

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ : Σ. Ε. Υ. Π.  
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
της  
σπουδαστριας  
ΜΟΤΣΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια  
Παπαδημητρίου Μαρία



ΠΑΤΡΑ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4286
----------------------	------

Η εργασία αυτή αφιερώνεται σε όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριές μου που αυτά τα τρία χρόνια μου διδάξανε και μου μάθανε πώς να προσφέρω τις υπηρεσίες μου στον συνάνθρωπό μου που με έχει ανάγκη. Επίσης αφιερώνεται σε όλους όσους με βοηθήσανε να την ολοκληρώσω καθώς επίσης και στους γονείς μου, που όλα αυτά τα χρόνια με στηρίξανε με όλη τους τη δύναμη.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος.....	Σελ. 3
---------------	--------

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

✓ 1.1α Ωορρηξία - γονιμοποίηση - εμφύτευση.....	4
✓ Γονιμοποίηση.....	5
✓ Εμφύτευση.....	6
1β Διαπλαστική εξέλιξη του εμβρύου.....	7
1γ Πλακούντας.....	10
Λειτουργίες του πλακούντα.....	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.2α Διάγνωση της κυήσεως.....	12
Πιθανά σημεία της εγκυμοσύνης.....	13
Βέβαια σημεία της εγκυμοσύνης.....	13
2β Παρακολούθηση της εγκύου.....	13
2γ Γενική υγιεινή της εγκύου.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.3α Φυσιολογικό τοκετός - Διάγνωση τοκετού.....	16
Τοκετός.....	16
Τα είδη του τοκετού.....	17
3β Μηχανισμός του τοκετού - Στάδια.....	17
Στάδιο διαστολής.....	18
Στάδιο εξωθήσεως.....	19
Στάδιο υστεροτοκίας.....	22
3γ Λοχεία.....	23

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.4α Νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου.....	26
4β Νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση πρώτου σταδίου του τοκετού.....	28
4γ Νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση δεύτερου σταδίου του τοκετού.....	31

	Σελ.
Το σεντ τοκετού και τα απαραίτητα εργαλαία για τον τοκετό.....	32
Αγωγή του τοκετού.....	33
4δ Νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση στο τρίτο στάδιο του τοκετού.....	36
4ε Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη λοχεία - Επιπλοκές της λοχείας.....	39
4στ Νοσηλευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών της λοχείας.....	42

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική φροντίδα, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε επίτοκο με φυσιολογικό τοκετό.

5α Πρώτο περιστατικό.....	44
5β Δεύτερο περιστατικό.....	49
5γ Προτάσεις προς τη Νοσηλεύτρια/ή όσον αφορά την Νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου και της λεχώιδας.....	56
Επίλογος.....	57
Βιβλιογραφία.....	58

(α)

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

θαύμα ή τύχη η δημιουργία. Μια μεγάλη δημιουργία που συντελείται από ένα μεγάλο θαύμα. Το θαύμα της γέννησης ενός νέου ανθρώπου. Και κύριο όργανο μέσα στο οποίο συντελείται αυτό το θαύμα είναι η γυναίκα. Και δεν γίνεται μόνο για την διαίωηση του είδους αλλά έχει και βαθύτερο νόημα.

Με την γέννηση ενός νέου ανθρώπου, οι γονείς γίνονται συνδημιουργοί στο έργο του θεού και ολοκληρώνονται σαν άνθρωποι.

Σ' αυτήν την εργασία λοιπόν θα <sup>περιγράψω</sup> περιγράψω όσο πιο απλά <sup>υπογραφή</sup> μπορώ και παραστατικά, το φαινόμενο της σύλληψης, ανάπτυξης και γέννησης ενός νέου ανθρώπου στον κόσμο μας.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1α ΟΩΡΡΗΞΙΑ - ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ - ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ

Ι Ο Ω Ρ Ρ Η Ξ Ι Α (2)

ορμονικός

Στην περίοδο, που ξεκινά από την εφηβεία και φτάνει στην εμμηνόπαυση, κάθε 28 ημέρες, στη γυναίκα, ένα πρωτογενές ωοκύτταρο συμπληρώνει τη φάση ωρίμανσης και σ' αυτό το σημείο το ωοθυλάκιο που το περιέχει, λόγω της γρήγορης αύξησης του ωοθυλακού υγρού, διαστέλλεται, ρήγνυται και το ωάριο (ωοκύτταρο) σπρώχνεται έξω από την ωοθυλακική κιλότητα. Στη συνέχεια συλλέγεται στο εσωτερικό του χώρου μιας εκ των δύο σαλπίνγων και αρχίζει να κατεβαίνει μέχρι να φτάσει σε λίγες μέρες (περίπου 8) στην κοιλότητα της μήτρας.

Κατά τη διάρκεια αυτών των 28 ημερών, κατά τις οποίες οι ωοθήκες της γυναίκας υφίστανται μια σειρά αλλαγών που αποβλέπουν στην παραγωγή ενός ώριμου ωαρίου, που να μπορεί να γονιμοποιηθεί και η μήτρα με τη σειρά της υφίσταται μεταβολές προκαλούμενες από τις ορμόνες που κυκλοφορούν στο αίμα του γυναικείου σώματος. Αυτές οι μεταβολές έχουν το σκοπό να προετοιμάσουν στο ωάριο το κατάλληλο έδαφος για την πιθανή γονιμοποίησή του ει μέρους ενός σπερματοζωαρίου και επομένως για την ανάπτυξη του ανθρώπινου εμβρύου.

Αυτές οι μεταβολές του βλεννογόνου της μήτρας διαίρουνται σε τρεις καθορισμένες φάσεις: παραγωγική φάση, εκκριτική φάση, αιμορραγική φάση. Στην πρώτη φάση που, σε ένα έμμηνο κύκλο 28 ημερών, αρχίζει στο τέλος της έμμηνης ρύσης και φτάνει μέχρι τη 12η μέρα, περίπου, του κύκλου, το "ενδομήτριο" επανακατασκευάζεται και πολλαπλασιάζεται κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων που παράγονται από τις ωοθήκες· στη δεύτερη φάση που διαρκεί περίπου από τη στιγμή της ρήξης του ώριμου ωοθυλακίου (ωορρηξία), περίπου τη 12η - 14η ημέρα, μέχρι την 21η ημέρα, το ενδομήτριο ερεθισμένο κυ-

ρίως από την προγεστερόνη του ωχρού σωματίου, αποκτά πολλά αγγεία και οι αδένες του εκκρίνουν μια θρεπτική για το ωάριο ουσία που ονομάζεται γλυκογόνο.

Στην τρίτη φάση, που αρχίζει περίπου από την 21η ημέρα και φτάνει μέχρι την 28η του εμμηνορρυσιακού κύκλου, στην περίπτωση που το ωάριο, που φτάνει στην κοιλότητα της μήτρας, δεν έχει γονιμοποιηθεί, το ενδομήτριο παύει να αναπτύσσεται και συρρικνώνεται λόγω μιας μειωμένης ροής ορμονών· φτάνοντας έτσι στην 28η ημέρα, το ατροφικό ενδομήτριο καταστρέφεται τελείως και ακολουθεί η απόρριψή του από τον κόλπο με την μορφή της έμμηνης ρύσης.

## II Η ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (3)

σπέρμα  
α)

Μόλις το σπερματοζωάριο σπρωχθεί από τα αντρικά γεννητικά όργανα (με την εκσπερμάτωση) στο εσωτερικό του κόλπου είναι εξαιρετικά ζωρό και με κινήσεις της ουράς του προφύρεται προς τη μήτρα με μια τροχιά σπειροειδή. Αυτές οι κινήσεις ευνοούνται ~~και~~ από <sup>τα</sup> ρεύματα <sup>των</sup> υγρών του κόλπου και από ένα βασικό περιβάλλον· μόλις φτάσει στη μήτρα το σπερματοζωάριο, συνεχίζει προς τις σάλπιγγες· σ' αυτό το διάστημα μπορεί να συναντήσει ένα ώριμο ωάριο που μόλις εκδιώχτηκε από τις ωθήκες. Η γονιμοποίηση συνίσταται στην ένωση του σπερματοζωαρίου με το ωάριο. Πράγματι, η κεφαλή του σπερματοζωαρίου περιέχει ειδικά ένζυμα που του επιτρέπουν να επιτεθεί στο εξωτερικό τοίχωμα του ωαρίου, να το καταστρέψει και στη συνέχεια να μπει στο εσωτερικό του κυττάρου και να ενώσει τα εφόδιά του σε χρωματοσώματα με εκείνα του ωαρίου.

β)

Διαδικασία  
γονιμοποίησης

Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι εάν το ωάριο δε γονιμοποιηθεί μέσα σε δυο μέρες από την ωορρηξία τότε εκφυλίζεται και γίνεται αδιαπέραστο από τα σπερματοζωάρια· τα τελευταία με τη σειρά τους χάνουν την ικανότητα να γονιμοποιήσουν σε λίγες ώρες (24:48) μετά την εκσπερμάτωση, παρότι διατηρούν την κινητικότητά τους για

→ Συγκρίνεται ~~στη διαδικασία~~  
στη διαδικασία γονιμοποίησης



β) \*ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

πολλές μέρες. Το κεφάλι του σπερματοζωαρίου, μόλις πε-  
 ράσει στο εσωτερικό του ωαρίου, μεταμορφώνεται σ' έναν  
 πυρήνα με όψη ωσιδίου και από αυτήν τη στιγμή ονομά-  
 ζεται "άρρενας προπυρήνας". Ο άρρενας προπυρήνας με-  
 τὰ από ορισμένες τροποποιήσεις φτάνει στον πυρήνα του  
 θηλυκού κυττάρου ("θήλυς προπυρήνας"). Στη συνέχεια  
 εξαφανίζονται οι μεμβράνες των δυο προπυρήνων και αυ-  
 τοί ενώνονται σ' έναν μοναδικό πυρήνα που λέγεται "πυ-  
 ρήνας της γονιμοποίησης". Αυτός ο καινούριος πυρήνας,  
 που περιέχει 46 χρωματοσώματα, εμπεριέχει όλες τις ι-  
 κανότητες για να δώσει αρχή σ' ένα νέο πλήρη οργανισμό  
 που μετά από εννέα μήνες ενδομήτριας ζωής, θα είναι σε  
 θέση να ζήσει και να συνεχίσει να αναπτύσσεται αυτόνο-  
 μα έξω από το μητρικό σώμα. Το φύλλο αυτής της νέας ύ-  
 παρξης καθορίζεται από την ένωση των "χρωματοσωματίων  
 του φύλλου" των δυο πρωτογενών κυττάρων: το ωάριο πε-  
 ριέχει πάντα τον ίδιο τύπο χρωματοσωμάτων (X), το σπερ-  
 ματοζάριο μπορεί να περιέχει ένα χρωματοσωμάτιο ίδιο  
 με εκείνο του θηλυκού κυττάρου ή διαφορετικό (Y). Εάν  
 από την ένωση του μητρικού χρωματοσωματίου του φύλλου  
 με το πατρικό σχηματισθεί ένα σύμπλεγμα XX, τότε το  
 έμβρυο είναι θηλυκό, εάν αντίθετα σχηματισθεί ένα σύ-  
 μπλεγμα XY, το έμβρυο είναι αρσενικό.

III Η ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ (4)

ορισμός

Η εμφύτευση της βλαστοκύστης στο εσωτερικό του βλεν-  
 νογόνου της μήτρας γίνεται κατά την 21η ημέρα απ' την  
 αρχή της τελευταίας έμμηνης ρύσης. Τα κύτταρα της τρο-  
 φοβλάστης της επιτρέπουν να εισχωρήσει στο ενδομήτριο.  
 Αυτά παράγουν ουσίες που ονομάζονται "λυτικά ένζυμα"  
 που εγχαραάζουν το βλεννογόνο της μήτρας. Το εξερχόμενο  
 από τα διαβρωμένα αγγεία αίμα και τα προϊόντα της λύ-  
 σης του φαρτού αποτελούν το υλικό θρέψης του βλαστι-  
 δίου. Σε μια πρώτη φάση, που διαρκεί περίπου τρεις  
 εβδομάδες, το ωάριο τρέφεται βασικά απ' αυτά τα κυτ-  
 ταρικά υπολείμματα (ισοτροφική φάση). Σε μια δεύτερη

φάση που λέγεται "αιμοτροφική" η θρέψη γίνεται και με το μητρικό αίμα.

Διαδικασία  
μυζώσεως

Κατά τη διάρκεια της φάσης της εμφύτευσης του βλαστιδίου, ο βλεννογόνος της μήτρας βρίσκεται στο μέγιστο της ανάπτυξή του και είναι πολύ πλούσιος σε αιμοφόρα αγγεία\* το πάχος του φτάνει σε ύψος 1 εκατοστό. Η πιο βαθειά ζώνη ονομάζεται "σπογγώδης στοιβάδα", ενώ η πιο επιφανειακή λέγεται "συμπαγής στοιβάδα". Το σύνολο αυτών των δυο τμημάτων ονομάζεται "βασικός φθαρτός" όσο αφορά το τμήμα που είναι γυρισμένο προς τα πιο βαθιά στρώματα της μήτρας και "θυλακοειδής φθαρτός", το τμήμα που βρίσκεται προς τη μητρική κοιλότητα.

Το βλαστίδιο εμφυτεύεται συνήθως κοντά στην αρχή μιας από τις σάλπιγγες και πάντα στο άνω τμήμα της μήτρας. Μπορεί να υπάρξουν και μη φυσιολογικές εμφυτεύσεις, κατά τις οποίες το βλαστίδιο εγκαθίσταται στο χαμηλό μέρος της μήτρας ή ακόμα και στο τμήμα του τραχήλου της μήτρας. Αυτός ο τύπος εγκατάστασης ονομάζεται μη φυσιολογικός, γιατί με την ανάπτυξη του εμβρύου και τον πλακούντα που το κάτω τόξο της μήτρας μπορεί να καταστήσει δύσκολο τον τοκετό στο τέλος των εννέα μηνών εγκυμοσύνης (προφορικός πλακούντας).

Άλλη μη φυσιολογική εμφύτευση είναι εκείνη κατά την οποία το βλαστίδιο εγκαθίσταται στη σάλπιγγα, γιατί ένα εμπόδιο του απαγορεύει να κατέβει στη μήτρα. Αυτή η εγκυμοσύνη λέγεται εξωμήτρια.

### ΛΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

#### ΔΙΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

#### α) Δεύτερη εβδομάδα:

Η εγκυμοσύνη στην εβδομάδα αυτή συνίσταται σε ένα γονιμοποιημένο κύτταρο, που είναι αόρατο στο γυμνό μάτι. } 7

#### Τρίτη εβδομάδα:

Το γονιμοποιημένο ωάριο περνά τον σάλπιγγικό πόρο και φθάνει στην κοιλότητα της μήτρας. Στο τέλος της εβδομά- }

δας αυτής εγκαθίσταται στο τοίχωμα της μήτρας. }

Τέταρτη εβδομάδα:

Το ωχρό σωματίο της ωοθήκης εξακολουθεί να ωριμάζει και να παράγει προγεστερόνη και έτσι σταματά η έμμηνος ρύση. Με την επίφαση της προγεστερόνης τα κύτταρα της εσωτερικής επιφάνειας της μήτρας, σχηματίζουν τον φθαρτό υμένα ο οποίος σχηματίζει στη μήτρα μια πυκνή και αγγειακή επένδυση. Το κυοφορούμενο υλικό σχηματίζεται γρήγορα και μόλις αρχίζει να διακρίνεται. }

Πέμπτη εβδομάδα:

Το κυοφορούμενο υλικό είναι ορατό. Το έμβρυο μέσα στο νεοσχηματισμένο αμνιακοθύλακα αρχίζει να αναπτύσσει τα κυριότερα μέλη που το αποτελούν (σπονδυλική στήλη). }

Έκτη εβδομάδα:

Σ' αυτήν την εβδομάδα σχηματίζεται το κεφάλι, το στήθος και οι κοιλιακές κοιλότητες. Σχηματίζονται τα άνω και κάτω άκρα. Καθώς επίσης αρχίζει να λειτουργεί το πρώτο στοιχειώδες καρδιακό και κυκλοφορικό σύστημα. }

Έβδομη εβδομάδα:

Σε αυτήν διακρίνονται πλέον τα άκρα καθαρά. Μέσα στο κυκλοφορικό σύστημα έχουν σχηματισθεί τα κύτταρα του αίματος και τα αιμοφόρα αγγεία εντείνονται στο κεφάλι και σε ολόκληρο το σώμα. Η καρδιά χτυπά με δύναμη. Η κεφαλή του εμβρύου αποκτά βαθμιαία την τελική της μορφή και αρχίζουν να σχηματίζονται τα μάτια. }

Όγδοη εβδομάδα:

Τα κυριώτερα εσωτερικά όργανα έχουν διαμορφωθεί. Αναπτύσσονται κυρίως τα μάτια και το εσωτερικό των αυτιών. }

Ένατη εβδομάδα:

Τα μάτια έχουν αναπτυχθεί πλήρως. Βμφανίζονται η μύ- }

τη και το στόμα και τα γεννητικά όργανα. }

Δέκατη εβδομάδα:

Διακρίνονται πρόσωπο, κεφάλι και το πτερύγιο του αυτιού. Σχηματίζεται ο ομφάλιος λώρος. }

Ενδέκατη εβδομάδα:

Διακρίνεται το φύλλο του εμβρύου. Η μυϊκή ανάπτυξη του εμβρύου αυξάνει την κίνησή του. }

Δωδέκατη εβδομάδα:

Το έμβρυο έχει τη μορφή ανθρώπινου μικρού μωρού. Η καρδιά λειτουργεί πλήρως και η κυκλοφορία γίνεται κανονικά. Τα άκρα διακρίνονται αρκετά καλά. }

Δέκατη τρίτη εβδομάδα:

Τα εσωτερικά όργανα του εμβρύου έχουν αναπτυχθεί πλήρως αλλά οι πνεύμονες, ήπαρ και νεφροί εξακολουθούν να ωριμάζουν. }

Δέκατη τέταρτη έως δέκατη όγδοη εβδομάδα:

Το έμβρυο σκεπάζεται από χνούδι και ακούγονται καθαρά οι καρδιακοί παλμοί. Επίσης περιστρέφεται άνετα μέσα στο αμνιακό υγρό. }

Εικοστή πέμπτη έως τριακοστή πέμπτη εβδομάδα:

Τα μάτια του εμβρύου ανοίγουν και μεγαλώνουν τα μαλλιά. Το ποσοστό επιβίωσής του αν γεννηθεί πρόωρα είναι 15 %.

Τριακοστή έκτη έως τεσσαρακοστή εβδομάδα:

Το έμβρυο είναι πλέον ώριμο με πιθανότητες επιβίωσης πάνω από 90 % αν γεννηθεί πρόωρα. Το έμβρυο θα πάρει την μόνιμη στάση του για να βγει με το κεφάλι. }

β) ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Ο ώριμος πλακούντας έχει μορφή δίσκου, πάχους 2-3 εκατοστά και λεπτύνεται δευτερικά προς την περιφέρεια.

Έχει βάρος περίπου 500 γραμμάρια και χρώμα βαθύ κόκκινο που οφείλεται κυρίως στο μητρικό αίμα που γεμίζει τους μεσοπλαχνίους χώρους.

Η ομφαλίδα έχει δυο αρτηρίες και μια φλέβα που καλύπτονται από έναν χαλαρό βλενώδη ιστό που προέρχεται από το μεσόδερμα. Ο ιστός αυτός προστατεύει τα ομφαλικά αγγεία από τις πιέσεις, παρεμποδίζει τη σύσφυξη των κόμβων που μπορεί να υπάρχουν και διατηρήεται έτσι η κυκλοφορία στην ομφαλίδα.

Τα ομφαλικά αγγεία εκφύονται συνήθως από το κέντρο του πλακούντα. Αυτά διαιρούνται αμέσως και διακλαδίζονται συνεχώς σε όλη την επιφάνεια. Αυτός είναι ο τύπος του πλακούντα με τα διασκορπισμένα αγγεία. Μερικές φορές τα κύρια αγγεία μπορεί να επεκταθούν μέχρι το χείλος του πλακούντα πριν τη διαίρεσή τους. Αυτός είναι ο κύριος τύπος του πλακούντα.

Υπάρχει τέλος ένας μικρός αναστοματικός κλάδος που συνδέει τις δυο ομφαλικές αρτηρίες κοντά στην είσοδό τους στον πλακούντα. Χρησιμεύει στην ισοστάθμιση της πίεσεως και της ροής του αίματος που κυκλοφορεί στα δυο τμήματα του πλακούντα.

γ) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Επιγραφιαστικα

Οι λειτουργίες εξαρτώνται από τη δομή και την ακεραιότητα των λαχνών του πλακούντα. Οι λάχνες αιωρούνται μέσα στο μητρικό αίμα των μεσοπλαχνίων χώρων, αλλά δεν υφίσταται άμεση επικοινωνία μεταξύ αίματος εμβρύου και μητέρας. Υπάρχει ένας πλακουντιακός φραγμός.

Μετά από 16 - 20 εβδομάδες ατροφεί η κυτταροβλάστηση. Τα εμβρυικά αγγεία των λαχνών διατείνονται και η στιβάδα του μεσοδέρματος ελαττώνεται. Έτσι, ελαττώνε-

ται ο πλακουντιακός φραγμός μεταξύ μητρικής και εμβρυϊκής κυκλοφορίας.

Οι λειτουργίες του πλακούντα είναι οι παρακάτω:

### I Αναπνευστική

Η πτώση της αρτηριακής πίεσης καθώς το μητρικό αίμα εισέρχεται στον πλακούντα και η ελάττωση της ταχύτητας ροής υποβοηθούν την ανταλλαγή των αερίων μεταξύ μητέρας και εμβρύου. Το μητρικό αίμα έχει υψηλή περιεκτικότητα  $O_2$  και χαμηλή περιεκτικότητα  $CO_2$ .

Έτσι η δίοδος  $O_2$  προς το έμβryo και  $CO_2$  προς τη μητέρα καθίσταται εφικτή. Επίσης, ~~παραμένει~~ η εμβρυϊκή αιμοσφαιρίνη είναι ικανή να προσλάβει  $O_2$  ακόμα και στην περίπτωση της χαμηλής περιεκτικότητας του μητρικού αίματος σε  $O_2$ .

Επιδημιαιτα

### II Απεκκριτική

Η ουσία του αίματος βρίσκεται στην ίδια πυκνότητα και στους δύο κυκλοφορίες (μητρική και εμβρυϊκή).

### III Θρεπτική

Στον πλακούντα υπάρχουν ενεργητικοί μηχανισμοί μεταφοράς που υποβοηθούν την ανταλλαγή ουσιών.

### IV

#### Ενδοκρινική

Ο πλακούντας παράγει:

1. Οιστρογόνα
2. Προγεστερόνη
3. Χοριακές γοναδοτροπίνες
4. Πλακουντιακή γαλακτογόνο ορμόνη
5. Κορτικοστεροειδή
6. Ουσία που έχει ίδια φάση με την ορμόνη του οπίσθιου λοβού της υπόφυσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

I ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η πρώτη σκέψη έναρξης κυήσεως στη μητέρα γεννάται μετά από καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως. Το γεγονός αυτό συνήθως την οδηγεί στον μαιευτήρα γιατρό της. Η διάγνωση κατά τους πρώτους μήνες βασίζεται στα εξής: α) Αμηνόρρεια β) Αύξηση του μεγέθους της μήτρας.

Για τη διάγνωση της ύπαρξης μιας εγκυμοσύνης χρησιμοποιούνται δυο τύποι τεστ: βιολογικά και ανοσολογικά. Και τα δυο βασίζονται στην αναγνώριση μιας ορμόνης που εκκρίνεται από το χόριο της βλαστικής κύστης: της χοριακής γοναδοτροπίνης.

Αυτή η ορμόνη αρχίζει να παράγεται, περίπου, από την τέταρτη - πέμπτη μέρα της γονιμοποίησης από το χόριο του εμβρύου περνάει στην κυκλοφορία και από δω εκρέεται στα ούρα της μητέρας. Μόλις αρχίσει η παραγωγή της, αυξάνει προοδευτικά, μέχρι να φτάσει το μέγιστο κατά τη δέκατη ή δωδέκατη εβδομάδα κύησης. (5)

Τα βιολογικά τεστ βασίζονται στο γεγονός ότι η γοναδοτροπίνη του εμβρύου του ανθρώπου έχει ικανότητα να διεγείρει τις μονάδες ορισμένων πειραματοζώων.

Αυτά τα βιολογικά τεστ, επειδή απαιτούν σύνθετα και δαπανηρά όργανα έχουν αντικατασταθεί από τα ανοσολογικά τεστ. Αυτά απαιτούν ένα κομμάτι βυαλιού, μερικές σταγόνες ούρα της υποτιθέμενης εγκύου και μερικές σταγόνες ενός ειδικού αντιφαστηρίου· εξάλλου, μ' αυτόν τον τρόπο δίνεται μια γρήγορη απάντηση.

Επειδή κατά τη διάρκεια των πρώτων 40 ημερών εγκυμοσύνης τα επίπεδα της χοριακής γοναδοτροπίνης στα ούρα της εγκύου είναι χαμηλά, τα τεστ εγκυμοσύνης είναι όχι καλού αποτελέσματος· οι δοκιμασίες που δίνουν αρνητικό αποτέλεσμα πρέπει να επαναληφθούν μετά από μερικές ημέρες. Γενικά ενδείκνυται να γίνουν οι πρώτες δοκιμές κατά τη 14η ημέρα της καθυστέρησης της έμμηνης ρύσης. Μερικές φορές μπορεί να υπάρξουν ψευδή αποτε-

λέσματα, δηλαδή απαντήσεις ψευδείς θετικές ή αρνητικές, αλλά, γενικά, πρέπει να θεωρείται ότι αυτά τα τεστ είναι σίγουρα και πιστευτά κατά 95 %/. Αυτό σημαίνει ότι από την εργαστηριακή διάγνωση δεν πρέπει να λείπει η κλινική διάγνωση η οποία γίνεται από το ιστορικό της εγκύου (ατομικό, οικογενειακό, μαιευτικό) από τα συμπτώματα, την επισκόπηση και την ακρόαση.

## II ΠΙΘΑΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Από την κλινική εξέταση της εγκύου παίρνουμε τα πιθανά σημεία της κύησης που είναι τα εξής:

1. Αμηνόρροια (παύση της εμμήνου ρύσεως)
2. Ναυτία, εμμετός
3. Συχνουρία
4. Εμφάνιση ραγάδων στην κοιλιά
5. Εμφάνιση της λευκής γραμμής
6. Μεταβολή του μεγέθους και του σχήματος της μήτρας.
7. Υπέρχωση του δέρματος
8. Διόγκωση του στήθους

(6)

## III ΒΒΒΑΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

1. Ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου
2. Καρδιακοί παλμοί του εμβρύου
3. Φύσημα της ομφαλίδος
4. Υπερηχογράφημα
5. Από την ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου
6. Από το θετικό τεστ (βιολογικό, ανοσιοβιολογικό).

## IIII 2B ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Η παρακολούθηση της εγκύου διακρίνεται σε δυο κατηγορίες: α) Κλινική β) Εργαστηριακή.

Στην κλινική παρακολούθηση περιλαμβάνονται οι εξής εξετάσεις:

1. Παρακολούθηση του βάρους. Το επιτρεπόμενο βάρος που θα πάρει η κυοφορούσα δεν πρέπει να ξεπεράσει τα



12 KGR.

2. Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης. Φυσιολογική τιμή 140/90 μμ. ΗΓ.

3. Έλεγχος του τραχήλου της μήτρας για εντόπιση νεοπλασματος ή κάποιας φλεγμονής.

4. Παρακολούθηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου.

5. Παρακολούθηση της ηλικίας της κύησης.

6. Διάγνωση σχήματος και προβολής του βρέφους στους δυο τελευταίους μήνες.

Όλα τα παραπάνω αναγράφονται στην ειδική ατομική κάρτα της κυοφορούσης.

Στην εργαστηριακή παρακολούθηση εξετάζονται:

1. Τα ούρα για τυχών ύπαρξης λευκώματος, σακχάρου κ.τ.λ.

2. Αιματοκρίτης για την πρόληψη αναιμιών.

3. Ομάδα αίματος και παράγοντος RH. Αν η έγκυος είναι RH(-) και ο σύζυγος RH(+) επιβάλλεται η εκτέλεση εμμέσου COOMBS.

Κάθε μεταβολή που συμβαίνει στις παραπάνω εξετάσεις καθώς επίσης εμφάνιση οιδημάτων πρέπει να μας προκαλέσουν υπόνοιες για τυχών εμφάνιση τοξιναιμίας της κύησης.

## V 2γ ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΙΒΙΝΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

### α) ΑΣΚΗΣΗ

Οι περισσότερες γυναίκες ασκούνται αρκετά με την απασχόλησή τους στο σπίτι. Τους καλοκαιρινούς μήνες ενδείκνυται ελαφριές ασκήσεις.

### β) ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ

Συχνός καθαρισμός, ιδιαίτερα των γεννητικών οργάνων και της περιοχής γύρω από τον πρωκτό. Κατά την κύηση παρατηρείται αύξηση των εκκρίσεων και του ιδρώτα. Συνίσταται καθημερινό καταλωνιτικό λουτρό.

δ) ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Συνιστάται περιορισμός του καπνίσματος ή ακόμα και η διακοπή αυτού γιατί η υπερβολική ποσότητα νικοτίνης προκαλεί αγγειοσύσπαση με συνέπεια την διαταραχή της λειτουργίας του πλακούντα.

δ) ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

Τα ενδύματα πρέπει να είναι χαλαρά και άνετα. Θα πρέπει να αποφεύγονται οι καλτσοδέτες και οι σφικτές ελαστικές ζώνες. Τα παπούτσια που θα φορέει η κυοφορούσα να είναι άνετα και χαμηλά.

Κουνιδης (10) Υπερηχο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.3α ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΥΠΕΡΗΧΟΙ

II) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

(11)

α) Η έναρξη του τοκετού αναγνωρίζεται από:

1. Ψηλαφηστές συστολές της μήτρας οι οποίες είναι ρυθμικές και διαλείπουσες. Τα μεσοδιαστήματα ηρεμίας (παύλα) μπορούν να ανέρχονται σε 10 ή και 30 λεπτά ενώ η ωδύνα διαρκεί 30'' και πλέον.

2. Βμφάνιση μικρής ποσότητας αίματος και βλέννας από τον κόλπο που οφείλεται στην αποκόλληση των υμένων από το έσω τραχηλικό στόμιο.

3. Διαστολή του τραχήλου που έχει σαν αποτέλεσμα το σχηματισμό του θυλακίου.

β) Όταν διαπιστωθεί ότι πράγματι έχει αρχίσει ο τοκετός, τότε γίνεται η απαραίτητη προετοιμασία της επί-τόκου, δηλαδή:

1. Τοπική προετοιμασία: Ευπρεπισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Ξύρισμα.

2. Υπακλισμός: Για την καλή κένωση του εντέρου.

3. Καταλιωνιτικό λουτρό.

4. Ζύγισμα για την λήψη βάρους του σώματος της εγκύου.

ΤΟΚΕΤΟΣ

(1)

Τοκετός καλείται ο σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων με το οποίο επιτυγχάνεται η έξοδος, από τη μήτρα, του τελειόμηνου εμβρύου με τον

πλακούντα και τους ημένες του μέσω του πυ-  
ελογεννητικού σωλήνα.

### ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Το τοκετό τον διακρίνουμε στα εξής είδη:

1. Αυτόματος
2. Προγραμματισμένος
3. Προκαλούμενος
4. Φυσιολογικός
5. Κατευθυνόμενος, όταν εξελιχθεί ύστερα από φαρμα-  
κευτική αγωγή
6. Τεχνητός, όταν προκληθεί με κολπική ή κοιλιακή  
επέμβαση
7. Οξύς, όταν σε πρωτότοκη εξελιχθεί σε λιγότερο α-  
πό δυο ώρες
8. Παρατεινόμενος, όταν εξελιχθεί σε διάστημα μεγα-  
λύτερο των 18 ωρών
9. Πρόωρος, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 28η - 37η  
εβδομάδα
10. Πρώιμος, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 20η - 27η  
εβδομάδα.

(1)

Την φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού την ονομάζουμε  
ευτοκία και την δυσμενή εξέλιξη δυστοκία.

### III

#### Ο ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ - ΣΤΑΔΙΑ

(12)

Ο μηχανισμός του τοκετού και η έξοδος του εμβρύου  
από τη μήτρα διαιρείται σε τρία στάδια. Τα στάδια  
της:

- α. Διαστολής
- β. Εξώθησης
- γ. Υστεροτοκίας.

A) ΣΤΑΔΙΟ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ

Το στάδιο διαστολής αρχίζει με την έναρξη των ωδι-  
νών και τη διαστολή του τραχήλου και τελειώνει όταν  
η διαστολή του τραχήλου της μήτρας γίνει τέλεια. Η  
διάρκεια του σταδίου αυτού στις πρωτότοκες είναι 8  
- 12 ώρες ενώ στις πολύτοκες 4 - 6 ώρες. Το στάδιο αυ-  
τό χαρακτηρίζεται από τις διασταλτικές ωδίνες που συ-  
στέλλουν το ανώτερο τμήμα της μήτρας και έτσι έλκεται  
το κατώτερο και ο τραχήλος προς τα πάνω γύρω από τη  
μοίρα του εμβρύου που προβάλλει και έτσι το έμβρυο  
ωθείται προς τα κάτω μέσα από το διασταλμένο τραχηλι-  
κό στόμιο.

Η μέτρηση της διαστολής στα διάφορα στάδια γίνεται  
με συμβολικούς συσχετισμούς όπως: αρχόμενη, πενήντα-  
λεπτου, δραχμής, διδράχμου, ταλήρου, μικράς παλάμης,  
μεγάλης παλάμης, σχεδόν τέλεια και τέλεια.

Για τον καθορισμό της διαστολής προβαίνουμε στην  
κολπική εξέταση, με αποστειρωμένο γάντι ή εξέταση από  
το ορθό. Την ποιότητα των ωδινών θα την εκτιμήσουμε  
είτε με την ψηλάφηση των κοιλιακών τοιχωμάτων ή με  
τον τοκογράφο. Την κατάσταση της επιτόκου θα την εκτι-  
μήσουμε με τη λήψη του σφυγμού, της θερμοκρασίας και  
της αρτηριακής πίεσης του αίματος που αυξάνει στα δυο  
πρώτα στάδια.

Επίσης παρακολουθούμε για τυχόν αιμορραγία από τον  
κόλπο (ρήξη τραχήλου, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα,  
προφορικός πλακούντας). Την κατάσταση του εμβρύου  
την ελέγχουμε με την ακρόαση των καρδιακών παλμών,  
κατά την διάρκεια της παύλας κάθε 10' λεπτά. Την τυ-  
χόν δυσφορία του εμβρύου στο πρώτο στάδιο τη διαπι-  
στώνουμε ~~και~~ από την ποιότητα του αμνιακού υγρού, ό-  
ταν το θυλάκιο είναι σπασμένο από τον χρωματισμό του  
λόγω εξόδου μηκωνίου σ' αυτό. Εμβρυϊκή δυσφορία εκδη-  
λώνεται ~~και~~ με την υπερκλινητικότητα του εμβρύου και  
την αύξηση των καρδιακών παλμών πάνω από 160 (φυσιολο-  
γικοί παλμοί 120 - 160 το λεπτό), που μετά επιβραδύνο-

νται και εμφανίζονται αρρυθμίες στον πλακούντα. Επίσης επιβάλλεται και ο καθορισμός της προβάλλουσας μόρας του εμβρύου για να ξέρουμε εάν αυτή προχωρεί. Κάνουμε εκτίμηση του ύψους της προβολής, τη θέση της προβολής και το βαθμό κάμψης της κεφαλής.

Στο πρώτο στάδιο η πλάγια θέση θεωρήται η καλύτερη για το έμβryo. Η επίτοκος μπορεί να πάρει μόνο υγρή τροφή και φροντίζουμε για την κένωση της ουροδόχου κύστεως, όταν η κεφαλή εμπεδωθεί και η διούρηση είναι δύσκολη τότε παίρνουμε τα ούρα με καθετήρα.

Φροντίζουμε των εξωτερικών γεννητικών οργάνων με αντισηπτικές πλύσεις. Στο στάδιο αυτό δεν επιτρέπουμε το σφίξιμο της επιτόκου, αλλά να χαλαρώνει με κάθε παύλα. Σε κάθε ωδίνα θα πρέπει να παίρνει βαθιές ανάσες που βοηθούν αυτή και το έμβryo.

Για λιγότερη κατοπόνηση της επιτόκου στη διάρκεια του τοκετού και ιδιαίτερα του πρώτου σταδίου, προτάθηκαν διάφορες ψυχοπροφυλακτικές μέθοδοι, που αποβλέπουν στην ελάττωση του πόνου και την απομάκρυνση του φόβου και του άγχους της επιτόκου.

Τέλος με την ενέργεια των διασταλτικών ωδίνων, η διαστολή του τραχήλου γίνεται τέλεια και η μητριαία κοιλότητα γίνεται ένα με την κοιλική, γεγονός που υποδηλώνει και το τέλος του πρώτου σταδίου του τοκετού.

## β) ΣΤΑΔΙΟ ΕΞΩΘΗΣΕΩΣ

Το στάδιο εξωθήσεως αρχίζει όταν η διαστολή του τραχήλου της μήτρας γίνει τέλεια και τελειώνει με την έξοδο του εμβρύου από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Η διάρκεια του δεν πρέπει να ξεπερνά την μια ώρα και εξαρτάται από:

Α) αν η επίτοκος είναι πρωτότοκος ή πολύτοκος  
Β) από την συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των ωδίνων

Γ) από τις σχέσεις των διαμέτρων μεταξύ πυέλου και εμβρύου

4) από την προβολή

5) από την συνεργασία της επιτόκου.

Η επίτοκος στο στάδιο της εξώθησεως πρέπει να τοποθετηθεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επιστρατεύονται όλες οι δυνάμεις, η θέση αυτή είναι η γυναικολογική.

Όταν η διαστολή του τραχήλου καταστεί τελεία, τότε ο χαρακτήρας των ωδινών γίνεται εντονότερος και διαρκούν περισσότερο. Τη στιγμή της ακμής της ωδίνιας η επίτοκος αισθάνεται ότι το έμβρυο προχωρεί προς την έξοδο και της δημιουργεί αίσθημα απόδευσης, επειδή πιέζει το ορθό. Για την έξοδο του εμβρύου, σφίγγεται και φέρνει την κατάλληλη για αυτό στάση, έτσι οι εξωθητικές ωδίνες ενισχύονται με την σύσπαση των κοιλιακών μυών.

Τη στιγμή της εξώθησης η επίτοκος λόγω της προσπάθειας που καταβάλλει κοκκινίζει στο πρόσωπο, ιδρώνει και η φωνή της δεν είναι όμοια με του πρώτου σταδίου. Μερικές φορές στο δεύτερο στάδιο η επίτοκος μπορεί να αισθάνεται ναυτία ή να κάνει εμετό ή και να πάθει κράμπες στα πόδια από πίεση των νεύρων της πυέλου από την κεφαλή του εμβρύου. Με την πρόοδο του τοκετού, όταν η κεφαλή του εμβρύου φτάνει στο έδαφος της ευρυχωρίας κάμπτεται, έτσι ώστε το σαγόνι του να ακουμπήσει στο στέρνο του. Μόνο με την κάμψη θα πετύχει την είσοδό του μέσα στην μικρή πυέλο. Αυτή η κάμψη και μαζί με αυτή η κάθοδος της κεφαλής αποτελούν τον πρώτο και ουσιαστικό ελιγμό, την πρώτη κίνηση στο μηχανισμό του τοκετού.

Στη συνέχεια το ηνίο που είναι σφηνωμένο στην πυελική κοιλότητα και στραμμένο αριστερά φτάνει στο πυελικό έδαφος. Όταν συμβεί αυτό με την εξέλιξη του τοκετού η μικρή πηγή αρχίζει να στρέφεται με κατεύθυνση προς το πρόσθιο τοίχωμα της πυέλου. Κάθε ωδίνα σπρώχνει το ηνίο προς τα κάτω και εμπρός και φέρνει τη μικρή πηγή κάτω από την ηβική σύμφυση. Τότε η μεγάλη πηγή και το μέτωπο του εμβρύου στρέφονται προς τα πίσω. Συμβαίνει δηλαδή η εσωτερική στροφή της κεφαλής

του εμβρύου που είναι η δεύτερη κίνηση στο μηχανισμό του τοκετού. Η στροφή αυτή είναι 45 μοιρών και συχνά συμβαίνει ύστερα από την τέλεια κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας στο πυελικό έδαφος. Στο στάδιο αυτό της εξέλιξης του τοκετού, το μόνο εμπόδιο στην έξοδο της κεφαλής του εμβρύου, είναι το έδαφος του περινέου, όμως με τις εξωθητικές ωδίνες η κεφαλή το πιέζει, ο κόκκυγας υποχωρεί και η μοίρα του περιναίου που αντιστοιχεί ανάμεσα από τον κόκκυγα και τον πρωκτό τεντώνει. Το ηνίο όλο και υποχωρεί κάτω από την ηβική σύμφυση. Η μοίρα του περινέου που αντιστοιχεί ανάμεσα στον πρωκτό και τη σχισμή του αιδίου τεντώνεται και αυτή, έτσι ενώ το ηνίο όλο και εξέρχεται κάτω από την ηβική σύμφυση, το μέτωπο περνάει την κορυφή του κόκκυγα και αρχίζει η έκταση και έξοδος της κεφαλής, που αποτελεί τον τρίτο ουσιαστικό ελιγμό ή κίνηση στον μηχανισμό του τοκετού. Τότε το σαγόνι παύει να βρίσκεται πάνω στο στέρνο, το ηνίο σηκώνεται μπροστά στην ηβική σύμφυση και η κεφαλή όλο και εκτείνεται. Όταν οι δυο βρεγματικοί όγκοι φθάσουν στην αιδοϊκή σχισμή με τις εξωθητικές ωδίνες τεντώνουν το περινέο, μετά αυτό διατείνεται από τα μετωπίνα οστά που μόλις αυτά περάσουν η κεφαλή πλέον έχει εξέλθει από την αιδοϊκή σχισμή.

Όταν η κεφαλή φαίνεται στην αιδοϊκή σχισμή, τότε οι ώμοι εισέρχονται στο ανώτερο πυελικό στόμιο και προσωρούν ως το πυελικό έδαφος στρέφονται και προσαρμόζουν την αμφιακροκυμιακή διάμετρό τους στην ευθεία διάμετρο του κατωτέρου πυελικού στομίου. Ύστερα ο πρόσθιος ώμος έρχεται κάτω από την ηβική σύμφυση, ενώ ο οπίσθιος ώμος μέσα στην κοίλη επιφάνεια του ιερού οστού. Ακολουθεί πρώτα η έξοδος του πρόσθιου ώμου και ύστερα του οπίσθιου. Η στροφή αυτή των ώμων στρέφει την κεφαλή του εμβρύου. Έτσι αμέσως με την έξοδο της κεφαλής, ενώ το πρόσωπο στρέφει προς τα κάτω, όταν στρέφουν οι ώμοι το πρόσωπο γυρίζει πλάγια. Αυτή η εσωτερική στροφή των ώμων και η εξωτερική στροφή της κεφαλής αποτελούν τον τέταρτο ουσιαστικό ελιγμό στον



μηχανισμό του τοκετού. Μετά την εξωτερική στροφή της κεφαλής ακολουθεί εύκολα η έξοδος του κορμιού χωρίς κανένα ξεχωριστό μηχανισμό. Αυτοί οι μηχανισμοί επαναλαμβάνονται για κάθε μέρος του εμβρύου. Μόλις γεννηθεί το έμβρυο ονομάζεται νεογνό. Το κρατούμε με τα πόδια πάνω και το κεφάλι κάτω και ύστερα είτε σε αυτή τη στάση ή αφού το ξαπλώσουμε, αναρροφούμε απαλά από το στόμα, το λαιμό και τους αγωγούς της μύτης, τα τυχόν υγρά που περιέχουν. Όταν γίνει αυτό και το νεογνό αρχίσει να αναπνέει κανονικά και να κλαίει, απολινώνουμε τον ομφάλιο λώρο. Από δω και πέρα το νεογνό είναι ελεύθερο και θα ζει στο εξής εντελώς ανεξάρτητα.

### Γ) ΣΤΑΔΙΟ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ

Το στάδιο αυτό αρχίζει από την έξοδο του εμβρύου και τελειώνει με την αποκόλληση του πλακούντα και την έξοδό του μαζί με τους εμβρυϊκούς υμένες. Η διάρκειά του είναι 15' - 30' λεπτά της ώρας. Μετά την έξοδο του εμβρύου μετά από 10' - 15' λεπτά ηρεμίας της επιτόκου, αρχίζουν οι υστεράλες ωδίνες που έχουν σκοπό την αποκόλληση του πλακούντα. Οι υστεράλες κάνουν τις τεντωμένες λήχνες του πλακούντα να αποσπασθούν και έτσι να γίνει η αποκόλληση. Οι υστεράλες ωδίνες ελατώνοντας την επιφάνεια της κοιλότητας της μήτρας, αναγκάζουν τον πλακούντα να αποκολληθεί γιατί αυτός δεν έχει ελαστικότητα και δεν μπορεί να μειώσει την επιφάνειά του. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι και προσταγλανδικοί παράγοντες παίρνουν μέρος στην αποκόλληση.

Πίσω από τον πλακούντα σχηματίζεται το οπισθοπλακουντιακό αϊμάτωμα, το οποίο ωθεί μαζί με τις ωδίνες τον πλακούντα προς τα κάτω και έτσι αποκολλάται και πέφτει μέσα στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, προβάλλοντας με την εμβρυϊκή του επιφάνεια. Η απώλεια του αίματος που συνοδεύει τον πλακούντα ανέρχεται σε 300 - 500 κυβικά εκατοστά.

Η εξέταση του πλακούντα καθώς και των υμενών είναι

απαραίτητη για να διαπιστωθεί η ακεραιότητά τους και να αποφύγουμε την τυχόν κατακράτηση μέρους τους μέσα στην μήτρα.

Αφού βεβαιωθούμε για την πλήρη κένωση της μήτρας χορηγούμε φάρμακα μητροσυσπαστικά για την εξασφάλιση της συσταλτικότητας του μυομητρίου, π.χ. OXYTOCINE, METHERGIN. Στα φάρμακα αυτά πρέπει να είμαστε προσεκτικοί στη χορήγησή τους ώστε να μην δοθούν με γρήγορη ενδοφλέβια χορήγηση γιατί μπορεί να προκαλέσουν έντονη σύσπαση του μυομητρίου και να εγκλωβίσουν τμήμα του πλακούντα ή εμβρυϊκών υμένων στη μήτρα από σύσπαση του τραχήλου.

Τέλος ελέγχουμε και την γενική κατάσταση της λεχώιδας παίρνοντας το σφυγμό, τη θερμοκρασία και την αρτηριακή της πίεση και αφού συρράψουμε τις τυχόν κακώσεις από τον τοκετό, την οδηγούμε στους θαλάμους νοσηλείας.  
~~όπου και την παρακολουθούμε τις επόμενες ώρες για τυχόν προβλήματα όπως αιμορραγία, θηροκ κ. τ.λ.~~

### 3γ ΛΟΧΕΙΑ

(14)

Η λοχεία αποτελεί μεταβατική περίοδο διάρκειας περίπου 6 - 8 εβδομάδων, κατά την οποία ο μητρικός οργανισμός επανέρχεται βαθμηδόν στην προ κύησης κατάσταση.

Όλα τα αναγκαία στοιχεία που δημιουργήθηκαν για την κύηση καταστρέφονται και απορροφούνται ή αποβάλλονται. Επι πλέον όμως η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την εγκατάσταση μιας νέας και σημαντικότερης λειτουργίας, της γαλουχίας.

Τα κυριώτερα φαινόμενα της λοχείας, εκτός της εκκρίσεως του γάλακτος, είναι η παλινδρόμηση της μήτρας και η εμφάνιση των λοχιών. Αμέσως μετά την υστεροτοκία, τα κοιλιακά τοιχώματα είναι πάρα πολύ χαλαρά και επιτρέπουν την άνετη ψηλάφηση της μήτρας. Επι πλέον υπάρχει και σχετική διάταση των ορθών κοιλιακών μυών. Τη στιγμή εκείνη η μήτρα, σφαιρική και συσπασμένη, βρίσκεται περίπου στο ύψος του ομφαλού. Γρήγορα όμως και κάτω

από την επίφαση της συστολής αρχίζει να παλινδρομεί, οπότε εμφανίζεται προοδευτική κάθοδο και βαθμιαία μικρυνση τόσο κατά τον επιμήκη όσο και κατά τον εγκάρσιο άξονά της. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδος ο πυθμένας της μήτρας ψηλαφάται στο μισό της απόστασης μεταξύ ομφαλού και ηβικής σύσφυξης. Στο τέλος της δεύτερης εβδομάδος η μήτρα βρίσκεται πίσω από την ηβική σύσφυξη, για να βρει στην συνέχεια οριστικά την κανονική της θέση μέσα στην μικρή πύελο.

Η παλινδρόμηση διεξάγεται σχεδόν ανώδυνα στις πρωτότοκες και με ελαυρύ πόνο στις πολύτοκες. Στις πολύτοκες ο πόνος επέρχεται κατά διαστήματα και οφείλεται στη συστολή της μήτρας. Ο ελαφρός αυτός πόνος μεγαλώνει συνήθως κατά τη στιγμή του θηλασμού. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως ο πόνος μπορεί να γίνει πολύ δυνατός οπότε παίρνει την μορφή κολικού, υστερόπονοι χωρίς όμως να διαταράξει την υγεία της λεχωίδος. Ο πόνος υποχωρεί αν δώσουμε ένα ελαφρύ αναλγητικό π.χ. DEPON. Ασπιρίνη δεν χορηγούμε στην λεχωίδα που θηλάζει γιατί περνά μέσα από το γάλα στο νεογνό: κι αν αυτό έχει κάποια έληψη ενζύμου τότε θα του δημιουργήσει ίκτερο. Γι' αυτό λοιπόν προσέχουμε πάντα τι αναλγητικά δίνουμε στις θηλάζουσες λεχωίδες.

Η παλινδρόμηση της μήτρας συνοδεύεται από χαρακτηριστική έκκριση αιματηρών υγρών από τα γεννητικά όργανα, τα οποία καλούνται λόγια. Τα λόγια έχουν χαρακτηριστική οσμή και αποτελούνται από τα υπολείμματα του φάρτου, από αίμα και από αποφολιωθέντα κύτταρα του τράχηλου της μήτρας και του κόλπου.

Τα λόγια είναι αιματηρά κατά τις 2 - 3 πρώτες ημέρες, ορρο-αιματηρά κατά τις 5 - 6 επόμενες μέρες και τελικά γίνονται ορρόδη. Βεβαφανίζονται κατά την 15 ημέρα. Σε μερικές περιπτώσεις όμως μπορούν να γίνουν και πάλι αιματηρά κατά την 12η ημέρα.

Παράλληλα με την παλινδρόμηση της μήτρας επανέρχεται και ο τράχηλος προοδευτικά στην αρχική του κατάσταση. Το μήκος του μικραίνει, τα τοιχώματά του σκληραίνουν

και αποκατασταται το έξω και έσω στόμιο.

Το περίνεο και το αιδοίο ξαναβρίσκουν γρήγορα την τονικότητά τους. Ενώ τα κολπικά επιχρίσματα εξαφανίζονται τα σκαφοειδή κύτταρα της κυήσεως.

Κατά τη διάρκεια της παλινδρόμησης της μήτρας αρχίζει και η αποκατάσταση του ενδομητρίου, η οποία συνεχίζεται και μετά την παλινδρόμηση. Στην αρχή καταστρέφονται όλα τα νεοσχηματισμένα στοιχεία. Στην συνέχεια επέρχεται η επούλωση η οποία συμπληρώνεται μέχρι την 25η ημέρα και τέλος αρχίζει η ανάπλαση του ενδομητρίου η οποία συμπληρώνεται σε 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τότε εγκαθίσταται και πάλι η ομαλή γεννητική λειτουργία, με την προϋπόθεση ότι η λεχвіδα δεν θηλάζει. Σε μερικές όμως περιπτώσεις παρατηρούνται μονοφασικοί κύκλοι. Οι υπερπλασθέντες ενδοκρινείς αδένες για τις ανάγκες της κυήσεως όπως η υπόφυση, ο θυροειδής τα επινεφρίδια κ.τ.λ. επανέρχονται γρήγορα στην αρχική τους κατάσταση.

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

4.4α ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Μόλις η επίτοκος έρθει στην αίθουσα παραλαβής την οδηγούμε στην εξεταστική κλίνη. Στη συνέχεια προβαλνουμε στα εξής:

1. Στη λήψη του ιστορικού της. Στο φύλλο νοσηλείας που χρησιμοποιούμε για το ιστορικό της συμπληρώνουμε το ονοματεπώνυμό της, την ηλικία της, το όνομα του συζύγου της, την διεύθυνσή της, το ατομικό και μαιευτικό ιστορικό της και την τελευταία έμμηνο ρύση της. Από το ατομικό ιστορικό πρέπει να προσέξουμε αν έχει προκύψει κάποια ουρολοιμώξη κατά την διάρκεια της κυήσεως, την ομάδα και το RHEZUS αίματος, κάποιο ιστορικό καρδιοπάθειας, κάποια αλλεργία της σε ορισμένα φάρμακα καθώς και ο αιματοκρίτης της.

Η λήψη του ιστορικού της γίνεται από τον μοιευτήρα ιατρό της, ή από την μάια ή από την διπλωματούχο αδελφή. Αν η διάγνωση της έναρξης του τοκετού είναι πια σίγουρη, τότε προχωρούμε στην εξέταση και στην λήψη ορισμένων φροντίδων, πριν η επίτοκος οδηγηθεί στην αίθουσα των ωδινών και του τοκετού.

Αυτές είναι:

α) Η εκτίμηση της διαστολής του τραχήλου για να καθοριστεί το μέγεθός του, η ύπαρξη ή όχι του θυλακίου και ο ακριβής προσδιορισμός της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, της προβολής και της θέσης προβολής.

β) Την εκτίμηση της κοιλιακής αιμορραγίας, που αν είναι μικρή είναι δυνατό να οφείλεται στη διαστολή του τραχήλου και αν είναι μεγάλη σε ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα.

Η εκτίμηση των παραπάνω στοιχείων περιλαμβάνεται στην (2) κλινική εξέταση και είναι το δεύτερο στάδιο που ακολουθεί η νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου. Η εκτίμηση της διαστολής γίνεται με εξέταση από το ορθό ή από τον κόλπο. Κατά κανόνα πρέπει να γίνεται από το ορθό και όχι από τον κόλπο προς αποφυγή μόλυνσεως του γεννητικού σωλήνα. Αυνήθως όμως προτιμάται η εξέταση από τον κόλπο ύστερα από λήψη των απαραίτητων φροντίδων ασηψίας, διότι παρέχει ακριβέστερες πληροφορίες, αφού οι εξετάζοντες δάκτυλοι έρχονται σε άμεση επαφή με το τραχηλικό στόμιο.

3. Λήψη των ζωτικών σημείων της επιτόκου. Πρέπει από την αρχή να λαμβάνονται οι σφύξεις, η θερμοκρασία και η αρτηριακή πίεση για να μπορέσουμε έγκαιρα να προλάβουμε κάποια παθολογική κατάσταση.

4. Προσδιορισμός του σχήματος και της θέσεως του εμβρύου. Ο προσδιορισμός αυτός γίνεται με την ψηλάφηση της κοιλιάς όταν αυτή δεν βρίσκεται σε σύσπαση είναι χαλαρή.

5. Ακρόαση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών. Η ακρόαση γίνεται με το κοιλιοσκόπιο. Με αυτόν τον τρόπο εκτιμούμε τον ρυθμό, την ποιότητα καθώς επίσης εντοπίζουμε και τη θέση που ακούγονται καλύτερα. Η ακρόαση πρέπει να γίνεται 30΄ μετά το τέλος της ωδίνας, δηλαδή σε περίοδο παύλας.

6. Εκτίμηση της συχνότητας, διάρκειας και έντασης των ωδινών.

7. Εκτίμηση της ποιότητας του αμνιακού υγρού. Το κεχρωσμένο αμνιακό υγρό υποδηλώνει δυσφορία του εμβρύου και απαιτείται ειδική αγωγή τοκετού.

Όταν διαπιστωθεί ότι έχει αρχίσει ο τοκετός, τότε προβαίνουμε στην προετοιμασία της επιτόκου. Αυτή περιλαμβάνει:

α) Τον ευπρεπισμό των γεννητικών οργάνων. Ο ευπρεπισμός συνίσταται στο ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου, της εξωτερικής επιφάνειας των μεγάλων χειλέων του αιδίου, της περιοχής του περιναίου και πρωκτού και την αντισηπτική πλύση τους με αραιωμένο BETADINE. Κολπική πλύση δεν θα πρέπει να γίνεται γιατί υπάρχει ο κίνδυνος της διατάραξης της φυσικής αντισηψίας του κόλπου.

β) Την εκτέλεση υποκλισμού για την αποφυγή της εξόδου κοπράνων κατά το στάδιο της εξώθησης.

γ) Την κένωση της ουροδόχου κύστεως με ούρηση ή με τοκοθέτηση καθετήρα.

δ) Την εξέταση ούρων, με πρόχειρη διαγνωστική μέθοδο για τον προσδιορισμό ύπαρξης λευκώματος.

ε) Λήψη βάρους της επιτόκου.

στ) Τοποθέτηση άσηπτου προθέματος στην περιοχή των εξωτερικών γεννητικών οργάνων για την προστασία από μόλυνση.

ζ) Παραλαβή, καταγραφή και παράδοση στους συγγενείς της του ατομικού ιματισμού της κ.τ.λ.

Ύστερα από την εκτίμηση των παραπάνω στοιχείων και την λήψη φροντίδων που αναφέραμε, η επίτοκος οδηγείται στην αίθουσα τοκετών

#### 48 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Την εξέλιξη του πρώτου σταδίου θα την παρακολουθήσουμε με:

1. Την εκτίμηση των ωδινών, ως προς την συχνότητα, ένταση και τη διάρκεια τους. Εάν δεν είναι αρκετά ισχυρές ως ενισχύουμε φαρμακευτικά με OXYTOCIN.

2. Την εκτίμηση της διαστολής του τραχήλου με δακτυλική εξέταση από το ορθό ή τον κόλπο.

3. Την εκτίμηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, με το κοιλιοσκόπιο, μετά από κάθε ωδίνα στη διάρκεια της παύλας. Αν διαπιστώουμε αλλοίωση των παλμών ειδοποιούμε αμέσως το γιατρό.

4. Τον καθορισμό του ύψους της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου για να ξέρουμε αν αυτή προχωρεί. Η εκτίμηση του ύψους γίνεται την ώρα, που με την εξέταση από το ορθό ή τον κόλπο προσδιορίζουμε το μέγεθος της διαστολής του τραχήλου. Αν η κοιλότητα του ιερού οστού είναι γεμάτη και δεν περνά το χέρι μας ανάμεσα σ' αυτή και την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου, αυτό δείχνει πως αυτή έχει καταλάβει την πυελική κοιλότητα. Αυτό το εύρημα αποτελεί το σημείο PARABEUR. Μαζί με την εκτίμηση του ύψους, προσδιορίζουμε και την προβολή, τη θέση και το βαθμό κάμψης της κεφαλής.

5. Τον έλεγχο της κενώσεως της ουροδόχου κύστεως. Εάν η κύστη είναι γεμάτη, εμποδίζει την κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου και έτσι καθυστερεί ο τοκετός. Εάν η επίτοκος δεν μπορεί να ουρήσει από μόνη της, διενεργούμε καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως για την αποβολή των ούρων. Επίσης στην περίπτωση που η διαστολή του τραχήλου έχει προχωρήσει πολύ και το θυλάκιο είναι ανθεκτικό και δεν σπάζει, τότε εκτελούμε τεχνητή ρήξη με αποστειρωμένο γάντι με χρησιμοποίηση ειδικής βελόνας ή λαβίδας LOCHER. Δεν πρέπει ποτέ να σπάζουμε το θυλάκιο, όταν η διαστολή είναι μικρότερη από 4 - 5 εκατοστά.

6. Την εκτίμηση των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα. Οι σφύξεις της επίτοκου στην διάρκεια των ωδίνων αυξάνουν σε συχνότητα και ελατώνονται στην παύλα. Η θερμοκρασία στη διάρκεια του τοκετού παραμένει σταθερή και φυσιολογική και τυχόν άνοδος της σημαίνει αφυδάτωση ή λοίμωξη. Η αρτηριακή πίεση αυξάνει προοδευτικά στη διάρκεια του πρώτου σταδίου. Η αύξηση του όγκου παλμού σε κάθε ωδίνα οφείλεται στην αύξηση του ποσού του αίματος που περνάει στους πνεύμονες σε κάθε συστο-



λή της καρδιάς, γιατί στην ωδίνα ελλατώνει ο αριθμός των παλμών και αυξάνει η πίεση του αίματος. Τέλος στη διάρκεια των ωδινών η αναπνοή της επιτόκου γίνεται συχνότερη.

7. Τον έλεγχο της αιμορραγίας από τον κόλπο, από τυχόν ρήξη του τραχήλου ή προδρομικού πλακούντα ή πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα. Εκτός από τα παραπάνω η Νοσηλεύτρια φροντίζει για την εξασφάλιση της άνετης τοποθέτησης της επιτόκου στο κρεβάτι. Η πλάγια θέση θεωρείται η καλύτερη στο πρώτο στάδιο. Επίσης καθοδηγεί την επίτοκο πως να παίρνει αναπνοές στην ώρα των ωδινών χωρίς να σφύγγεται και πως να ηρεμεί στην πάυλα των ωδινών.

Επιτρέπουμε στην επίτοκο τη λήψη υγρών μόνο τροφής και ποτέ στερεάς για το ενδεχόμενο της γενικής αναισθησίας της. Επίσης φροντίζουμε για την διατήρηση της αντισηψίας της περιοχής των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και του πρωκτού με αντισηπτικές πλύσεις και κάλυψή τους με αποστειρωμένο οθόνιο που αλλάζει κάθε φορά που θα λερωθεί. Σε κάθε ωδίνα η επίτοκος θα πρέπει να εκτελεί αναπνευστικές κινήσεις που βοηθούν τόσο αυτή όσο και το έμβρυο. Το πρόωρο σφίξιμο της επιτόκου προκαλεί οίδημα του τραχήλου και ακαμψία με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της διαστολής του. Από απόψεως φαρμακευτικής αγωγής στο πρώτο στάδιο χορηγούμε ενδοφλέβια σακχαρούχο ορό DEXTROZE για την ενυδάτωσή της και μέσα σ' αυτόν χορηγούμε άλλα φάρμακα.

Τα φάρμακα τα χορηγούμε πάντα κατόπιν εντολής του γιατρού και είναι τα σπασμολυτικά για την χαλάρωση του τραχήλου όπως BUSCOPAN, που δεν επηρεάζει τις ωδίνες. Επίσης μπορούμε να χορηγήσουμε ηρεμιστικά για να καταπραΰνουμε την επίτοκο και να τις περιορίσουμε το άγχος όπως PHENERGAN. Χορηγούμε επίσης φάρμακα αντιόξινα σε δισκία που τα μασά η επίτοκος για να προλάβουμε την τετανία που είναι αποτέλεσμα της υπέρπνοιας και συμβαίνει συχνά στο τέλος του πρώτου σταδίου.

Όταν χορηγούμε εντονότερη φαρμακευτική αγωγή με τη

χρησιμοποίηση μεγάλων δόσεων πεθιδίνης ή μορφίνης, τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να τα χορηγήσουμε 2 - 3 ώρες από τότε που περιμένουμε να τελειώσει ο τοκετός γιατί καταστέλλουν την αναπνευστική λειτουργία του εμβρύου.

Όταν οι ωδίνες δεν είναι ικανοποιητικές, για την ενίσχυσή τους χορηγούμε σκευάσματα ωκυτοκίνης μέσα σε ΟΞΕΤΡΟΖΕ 1000 CC σε δόση 3 - 6 μονάδων με 15 σταγόνες το λεπτό και σταδιακή αύξησή τους εάν ο τοκετός δεν προχωράει.

#### 4Υ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Όταν διαπιστωθεί η έναρξη του δεύτερου σταδίου, δηλαδή όταν η διαστολή του τραχήλου γίνεται τελεία, η επίτοκος παίρνει τη γυναικολογική θέση πάνω στο κρεβάτι και στηρίζει τα πόδια της πάνω στα δυο ειδικά εξαρτήματα που είναι προσαρμοσμένα σ' αυτό. Αφού η επίτοκος πάρει αυτή τη θέση, εφαρμόζονται ποδοκνημίδες στα πόδια της, πλένονται τα εξωτερικά γεννητικά όργανά της, στρώνεται αποστειρωμένο μεγάλο πανί κάτω από τους γλουτούς της και παίρνει τη στάση της εξώθησης.

Εάν η διαστολή δεν είναι τελεία, δεν συμβουλεύουμε την εξώθηση γιατί είναι δυνατόν να προκληθεί οίδημα του τραχήλου. Για να καταστεί η εξώθηση αποτελεσματικότερη συμβουλεύουμε την επίτοκο στη στιγμή της ωδίνας να πιάνει τα πόδια της πίσω από τα γόνατά της, να φέρει τους μηρούς στην κοιλιά της και με το σαγόνι της να ακουμπά πάνω στο στέρνο της και να σφίγγεται όπως όταν θέλει να αποδεύσει αφού πρώτα πάρει μια βαθιά εισπνοή. Η αδελφή βοηθά την επίτοκο να κρατήσει το κεφάλι της πάνω στο στέρνο, αν αυτή δεν μπορεί. Αν στη διάρκεια της εξώθησης παρουσιασθεί αποβολή κοπράνων, τότε η αδελφή πλένει τα εξωτερικά γεννητικά όργανα με αντισηπτική διάλυση και τα σκουπίζει με αποστειρωμένο τολύπιο από πάνω προς τα κάτω. Αν διαπιστώσουμε πως η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη, λέμε

στην επίτοκο να ουρήσει και στην περίπτωση αδυναμίας της προβαίνουμε στον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως με μαλακό καθετήρα. Επίσης αν το θυλάκιο δεν έχει σπάσει, το σπάζουμε τη τη χρησιμοποίηση ειδικής αποστειρωμένης λαβίδας ή λαβίδας KOCHER.

Μετά από κάθε εξωθητική ωδίνα εκτιμούμε την ποιότητα των καρδιακών παλμών του εμβρύου και μάλιστα όταν έχει σπάσει το θυλάκιο, γιατί τότε οι αλλοιώσεις των παλμών είναι πιο συχνές από πίεση του ομφάλιου λώρου.

Παρακολουθούμε την κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, μέσα από τα επίπεδα της πυέλου. Απαραίτητα είναι η λήψη και παρακολούθηση των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης της επιτόκου.

#### ΤΟ ΣΕΤ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Για την εκτέλεση του τοκετού μας είναι απαραίτητα τα εξής:

- Δυο λεκάνες αποστειρωμένες, η μια περιέχει αντισηπτική διάλυση και η άλλη για την τοποθέτηση του πλακούντα.

- Ένα ποτήρι με αντισηπτική διάλυση και λαβίδα για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

- Ένα δοχείο με αποστειρωμένο νερό για την πλύση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

- Ένα ειδικό τραπέζι για το σετ τοκετού που περιέχει:

α) 2 λαβίδες KOCHER για την απολίνωση του ομφάλιου λώρου.

β) 2 ουριδωτές λαβίδες για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

γ) Μια χειρουργική λαβίδα.

δ) Ένα φαλίδι.

ε) Ένα βελονοκάτοχο και βελόνες ραφής τραύματος και ράμματα ραφής CAT CUT ή μέταξα.

στ) Ένα νεφροειδές, τολύπια βάμβακος, γάζες, CLIPS για την περίδεση του ομφάλιου λώρου.

ζ) Τετράγωνα μικρά και μεγάλα.

### ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Όταν αρχίσει η κεφαλή του εμβρύου να προβάλλει, τότε ο μαιευτικός γιατρός και η αδελφή πρέπει να είναι έτοιμοι να επέμβουν, έχουν πλυθεί και έχουν φορέσει τη στολή του χειρουργείου καθώς και τα αποστειρωμένα γάντια. Όταν το ηνίο περάσει από την αιδοϊκή σχισμή εκτελείται η υποστήριξη του περινέου, που σκοπό έχει την πρόληψη της αυτόματης ρήξης του.

Όταν εμφανισθεί η κεφαλή του εμβρύου καλά, τότε με τα δάχτυλα του αριστερού χεριού τοποθετημένα από τη μεριά της ηβικής σύμφυσης πάνω στην κεφαλή, προσπαθούμε να αναχαιτίσουμε αυτήν ώστε η έξοδος να μη γίνει απότομα και να προκαλέσει βλάβες στο περινέο. Σ' αυτή τη φάση είναι δυνατόν να φύγουν λίγα ούρα ή κόπρανα, τα οποία απομακρύνουμε αμέσως. Όταν η αιδοϊκή σχισμή από κάθετη γίνει εγκάρσια λέμε στην επίτοκο να πάρνει γρήγορες αναπνοές. Αν η αυτόματη ρήξη είναι αναπόφευκτη, όπως συμβαίνει στις πρωτότοκες (εμφάνιση ωχρότητας του διαταμένου περινέου και αίματος από ρήξη τοιχώματος του κόλπου), τότε επιβάλλεται η εκτέλεση της περινεοτομίας ή επισειοτομίας.

Η τομή εκτελείται με φαλίδι σε στιγμή ωδίνας ύστερα από τοπική αναισθησία, διαλέγοντας την κατάλληλο για την περίπτωση είδος περινεοτομής, την μέση ή την μεσοπλάγια. Η μέση είναι αυτή που προτιμάται περισσότερο διότι δεν ενοχλεί την λεχωίδα και επουλώνεται γρηγορότερα. Αρχίζει από την 6η ώρα του ανοίγματος της αιδοϊκής σχισμής και κατευθύνεται δίπλα στον πρωκτό.

Για να διευκολυνθεί η έξοδος του εμβρύου στο δεύτερο στάδιο, ο βοηθός με τις δυο παλάμες τοποθετημένες στον πάνω πόλο του εμβρύου, σπρώχνει αυτό στη διάρκεια της ωδίνας προς τα κάτω και μόνο όταν η κεφαλή του εμβρύου προβάλλει μέσα από το άνοιγμα της αιδοϊκής σχισμής, ποτέ νωρίτερα για την αποφυγή κακώσεων.

Αφού εξέλθει η κεφαλή, πέφτει προς τα κάτω φέρνοντας σε επαφή το πρόσωπο με τον πρωκτό, τότε σκουπίζουμε τη μύτη και το στόμα από τις βλέννες για να μην τις εισροφήσει όταν θα εξέρχεται ο θώρακός του. Αν υπάρχει περιτύλιξη του ομφάλιου λώρου, τον περνάμε πάνω από το κεφάλι του εμβρύου και του ελευθερώνουμε τον λαιμό. Εάν η περιτύλιξη είναι ισχυρή γύρω από το λαιμό, αφού πιάσουμε με δυο λαβίδες τον λώρο τον κόβουμε. Όταν η κεφαλή του εμβρύου κάνει την εξωτερική στροφή, αφού το πιάσουμε αμφικροταφικά, το έλκουμε προς τα κάτω και ελευθερώνουμε πρόσθιο ώμο, κατόπιν το σηκώνουμε προς τα πάνω ώστε να ελευθερωθεί και ο οπίσθιος ώμος του και το έλκουμε προς τα εμπρός ώστε να πετύχουμε την έξοδο του υπόλοιπου σώματος. Όταν το έμβρυο εξέλθει το κρατάμε σε επίπεδο χαμηλότερο της μητέρας του, για να πάρει περισσότερο αίμα από τον πλακούντα, πράγμα που θα το βοηθήσει στην πρόληψη της αναιμίας. Αφού παύσει ο σφυγμός του ομφάλιο λώρου προβαίνουμε στην απολίνωσή του, συλλαμβάνοντάς τον με δυο λαβίδες KOCHER και με τομή ανάμεσα στις δυο λαβίδες. Η πρώτη λαβίδα εφαρμόζεται στο επίπεδο του στομίου του κόλπου και η δεύτερη 15 - 20 εκατοστά από την είσοδο του κόλπου. Αφού κόψουμε τον ομφάλιο λώρο παίρνουμε λίγο αίμα για τον προσδιορισμό της ομάδας αίματος του RH και τον αιματοκρίτη του νεογνού.

Κατόπιν η περίδεση του ομφάλιου λώρου με ειδικό CLIPS κάτω από άσηπτες συνθήκες. Μετά την απολίνωση της ομφαλίδος το νεογνό μεταφέρεται σε ειδική τράπεζα όπου προβαίνουμε στον καθαρισμό του προσώπου, του στόματος, της μύτης με αποστειρωμένη γάζα και στη συνέχεια σε αναρρόφηση από το φάρυγγα και των ρινικών θαλάμων τυχών υγρών που βρίσκονται εκεί. Στη συνέχεια εξασφαλίζεται ο αερισμός των πνευμόνων του και η χορήγηση  $O_2$ . Κατόπιν ακολουθεί το λουτρό του νεογνού για την απομάκρυνση του σμήγματος και του αίματος που βρίσκονται πάνω του.

Περιποιούμαστε την ομφαλίδα με αντισηπτική διάλυση

και την περιδένουμε με αποστειρωμένη γάζα. Απαραίτητη επίσης είναι η ενστάλλαξη στα μάτια του νεογνού κολλυρίου πεννικιλίνης ή νιτρικού αργύρου 5 % προληπτικά για το φόβο μόλυνσης από γονοκικκική οφθαλμία.

Στη συνέχεια γίνεται η διαπίστωση του φύλου και αμέσως τοποθετείται η ταυτότητα στο δεξί χέρι του, ροζ για τα κορίτσια και σιελ για τα αγόρια όπου αναγράφεται το επώνυμο με κεφαλαία γράμματα. Ακολουθεί η επισκόπηση του νεογνού για να διαπιστωθεί η αρτιμέλειά του ή τυχόν συγγενείς ανωμαλίες και παθολογικές καταστάσεις.

Η επισκόπηση περιλαμβάνει:

- Την εξέταση της κεφαλής, του προσώπου και του στόματος.

- Την εξέταση ράχως, κοιλιάς, των άκρων και τις κλείδας.

- Τον έλεγχο της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας.

- Την χροιά του δέρματος.

- Την εξέταση των γεννητικών οργάνων και δακτύλων.

Μετά την επισκόπηση προβαίνουμε στη ζύγιση του νεογνού στον βρεφοζυγό και αναγράφουμε το βάρος στο βιβλίο τοκετού. Τέλος ντύνουμε το νεογνό και το περιτυλίγουμε για την διατήρηση της θερμοκρασίας του, του εξασφαλίζουμε συνθήκες ηρεμίας και το οδηγούμε στο τμήμα νεογνών. Με την αποχώρηση του νεογνού από την επίτοκο τελειώνει το δεύτερο στάδιο του τοκετού.

48 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΟ ΤΡΙΤΟ  
ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η αδελφή στο στάδιο αυτό θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, διότι είναι δυνατό στο στάδιο αυτό να συμβούν πολλές σοβαρές επιπλοκές.

Κανόνας πρωταρχικός είναι να μην ενοχλήσουμε την αυτόματη αποκόλληση του πλακούντα, δηλαδή τον πρώτο χρόνο της υστεροτοκίας που είναι πολύ σοβαρός και συνεπώς δεν πρέπει να εφαρμόζουμε καμιά πίεση στον πυθμένα της μήτρας, διότι αυτό είναι δυνατό να αποτελέσει ερέθισμα ικανό να διεγείρει τη μήτρα και να προκαλέσει ακανόνιστες συσπάσεις. Επίσης δεν πρέπει να έλκουμε τον ομφάλιο λώρο. Αντίθετα θα πρέπει να προβαίνουμε στην επισταμένη επίβλεψη της γενικής κατάστασης της γυναίκας και της συμπεριφοράς της μήτρας, για την διαπίστωση τυχόν αύξησης του όγκου της που μπορεί να σημαίνει εσωτερική αιμορραγία. Σ' αυτή την περίπτωση που συχνά έχει δραματικό χαρακτήρα και αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας, φαίνεται ο πραγματικός χαρακτήρας και οι ικανότητες της νοσηλεύτριας η οποία πρέπει να είναι φύχραιμη και να βοηθήσει την επίτοκο αποτελεσματικά εμπνέοντάς της εμπιστοσύνη και κυριαρχόντας σταθερά την κατάσταση και εμποδίζοντας έτσι να ληφθούν αποφάσεις γρήγορες και επικύνδινες. Η άμεση κλήση του μαιευτήρα γιατρού είναι καθοριστική για τη ζωή της γυναίκας ώστε να δοθεί η κατάλληλη αγωγή όσο αφορά την αιμορραγία και οξεία αναιμία, καθώς και την προφύλαξη από τις λοιμώξεις. Η παρακολούθηση της θερμοκρασίας, των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης του αίματος είναι απαραίτητη στο τρίτο στάδιο.

Επίσης εάν η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη τότε προβαίνουμε στον καθετηριασμό της για τη λήψη των ούρων.

Για να διαπιστώσουμε αν έχει γίνει η αποκόλληση παρατηρούμε το ύψος του πυθμένα της μήτρας και τον ομφάλιο λώρο που το μήκος του αυξάνεται.

Αν η περινεοτομία αιμορραγεί, πιέζουμε με τολύπιο

την τραυματική της επιφάνεια ή πιάνουμε με αιμοστατική λαβίδα το αγγείο που αιμορραγεί. Εάν ο πλακούντας δεν έχει αποκολληθεί αυτόματα σε 30' της ώρας, προβαίνουμε τότε στην δακτυλική αποκόλληση, αφού πρώτα έχουμε κάνει έλεγχο αποκόλλησης αυτού. Μετά τη διαπίστωση της αποκόλλησης του πλακούντα, βγάζουμε αυτόν με ελαυρά έλξη του ομφάλιου λώρου. Οι χειρισμοί πρέπει να γίνουν με βραδύτητα, για τον κίνδυνο να κατακρατηθούν εμβρυϊκοί υμένες στην μητριάλα κοιλότητα. Όταν ο πλακούντας προβάλλει στην αιδοϊκή σχισμή, πιάνεται με τα δυο χέρια, έλκεται και ταυτόχρονα περιστρέφεται πάλι με βραδύτητα. Αν έχει κατακρατηθεί κάποιος υμένας, αφού τον πιάσουμε με μια αποστειρωμένη λαβίδα τον περιστρέφουμε και τον βγάζουμε έξω. Μετά την έξοδό του, τοποθετούμε τον πλακούντα μέσα σε λεκάνη που περιέχει αντισηπτική διάλυση και ελέγχουμε την μητριάλα, την εμβρυϊκή επιφάνεια και την περιφέρειά του, καθώς και τους εμβρυϊκούς υμένες. Επίσης ελέγχουμε την ακεραιότητα των κοτυλιδόνων του. Κατόπιν αφού κόψουμε τους εμβρυϊκούς υμένες δυο εκατοστά από την περιφέρεια του πλακούντα, τον ζυγίζουμε. Εάν το βάρος είναι μεγαλύτερο του φυσιολογικού, που είναι το 1/6 του βάρους του νεογνού τότε ο πλακούντας είναι παθολογικός.

Μετά την διαπίστωση ότι η μητριάλα κοιλότητα είναι κενή για να εξασφαλίσουμε τη συσταλτικότητα του μυομητρίου, χορηγούμε μητροσυσπαστικά φάρμακα όπως OXYTOCIN METHERGIN στα οποία η μήτρα έχει μεγάλη ευαισθησία και συσπάται. Πρέπει όμως να είμαστε προσεκτικοί στην ενδοφλέβια χορήγηση OXYTOCINE σε μεγάλες δόσεις, για τον κίνδυνο της σοβαρής υπότασης. Μετά την φαρμακευτική αγωγή η νοσηλεύτρια ελέγχει την γενική κατάσταση της γυναίκας, της θερμοκρασίας της, το σφυγμό και την αρτηριακή πίεση. Ακολουθεί ο καθαρισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων με αντισηπτική διάλυση και επισκοπείται ο τράχηλος, ο κόλπος και το περίνεο.

Στη συνέχεια προβαίνουμε στην αποκατάσταση των ρήξεων, με τη συρραφή των τραυματικών επιφανειών. Η



συρραφή της περινεοτομής γίνεται μετά την έξοδο του πλακούντα και αποβλέπει στην αιμόσταση και στην τελεία αποκατάσταση των μυών του περινέου. Τα ράμματα που χρησιμοποιούμε είναι το CAT CUT No 0 ή 00. Η συρραφή αρχίζει από τη γωνία μέσα από τον κόλπο, συρράπτεται το κοιλιακό τοίχωμα μέχρι τον παρθενικό υμένα με CAT CUT και μετά ράβουμε τη μυϊκή στοιβάδα και το δέρμα του περιναίου με μεταξά ή CAT CUT.

Εάν η περινεοτομία ήταν μεσοπλάγια και μεγάλη, τις πρώτες επτά ημέρες, αποφεύγουμε την έξοδο σκληρών κοπράνων με κατάλληλη διατροφή και φάρμακα. Σε περίπτωση ενοχλήσεων της λεχωίδας χορηγούμε αναλγητικά ή αναισθητικά τοπικά σε σπρέυ.

Μετά τη συρραφή πλένουμε πάλι τα εξωτερικά γεννητικά όργανα με αντισηπτική διάλυση, καθαρίζοντάς τα από υπολείματα αιμάτων της συρραφής και τοποθετούμε άσηπτο οθόνιο στην αιδοϊκή σχισμή και σταυρώνουμε τα πόδια της λεχωίδας. Η παρακολούθηση της λεχωίδας για δυο τουλάχιστον ώρες στην αίθουσα των τοκετών είναι απαραίτητη, για την παρακολούθηση της μητροσύσπασης και της απώλειας αίματος και καθώς επίσης για τυχόν καταπληξία, σηπτικό SHOCK και υπέρτασης είναι δυνατόν να εκδηλωθεί μετά τον τοκετό.

Αφού δεν έχει εκδηλωθεί στο χρονικό διάστημα που αναφέραμε κανένα από τα παραπάνω συμπτώματα, η λεχωίδα μεταφέρεται στους θαλάμους νοσηλείας και τοποθετείται στην κλίνη της. Η αδελφή της εξασφαλίζει συνθήκες ηρεμίας και άνεσης που της είναι αναγκαία μετά την δοκιμασία που πέρασε.

4ε ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η λεχωίδα χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση κατά τις πρώτες μέρες της λοχείας, γιατί, παρόλου ότι αυτή είναι τελείως φυσιολογική κατάσταση δεν αποκλείονται οι επιπλοκές.

Η καθαριότητα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων πρέπει να φροντίζεται με μεγάλη σχολαστικότητα. Ο ευπρεπισμός γίνεται με χλιαρό νερό που πέφτει από πάνω προς τα κάτω και περιέχει αντισηπτική διάλυση. Στο τέλος καλύπτουμε το αιδίο με αποστειρωμένη γάζα. Στην κοιλιά τοποθετείται ζώνη από στέρεο λευκό ύφασμα με λωρίδες οι οποίες σφύγγουν την κοιλιά όταν δεθούν. Η ζώνη πρέπει να είναι αρκετά μεγάλη ώστε να καλύπτει όλη την κοιλιακή χώρα και να φτάνει μέχρι το μέσω των μηρών.

Η θερμοκρασία και ο σφυγμός ελέγχονται δυο φορές την ημέρα. Ελαυρά άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να οφείλεται σε συμφόρηση των μαστών από γάλα, έτσι μπορεί να προκληθεί μαστίτιδα ή ακόμα να οφείλεται στην κατακράτηση λοχείων μέσα στη μήτρα. Οι ανεπαρκείς συστολές της μήτρας, ή έντονη κάμψη αυτής προς τα εμπρός ή η ατελής κένωση της ουροδόχου κύστεως δυσχεραίνουν την εκροή των λοχίων και προκαλούν κατακράτηση. Γι' αυτό είναι απαραίτητο τις πρώτες μέρες της λοχείας να χορηγούνται μητροσυσταλτικά όπως METHERGIN.

Όταν η θερμοκρασία δεν ανεβαίνει πάνω από 38° C και κρατήσει αυτή η άνοδος μόνο για ένα 24ωρο τότε δεν ανησυχούμε. Εάν όμως υπερβεί τα όρια αυτά πρέπει άμεσα να ελεγχθεί μήπως πρόκειται για λοίμωξη που προέρχεται από το ενδομήτριο ή από τους μαστούς η οποία επιβάλλεται να καταπολεμηθεί άμεσα. Η επιλόχειος λοίμωξη που προκάλεσε τόσες συμφορές στο παρελθόν είναι σήμερα σπάνια όχι μόνο σάρις στα αντιβιοτικά αλλά κυρίως στον άσηπτο διεξαγόμενο τοκετό και στη συνεχή παρακολούθηση της κατάστασης της λεχωίδας η οποία επιτρέπει την άμεση προσαρμογή κάποιας φαρμακευτικής

αγωγής.

Τα συρραφέντα τραύματα του περινέου από την επισειοτομία πρέπει να ελέγχονται καθημερινός για την εκούλωσή τους.

Η διαιτηρική αγωγή δεν παρουσιάζει τίποτε το ιδιαίτερο. Η ομαλή διατροφή είναι αρκετή και δεν χρειάζεται υπερσιτισμός. Παλαιότερα επικρατούσε η αντίληψη ότι η γυναίκα που θηλάζει έχει ανάγκη αφθονώτερης τροφής, αυτό είναι εσφαλμένη εντύπωση γιατί έτσι οδηγούμε την γυναίκα στην παχυσαρκία.

Τα ενοχλήματα στην κύστη και κυρίως η δυσχέρεια προς την ούρηση παρατηρούνται σε μεγάλη συχνότητα κι αυτά είναι επακόλουθα της πίεσης που ασκείει πάνω στην κύστη από το κεφάλι του εμβρύου κατά την εξώθηση ή μπορεί να οφείλεται σε ψυχογενείς παράγοντες. Η κατάκλιση επίσης συντελεί στην δημιουργία σπασμού του σφιγκτήρος της ουρήθρας. Για να ανακουφήσουμε την λεχωίδα από το δυσάρεστο αυτό αίσθημα την παροτρύνουμε και την βοηθούμε να σηκωθεί να περπατήσει λίγο και να ουρήσει δημιουργώντας κυρίως ψυχολογικά κίνητρα όπως π.χ. θόρυβος του νερού που τρέχει από μια ελαφρός ανοιγμένη βρύση ή με λίγο χλιαρό νερό που αφήνουμε να τρέχει πάνω στα γεννητικά της όργανα. Αν αυτοί οι τρόποι δεν επιφέρουν αποτέλεσμα τότε καταφεύγουμε στον καθητηριασμό της ουροδόχου κύστεως.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δώσουμε και στον θηλασμό και επιβάλλεται η διδασκαλία στην λεχωίδα, του τρόπου θηλασμού.

Η καθαριότητα της θηλής και των χεριών της γυναίκας για να αποφευχθεί η δημιουργία μόλυνσεως επιβάλλεται. Μερικές γυναίκες παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία της θηλής και ο θηλασμός είναι ικανός να δημιουργήσει ραγάδες και τραυματισμούς της θηλής. Σ' αυτήν την περίπτωση πρέπει η θηλή να καθαρίζεται σχολαστικά έπειτα από κάθε θηλασμό και στη συνέχεια να καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα. Έτσι απογεύγουμε την δημιουργία της μαστίτιδος.

Η γρήγορη έγερση της λεχωίδος αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία των διαφόρων συστημάτων (κυκλοφοριακό, πεπτικό, ουροποιητικό κ.λ.π.). Η έγερση πρέπει να αρχίζει βαθμιαίως. Τα πλεονεκτήματα της έγκαιρης έγερσης της λεχωίδος είναι πολλά:

α) Τονώνεται η κυκλοφορία και αποφεύγεται η φλεβική στάση.

β) Περιορίζεται σημαντικά ο κίνδυνος της θρομβοφλεβίτιδος.

γ) Υποβοηθείται η λειτουργία του εντέρου και της κύστεως.

δ) Η παλινδρόμηση της μήτρας διεξάγεται καλύτερα.

ε) Αποκαταστήθεται η τονικότητα των κοιλιακών τοιχωμάτων.

#### 4οσ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

1. Επιλόχειες λοιμώξεις. Οι κυριώτερες μορφές τους είναι η ενδομητρίτιδα από μόλυνσης της πλακουντικής ύλης από μικρόβια, η παραμητρίτιδα, εξαρτηματίτιδα, περιτονίτιδα και η σηψαιμία.

Για την αποφυγή τους βασική αρχή είναι η πρόληψή τους. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να λαμβάνει όλα τα μέτρα για την σωστή αντισηψία των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της επιτόκου, όσο και την χρήση των αποστειρωμένων γαντιών και τη χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού του τοκετού. Μεταξύ των μέτρων ακόμη περιλαμβάνεται και η χορήγηση αντιβιοτικών από το πρώτο εικοσιτετράωρο και η τήρηση του θερμομετρικού διαγράμματος καθώς και η εξέταση της οσμής των λοχείων.

Εάν τα λόχεια είναι δύσοσμα τότε θα χορηγήσουμε αντιβιοτικά και μητροσύσπαση για την αποβολή των σηπτικών λοχείων και θα παρακωλήσουμε την μικροβιαία τοποθετούντας στο υπογάστρο παγοκύστη που θα μειώνει την κυκλοφορία του αίματος στην μήτρα. Για τη θεραπεία της παραμητρίτιδας χορηγούμε αντιβιοτικά για 2 εβδομάδες ή έως ότου υποχωρήσει η διήθηση.

Σε περιτονίτιδα χορηγούμε μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών ενδοφλέβια, καθώς και ηλεκτρολυτικά διαλύματα και υποστήριξη της κυκλοφορίας και εφαρμόζουμε ρινοστομαχικό καθετήρα. Και για την θεραπεία της σηψαιμίας συνιστάται η χορήγηση υψηλών δόσεων αντιβιοτικών, η καλλιέργεια αίματος όταν υπάρχει πυρετική έξαρση και χορηγούμε επίσης κορτιζόνη. Επίσης εκτελούμε και μετάγγιση αίματος και φροντίζουμε για την καλή διατροφή της άρρωστης μας.

2. Μαστίτιδα. Η φλεγμονή των μαστών ονομάζεται μαστίτιδα και προκαλείται από τη συμφόρηση των μαστών από το γάλα, με κύρια συμπτώματα υψηλό πυρετό με ρίγος, με τοπική ερυθρότητα και οίδημα. Το γάλα εί-

ναί σηπτικό.

Κύρια νοσηλευτική μας φροντίδα είναι η κένωση των μαστών και η καθημερινή τους καθαριότητα χορηγώντας ταυτόχρονα αντιβιοτικά. Αν η μαστίτιδα έχει προχωρήσει εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα, ενώ στην γαλακτική υπερφόρτωση τοποθετούμε θερμοφόρες για να ρευστοποιηθεί το γάλα και να εξέλθει εύκολα με την έκθλιψη.

Εάν δεν αποδώσει και αυτό το μέτρο, τότε εφαρμόζουμε τον απογαλακτισμό με χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων ή ανδρογόνων, τα οποία αναστέλλουν την γαλακτοτρόπο ορμόνη. Συμβουλεύουμε τη λεχωίδα να περιορίσει τη λήψη των υγρών και να εφαρμοσθεί σφικτή περίδευση. Στην περίπτωση αποτυχίας και αυτής της θεραπείας, τότε καταφεύγουμε στην χειρουργική διάνοιξη του αποστήματος.

3. Φλεβοθρόμβωση. Αυτή συμβαίνει χωρίς φλεγμονώδη αντίδραση και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη του θρόμβου μέσα στα φλέβα και παρατηρείται συχνότερα μετά από εγχείρηση καισαρικής τομής. Αίτια της οι κίρσοι, η παρατεταμένη κατάκλιση και ακινησία των κάτω άκρων. Για την αποφυγή της συνιστούμε στη λεχωίδα να εγερθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, από το κρεβάτι.

4. Μόλυνση τραυμάτων. Στις περιπτώσεις αυτές προβαίνουμε στον αντισηπτικό καθαρισμό τους. Εάν υπάρχει διάσπαση τις δυο πρώτες μέρες τα επανασυρράπτουμε αφού απομακρύνουμε τους νεκρούς ιστούς και χορηγούμε αντιβιοτικά από το στόμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική φροντίδα εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε επίτοκο με φυσιολογικό τοκετό.

### 5α Πρώτο περιστατικό

Η επίτοκος Δημητροπούλου Κατερίνα του Ιωάννου, ηλικίας 22 ετών, τόπος Διαμονής Αδριας, Διεύθυνση: Αετοράχης 9, εισήλθε στο μαιευτικό τμήμα του γενικού Νοσοκομείου Αδριας στις 20 - 8 - 90 με πόνους μέτριας έντασης στο υπογάστριο και μας ανέφερε ότι άρχισε να αισθάνεται τους πόνους τρεις ώρες προτού έλθει στο Νοσοκομείο.

Την παρέλαβα και την οδήγησα στο θάλαμο 107 του τμήματός μας όπου έγινε η λήψη του ιστορικού της. Η επίτοκος είχε ελεύθερο το κληρονομικό και το ατομικό γενικό αναμνηστικό της.

Η Μαιευτική εξέταση που επακολούθησε από τον μαιευτήρα γιατρό, έδωσε τα εξής αποτελέσματα: Η επίτοκος διατρέχει τον ένατο μήνα της εγκυμοσύνης της, ότι το θυλάκιό της είναι άρρηκτο και ότι τέλος έχει διαστολή του τραχηλικού στομίου δυο εκατοστών. Επίσης έγινε και ο καθορισμός του σχήματος, προβολής και θέσης του εμβρύου. Το σχήμα ήταν κάθετο, η προβολή του κεφαλική και η θέση του αριστερή πρόσθια. Κατόπιν έλαβα με το κοιλιοσκόπιο τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου που ήταν θετικοί.

Μετά την εξέταση της επίτοκου από τον Μαιευτήρα γιατρό οδήγησα την επίτοκο στην αίθουσα ωδίνων όπου και της πήρα την αρτηριακή της πίεση η οποία ήταν φυσιολογική 120/80 MM HG, ο σφυγμός που ήταν 76 σφύξεις το λεπτό και η θερμοκρασία της η οποία ήταν 36,5° C.

Επίσης της έγινε εφαρμογή DEXTROZE 5 % ορού με

10 μονάδες ΟΧΥΤΟΣΙΝ για την ενίσχυση των ωδίνων της επιτόκου.

Τα προβλήματα που παρουσίασε η επίτοκος δίδονται στον παρακάτω πίνακα, καθώς επίσης και οι νοσηλευτικές ενέργειες που έγιναν για την αντιμετώπισή τους.



Προβλήματα ή ανόγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή του προ- γράμματος της νο- σηλευτικής φροντί- δας	Αξιολόγηση των αποτε- λεσμάτων
Θυλάκιο Άρρηκτο	Ρήξη του θυλακίου ώστε να επιτευ- χθεί πρόοδος στην εξέλιξη του τομέ- του	Ρήξη του θυλακίου τεχνικά κατόπιν εντολής του ιατρού εφ' όσον η διαστο- λή του τραχηλικού στομίου είναι 5 εκατοστά	Εφαρμογή τεχνητής ρήξης του θυλακίου με αποστειρωμένη λαβίδα KOCHER	Με την εφαρμογή της τεχνητής ρήξης υπήρ- ξε πρόοδος στην εξέ- λιξη του τομέτου και ο τομέτος προχώρησε ομαλά
Ασθενείς Ωδίνες	Ενίσχυση των δια- στατικών ωδίνων της επιτόκου ώστε να υπάρξει πλήρης διαστολή του τρα- χηλικού στομίου	Χορήγηση ωδινόποι- ητικών φαρμάκων με ιατρική εντολή	Χορήγηση ωκυτοκί- νης σε δόση 10 μο- νών μέσα στον πόρο και ρύθμιση της ταχύτητας ροής του ορού σε 15 σταγόνες το λεπτό	Με τη χορήγηση της ω- κυτοκίνης η οποία δρα στο μυομήτριο αυξάνο- ντας τις συσπάσεις του οι διαστατικές ωδίνες έγιναν εντονό- τερες και συχνότερες

Προβλήματα ή Ανάγκες	Αντικειμενικοί Νοσηλευτικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενέργειών	Εφαρμογή του προγράμματος της Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
Ακαμψία του τραχηλικού στομίου	1) Χαλάρωση και μαλακυνση του τραχηλικού στομίου με αποτέλεσμα την ομαλή εξέλιξη του τοκετού  2) Πρόληψη του οιδήματος του τραχήλου	1) Χορήγηση σπασμολυτικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία  2) Πρόληψη του πρόωγου σφιγμάτος της επιτόκου διότι προκαλείται έτσι οδήμα του τραχήλου	1) Χορήγηση σπασμολυτικών όπως BUSCO-PAN μέσω της ενδοφλέβιας χορήγησης σε δόση 4 μονάδων  2) Συμβουλές στην επίτοκο να σφιγγεται μόνο στην διάρκεια των ωδίνων και ποτέ πρόωρα αφού πάρει βαθιά εισπνοή	Ο συνδιασμός των μέτρων απέδωσε και υπήρξε χαλάρωση του τραχηλικού στομίου και με την ενέργεια των διασταλτικών ωδίνων η διαστολή του τραχηλικού στομίου κατέστη τέλεια

Με τη αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων ο τοκετός εξελίχθηκε και περατώθηκε καλά.

Η διαστολή του τραχηλικού στομίου έγινε τελεία στις 14.30 μ.μ. της 20 - 8 - 90 και η επίτοκος γέννησε ζωντανό νεογνό ώριμο αγόρι, βάρους 3.600 KG και είχε στις 15.00 μ.μ. αυτόματη υστεροτοκία.

Η λεχώίδα Δημητροπούλου Κατερίνα εξήλθε από τον Μαιευτική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λαρίσης στις 25 - 8 - 90 με γενική κατάσταση της υγείας της καλή.

Ξατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική φροντίδα  
εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας  
σε λεχωίδα

5β Δεύτερο περιστατικό

Η λεχωίδα Βασιλοπούλου Μαρία του Δημητρίου ηλικίας 26 ετών, Τόπος Διαμονής: Λάρισσα, Διεύθυνση: Ηρώων Πολυτεχνείου 18, γέννησε στο Μαιευτικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λαρίσης στις 18 - 9 - 90 με φυσιολογικό τοκετό, ζωντανό νεογνό αγόρι βάρους 3.750 KG. Εισήλθε στο τμήμα στις 18 - 9 - 90 και εξήλθε 26 - 9 - 90.

Ως επίτοκος, κατά την γενική της εξέταση, μου ανέφερε ίδια ότι είχε πυρετό 38,5° C και ότι είχε κρυολογήσει. Αφού την τοποθέτησα στον θάλαμο 105 του τμήματος κατόπιν εντολής του γιατρού της έγινε συμπτωματική θεραπεία με αντιπυρετικά φάρμακα, όπως DEPON TABL. 1X3. Όμως την ίδια μέρα εξελίχθηκε και ο τοκετός, αφού η επίτοκος είχε έλθει με πόνους στο υπογάστριο και το θυλάκιο της ερρηγμένο, με διαστολή 5 εκατοστά.

Μετά τον τοκετό και πάλι παρουσίασε πυρετική έξαρση, στις θερμομετρήσεις που τις έγιναν κάθε 3 ώρες η λεχωίδα, είχε πυρετό από 38,3° ως 39° C.

Τα προβλήματα που παρουσίασε η λεχωίδα, δίδονται στον παρακάτω πίνακα, καθώς επίσης περιγράφονται οι νοσηλευτικές δραστηριότητες τόσο οι ανεξάρτητες όσο και οι εξαρτημένες εκ μέρους της νοσηλεύτριας.

Προβλήματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
Πυρετός	Μείωση του πυρετού -πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα	1α) Χορήγηση φθόνων και δροσερών υγρών  1β) Εφαρμογή υποθερμικού στρώματος  1γ) Εφαρμογή εξωτερικών μέσων	1α) Χορήγηση αψήθου δροσερού νερού και χυμών φρούτων  1γ) Χρησιμοποίηση ψυχρών περιτυλίξεων, λουτρού με δροσερό νερό, στο οποίο έχουμε διαλύσει οιονδήποτε	1α) Η ενυδάτωση μειώνει τη θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διούρησης και παράλληλα προλαμβάνεται η αφυδάτωση που προκαλεί ο πυρετός  1β) Η θερμότητα αποβάλλεται με την αγωγιμότητα  1γ) Η απώλεια θερμότητας προκαλείται με την εξάτμιση που αυξάνεται με την ύγρανση του δέρματος και την αγωγιμότητα

Προβλήματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
Πυρετός	Μείωση του πυρετού πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα	<p>1δ) Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων με ιατρική εντολή και θερμομέτρηση στα τακτικά χρονικά διαστήματα</p> <p>1ε) Λήψη των ζωτικών σημείων τακτικά</p>	<p>1δ) Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων π.χ. DIFON, EGGICALM και εκτίμηση της διαφοροποίησης της θερμοκρασίας την οποία μετράμε και καταγράφουμε</p> <p>1ε) Μέτρηση, αξιολόγηση και καταγραφή των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης της ασθενούς κάθε ώρα</p>	<p>1δ) Η χορήγηση του αντιπυρετικού φαρμάκου, προκαλεί εφίδρωση και πτώση του πυρετού και με τη λήψη της θερμοκρασίας αξιολογούμε τα αποτελέσματα της θεραπείας</p> <p>1ε) Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος προκαλεί και αύξηση των συστολών της καρδιάς με αποτέλεσμα την αύξηση των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης</p>

<p>Προβλήματα ή ανάγκες</p>	<p>Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών</p>	<p>Εφαρμογή του προ- γράμματος της Νοση- λευτικής φροντίδας</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτε- λεσμάτων</p>
<p>Πυρετός</p>	<p>2. Πρόληψη ή μείωση των δυσμενών επιπτώ- σεων του πυρετού</p>	<p>2. Διατήρηση του υ- ποξύλου υγρών προ- ληπτικά, λόγω των εφιδρώσεων που γίν- ονται εξ' αιτίας της αύξησης του βα- σικού μεταβολισμού</p>	<p>2α) Ακριβής μέτρηση και αναγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών  2β) Ακριβής τήρηση των ιατρικών οδηγιών σχετικά με τη χορήγη- ση υγρών (παραντερικά από το στόμα)  2γ) Παρακολούθηση της ποσότητας και πυκνώ- τητας καθώς και του ειδικού βάρους των ούρων</p>	<p>2α) Με την ακριβή μέ- τρηση προσλαμβανόμε- νων και αποβαλλόμενων υγρών επιτυγχάνεται ο έλεγχος του ισοζυ- γίου των υγρών  2γ) Η παρακολούθηση των ούρων (ποσότητα, πυκνότητα, ειδικό βά- ρος, χρώμα) μας βοηθά να αξιολογήσουμε την λειτουργική αρτιότητα των ουροφόρων σωληνα- ρίων και να εντοπί- σουμε τυχόν παθολογι- κά στοιχεία που μπο- ρεί να υπάρχουν</p>
			<p>2δ) Συνεχής εκτίμηση των αποτελεσμάτων των παραπάνω νοσηλευ- τικών δραστηριοτήτων για τυχόν διόρθωση νέων προβλημάτων που έως παρουσιασθούν</p>	

Προβλήματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενέργειών	Εφαρμογή του προγράμματος της Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
<p>Δυσκοιλιότητα</p>	<p>Αποκατάσταση και διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου</p>	<p>1. Καθορισμός διαίτας ανάλογης με την περίπτωση</p> <p>2α) Διδασκαλία της ασθενούς για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας</p> <p>2β) Ενίσχυση της φυσικής δραστηριότητας της ασθενούς</p>	<p>1. Χορήγηση τροφών πλούσιων σε κτταρίνη και ενίσχυση της ασθενούς να παίρνει άφθονα υγρά</p> <p>2α) Διδασκαλία της ασθενούς να κάνει μαθήσεις στην κοιλία</p> <p>2β) Συμβουλευούμε την ασθενή για έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι και να κινηθεί</p>	<p>1. Οι τροφές που περιέχουν άφθονη κτταρίνη διεγείρουν το έντερο και αυξάνουν την συστατικότητα τους με αποτέλεσμα την πρόωξη του περιεχομένου του</p> <p>2α) Με τη μάλαξη προωθείται μηχανικά το περιεχόμενο του εντέρου</p> <p>2β) Ο συνδυασμός της σωματικής κίνησης και της θεραπείας βοηθά στην λειτουργικότητα του εντέρου</p>



Προβλήματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενέργειών	Εφαρμογή του προγράμματος της Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
Δυσκοιλιότητα	Αποκατάσταση και διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου	3α) Εφαρμογή υποθέτου  3β) Εφαρμογή καθαριτικού υποκλισμού εάν η παραπάνω θεραπεία δεν αποδώσει	3α) Τοποθέτηση του υποθέτου 30 λεπτά πριν από το γεύμα	3α) Το υπόθετο αυξάνει τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου, με την επίδραση των φαρμάκων που περιέχει, στις απολήξεις των νευρών του βλεννογόνου του εντέρου και έτσι ερεθίζονται οι κινητικές νευρικές ίνες του βλεννογόνου και προκαλείται περιστολή και έτσι κένωση

Με τα παραπάνω μέτρα που ελήφθησαν και εφαρμόστηκαν η θεραπεία απέδωσε και δεν χρειάστηκε να γίνει καθαρτικός υποκλισμός στην ασθενή. Επίσης η γενική της κατάσταση χάρη στο σωστό συνδυασμό της θεραπείας και της επιμελημένης νοσηλευτικής φροντίδας που της προσφέρθηκε παρουσίασε σημαντική βελτίωση.

Ο πυρετός παρουσίασε πτώση και η θερμοκρασία επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα των  $36,5^{\circ} \text{C}$ , το μεσημέρι της 24 - 9 - 90 η λεχωίδα Βασιλοπούλου Μαρία εξήλθε από την Μαιευτική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Δαρίσης στις 26 - 9 - 90 με γενική κατάσταση της υγείας της καλή.

5γ Προτάσεις προς τη Νοσηλεύτρια/ή όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα της επίτοκου και της λεχωίδας

Η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής που θα αναλάβει την νοσηλευτική φροντίδα της επίτοκου και της λεχωίδας πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

1. Η επίτοκος που θα έρθει στο νοσοκομείο ή στην κλινική με ωδίνες διακατέχεται από φόβο και αγωνία για την γέννηση του νεογνού. Εμείς πρέπει να την ενισχύσουμε ψυχολογικά και να τη βοηθήσουμε διδάσκοντάς της τον τρόπο που θα αναπνέει κατά τη διάρκεια των ωδινών και μετά από αυτές.

2. Πρέπει να μάθουμε καλά να διακρίνουμε τυχόν αλλοιώσεις παλμών του εμβρύου και σ' αυτήν την περίπτωση να ενεργήσουμε γρήγορα έτσι ώστε να προλάβουμε την ζωή του εμβρύου.

3. Πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι η ασηφία μέσα στην αίθουσα τοκετών παίζει σημαντικό ρόλο στην μετάπειτα πορεία της λεχωίδας. Ας μην ξεχνάμε ότι παλαιότερα το ποσοστό των θανάτων από τις επιλόχειες λοιμώξεις ήταν μεγάλο.

4. Αμέσως μετά τον τοκετό η λεχωίδα έχει ανάγκη από ξεκούραση και ηρεμία γι' αυτό θα πρέπει να της εξασφαλίσουμε ένα άνετο και ήσυχο περιβάλλον.

5. Οι λεχωίδες και ειδικά οι πρωτότοκες έχουν ανάγκη κάποιας διδασκαλίας.

Γι' αυτό κι εμείς πρέπει από την αρχή να βρισκόμαστε κοντά τους διδάσκοντάς τους πώς να περιποιούνται το νεογνό τους, πώς πρέπει να το θηλάζουν και σ' αυτό πρέπει να επιμελνουμε πάρα πολύ καθώς επίσης και πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Τι είναι λοιπόν η ζωή; Κανείς δεν μπόρεσε να την μετρήσει. Δεν έχει βάρος ούτε διαστάσεις. Έχει όμως τέτοια δύναμη που μια ρίζα στην ανάπτυξή της, μπορεί να σπάσει ένα βράχο.

θαύμα λοιπόν; Ναι. Αναντίρητα ναι. θαύμα που πίσω του κρύβεται μια διάνοια πάνσοφη, ένας υπέρτατος νους που έχει συγκεντρωμένη όλη τη γνώση, όλες τις επιστήμες, υπάρχει παντού και κυβερνά, δεσπόζει, προνοεί για κάθε τι. Μια πρόνοια τα έχει φτιαγμένα όλα. Η θεϊκή πρόνοια.

"Μέγας εἶ, Κύριε καὶ θαυμαστά τὰ ἔργα σου, καὶ οὐδείς λόγος ἐξαρκέσει πρὸς ὕμνον τῶν θαυμασιῶν σου".

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ ΚΛΕΙΩ: Μαιευτική Νοσηλευτική  
Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β.  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1986

GARREY MATTHEW - GOVAN A.D.T. - HODGE COLLIN - CALLANTER  
ROBIN: Γυναικολογία  
Τόμος 1ος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος  
Μετάφραση από τους Γ. Σαρρή - Π. Ανδρικοπούλου  
ΑΘΗΝΑ 1978

GARREY MATTHEW - GOVAN A.D.T. - HODGE COLIN - CALLANTER  
ROBIN: Μαιευτική  
Τόμος 2ος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος  
Μετάφραση από τους Γ. Σαρρή - Γ. Σακελλαρόπουλου  
ΑΘΗΝΑ 1980

ΚΑΣΚΑΡΕΛΗΣ Β. ΔΙΟΝΥΣΟΣ: Μαιευτική και Γυναικολογία  
Τόμος 1ος, Έκδοση 3η, Εκδόσεις: Α. Βουλγαριδη -  
Κ. Χαντζηστόλη  
ΑΘΗΝΑ 1983

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α. Μ. - Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική,  
Παθολογική, Χειρουργική  
Τόμος 2ος, Μέρος Δεύτερο, Έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραπο-  
στολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων " Η ΤΑΒΙΘΑ "  
ΑΘΗΝΑ 1987  
ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΥΓΕΙΑ

