
24 ώρες

- Δίαιτα

- Παρεντερική χορήγηση υγρών

- Μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Ο τοκετός αποτελεί ίσως την πιο σημαντική στιγμή της δημιουργίας για τον άνθρωπο, όμως δεν είναι χωρίς σοβαρούς κινδύνους. Άλλωστε μόλις τις τελευταίες δεκαετίες έχει μειωθεί το ποσοστό θνησιμότητας για επιτόκους και νεογνά. Εξ άλλου ο τοκετός υπάγεται στις χειρουργικές ειδικότητες γι' αυτό θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στους κανόνες ασηψίας και αντισηψίας αφού η επίτοκος πολύ εύκολα μπορεί να μολυνθεί τόσο πριν όσο και κατά ή μετά τον τοκετό εξ' αιτίας της δημιουργίας εκτεταμένων τραυματικών επιφανειών τόσο στα εξωτερικά γεννητικά όργανα, όσο και στην ίδια την μήτρα.

Σημαντικό είναι επίσης να τονίσουμε ότι τα λοχεία τα οποία αποβάλλονται συνεχώς από τα γεννητικά όργανα αποτελούν κατάλληλο θρεπτικό υλικό για την ανάπτυξη μικροβίων. Επίσης η ελαττωμένη αντίσταση του οργανισμού της μητέρας λόγω της ταλαιπωρίας και της εξάντλησης από την κύηση και τον τοκετό, συντελεί στον εύκολο παλλαπλασιασμό των μικροβίων τα οποία όπως είναι γνωστό ακόμα και σε φυσιολογικές συνθήκες βρίσκονται στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Φυσικά, αποτελεί πλεονασμό το να υπογραμμίσουμε ότι τόσο ο γιατρός όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διακατέχονται από υψηλό αίσθημα ευθύνης, ευσυνειδησία και εμπειρία, ώστε οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις να αποφεύγονται αλλά και κάθε ανώφελη ή οδυνηρή περιπέτεια της επιτόκου.

### Υποδοχή της επιτόκου:

Η κύηση αλλά και ο τοκετός αποτελούν συγκλονιστικά στοιχεία στην ζωή της γυναίκας, γι' αυτό θα πρέπει από την πρώτη στιγμή της εισαγωγής της γυναίκας στο μαιευτήριο να της δοθεί η εντύπωση ότι βρίσκεται σε φιλικό περιβάλλον και όχι ένα νούμερο σε κάποιο θάλαμο.

Αμέσως μετά την εισαγωγή της επιτόκου στο μαιευτήριο, αφαιρείται όλος ο ιματισμός που έχει έλθει σε επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον και παραδίδεται στους συγγενείς εκτός από τον εσωτερικό ρουχισμό που τουλάχιστον σήμερα όλες οι γυναίκες φροντίζουν γι' αυτόν ειδικά την περίοδο που βρίσκονται στο μαιευτήριο (καθαρά ρούχα κ.λ.π.).

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού εξαιρετικά χρήσιμου για να βεβαιωθούμε αν η επίτοκος έχει ή όχι έναρξη τοκετού (ωδίνες, αίμα, ρήξη θυλακίου). Το ιστορικό περιλαμβάνει επίσης ερωτήσεις σχετικά με το αν η γυναίκα έχει αίμα ή όχι, την συχνότητα των ωδινών και ποιό παιδί της είναι.

Στη συνέχεια η επίτοκος συναντιέται με τον προσωπικό της γιατρό και αν έχει αρχίσει ο τοκετός αρχίζει και η σχετική προετοιμασία. Σε περίπτωση άρρηκτου θυλακίου ζητάμε από την επίτοκο να ουρήσει φροντίζοντας να στείλουμε ούρα της για εξέταση.

Κατά τη διάρκεια λοιπόν αυτού του σταδίου ο νοσηλευτής οφείλει να κάνει τα εξής:

- Λήψη θερμοκρασίας και μέτρηση σφύξεων και αναπνοών
- Παρακολούθηση της διάρκειας και της έντασης των ωδικών
- Έλεγχος του θυλακίου (αν έχει ραγεί)
- Καθαριστικός υποκλιτισμός (μόνο αν υπάρχει χρόνος στην διάθεσή

μας και αν αυτός δεν αποκλείεται από άλλες παθολογικές καταστάσεις π.χ. μεγάλη διαστολή, αιμορραγίες, ισχιακή προβολή, πρόπτωση ομφαλίδος κ.λ.π.)

- Παρακολούθηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου (120-160) και σχετική ενημέρωση του γιατρού αν αντιληφθεί κάτι το παθολογικό
- Λήψη Α.Π.
- Αιμοληψία και σχετικές εξετάσεις
- Εξέταση ούρων για λεύκωμα
- Εξέταση της επιτόκου για το μέγεθος της διαστολής, το σχήμα, την προβολή κ.λ.π.
- Δοκιμασία διαπίστωσης ρήξης του θυλακίου η οποία γίνεται πριν τον ευπρεπισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων με χρησιμοποίηση ειδικού αντιδραστηρίου (χάρτη του ηλιοτροπίου) που χρωματίζεται μπλε σε περίπτωση ρήξης, αλλιώς παραμένει κόκκινο.

#### **Νοσηλευτικά καθήκοντα κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού (στάδιο διαστολής)**

- Σε περίπτωση ερρηγμένου θυλακίου είναι υποχρεωτική η κατάκλιση της επιτόκου, ενώ αν το θυλάκιο είναι άρρηκτο μπορεί να περιφέρεται στο δωμάτιο.
- Φροντίζουμε για εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος χωρίς θορύβους και ενοχλητικές συνομιλίες
- Ενημερώνουμε την επίτοκο ότι δεν πρέπει να σφίγγεται κατά το στάδιο αυτό ώστε να μην έχουμε πρόωρη ρήξη του θυλακίου.
- Επιτρέπεται η χορήγηση μόνο υγρής τροφής γιατί αν χρειαστεί νάρκωση υπάρχει ο κίνδυνος εισρόφησης και πνιγμονής.
- Ενθαρρύνουμε την επίτοκο, εξηγώντας της χωρίς όμως να την πανικοβάλλουμε, ειδικά μάλιστα αν πρόκειται για πρωτότοκο.
- Χρειάζεται διαρκής εγρήγορση του νοσηλευτικού προσωπικού και

παρακολούθηση της κατάστασης της επιτόκου (ωδίνες, αφυδάτωση κ.λ.π.), αλλά και προσοχή στις παρεντερικές χορηγήσεις λόγω των απότομων κινήσεων της επιτόκου.

- Φροντίζουμε για την εκκένωση της ουροδόχου κύστεως αφού μια γεμάτη κύστη μπορεί να εμποδίσει την φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού.
- Ελέγχουμε για οιδήματα πιέζοντας με τα δάκτυλα τις κνήμες
- Ψηλαφούμε την κοιλιακή χώρα για αντίληψη της εμπέδωσης της κεφαλής.
- Χρονομετρούμε την διάρκεια των ωδινών και την έντασή τους
- Ο έλεγχος της διαστολής πρέπει να γίνεται από το ορθό που δεν χρειάζεται ιδιαίτερη προετοιμασία ενώ τα ευρήματά του είναι ιδιαίτερα ευκρινή. Σε περίπτωση όμως ανάγκης ελέγχου της διαστολής από τον κόλπο θα πρέπει να γίνεται επιμελημένη καθαριότητα των γεννητικών οργάνων, πλύση των χεριών, χρησιμοποίηση αποστειρωμένου γαντιού και τήρηση των κανόνων ασηψίας - αντισηψίας.
- Μετρούμε προσεκτικά και συχνά (κάθε 10' περίπου) τους παλμούς του εμβρύου κατά την ακρόαση. Η μετατόπιση της εστίας προς την μέση γραμμή και προς τα κάτω δείχνει πρόοδο του τοκετού και κάθοδο του εμβρύου. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται επίσης κατά την ακρόαση σε κάθε μεταβολή της συχνότητας ή της ποιότητας των εμβρυϊκών παλμών

#### A. Κίνδυνοι για την μητέρα

1. Αφυδάτωση, πυρετός που γίνονται αντιληπτοί λόγω ταχυσφυγμίας ενώ σε περίπτωση αιμορραγίας ο σφιγμός γίνεται και μικρός
2. Άνοδος της θερμοκρασίας φανερώνει αφυδάτωση και σπανιότερα λοίμωξη.



3. Κίνδυνος ρήξης της μήτρας αν οι ωδίνες είναι πολύ ισχυρές και η μήτρα δεν χαλαρώνει τελείως στην παύλα.
4. Αιμορραγία από τον κόλπο που μπορεί να προέρχεται από ρήξη του τραχήλου ή της μήτρας, προδρομικό πλακούντα, αποκόλληση του πλακούντα κ.λ.π.
5. Κίνδυνος πνιγμονής από εισρόφηση τροφής σε περίπτωση εμμέτων.
6. Πονοκέφαλοι, μυοψίες, αύξηση της Α.Π., ζαλάδες, οιδήματα αποτελούν σημεία μιας παθολογικής κατάστασης γνωστής σαν τοξιναιμία της κύησης.

#### Β. Κίνδυνοι για το έμβρυο

1. Αλλοίωση των καρδιακών παλμών του εμβρύου (επιτάχυνση ή επιβράδυνση) και είναι αξιολογήσιμη κυρίως όταν εμφανίζεται όχι αμέσως πριν ή μετά την ωδίνη, αλλά στην παύλα.
2. Έξοδος μηκωνίου από τον κόλπο εφ' όσον η προβολή δεν είναι ισχιακή μας δίνει υπόνοια για κίνδυνο που διατρέχει το έμβρυο (ιδιαίτερα αξιολογήσιμο είναι το πηχτό μηκόνιο).
3. Υπερκινητικότητα του εμβρύου μπορεί να σημαίνει μειωμένη οξυγόνωσή του.

#### **Νοσηλευτικά καθήκοντα κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού (στάδιο εξώθησης).**

Χρονικά το στάδιο της εξώθησης αρχίζει με την τέλεια διαστολή του τραχήλου και τελειώνει όταν βγει από την σχισμή του αιδοίου ολόκληρο το σώμα του εμβρύου.

1. Η παρακολούθηση της επίτοκου είναι σημαντική γιατί μας βοηθάει να κατανοήσουμε ότι η επίτοκος βρίσκεται στην εξώθηση γιατί ιδρώνει, σφίγγεται, έχει έμετο και τάση για αφόδευση. Σε περίπτωση εξόδου κοπράνων, καθαρίζονται αμέσως και τα γεννητι-

κά όργανα.

2. Η επίτοκος παραμένει σκεπασμένη με ένα σεντόνι και στα γεννητικά όργανα έχει ένα αποστειρωμένο τετράγωνο.
3. Ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η συνδρομή και διδαχή της επίτοκου του τρόπου εξώθησεως. Δηλ. τοποθετούμε την επίτοκο στην μαιευτική καρέκλα με τους μηρούς ανοικτούς, κεκαμμένους προς την κοιλία και τις κνήμες ακριβώς πίσω από τους μηρούς. Στη συνέχεια η επίτοκος αγκαλιάζει τους μηρούς της με τα χέρια παίρνοντας μία βαθειά εισπνοή, χωρίς να βγάζει τον αέρα, προσπαθώντας να δώσει πίεση προς τα κάτω, φέροντας συγχρόνως το πηγούνι προς το στέρνο. Η εξώθηση επαναλαμβάνεται, όσο διαρκεί η συστολή, ενώ μετά το τέλος της συστολής η επίτοκος απλώνει τα πόδια της και παίρνει 2-3 βαθειές εισπνοές για την απαραίτητη οξυγόνωση αυτής και του εμβρύου. Στη συνέχεια ακολουθεί ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, καθαρισμός των γεννητικών οργάνων και τοποθέτηση δοχείου τοκετού.

Αντικείμενα τα οποία προετοιμάζουμε για χρήση είναι τα εξής:

- Δύο αποστειρωμένες λεκάνες εκ των οποίων η μία περιέχει αντισηπτική διάλυση και χρησιμοποιείται για την πλύση των χεριών του γιατρού ή της μαίας, ενώ η δεύτερη χρησιμοποιείται για την τοποθέτηση του πλακούντα.
- Ένα δοχείο για τα ακάθαρτα
- Δοχείο με αντισηπτική διάλυση και λαβίδα αποστειρωμένη για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων
- Φιαλίδιο με χειρουργική DETOL
- Δοχείο με αποστειρωμένο νερό για πλύση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

- SET τοκετού: α) 2 λαβίδες κόχερ για απολίνωση του ομφάλιου λώρου
- β) 2 θυριδωτές λαβίδες, για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων
- γ) 1 χειρουργική λαβίδα
- δ) 1 ψαλίδι
- ε) βελονοκάτοχο και βελόνες ραφής τραύματος (CAT. CUT, SILC. CUT)
- στ) 1 νεφροειδές, μια λεκάνη, τολύπια βαμβάκου, γάζες, ειδικά clips για τον ομφάλιο λώρο
- ζ) 1 μικρό τετράγωνο για την υποστήριξη του περινέου κατά την έξοδο του εμβρύου
- η) αποστειρωμένα γάντια, μάσκα και μπλούζες

Για το νεογνό προετοιμάζουμε:

- α) κούνια, τοποθετώντας αποστειρωμένη πετσέτα, αδιάβροχο πετσέτα και κουβέρτα
- β)  $\text{AgNO}_3$ , για την ενστάλλαξη στους οφθαλμούς του τοκετού.

**Νοσηλευτικά καθήκοντα κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού (υστεροτοκία)**

**A. Για το νεογνό:**

1. Καθαρισμός των ανώτερων αναπνευστικών οδών από τα υγρά και τις βλέννες, χρησιμοποιώντας ειδική συσκευή αναρροφήσεως
2. Διαπίστωση φύλλου του νεογνού και τοποθέτηση ειδικής ταυτότητας στο δεξί του χέρι (γαλάζιας για τα αρσενικά και ροζ για τα θυληκά) πάνω στην οποία αναγράφεται με κεφαλαία το επώνυμο που στερεώνεται καλά μετά από νέα εξακρίβωση από τη μητέρα.

3. Παλαιότερα η απολίνωση του ομφάλιου λώρου γινόταν με χρησιμοποίηση ειδικού ράμματος σε δύο σημεία ώστε να είναι ασφαλής. Σήμερα στα περισσότερα μαιευτήρια εφαρμόζεται ειδικό πλαστικό clips.
  4. Ενστάλλαξη  $AgNO_3$  στους οφθαλμούς του νεογνού
  5. Επισκόπηση του νεογνού για διαπίστωση τυχόν διαπλαστικών ανωμαλιών, ή παθολογικών καταστάσεων.
  6. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην χροιά του δέρματος (έντονο ροζ χρώμα το πρώτο 24ωρο). Ικτερική όψη δηλώνει ασυμβατότητα Rhesus, αν και πολλά νεογνά εμφανίζουν ικτερική όψη η οποία υποχωρεί μετά πάροδο λίγων ωρών ή ημερών. Κυανό χρώμα δέρματος υποδηλώνει κάποια συγγενή καρδιοπάθεια.
  7. Παρακολούθηση της αναπνοής του νεογνού η οποία συνήθως είναι ακανόνιστη. Η ακρόαση μας βοηθάει να διακρίνουμε αν τυχόν έχουμε απόφραξη των αναπνευστικών οδών από απόφραξη οι οποίες θα πρέπει να καθαριστούν.
  8. Επισκόπηση της κεφαλής (υδροκεφαλία, μικροκεφαλία, ανωμαλία των ραφών ή των πηγών του κρανίου).
  9. Επισκόπηση προσώπου για φυσιολογικά χαρακτηριστικά
  10. Επισκόπηση στόματος (πιθανή ύπαρξη λαγόχειλους) και υπερώας (πιθανή ύπαρξη λυκοστόματος).
  11. Εξέταση της ράχης, της κοιλίας και των άκρων του νεογνού (μυγγοκήλη, πολυδακτυλία, θλάση οστών λατρογενής, συγγενές εξάρθρομα του ισχίου).
  12. Επισκόπηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων για τυχόν ανωμαλία στην διάπλασή τους.
- B. Για τη μητέρα
1. Παρατηρούμε για τυχόν υπερβολική αιμορραγία και για χαλάρω-

μένη μήτρα που αν διαπιστωθεί κάνουμε ελαφρές μαλλάξεις στον πυθμένα της μήτρας, για να διατηρήσουμε τη σύσπασή της.

2. Σε περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας όπου συμβαίνει περιφερειακή αποκόλληση του πλακούντα εκτελούμε τον χειρισμό του Crede δηλ. συνθλίβουμε τον πυθμένα της μήτρας μεταξύ αντίχειρα και παλάμης για να συντομευτεί η αποκόλληση και η έξοδος του πλακούντα προς αποφυγή συνέχειας της αιμορραγίας.
3. Διάγνωση αποκόλλησης του πλακούντα (χειρισμός Kustner). Με το ένα χέρι κρατάμε τον ομφάλιο λώρο τεντωμένο και με το άλλο πιέζουμε την μήτρα πάνω από την ηβική σύμφυση. Σε περίπτωση μη αποκόλλησης του πλακούντα ο τελευταίος τραβιέται προς τα μέσα.
4. Επισκόπηση του πλακούντα. Το χέρι τοποθετείται μέσα στον υμενώδη σάκκο και τον τεντώνει ώστε να διαπιστωθεί αν λείπει κάποιο τμήμα από τους υμένες, ενώ στη συνέχεια αναστρέφεται ο πλακούντας και επισκοπείται η μητρική επιφάνειά του. Δακτυλική επισκόπηση της εσωτερικής επιφάνειας της μήτρας για να ελεγχθεί τυχόν κατακράτηση κοτυληδόνης, ενώ αν διαπιστωθεί κάποιο υπόλειμμα γίνεται δακτυλική αποκόλληση.
5. Ένεση Ι.Μ. μητροσυσταλτικού, προκειμένου να εξασφαλιστεί η συσταλτικότητα του μυομητρίου.
6. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην μέτρηση του αίματος που χάνει η επίτοκος αφού αν αυτό υπερβεί τα 500 ml προσέχουμε για τυχόν επιπλοκές.
7. Επισκόπηση του κόλπου, του αιδοίου και περινέου, όπου γίνεται ραφή τυχόν ρήξης.
8. Απομακρύνεται ο ιματισμός που χρησιμοποιήθηκε και σκεπάζουμε την επίτοκο η οποία είναι δυνατόν να παρουσιάζει ρίγος χωρίς

όμως παθολογική σημασία.

9. Ελέγχουμε για αιμορραγία εξετάζοντας και τη μήτρα. Εάν μέσα στη μήτρα υπάρχουν θρόμβοι αίματος, συνθλίβεται για να βγουν.
10. Τοποθετούμε ζώνη κοιλίας δένοντας από πάνω προς τα κάτω.
11. Φροντίζουμε ώστε η ουροδόχος κύστη να είναι κενή.
12. Μετά από παρέλευση δύο ωρών οδηγείται η επίτοκος στην αίθουσα λεχωϊδων εφ' όσον δεν υπάρχουν επιπλοκές.

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Είναι ίσως περιττό να επαναλάβουμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικής σημασίας σε όλη την διαδικασία που αναφέρθηκε. Εκείνο όμως που είναι το σημαντικότερο είναι η ψυχολογική βοήθεια την οποία τόσο ο μαιευτήρας όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλουν να δείχνουν στην επίτοκο αφού μπροστά στο "μυστήριο" αυτό που λέγεται τοκετός δύσκολα μένει κανείς ασυγκίνητος.

Αυτό ήταν άλλωστε και το γεγονός που έσπρωξε εμένα να θελήσω να ολοκληρώσω την παρουσία μου στα Τ.Ε.Ι. Πάτρας, παρουσιάζοντας το γεγονός που περισσότερο από οτιδήποτε άλλο "άγγιξε" χορδές μέσα μου μέχρι τότε άγνωστες.

Κλείνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον υπεύθυνο καθηγητή Α. Καρνάρη, χωρίς την καθοριστική βοήθεια του οποίου, το αποτέλεσμα ίσως ήταν διαφορετικό, καθώς επίσης και τις καθηγήτριες μου, Νάνου, Παπαδημητρίου, Μούσουρα, Φιδάνη για την αμέριστη συνδρομή και κατανόηση που μου έδειξαν.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

1. Κασκαρέλη Δημήτρη, "Μαιευτική και Γυναικολογία", γ' Έκδοση, Τόμος Α', Αθήνα 1983.
2. Κοντίφωρη Βασίλη, "Άτλας Μαιευτικής, Αθήνα 1980.
3. Μανταλενάκη Σέργιου, "Σύναψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας", Θεσσαλονίκη 1984.
4. Μαλγαρινού Μ.Α., "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική", Ζ' Έκδοση, Τόμος Α', Αθήνα 1984.
5. Μούσουρα Αδαμαντία, "Μαιευτική Νοσηλευτική", Σημειώσεις, Πάτρα 1988.
6. Παπανικολάου Νίκου, "Μαιευτική", Θεσσαλονίκη 1983.

### Ξένα

1. BALBONI ED AL. "ANATOMIA UMANA", Milano 1990
2. Cotton "Genetica Umana", Minnesota 1989
3. Garrey, Hodge, "Μαιευτική εικονογραφημένη", Β' Έκδοση
4. Gray's Anatomy, 36th edition London - Boston 1980.

