

ΤΕΙ : ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ :

" Τ Ο Σ Ι Ν Α Ι Μ Ι Α Κ Υ Η Σ Η Σ "

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : Κ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΠΙΚΟΥΛΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ

Π Α Τ Ρ Α 1 9 9 2

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	811
----------------------	-----

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α
Γ Ι Α Τ Ο Π Τ Υ Χ Ι Ο Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Σ

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Η Εργασία αυτή είναι αφιερωμένη :

- α. Στους γονείς μου για την κατανόησή τους και την στήριξη τους κατά την διάρκεια της φοιτήσεώς μου.
- β. Σ' όλους τους διδασκάλους μου κατά την φοίτησή μου για την βοήθειά τους.
- γ. Σ' όλους όσους με βοήθησαν για την συγκέντρωση των στοιχείων για την σύνταξη αυτής της Εργασίας.-

ΜΕΡΟΣ Α΄	<u>Σελίδα</u>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
Κεφάλαιο 1ο: Ανατομία γεννητικού συστήματος	1 - 12
Κεφάλαιο 2ο: Φυσιολογία γεννητικού συστήματος	13 - 18
Κεφάλαιο 3ο: Φυσιολογία κύησης	19 - 25
Κεφάλαιο 4ο: Ενδοκρινολογία κύησης	26 - 28
Κεφάλαιο 5ο: Τοξιναιμία κύησης-Συχνότητα, επιδημολογία-αιτιολογία -παθογένεια	29 - 35
Κεφάλαιο 6ο: Συμπτώματα νόσου	36 - 39
Κεφάλαιο 7ο: Κλινική-Εργαστηριακή-διαφορική διάγνωση	40 -47
Κεφάλαιο 8ο: Επιπλοκές	48- 49
Κεφάλαιο 9ο: Θεραπεία	50- 56
Κεφάλαιο 10ο: Πρόγνωση	57- 58
Κεφάλαιο 11ο: Πρόληψη	59- 60
ΜΕΡΟΣ Β΄	"
Εισαγωγή	61
Κεφάλαιο 1ο: Γενικές νοσηλευτικές ενέργειες	62- 64
Κεφάλαιο 2ο: Νοσηλευτική φροντίδα στον παρακλινικό έλεγχο	65- 66
Κεφάλαιο 3ο: Παρατήρηση Παρέμβαση (Εκλαμψία - Προεκλαμψία)	67- 73
Κεφάλαιο 4ο: Νοσηλευτική φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό	74- 78
Κεφάλαιο 5ο: Νοσηλευτική φροντίδα στην καισαρική τομή	79- 84
Κεφάλαιο 6ο: Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη λοχεία	85- 86
Κεφάλαιο 7ο: Μελλοντικές εγκυμοσύνες μετά απο εκλαμψία	87- 88
Κεφάλαιο 8ο: Περιστατικά τοξιναιμίας και νοσηλευτική φροντίδα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	89-110
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	111-112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	113-114

Μ Ε Ρ Ο Σ Α΄

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η Μαιευτική δεν αποζητά τα θαύματα διότι η ίδια ασχολείται με το θαύμα : το ωραιότερο, το φυσικότερο θαύμα, τη γέννηση, για τον λόγο αυτό δεν κινδυνεύει απο τεχνολογική αλλοτρίωση, γιατί εκφράζει την πιο ανθρώπινη απο όλες τις Επιστήμες.

Η μαιευτική δεν έχει δικό της σταθμό σε ότι αφορά τη γένεση της, διότι αρχίζει με την γέννηση του ανθρώπου, δηλαδή δεν υπάρχει εποχή που να συνδέεται με τη δημιουργία της μαιευτικής σαν τέχνη, διότι η τέχνη του τοκετού διδάχθηκε στον άνθρωπο απο την ίδια τη φύση.

Η κύηση και ο τοκετός δεν έπαψαν ποτέ να είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο, είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο, όμως που η πορεία του πολλές φορές, σημαδεύει με συνέπειες τη συνέχεια της ζωής τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού.

Αυτή η Εργασία έχει σκοπό να παρουσιάσει μια απο τις παθήσεις της κύησης που έχει να αντιμετωπίσει η επιστήμη της μαιευτικής, και να παρουσιάσει επίσης την συμβολή της νοσηλευτικής σε τέτοιου είδους παθήσεις.

Εδώ συγκεκριμένα θα ασχοληθούμε με την εμφάνιση τοξιναιμίας κατά την διάρκεια της κύησης.

Η τοξιναιμία είναι μία σοβαρή νόσος. Μία νόσος πολύπλοκη και μάλιστα άγνωστης ακόμα αιτιολογίας παρ' όλες τις θεωρίες και μελέτες απο διάφορους ερευνητές πάνω στο θέμα.

Η μεγάλη ανάπτυξη βέβαια της μαιευτικής και της νοση-

λευτικής γύρω απο το θέμα, συντελούν αρκετά στην πρόληψη της νόσου, αλλά και στην θεραπεία της.

Η Εργασία αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη, το Ιατρικό και το νοσηλευτικό μέρος και αυτό γιατί απο την μιά μεριά η Νοσηλευτική αποτελεί ξεχωριστή επιστήμη με τη δική της οντότητα, αλλά και απο την άλλη είναι απαραίτητη η παράθεση των Ιατρικών δεδομένων για να εξετασθεί το θέμα ολοκληρωμένα, και απο όλες τις πλευρές.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων, που η συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει κατά κύριο λόγο στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής.

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά και χωρίζονται μεταξύ τους από τον παρθενικό υμένα ή από τα υπολείμματα του

Τα έξω γεννητικά όργανα είναι :

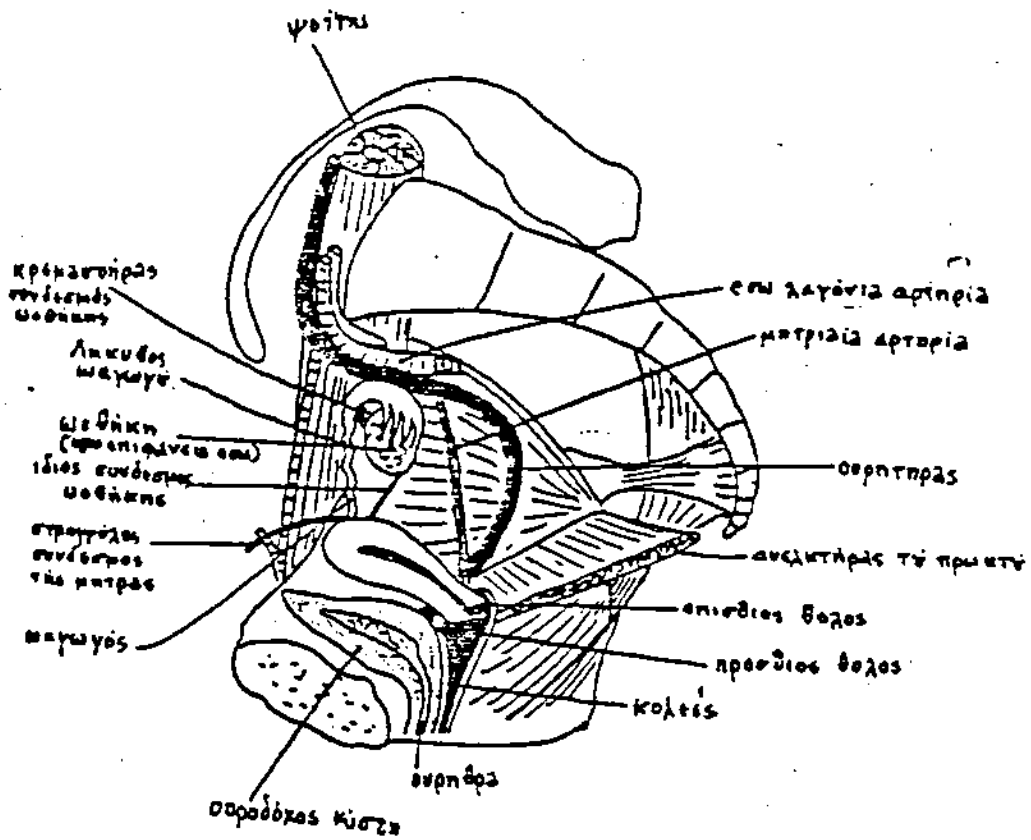
Το εφηβαίο και τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, η κλειτορίδα και τα μικρά χείλη του αιδοίου, καθώς και ο περικλειόμενος από τα τελευταία πρόδρομος με τους αδένες του και η γυναικεία ουρήθρα.

ΤΟ ΕΦΗΒΑΙΟ :

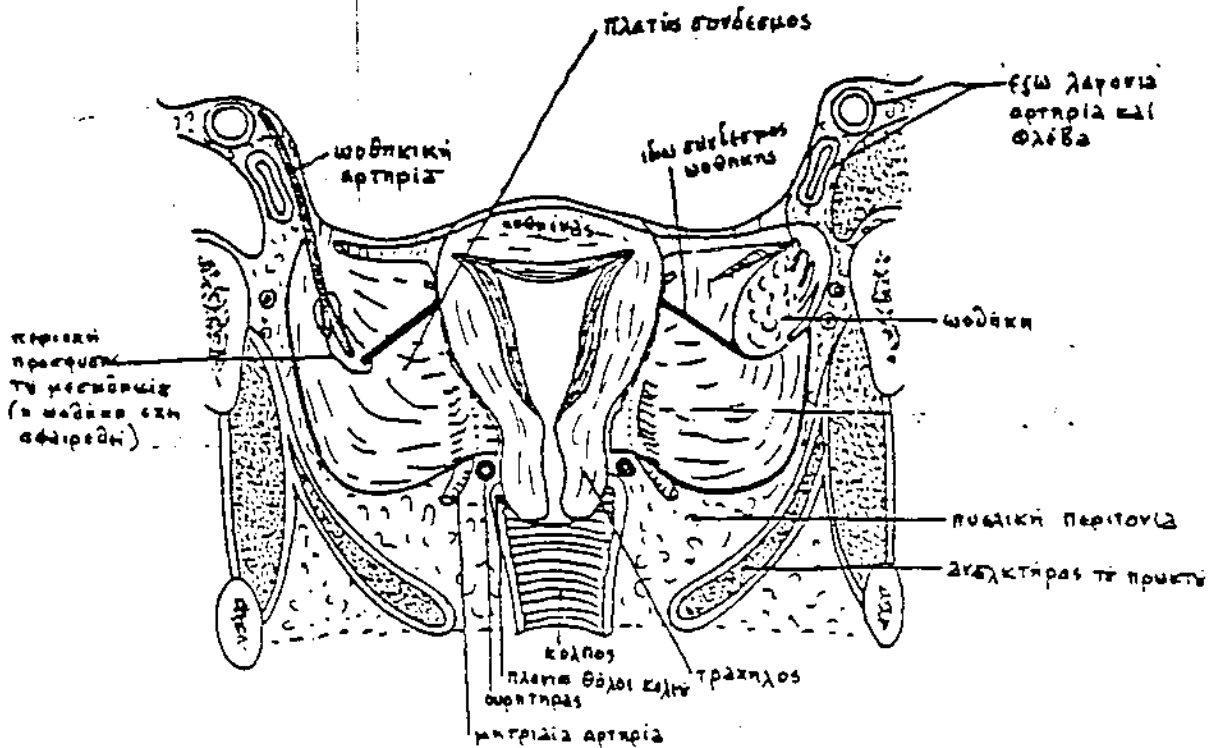
Το εφηβαίο είναι μια υποστρόγγυλη τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα η πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Δύο χρόνια περίπου πριν από την εμφάνιση της εμμήνου ρύσης αρχίζει να παρουσιάζεται η χαρακτηριστική τρίχωσή του. Το εφηβαίο χαρακτηρίζεται από την άθροιση άφθονου υποδόριου ιστού, που διασχίζεται από ινώδεις δεσμίδες.

ΤΑ ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ ΕΙΝΑΙ :

Δύο δερματικές πτυχές που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και συνήθως καλύπτονται απ' αυτά. Προς τα πάνω αποσχίζονται



ΔΕΞΙΟ ΗΜΙΣΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ



ΜΕΤΩΠΙΑΙΑ ΤΟΜΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ

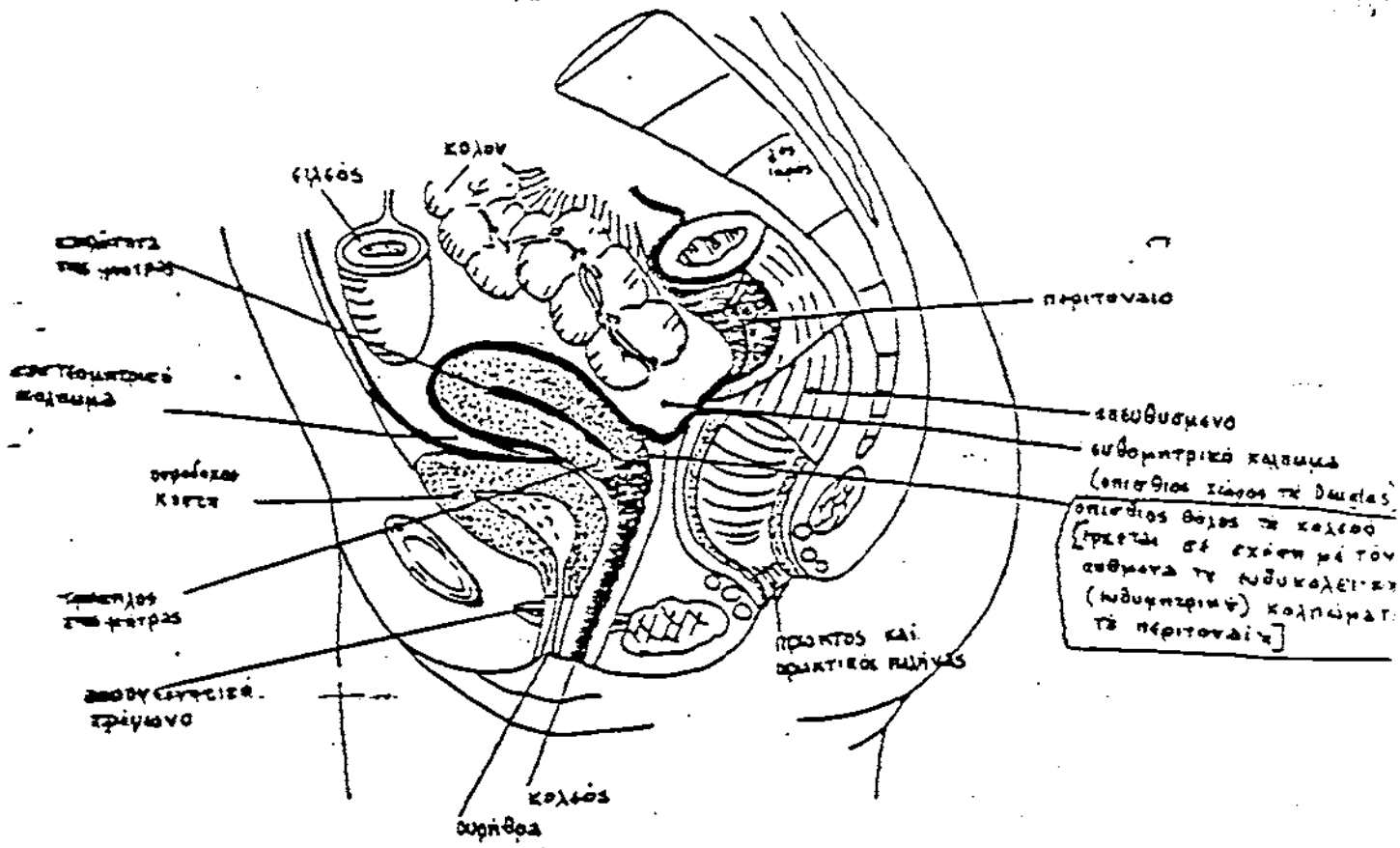
σε δύο μέρη, που συνενώνονται με τα αντίστοιχα τμήματα της αντίθετης πλευράς και σχηματίζουν την πόσθη και το χαλινό της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη προς τα πίσω συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό. Μεταξύ του χαλινού των μικρών χειλέων και του παρθενικού υμένα βρίσκεται ένα εντύπωμα, που ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος. Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ινώδη συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Το δέρμα τους είναι πολύ λεπτό και μοιάζει με βλενουϊμένα, έχει δε μόνο σηματογόνους αδένες.

Η ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ :

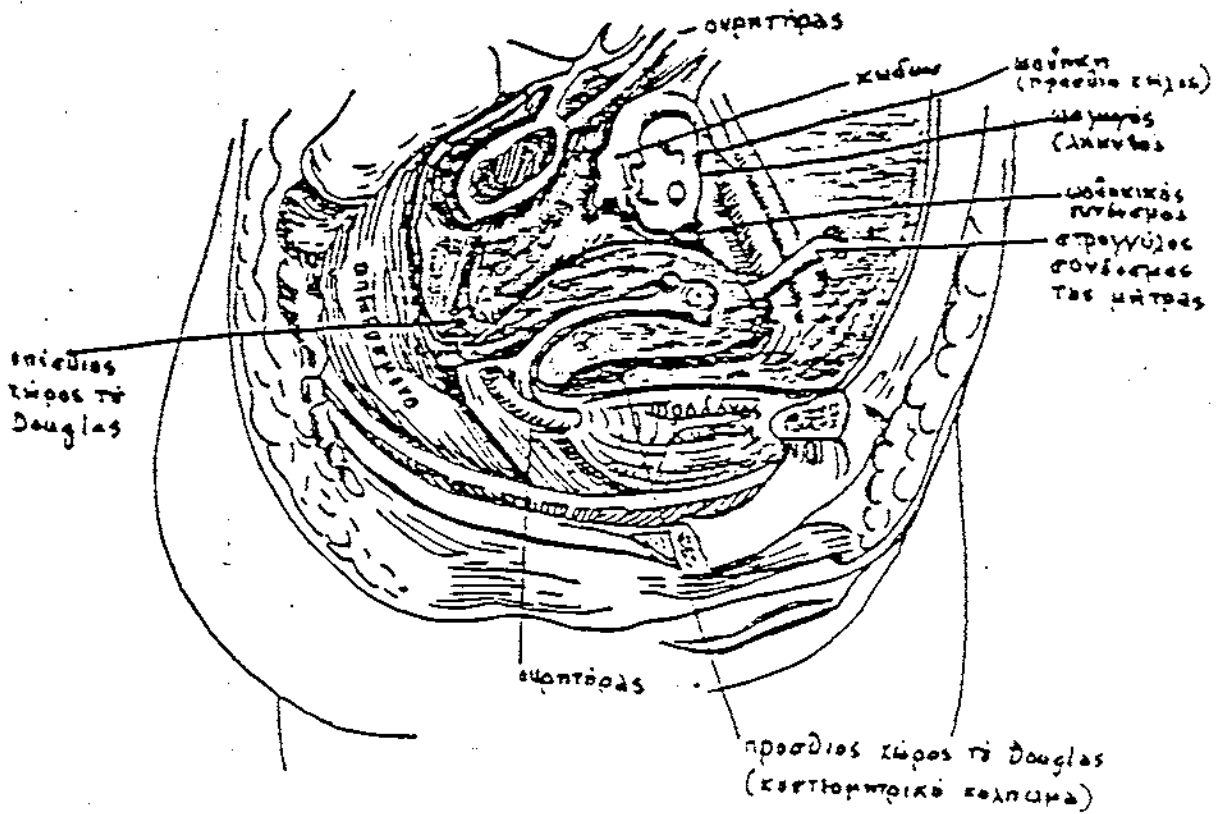
από δύο σφραγγώδη σώματα, που αρχίζουν από τους ηβοΐσχιανούς κλάδους των ηβικών οστών και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και αριστερό σκέλος στην πορεία τους, προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στη μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της που καταλήγει σε μια παχύνση τη βάλανο. Το σώμα της κλειτορίδας έχει μήκος 3-4 εκ. περιβάλλεται από περιτονία που προς τα πάνω προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Ραχία η κλειτορίδα περιβάλλεται από την πόσθη, ενώ στην κάτω επιφάνειά της και κατά τη μέση γραμμή βρίσκεται ο χαλινός της. Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας είναι η προς τα πάνω κατάληψη των μικρών χειλέων του αιδοίου.

Ο ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΕΙΝΑΙ :

η περιοχή του αιδοίου, που ορίζεται μεταξύ των μικρών χειλέων του αιδοίου και εκτείνεται προς τα πάνω ως το χαλινό της κλειτορίδας και προς τα κάτω ως το χαλινό των μικρών χειλέων.



ὉΒΕΛΙΑΙΑ ΤΟΜΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ



Στην άνω περιοχή του προδρόμου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας, που περιβάλλεται από τους παραουρηθρικούς αδένες, ενώ οι εκφορητικοί πόροι των βαρθολινείων αδένων εκβάλλουν στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων. Στην περιοχή αυτή βρίσκεται και ο παρθενικός υμένας, που φράζει μερικά μόνο την είσοδο του κόλπου.

Τα έσω γεννητικά όργανα είναι:

Οι ωοθήκες, οι ωαγωγοί, η μήτρα και ο κόλπος και βρίσκονται μέσα στην πύελο.

ΟΙ_ΩΟΘΗΚΕΣ

Οι ωοθήκες είναι τα όργανα που παράγουν τα γεννητικά κύτταρα του θήλεως δηλαδή τα ωάρια καθώς επίσης και τις ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Είναι δύο αμυγδαλωτοί σχηματισμοί που κρέμονται από το πίσω πέταλο του πλατύ συνδέσμου της μήτρας, από μια πτυχή του, το μεσωαθήκιο, βρίσκονται μέσα στη μικρή πύελο και ο επιμήκης του άξονος τους φέρεται συνήθως κατακόρυφα. Έχουν μήκος 3 εκ., πλάτος 1,5 ως 3 εκ., πάχος 0,5 ως 1,5 εκ., και βάρος ως 14 γραμμάρια.

Οι ωοθήκες περιβάλλονται από λεπτή ινώδη κάψα. Εξωτερικά η κάψα αυτή περιβάλλεται από ένα στίχο κυβικών επιθηλιακών κυττάρων που αποτελούν τον βλαστικό επθήλιο.

Η ωοθήκη εμφανίζει μια εξωτερική ζώνη που λέγεται φλοιώδης ουσία και μια εσωτερική ζώνη που λέγεται μυελώδης ουσία. Η μυελώδης ουσία αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, νεύρα, λεμφαγγεία και πολλά διερυσμένα αιμοφόρα αγγεία. Η φλοιώ-

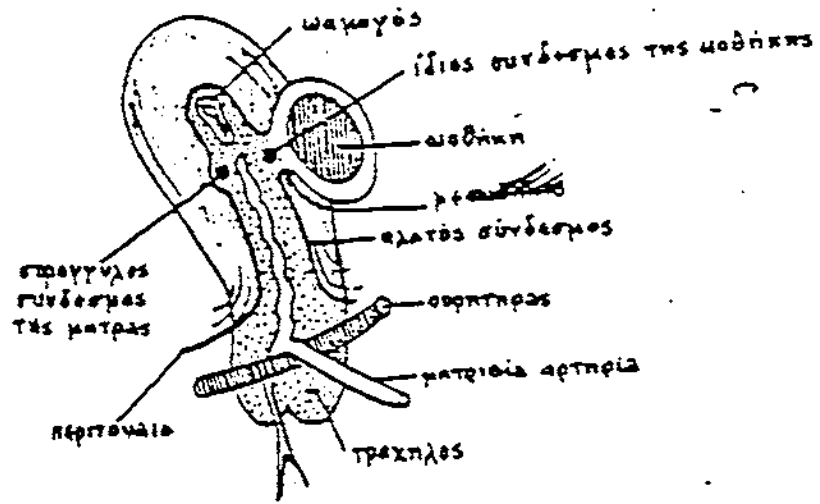
δης ουσία αποτελείται από στρώμα από συνδετικό ιστό μέσα στο οποίο βρίσκονται τα ωθυλάκια. Το στρώμα αποτελείται από ατρακτοειδή και από πλέγμα δικτυωτών ινών.

Κατά τη γέννηση υπάρχουν περίπου 700.000 ωκύτταρα και στις δύο ωθήκες. Απ' αυτά το 99% χρησιμοποιούνται μέχρι την εμμηνόπαυση, ύστερα από την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν 5 ως 10 χιλιάδες. Ο αριθμός τους όμως μπορεί να κυμαίνεται και να εξαντληθεί πολύ νωρίτερα.

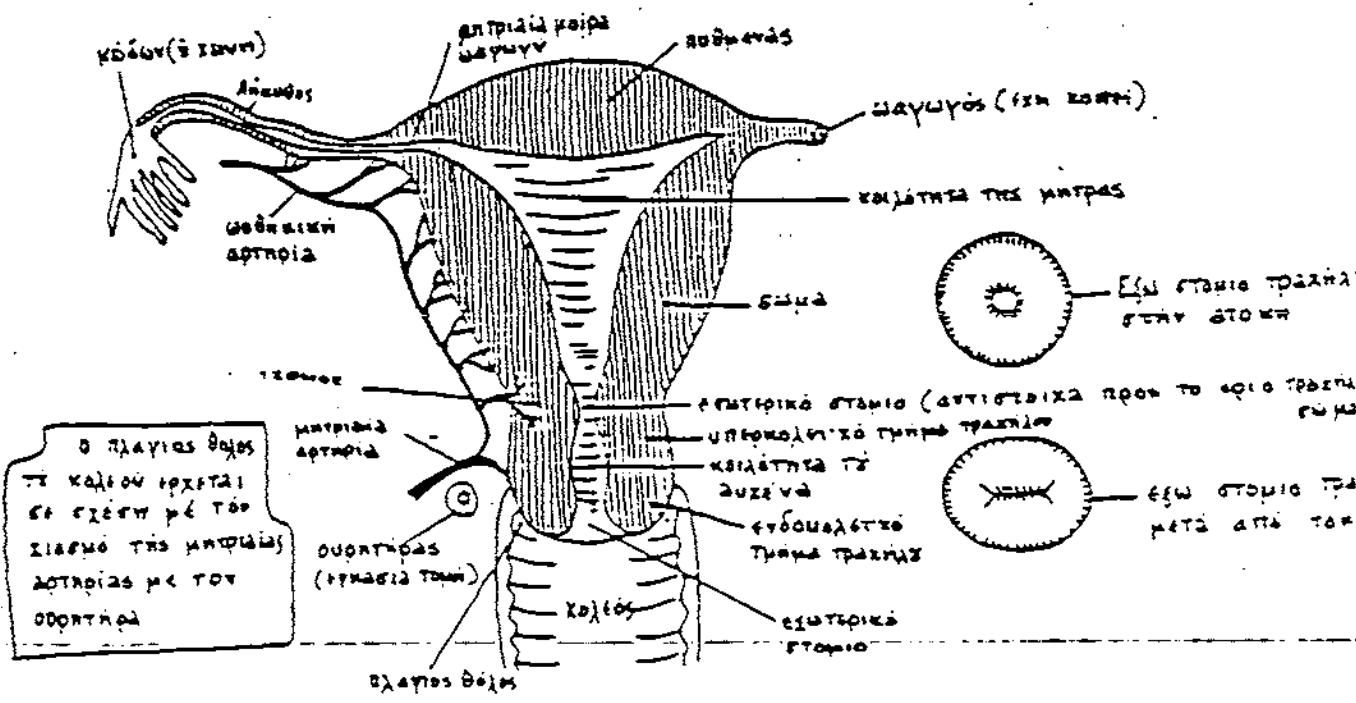
Τα ωκύτταρα ή ωάρια περιβάλλονται αρχικά από ένα στοιχείο συνδετικής προέλευσης κυττάρων και ο σχηματισμός αυτός ονομάζεται πρωτογενές ωθυλάκιο. Όταν αρχίζουν να ωριμάζουν τα πρωτογενή ωθυλάκια αποκτούν, μέσα από τον προηγούμενο στοιχείο, μια νέα στιβάδα από κοκκώδη κύτταρα και ονομάζονται τότε δευτερογενή. Αυτά σε πιο προχωρημένο στάδιο αποκτούν περισσότερους στοιχείους κυττάρων και κοιλότητα, έτσι που να παρουσιάζουν χαρακτηριστική ανάπτυξη και λέγονται τότε τριτογενή ωθυλάκια. Τελικά σε ένα επόμενο στάδιο εξέλιξης, που μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες σχηματίζονται τα ώριμα ωθυλάκια. Στη φλοιώδη στιβάδα βρίσκονται ωθυλάκια σε διάφορα στάδια ωρίμανσης, τα υπολείματα ενός ή περισσοτέρων σπασμένων ή όχι ωθυλακίων σε διάφορα στάδια εξέλιξης, δηλαδή ωχρο σωματίο, ώριμα άτρητα ωθυλάκια και λευκά σωματία.

ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ ή ΩΓΩΓΟΙ

Οι σάλπιγγες είναι ιδίο μύδεις σωλήνες μήκους περίπου 10 εκ. οι οποίοι εκτείνονται από την περιοχή της ωθήκης ως την μήτρα. Το ελεύθερο άκρο της σάλπιγγας είναι ανευρυσμένο



ΠΛΑΠΑ ΟΨΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



σαν χωνί και βρίσκεται κοντά στην ωοθήκη.

Λέγεται κώδων ή χώνη και είναι ναοικτό προς την πυελική κοιλότητα. Το τοίχωμα του αποσχίζεται σε 12 με 15 λωρίδες τους κροσσούς που περιβάλλουν την ωοθήκη.

Η λήκυθος είναι μακρύτερη και φαρδύτερη μοίρα του αγωγού.

Ο ισθμός του αγωγού είναι το στενότερο τμήμα του και εκτείνεται από την μήτρα ως το έσω πέρας της ληκύθου.

Η μητριάα μοίρα του αγωγού είναι το τμήμα εκείνο που βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας.

Το τοίχωμα του αγωγού αποτελείται από 3 χιτώνες:

α) το βλεννογόνο, β) το μυϊκό χιτώνα και γ) τον ορογόνο χιτώνα.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΩΑΓΩΓΟΥ:

Ο αγωγός υποδέχεται το ωάριο από την ωοθήκη και παρέχει το κατάλληλο περιβάλλον για να γίνει η γονιμοποίηση. Οι εκκρίσεις των κυττάρων του βλεννογόνου παρέχουν τις θρεπτικές ουσίες για την διατροφή του μονιμοποιηθέντος ωαρίου ενώ η ενέργεια των κροσσών, και οι περισταλτικές κινήσεις του τοιχώματος συντελούν στην μεταφορά γονιμοποιηθέντος ωαρίου προς την κοιλότητα της μήτρας.

Μέσα από τον αγωγό περνούν επίσης τα σπερματοζωάρια για να φθάσουν το ωάριο και να γονιμοποιηθούν. Οι εκκρίσεις των κυττάρων του βλεννογόνου του αγωγού συντελούν επίσης στην διατροφή των σπερματοζωαρίων.

ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο με σχήμα αχλαδιού, ελαφρά αποπλατυσμένο από εμπρός προς τα πίσω και έχει μήκος 6-8 εκατοστά, πάχος 2,5 ως 3 εκ., πλάτος 4 ως 5 εκ., και βάρος 42 ως 70 γραμμάρια. Στην κύηση κάτω από τις διάφορες ορμονικές επιδράσεις, έχει την ικανότητα να μεγαλώνει πάρα πολύ, ώστε η χωρητικότητά της να αυξάνεται από 3 ως 5 κ. εκ. σε ως 8 χιλιογρ. ή και περισσότερο.

Ανατομικά διαιρείται σε πυθμένα σώμα και τράχηλο.

Ο πυθμένας είναι το μέρος της μήτρας που βρίσκεται πάνω από το σημείο εισόδου των ωαγωγών στην μήτρα. Το σώμα είναι το μέρος εκείνο της μήτρας που βρίσκεται κάτω από την είσοδο των ωαγωγών. Προς τα κάτω στενεύει και συνεχίζεται με τον τράχηλο. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο στενό μέρος της μήτρας που τρυπά το πρόσθιο τοίχωμα του κολεού και προβάλλει μέσα στον κολεό. Με τον τρόπο αυτό ο τράχηλος διαιρείται σ' ένα υπερκολεϊκό και ένα ενδοκολεϊκό μέρος.

Το μεγαλύτερο μέρος της μήτρας καλύπτεται εξωτερικά από περιτόναιο (ορογόνο χιτώνας). Εσωτερικά ή μήτρα υπαλείφεται από βλεννογόνο που λέγεται ενδομήτριο.

Το ενδομήτριο του σώματος της μήτρας και του άνω τριτημορίου του τραχήλου υφίσταται τμηματικές δομικές αλλαγές κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στην επίδραση ορμονών της ωοθήκης. Η επιπολής στοιβάδα που βρίσκεται προς τον αυλό λειτουργική στιβάδα και αποπίπτει κατά την έμμηνο ρύση. Η εν τω βάθει στιβάδα λέγε-

ται βασική, είναι μόνιμη και από αυτή αναγεννάται η λειτουργική στιβάδα.

ΚΟΛΕΟΣ

Ο κολεός, είναι ιδιαίτερος ινομυώδης σωλήνας που εκτείνεται από το αιδοίο προς τα άνω και πίσω. Έχει μήκος περίπου 8 εκ. και ο επιμήκης άξονάς του είναι κάθετος προς τον επιμήκη άξονα της μήτρας. Η περιοχή του αυλού που περιβάλλει το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου χωρίζεται σε 4 μοίρες ή θόλους: ένα πρόσθιο, ένα οπίσθιο και 2 πλάγιους θόλους.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες α) βλεννογόνο, β) μυϊκό χιτώνα, γ) ινώδη χιτώνα. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι πολυστιβο πλακώδες και τα κύτταρά του κατά διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας περιέχουν μεγάλα ποσά γλυκογόνου στο κυτταρόπλασμά τους. Καθώς τα επιφανειακά κύτταρα του επιθηλίου αποίπτουν το γλυκογόνο που περιέχουν διασπάται από ορισμένα βακτηρίδια και μετατρέπεται σε γαλακτικό οξύ. Με τον τρόπο αυτό το ΡΗ του αυλού του κόλπου ελαττώνεται και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ανάπτυξης παθογόνων μικροοργανισμών.

Κολπικό επίχρισμα:

Η μικροσκοπική εξέταση επιχρίσματος των κυττάρων που βρίσκονται μέσα στον αυλό του κόλπου έχει σημαντική κλινική σημασία. Τα κύτταρα αυτά προέρχονται από το ενδομήτριο του σώματος της μήτρας από το βλεννογόνο του τραχηλικού σωλήνα και από το επιθήλιο του βλεννογόνου του κολεού. Η μορφολογία

των κυττάρων αυτών επηρεάζεται από τα επίπεδα των ορμονών και έτσι η μικροσκοπική εξέταση της μπορεί να αποτελέσει ένα δείκτη για την ορμονική κατάσταση της γυναίκας.

Σε μια εξέταση ρουτίνας των κυττάρων αυτών μπορεί να βρεθούν νεοπλαστικά κύτταρα και έτσι να γίνει η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου ή της μήτρας στα αρχικά στάδιά του.

ΤΟΠΟΓΡΑΦΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο ΚΟΛΠΟΣ στο κατώτερο τριτημόριο και πορεύεται σχεδόν οριζόντια, ενώ τα δύο ανώτερα τριτημόρια φέρονται παράλληλα με το ιερό οστούν, ώστε να σχηματίζουν γωνία 70° περίπου με το οριζόντιο επίπεδο. Στο κατώτερο τμήμα του έρχεται σε επαφή με τους μυς του περινέου και το ουρογεννητικό διάφραγμα. Το εμπρός τοίχωμα του κόλπου βρίσκεται σε στενή σχέση με την ουρήθρα και το κυστικό τρίγωνο της ουροδόχου κύστης, από τα οποία χωρίζεται με το ουρηθροκολπικό και κυστεοκολπικό διάφραγμα. Το πίσω τοίχωμα του κόλπου έρχεται σε επαφή με το ορθό. Ο θόλος του κόλπου στα πλάγια έρχεται σε στενή σχέση με τη βάση του πλατύ συνδέσμου της μήτρας, τον ουρητήρα και την μητριαία αρτηρία.

ΤΟ ΣΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ σχηματίζει με το τράχηλο μια γωνία 70° ως 100° , που βλέπει προς τα εμπρός, δηλαδή η μήτρα βρίσκεται σε πρόσθια κάμψη.

Αποτέλεσμα της κάμψης αυτής είναι και η πρόσθια κλίση της. Η πρόσθια επιφάνεια του σώματος της μήτρας έρχεται σε

επαφή με την ουροδόχο κύστη και η οπίσθια με τις εντερικές έλικες. Ο πυθμένας της μήτρας αντιστοιχεί στο ύψος του 4ου ιερού σπονδύλου, ενώ το έξω τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί στο ύψος της ενδοϊσχιακής γραμμής που ενώνει τις ισχιακές άκανθες. Η πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου χωρίζεται από την ουροδόχο κύστη με την παρεμβολή συνδετικού ιστού.

ΟΙ ΩΑΓΩΓΟΙ αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας, μεταξύ του στρογγυλού συνδέσμου της μήτρας και του ίδιου συνδέσμου της ωθήκης και τελειώνουν στον ίδιο σύνδεσμο τους που προσφύεται στην ωθήκη.

Η πορεία τους είναι εγκάρσια προς το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και όταν πλησιάζουν στην ωθήκη κάμπτονται προς τα πίσω και πάνω, ώστε να βλέπουν την πρόσθια επιφάνειά της. Οι κωδωνικοί κροσσοί περιβάλλουν σαν στεφάνι την πρόσθια επιφάνεια της.

Γενικά όμως, η θέση των αγωγών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την τοπογραφική θέση της μήτρας και βρίσκονται σε στενή σχέση με τις εντερικές έλικες.

ΟΙ ΩΟΘΗΚΕΣ βρίσκονται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα, μέσα σε ένα περιτοναϊκό εντύπωμα, τον ωθηκικό βόθρο, που αντιστοιχεί στην τετράπλευρη επιφάνεια του ανώνυμου οστού, αντίστοιχα στην κοτύλη. Στο πρόσθιο χείλος προσφύεται το μεσσωθήκιο, ενώ το πίσω είναι ελεύθερο.

Κάτω από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο σε μικρή απόσταση περνά ο ουρητήρας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

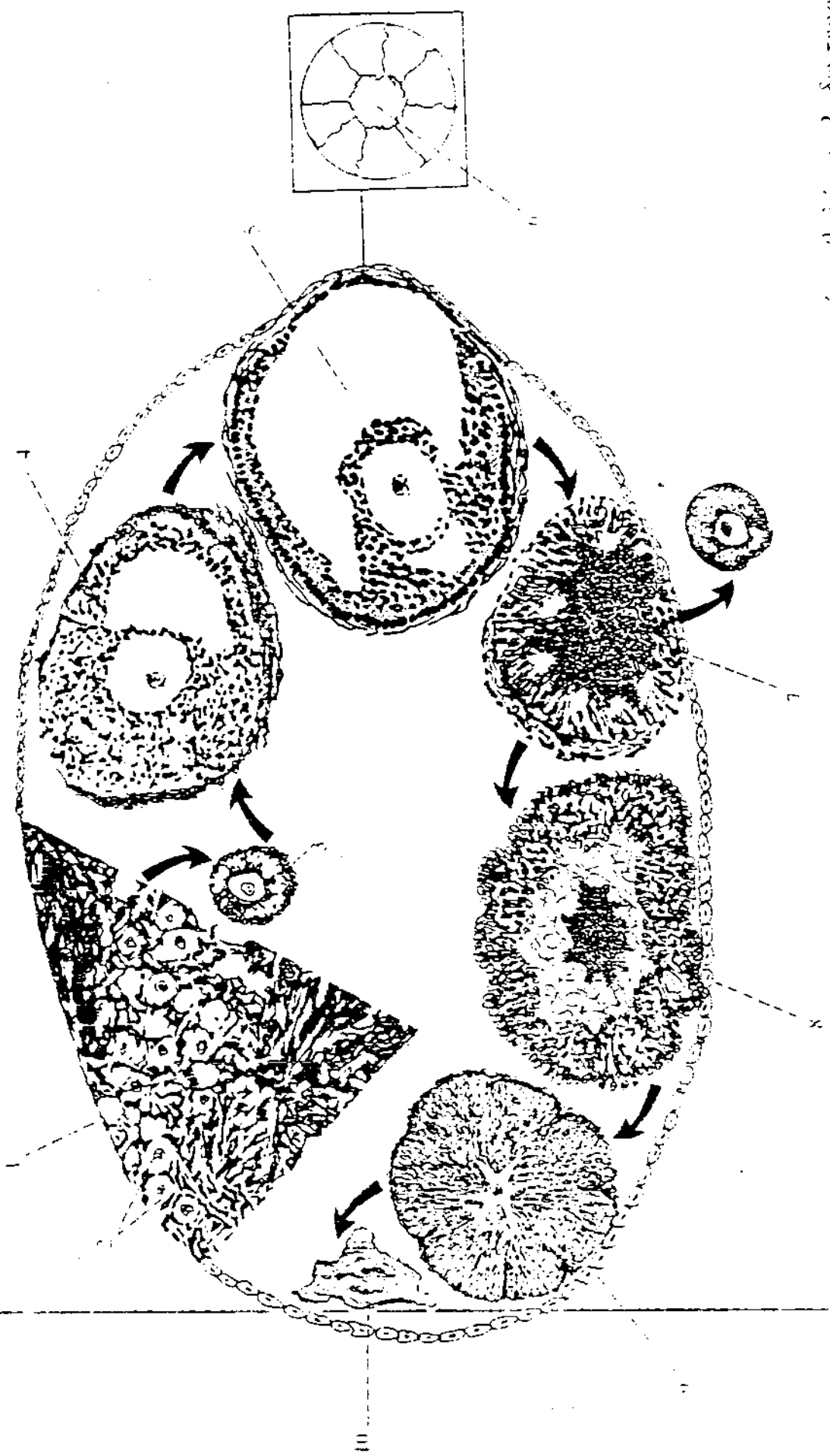
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Μετά τον πρώτο χρόνο της ζωής και σ' όλη τη μετέπειτα παιδική ηλικία, η υπόφυση αρχίζει τη λειτουργία της, που διατηρείται σε υποτυπώδη χαμηλά επίπεδα, ώστε να εκκρίνονται μικρές μόνο ποσότητες γοναδοτροπικών ορμονών. Αποτέλεσμα της έκκρισης αυτής είναι η ατελής ωρίμανση πρωτογενών ωοθυλακίων σε τέτοιο αριθμό, ώστε από τα 1.000.000 που υπάρχουν κατά τη γέννηση στις ωοθήκες, οι 700.000 να γίνουν ατρητικά μέχρι την εφηβεία και τα υπόλοιπα 300.000 να εξακολουθήσουν να υπάρχουν μειώμενα βαθμιαία, μέχρι την εμμηνόπαυση.

Η ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Κατά την προεφηβική ηλικία, δηλαδή από το 7ο ως το 9ο χρόνο της ζωής του κοριτσιού, φαίνεται να ενεργοποιείται ο υποθαλαμο-υποφυσιακός άξονας, όταν άγνωστα ερεθίσματα επιδράσουν στον υποθάλαμο, για να προκαλέσουν την έκκριση των εκλυτικών ορμονών. Η έκκριση των ωοθηκών είναι σχετικά περιορισμένη και δεν είναι ακόμα σε θέση να προκαλέσει ωρίμανση στο ενδομήτριο, είναι όμως αρκετή για να προκαλέσει την ανάπτυξη των μαστών και να διαφοροποιήσει την κατανομή του λίπους.

Οι στεροειδείς ορμόνες στη συνέχεια και σε συνεργασία με ανδρογόνα, που εκκρίνονται από το φλοιό των επινεφριδίων, προκαλούν την ανάπτυξη του τριχώματος των μασχαλών και του εφηβαίου.



Εικόνα 2.2. Σχηματική εξέλιξη ενός πρωτογενούς σωβηλακίου. 1, τομή ωθήκης. 2, πρωτογενή σωβηλάκια. 3, διυτερογενές σωβηλάκιο. 4, τρίτογενές σωβηλάκιο. 5, ώριμο σωβηλάκιο. 6, το στέγμα του ώριμου σωβηλακίου, όπως φαίνεται όταν επισκοπείται κατά μέγρο. 7, σωβηλακιορρηξία και απελευθέρωση του ώριμου σαρτίου. 8, ωχρό σαρμάτιο. 9, ωχρό σαρμάτιο αι. πλήρη ακμή. 10, λευκό σαρμάτιο.

Η ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία του κοριτσιού, που αρχίζει περίπου στα 9 χρόνια και συμπληρώνεται με την εμφάνιση της πρώτης περιόδου, χαρακτηρίζεται από τις μεταβολές εκείνες του ανώριμου και χωρίς αναπαραγωγική λειτουργία παιδιού, που έχουν σαν σκοπό τους να το μεταβάλλουν σε γενετησιακά ώριμο.

Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από λειτουργική διαφοροποίηση στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκη-γεννητικά όργανα. Συνήθως μεταξύ 12ου και 14ου χρόνου ηλικίας, αρχίζουν να εκκρίνονται μεγαλύτερες ποσότητες γοναδοτροπικών ορμονών από την υπόφυση, ώστε να διεγείρονται περισσότερο τα ωοθυλάκια που βρίσκονται σε ωρίμανση, με αποτέλεσμα την αύξηση της στάθμης των οιστρογόνων κατά κύριο λόγο, και λιγότερο της προγεστερόνης, σε τέτοιο βαθμό ώστε να προκληθεί η ανάπτυξη παραγωγικού ενδομητρίου.

Όταν θα υποστραφεί το ωοθυλάκιο ακολουθεί απότομη ελάττωση του επιπέδου των οιστρογόνων στο πλάσμα, με αποτέλεσμα την απότομη απόπτωση του ενδομητρίου, που εκδηλώνεται με αιμορραγία από τον κόλπο. Η αιμορραγία αυτή χαρακτηρίζεται σαν αιμορραγία "λόγω αποστέρησης" της ορμονικής υποστήριξης του ενδομητρίου και δεν είναι τίποτε άλλο παρά η εμφάνιση της πρώτης περιόδου.

Η ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ

Σε μεγάλο ποσοστό στα δύο πρώτα χρόνια μετά την αρχή της εμμήνου ρύσεως, τα ωριμάγοντα ωοθυλάκια γίνονται ατρητι-

κά, δηλαδή δεν φτάνουν μέχρι την πλήρη ωριμότητά τους και την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, λόγω της ανωριμότητας ακόμα του υποθαλαμο-υποφυσιακού άξονα, από τη λειτουργία του οποίου εξαρτάται η αυτόματη ρήξη τους και απελευθέρωση του ωαρίου. Η διάρκεια που χρειάζεται για να ωριμάσει και να εκφυλιστεί ένα πρωτογενές ωοθυλάκιο είναι περίπου 28 μέρες και ονομάζεται γεννητικός κύκλος. Ο γεννητικός αυτός κύκλος χαρακτηρίζεται σαν ανωορρηκτικός, όταν δεν γίνει η ωοθυλακιορρηξία και η δημιουργία του ωχρού σωματίου.

ΩΡΙΜΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μετά τη εφηβική ηλικία, η γυναίκα περνά από τα 15 της χρόνια στην ώριμη ηλικία η γενετησιακή εποχή, που χαρακτηρίζεται από την πλήρη ετοιμότητα των γεννητικών οργάνων να ανταποκριθούν στον προορισμό τους δηλαδή την αναπαραγωγή.

Την πιο μεγάλη γονιμότητα εμφανίζει η γυναίκα στα 24 χρόνια της και έπειτα ελλιώνεται σιγά-σιγά μέχρι τα 30, οπότε και επιταχύνεται η έκπτωσή της.

Σ'όλη τη διάρκεια της γενετησιακής ζωής στην κάθε γυναίκα ωριμάζουν 500 ωοθυλάκια περίπου, ενώ τα περισσότερα από τα υπόλοιπα γίνονται ατρητικά, μέχρι την εμμηνόπαυση.

ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟ

Κλιμακτήριο είναι η περίοδος εκείνη της ζωής, που αρχίζει όταν παρουσιάζεται η έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας και τελειώνει με την πλήρη εγκατάσταση της ωοθηκικής γήρανσης.

Ο χρόνος εγκατάστασης κλιμακτηρίου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η φυλή, το κλίμα, η κληρονομικότητα, η διατροφή, η ανατομική ιδιοσυστάσια.

Ο διαχωρισμός του κλιμακτηρίου, με βάση την εμμηνόπαυση, σε δύο περιόδους την προεμμηνοπασιακή και την μετεμμηνοπασιακή. Η εμμηνόπαυση καθορίζεται από την συγκεκριμένη χρονική στιγμή της εμφάνισης της τελευταίας έμμηνης ρύσης.
Οι σπουδαιότερες μεταβολές μετά την εμμηνόπαυση στο γεννητικό σύστημα είναι:

ωσθήκες: Γίνονται λευκωπές, σκληρές, ινώδεις και εμφανίζουν απόφραξη και ίνωση των αγγείων τους.

Μήτρα: Ελαττώνεται το βάρος της. Το ενδομήτριο ατροφεί. Η τραχηλική βλέννη ελαττώνεται βαθμιαία. Η σχέση σώματος-τραχήλου ξαναγυρίζει στην αναλογία 1:2 της παιδικής ηλικίας.

Κόλπος: Γίνεται στενότερος και κοντότερος. Το επιθήλιο του γίνεται λεπτό, με διαβρώσεις, εύκολα αιμορραγεί και σχηματίζει συμφύσεις. Στα επιχρίσματα βρίσκονται άφθονα παραβασικά κύτταρα και το ΡΗ του γίνεται αλκαλικό.

Αιδοίο: Αραιώνεται η τρίχωση του εφηβαίου. Οι σηματογόνοι αδένες είναι λιγότεροι. Το υποδόριο λίπος ελαττώνεται σε τέτοιο βαθμό, ώστε όλα τα ανατομικά στοιχεία να φαίνονται επίπεδα.

Μαστοί: Γίνονται άτονοι και ατροφικοί.

Ουροποιητικό: Ατροφεί ο βλεννογόνος της ουρήθρας και του κυστικού τριγώνου. Ο σφιγκτήρας της ουροδόχου κύστης χάνει τον τόνο του.

Δέρμα: Ελαττώνεται το υποδόριο λίπος.

Οστά: Παρατηρείται οστεοπόρωση και αναπτύσσονται αρθροπάθειες.

ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η γεροντική ηλικία αρχίζει από τα 60 περίπου και συμπληρώνεται στα 75 χρόνια της ζωής μιας γυναίκας, οπότε πιά το άτομο χαρακτηρίζεται με τον όρο ηλικιωμένο.

Στην ηλικία αυτή οι λειτουργικές και ανατομικές μεταβολές που άρχισαν με την εμμηνόπαυση γίνονται βαθμιαία πιο έντονες.

Στην περίοδο αυτή της ζωής της γυναίκας, τα αυξημένα ορμονικά επίπεδα της μετεμμηνόπαυσιακής ηλικίας ελαττώνονται και μετά τα 70 χρόνια της, παραμένουν σε σταθερά χαμηλά επίπεδα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και ο κόλπος στην εγκυμοσύνη χαρακτηρίζονται από μεγάλη υπεραιμία και το χρώμα τους γίνεται ιώδες. Η υπεραιμία του κόλπου και οι μεταβολές στον υποβλεννογόνιο συνδετικό ιστό επιτρέπουν την μεγάλη διάταση, που γίνεται κατά τον τοκετό.

Η αυξημένη παραγωγή γαλακτικού οξέος, λόγω της διάσπασης του γλυκογόνου από το γαλακτοβάκιλλο, οδηγεί στην ελάττωση του ΡΗ του κοιλιακού υγρού σε 4,5 ως 5 ασκώντας έτσι μια αντιμικροβιακή δράση.

Η μήτρα στο σύνολο της παρουσιάζει διάφορες μεταβολές στη διάρκεια της κύησης, για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του προοδευτικά αυξανόμενου όγκου του περιεχομένου της.

Οι πιο εμφανείς μεταβολές αφορούν το σώμα της μήτρας και ιδιαίτερα τον πυθμένα της, του οποίου οι διαστάσεις αυξάνονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε η είσοδος των σαλπίνγων και η θέση πρόσφυσης των στρογγυλών συνδέσμων να αντιστοιχούν σε χαμηλότερο σημείο, σε σύγκριση με τη θέση τους πριν από την κύηση.

Στην αρχή της κύησης, η αύξηση του όγκου του σώματος της μήτρας οφείλεται σε υπεραιμία και υπερπλασία κατά κύριο λόγο, ενώ μετά την 20η εβδομάδα αποδίδεται σε υπερτροφία των μυϊκών ινών.

Το βάρος της μήτρας αυξάνεται από 60 ως 100 γραμ. σε 1.100 γραμ. στο τέλος της κύησης.

Το σχήμα της μήτρας από το δεύτερο ως τον τέταρτο μήνα της κύησης, είναι ισφαιρικό και στη συνέχεια γίνεται ελλειπτικό ή κυλινδρικό, με το μακρό της άξονα κάθετο στο επίπεδο της εισόδου της πυέλου.

Το πάχος του μυομητρίου κατά την 18η εβδομάδα φτάνει τα 25 χιλιοστόγραμμα για να ελαττωθεί προοδευτικά στα 5 ως 10 χλστμ. στο τέλος της κύησης.

Η αιμάτωση της μήτρας κατά την κύηση αυξάνεται μέχρι 20% του κατά λεπτό όγκου αίματος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό πριν από αυτή δεν υπερβαίνει το 1 ως 2%.

Ο τράχηλος της μήτρας στην κύηση γίνεται πολύ υπεραιμικός μαλακός και προφυρόχρωμος.

Στις ωθήκες το ωχρό σωματίο, τις πρώτες εβδομάδες της κύησης μεγαλώνει, ώστε να παρουσιάζει διάμετρο 2 ως 2,5 εκ. Τη μεγαλύτερη ανατομική και λειτουργική του ανάπτυξη το ωχρό σωματίο την παρουσιάζει κατά την 6η εβδομάδα της κύησης, οπότε αρχίζει να υποστρέφεται.

Οι σάπιγγες κατά τη διάρκεια της κύησης δεν φαίνεται να παρουσιάζουν αξιόλογες μεταβολές, εκτός από μια γενίκευση υπεραιμίας και την εμφάνιση διασπάρτων εστιών φαρτικής αντίδρασης του ενδοσαπιγγίου και του ορογόνου χιτώνα τους.

Οι μαστοί στη διάρκεια της κύησης διογκώνονται λόγω της υπερτροφίας τους κατά το 1/3 του αρχικού τους όγκου και γίνονται ευαίσθητοι.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Η εναπόθεση μελαγχρωστικής στο δέρμα είναι συνηθισμένο φαινόμενο στην εγκυμοσύνη. Η άλω γύρω από τη θηλή των μαστών αυξάνεται και γίνεται πιο σκουρόχρωμα.

Η περιοχή γύρω από τον ομφαλό και ιδιαίτερα της λευκής γραμμής, χρωματίζεται έντονα, από την εναπόθεση μελανίνης.

Η γρήγορη και υπερβολική αύξηση της τάσης του δέρματος έχει σαν αποτέλεσμα την διάσπαση των ελαστικών ινών, που βρίσκονται κάτω από την επιδερμίδα, και την ανάπτυξη των χαρακτηριστικών ραβδώσεων της κύησης.

Επίσης στο μέτωπο, στη μύτη και στις παρειές γίνεται εναπόθεση μελανίνης.

ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙ-

ΣΜΟΥ

Σε όλη τη διάρκεια της κύησης το σωματικό βάρος αυξάνεται κατά 11 ως 13 κιλά. Από το βάρος αυτό τα 3.300 γραμμάρια αφορούν το βάρος του εμβρύου, το 1.150 την αύξηση του βάρους του μυομητρίου, και τα 700 γραμμάρια περίπου το βάρος του αμνιακού υγρού. Η αύξηση του βάρους των μαστών υπολογίζεται σε 400 γραμμάρια περίπου, ενώ η αύξηση του όγκου του αίματος και του εξωκυτταρίου υγρού υπολογίζεται 1.500 και 2.000 γραμμάρια αντίστοιχα. Το υπόλοιπο βάρος πιθανότατα οφείλεται στην αποθήκευση λίπους στη μητέρα.

Τα λευκώματα, και κατά κύριο λόγο η λευκωματίνη, ελατώνονται, κατά 10 γρμ/λίτρο, από το πρώτο τρίμηνο της κύη-

σης και διατηρούνται σταθερά στην υπόλοιπη διάρκειά της.

Το ινωδογόνο αυξάνεται κατά 1γρ/λίτρο και στο σύνολο του από 10 σε 20 γρμ. Οι παράγοντες της πήξης VII, VIII, IX και X αυξάνονται ενώ η προθρομβίνη και οι παράγοντες V, XI και XII ελαττώνονται.

Η ουρία του αίματος ελαττώνεται από την αρχή της κύησης κατά 25% σε σχέση με τη φυσιολογική εκτός της κύησης τιμή της.

Το φυλικό οξύ, η βιταμίνη B12 το ασκορβικό οξύ και η βιταμίνη B6 φαίνεται ότι ελαττώνονται στη διάρκεια της κύησης, ενώ το Na, K και Ca κατακρατούνται από τον οργανισμό της μητέρας και το έμβρυο.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΙΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Ο ολικός όγκος του αίματος αυξάνεται κατά 48% στις απλές και κατά 52% στις πολύδυμες κυήσεις.

Η αύξηση αυτή σε ποσοστό 75% οφείλεται σε αύξηση του πλάσματος, ενώ τα ερυθρά αιμοσφαίρια αυξάνονται κατά 30% περίπου.

Τα λευκά αιμοσφαίρια αυξάνονται βαθμιαία από το δεύτερο μήνα της κύησης και φτάνουν το μέγιστο τους την 30η εβδομάδα. Κατά κύριο λόγο αυξάνονται τα λευκά αιμοσφαίρια της κοκκώδους σειράς, ενώ τα λεμφοκύτταρα και μονοκύτταρα παραμένουν σταθερά.

Ο μεταβολισμός του σιδήρου στην κύηση. Η ολική ποσότη-

τα του σιδήρου στον οργανισμό υπολογίζεται σε 3,4 γρμ και τα 2/3 από αυτή την ποσότητα είναι ενσωματωμένα στην αιμοσφαιρίνη, ενώ το υπόλοιπο ποσό, βρίσκεται, κατά κύριο λόγο, ως απόθεμα με τη μορφή φερριτίνης ή αιμοσφαιρίνης στο ήπαρ, σπλήνα και μυελό των οστών. Η σημασία του μεταβολισμού του σιδήρου για την έγκυο γυναίκα καταφαίνεται από τη μεγάλη συχνότητα σιδηροπενίας που παρατηρείται ακόμα και σε προηγμένες κοινωνίες.

Κάθε κύηση επιβαρύνει τον οργανισμό με 800 χιλστογρ σιδήρου και οι ημερήσιες ανάγκες υπολογίζονται σε 3 χιλστογρ. Το έμβρυο παίρνει οπωσδήποτε το σίδηρο που χρειάζεται από τη μητέρα έστω κι αν αυτή έχει έλλειμα. Η πρόσληψη του γίνεται ενεργητικά από τον πλακούντα.

Το φυλικό οξύ στην κύηση. Οι αυξημένες ανάγκες της εγκύου σε φυλικό οξύ αποδίδονται στην εύκολη δίοδο του από το πλακουντιακό φραμό, στην αύξηση του όγκου του αίματος, σε ενδεχόμενο μικρό μεσοδιάστημα από προηγούμενη κύηση, στην πιθανή απώλειά του με τα ούρα, και στην απώλεια αίματος κατά τον τοκετό. Η ανεπάρκεια του φυλικού οξέος στην κύηση φαίνεται να σχετίζεται με ένα αυξημένο ποσοστό πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα και πρόωρων τοκετών.

Το φυλικό οξύ σε δόσεις 5 χιλστογρ/24ωρο αποτελεί τη βασική θεραπεία των αιμολυτικών αναιμιών στην κύηση, ενώ η σύγχρονη χορήγηση σιδηρούχων σκευασμάτων είναι απαραίτητο να εξατομικεύεται.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γαστρεντερικό σύστημα επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κύηση, ώστε να εκδηλώνει διάφορα υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Πολλές έγκυες έχουν ναυτία, δυσπεψία, δυσκοιλιότητα και υπάρχουν ενδείξεις ελαττωμένης κινητικότητας του εντέρου και ελάττωσης των εκκρίσεών του.

Το ΡΗ του σώματος πέφτει μέχρι 5,9 ή αυξάνεται άλλες φορές στο 7. Οι μεταβολές αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση εμφάνισης τερηδόνας και περιοδουτικών πωλήσεων. Πιστεύεται ότι η κύηση προδιαθέτει στο σχηματισμό χολολίθων, αν και δεν υπάρχει σαφής απόδειξη γι' αυτό.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο κατά λεπτό όγκος αίματος αρχίζει να αυξάνεται από το τέλος του πρώτου τριμήνου της κύησης και φτάνει το μέγιστό του την 20η εβδομάδα. Η συχνότητα της καρδιακής λειτουργίας αυξάνεται. Η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση δείχνουν μια μικρή πτώση. Αντίθετα η φλεβική πίεση αυξάνεται. Στα άνω άκρα, η φλεβική πίεση δεν μεταβάλλεται κατά την κύηση.

Επίσης η αύξηση των επιπέδων της αλδοστερόνης στην κύηση, οδηγεί στην κατακράτηση νατρίου, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την εγκατάσταση περιφερικού οιδήματος των εγκύων χωρίς την παρουσία καρδιακής ή νεφρικής πάθησης.

Γενικά οι επί μέρους αιμοδυναμικές επιβαρύνσεις κατά την κύηση περιλαμβάνουν: αύξηση της μάζας των ερυθρών των αι-

μοσφαιρίων, του όγκου του πλάσματος, του όγκου παλμού της αιμάτωσης της μήτρας, και του καρδιακού ρυθμού.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Στην κύηση η αναπνοή είναι διαφραγματική. Αυξάνεται η κατανάλωση O₂. Επίσης διαπιστώνεται και μια υπεραιμία στους βλεννογόνους των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Η υπεραιμία αυτή είναι πιθανότατα αποτέλεσμα της δράσης των οιστρογόνων και οδηγεί στην εγκατάσταση δυσχέρειας της ρινικής αναπνοής, όπως συμβαίνει στην αλλεργική ρινίτιδα.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Από τις κυριότερες μεταβολές του ουροποιητικού συστήματος στην κύηση είναι η διάταση και υποκινητικότητα της νεφρικής πυέλου και των ουρητήρων από τη 10η εβδομάδα.

Στη φυσιολογική κύηση, αυξάνεται η αιμάτωση του νεφρικού παρεγχύματος και η σπειραματική διήθηση.

Η απέκκριση νατρίου αυξάνεται και το περισσότερο επαναρροφάται. Αυξάνεται επίσης η απέκκριση αμινοξέων λόγω ανεπάρκειας της επαναρρόφησης από τα νεφρικά σωληνάκια. Το ίδιο ισχύει για το φυλικό οξύ και τις βιταμίνες B₁₂ και C. Όλα αυτά εξηγούν τη γρήγορη και εύκολη ανάπτυξη μικροβιουρίας στην κύηση και την επιρρέπεια των εγκύων σε ανιούσες ουρολοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ο ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ : επιτελεί τις εξής λειτουργίες:

συντηρεί την κυοφορία, τη διατροφή και την οξυγόνωση του εμβρύου, αποκομίζει τα άχρηστα προϊόντα του και καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των ορμονικών αναγκών της κύησης.

Ειδικά στην αρχή της κύησης μεγάλη σημασία έχουν και οι ορμόνες των ωοθηκών της μητέρας.

Ο ανθρώπινος πλακούντας παράγει τις εξής ορμόνες: οιστροδιόλη, προγεστερόνη, ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη, ένα πεπτίδιο και μια ορμόνη γνωστά ως ανθρώπινη χοριακή σωματοτροπίνη ή ανθρώπινο πλακουντικό γαλακτογόνο.

Ως ενδοκρινές όργανο, ο πλακούντας του ανθρώπου έχει μερικά μοναδικά χαρακτηριστικά: η ορμονοπαραγωγή του είναι (πιθανώς) ανεξάρτητη από το συνηθισμένο έλεγχο με ανατροφoδότηση, συνθέτει στον ίδιο ιστό στεροειδείς και πεπτιδικές ορμόνες με επικράτηση των πεπτιδικών ορμονών κατά το πρώτο τρίμηνο, και των στεροειδών ορμονών κατά το 2ο και 3ο τρίμηνο της κύησης.

Οι περισσότερες δοκιμασίες κύησης στηρίζονται στην βιολογική ή ανοσολογική ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίνης στα ούρα.

Η διάγνωση της κύησης μπορεί επίσης να βασιστεί στο γεγονός ότι η ταχύτητα έκκρισης της οιστραδιόλης και προγεστερόνης αυξάνει δραστηρικά στην διάρκεια της κύησης, και συνεπώς αυξάνει και η απέκκριση στα ούρα τόσο των ίδιων των

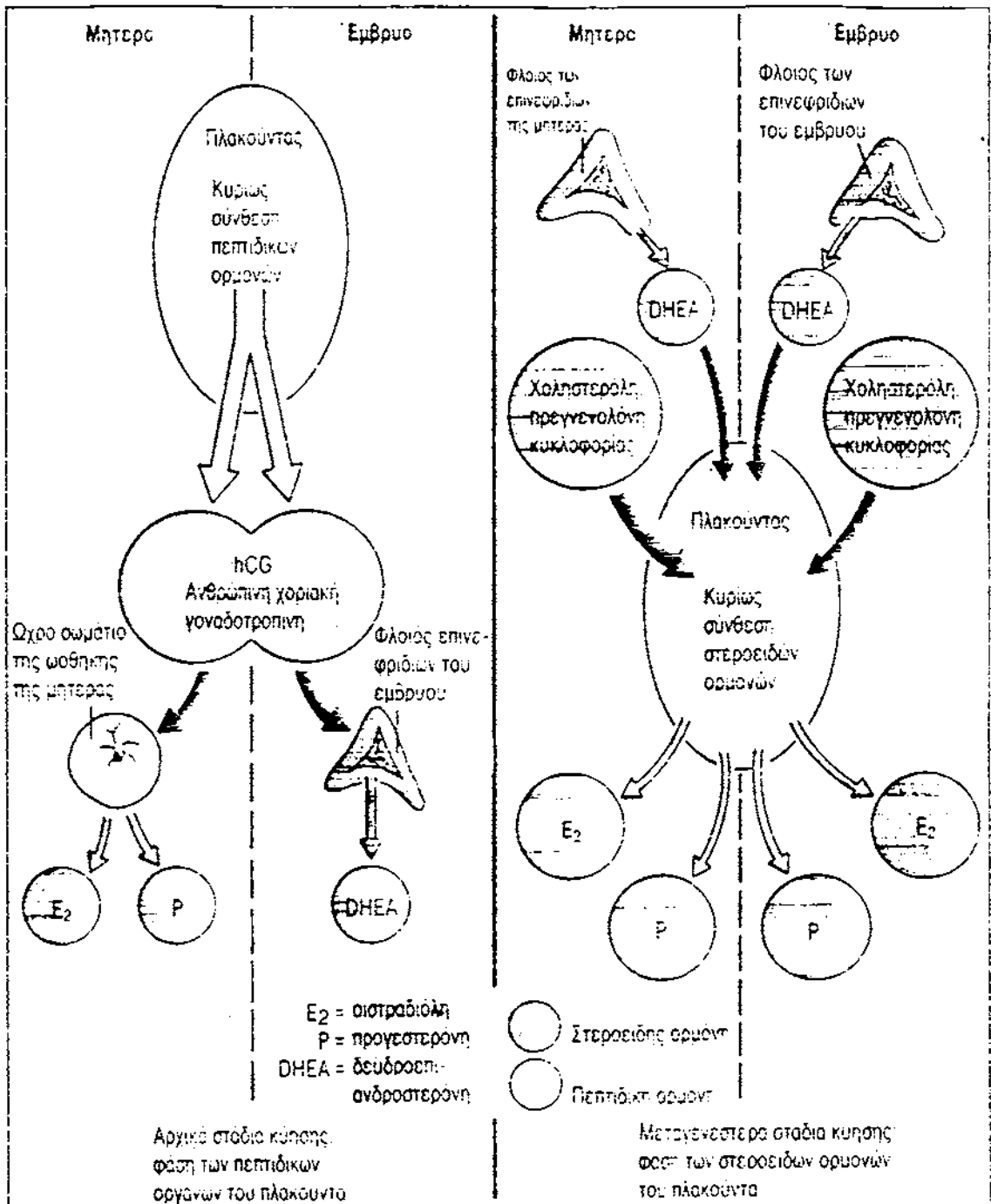
ορμονών όσο και των προϊόντων της διάσπασής τους, δηλαδή της οιστριόλης και της πρεγναυδιόλης.

Η συγκέντρωση της χοριακής γοναδοτροπίνης αυξάνει συνεχώς κατά την διάρκεια της κύησης. Μια ερμηνεία είναι ότι η ορμόνη αυτή επηρεάζει την μαστογένεση (ανάπτυξη των μαστών) και ότι ρυθμίζει τη σύνθεση στεροειδών ορμονών στα επινεφρίδια και τον πλακούντα.

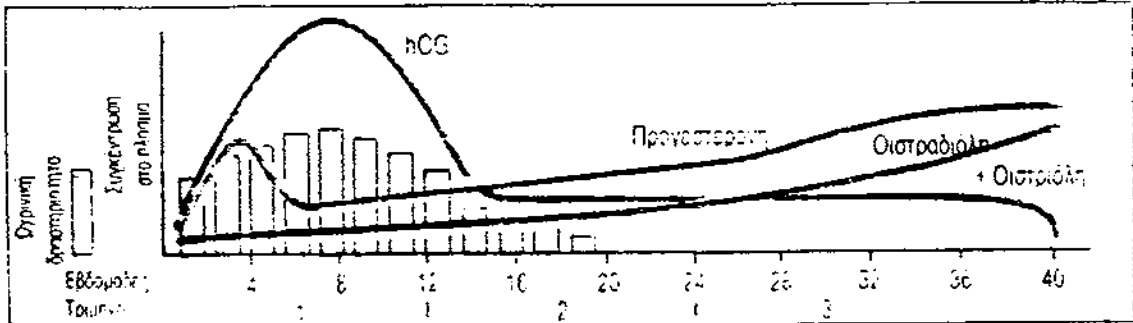
Η ορμονική ρύθμιση του τοκετού δεν έχει διαφωτισθεί ακόμα. Υποστηρίζεται ότι μέρος στην ρύθμιση του τοκετού, παίρνουν η αύξηση της απελευθέρωσης ωκυτοκίνης (τόσο στην μητέρα όσο και στο έμβρυο) και η - υποθετική - ελάττωση των υποδοχέων στη μήτρα.

Φαίνεται επίσης ότι κάποιο ρόλο παίζουν η αύξηση του σχηματισμού προσταγλανδινών στο ενδομήτριο, η απελευθέρωση τους από τα κύτταρα του ενδομητρίου και η πρόσληψή τους από το μυομήτριο.

Ορμονικός Έλεγχος



A. Ἐμβρυοπλακουντικὴ μονάδα σύνθεσι ορμονῶν



B. Επίπεδα των ορμονῶν στο πλάσμα κατὰ τὴν κύησι

ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Η προεκλαμψία και η εκλαμβία αποτελούν εκδηλώσεις μιας και της αυτής νόσου που έχει επικρατήσει να ονομάζεται τοξιναιμία κύησης. Ο όρος τοξιναιμία της κύησης δεν ανταποκρίνεται στην πάθηση και χρειάζεται αναθεώρηση. Υστερα από σειρά παρατηρήσεων από νεφρικές βιοψίες στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο χρησιμοποιείται ο ιστοπαθολογικός όρος σπειραματοενδοθηλίωση.

Αυτή η νόσος από κλινική άποψη μπορεί καλύτερα να αποδοθεί με τα σημερινά δεδομένα ως οξεία και χρόνια υπέρταση της εγκυμοσύνης, αφού πρόκειται για παθολογική κατάσταση που εκδηλώνεται με αύξηση της αρτηριακής πίεσης της εγκύου.

Για να χαρακτηρίσουμε την έγκυο υπερτασική, πρέπει η συστολική πίεση να είναι 140 και η διαστολική 90 χιλ. ΗG (140/90) ή και παραπάνω, όταν την προσδιορίσουμε περισσότερες από δύο φορές, και σε χρονικά διαστήματα, που απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον 6 ώρες.

Η σημασία δε της υπέρτασης, στη διάρκεια της κύησης είναι πολύ μεγάλη επειδή είναι μια συνηθισμένη επιπλοκή της εγκυμοσύνης.

Ανήκει στην τριάδα των επιπλοκών, που ακόμα συνεχίζουν να είναι υπεύθυνες για τους περισσότερους μητρικούς θανάτους.

Είναι μια σπουδαία αιτία για αρκετή περιγεννητική θνη-

σιμότητα του παιδιού και πολύ μεγάλη νοσηρότητα της μητέρας.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ευτυχώς οι περισσότερες γυναίκες δεν αναπτύσσουν υπερτασική νόσο κατά την διάρκεια της κύησης. Η αναλογία από μετρήσεις δίνει ποσοστό που κυμαίνεται από 5-7%. Αυτός ο δείκτης σε ένα δεδομένο πληθυσμό μεταβάλλεται επηρεαζόμενος από τις παρακάτω παραμέτρους.

Γεωγραφική θέση, αριθμό πρωτοτόκων ασθενών, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μέθοδος της αναφοράς, και άλλοι παράγοντες. Λόγω των πολλαπλών παραμέτρων, οι στατιστικές που υπάρχουν, δεν είναι συγκρίσιμες.

Οι DOLL και HANIGHTON σε μελέτη τους αναφορικά με τη διεθνή επιβίωση από προεκλαμψία-εκλαμψία βρίσκουν, ότι ο δείκτης θνησιμότητας ποικίλει από 1,2 ως 2,6 στους χίλιους τοκετούς.

Η τοξιναιμία είναι στενά συνδεδεμένη με προωρότητα, που είναι η κυριότερη αιτία απώλειας των εμβρύων. Ο δείκτης της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι ευθέως ανάλογος με τη βαρύτητα της νόσου. Τα τελευταία χρόνια η νεογνική θνησιμότητα έχει βελτιωθεί λίγο, θα έλεγε κανείς ότι κινείται μεταξύ του 10-25%.

Κάτι, που δεν είναι γνωστό, είναι ο αριθμός των παιδιών, που γεννήθηκαν από τοξιναιμικές γυναίκες ζωντανά, αλλά έχουν μια ελαττωμένη γενική αντοχή.

Τέτοιου είδους παιδιά παρουσιάζουν ορισμένες ανωμαλίες

του Κ.Ν.Σ. που είναι άμεσα συνυφασμένες με την προωρότητα, και πιθανότατα επιδεινώνονται από την προεκλαμψία.

Ερευνες έχουν δείξει, ότι υπάρχει ένας αυξημένος αριθμός από πρόωρους τοκετούς και ενδομήτριους θανάτους σε κύσεις επιπλεγμένες με βαριά υπερτασική νόσο.

Συνολικά η περιγεννητική θνησιμότητα σε υπερτασική νόσο της κύησης αυξάνεται κατά 2-3 φορές τουλάχιστον σε σχέση με γυναίκες, που έχουν φυσιολογική εγκυμοσύνη.

Η υπερτασική νόσος εμφανίζει επίσης υψηλή μητρική θνησιμότητα. Υπολογίζεται ακόμα και σε καλά οργανωμένες υγειονομικά χώρες, ότι το 10% των θανάτων κατά την κύηση και τον τοκετό οφείλεται στην παθολογική επιπλοκή της βαριάς προεκλαμψίας.

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Τα αίτια της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης είναι άγνωστα. Καμία ειδική τοξίνη, όπως νομιζόταν παλαιότερα, δεν έχει απομονωθεί. Παρ' όλο ότι έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες για την εξήγηση του συνδρόμου, καμιά απ' αυτές δεν έχει αποδειχθεί, έτσι ώστε να γίνει γενικά αποδεκτή. Παλιότερα πιστευόταν, ότι η είσοδος στη γενική κυκλοφορία προϊόντων από διάσπαση πλακουντιακών ή φθαρτογενών στοιχείων προκαλούσε μια αλυσίδα συμπτωμάτων, που είναι χαρακτηριστικά της νόσου. Σήμερα από πειραματικά δεδομένα φαίνεται περισσότερο πιθανό στις περιπτώσεις υπερτασικής νόσου, να υπάρχει κάποια λειτουργική αδυναμία της συγκυτιοτροφοβλάστης, ώστε να προσφέρει ολοκληρωμένη ανοσοπροστασία στη μητέρα, μια και το εμ-

βρυϊκό λεύκωμα είναι βιολογικά ξένο προς το μητρικό. Φαίνεται ότι η τοξιναιμία σχετίζεται με τη βιολογική δυσανεξία του μητρικού οργανισμού προς το έμβρυο.

Οι παρακάτω παρατηρήσεις συνυπάρχουν σε ασθενείς με οξεία υπέρταση μετά την 24η εβδομάδα της κύησης.

α) Η τοξιναιμία είναι κυρίως νόσος των πρωτοτόκων.

β) Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η δίδυμη κύηση, η υδατιδώδης μύλη και το υδράμνιο.

γ) Η τοξιναιμία είναι κυρίως ασθένεια ορισμένων περιοχών.

δ) Εμφανίζεται περισσότερο συχνά στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

ε) Εμφανίζεται με την κένωση της μήτρας.

στ) Νεφρικές βλάβες, που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της νόσου, όπως η σπειραματοενδοθηλίωση εξαφανίζονται μετά την κύηση.

Π Α Θ Ο Γ Ε Ν Ε Ι Α

Η αιτία της υπερτασικής νόσου κατά την κύηση είναι άγνωστη και κατ'επέκταση και η περιγραφή της νόσου δεν είναι εφικτή. Ο πλακούντας παράγει μια αυξημένη ποσότητα προγεστερόνης που προκαλεί, μια μικρή απώλεια νατρίου, δρώντας έτσι σαν ήπιο διουρητικό. Το αποτέλεσμα αυτής της απώλειας του νατρίου οδηγούν στην ελάττωση του όγκου του αίματος στα αγγεία.

Στην υπερτασική νόσο ο ομοιοστατικός μηχανισμός, παρα-

μένει σε ενέργεια, απλά υπάρχει ουσιαστική μεταβολή στο βαθμό της παραγωγής με αποτέλεσμα τη δημιουργία παθολογικών συνθηκών. Αυτές περιλαμβάνουν:

- Βλάβη στο επίπεδο των αρτηριολίων.
- Διαταραχές της μεταβολικής λειτουργίας
- Αύξηση της ευερεθιστότητας του Κ.Ν.Σ.
- Κάποια ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας
- Μεταβολή του όγκου των αγγείων
- Καταβολή δυνάμεων

Η αύξηση των στεροειδών και των δεσμευμένων ορμονών συμβάλλει σε μια κατακράτηση νατρίου και σε αύξηση του βάρους του σώματος στη φυσιολογική κύηση. Η υγιής έγκυος γυναίκα μπορεί εύκολα να αντιμετωπίσει ένα αυξημένο ποσό νατρίου.

Φαίνεται όμως ότι δε συμβαίνει το ίδιο με την προεκλαμπτική έγκυο.

Επίσης η ελάττωση της ροής του αίματος στα ζωτικά όργανα και ιδιαίτερα στη μήτρα με αποτέλεσμα να παραβλάπτεται η λειτουργία του πλακούντα και να τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του εμβρύου.

Οι παθολογοανατομικές βλάβες στην εκλαμψία είναι τόσο γενικευμένες και διάσπαρτες, ώστε είναι δυνατό να διαπιστωθούν σοβαρές αγγειακές μεταβολές τόσο στα σπλάχνα, όσο και στον εγκέφαλο, όπως και στα οργανικά συστήματα.

- Στον εγκέφαλο πολλαπλές αιμορραγίες με μορφή στικτών αιμορραγιών μπορεί να ανευρεθούν στη φαιά ουσία του φλοιού. Ρήξεις εγκεφαλικών αγγείων που συνοδεύονται από μεγαλύτερες

ή μικρότερες αιμορραγίες στην εγκεφαλική ουσία, δεν είναι ασυνήθιστα ευρήματα.

- Οι πνεύμονες περιέχουν μεγάλες ποσότητες υδαρών στοιχείων, ενώ συνήθως υπάρχει αυξημένη ποσότητα πλευριτικού υγρού. Το πνευμονικό οίδημα είναι συχνά η άμεση αιτία θανάτου.

- Οι ηπατικές βλάβες στην εκλαμψία είναι ενδιαφέρουσες αλλά δεν παρουσιάζονται πάντοτε. Στη βαριά προεκλαμψία υπάρχουν βλάβες γύρω από τις πύλες του ήπατος με τη μορφή θρομβώσεων. Αυτόματη ρήξη ήπατος έχει περιγραφεί σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις.

- Οι νεφροί μπορεί να είναι λευκόφαιοι ή βαθυερυθροί στην όψη και είναι συνήθως μεγαλύτεροι από το φυσιολογικό μέγεθος. Η φλοιώδης ουσία είναι λευκόφαιη με περιοχές με αιμορραγική διήθηση. Το οίδημα των ενδοθηλιακών κυττάρων και των τριχοειδών του σπειράματος είναι το πιο σταθερό μικροσκοπικό εύρημα.

- Επινεφρίδια. Νεκροτομικές μελέτες ασθενών που πέθαναν από εκλαμψία, έδειξαν σε ποσοστό περίπου 33% αιμορραγία στα επινεφρίδια και νέκρωση.

- Πλακούντας. Οι αλλοιώσεις στον πλακούντα, με εκλαμψία και προεκλαμψία δεν είναι σταθερό εύρημα. Όμως εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις λάχνες είναι πιο συχνές σε ασθενείς με τοξιναιμία.

- Καρδιά. Παρουσιάζονται σε ποσοστό 40-60% εστιακές νεκρώσεις στο μυοκάρδιο.

- Μήτρα. Υπορογόνιες αιμορραγίες παρατηρούνται στη μήτρα και βρίσκονται σε ποσοστό περίπου 50% των γυναικών που πεθαίνουν από εκλαμψία.

Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είναι μια άλλη αιτία για ανάπτυξη αιμορραγιών μέσα στο μυομήτριο.

- Οφθαλμικά ευρήματα. Οίδημα αμφιβληστροειδούς και σπασμοί των αρτηριολίων είναι τυπικό εύρημα της βαριάς προεκλαμψίας και εκλαμψίας. Αιμορραγίες στον αμφιβληστροειδή, όπως και αποκόλληση του μπορεί να συμβούν στις σοβαρές μορφές της νόσου.

Σ Υ Μ Π Τ Ω Μ Α Τ Α

Η τοξιναιμία εμφανίζεται συνήθως με την μορφή προεκλαμψίας και εκλαμψίας.

Τα κριτήρια για να ομολογήσουμε μια κατάσταση ως βαριά προεκλαμψία είναι τα παρακάτω:

- Αρτηριακή συστολική πίεση μεγαλύτερη από 160 MMHG και διαστολική μεγαλύτερη από 110 MMHG.
- Λεύκωμα ούρων 24ώρου περί τα 4 GR.
- Ολιγουρία.
- Εγκεφαλικές και οπτικές διαταραχές.

Τα κριτήρια για να χαρακτηρίσουμε μια κατάσταση ως μέσης βαρύτητας προεκλαμψία, είναι η εμφάνιση ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα μετά την 24η εβδομάδα της κύησης.

- Συστολική πίεση αίματος 140 MMHG ή μια αύξηση κατά 30 MMHG ή και περισσότερο από τα συνηθισμένα επίπεδα.
- Διαστολική πίεση από 90 MMHG και πάνω ή μια αύξηση κατά 15 MMHG από τα συνηθισμένα επίπεδα.
- Πρωτεϊνουρία.
- Οίδημα προσώπου ή χεριών.

Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης μετά τον 5ο μήνα της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα της διαστολικής είναι ένα σημαντικό κλινικό εύρημα της προεκλαμψίας. Αυτή θα πρέπει να αναφέρεται σε δύο τουλάχιστον μετρήσεις, με μεταξύ τους διαφορά τουλάχιστον 6 ωρών.

Η γυναίκα που έχει φυσιολογική πίεση έχει τάση η πίεσή

της να ελαττωθεί μετά την 20η εβδομάδα και όχι να αυξηθεί. Μεταβολές της συστολικής πίεσης προς τα πάνω μετά την 24η εβδομάδα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

Το οίδημα είναι πολλές φορές σημαντικό σημείο της προεκλαμψίας. Περίπου 40% των εγκύων γυναικών έχουν οιδήματα, ενώ προεκλαμψία δεν αναπτύσσεται σε περισσότερες από το 8%. Το οίδημα της προεκλαμψίας φαίνεται να γενικεύεται σύντομα και γίνεται ιδιαίτερα αισθητό στο πρόσωπο, στα χέρια και τα πόδια. Η γρήγορη και απότομη αύξηση του βάρους του σώματος συνηγορεί για εμφάνιση τοξιναιμίας.

Η πρωτεϊνουρία είναι το κύριο σύμπτωμα της τοξιναιμίας και εμφανίζεται τελευταίο. Όταν και αυτό το σύμπτωμα παρουσιαστεί η νόσος έχει οριστικά εγκατασταθεί. Η βλάβη στα νεφρά επιτρέπει τη διέλευση μεγάλων ποσών λευκώματος έτσι ώστε τα σωληνάρια δεν μπορούν να το επαναροφήσουν και τελικά ανευρίσκεται στα αποβαλλόμενα ούρα. Επίσης κύλινδροι λευκωματίνης είναι δυνατόν να βρεθούν σε μεγάλες ποσότητες.

Πονοκεφάλους, επιγαστρικό άλγος, ναυτία, έμετος, διπλωπία και άλλες οπτικές διαταραχές είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα της βαριάς προεκλαμψίας εγκεφαλική ευαισθησία και αυξημένα υπερτονικά αντανακλαστικά δείχνουν ερεθισμό των ανωτέρων κινητικών νευρώνων. Τα εγκεφαλικά συμπτώματα όπως και τα οπτικά οφείλονται σε δευτεροπαθές εγκεφαλικό οίδημα και αγγειοσπασμό. Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς μπορεί να συμβεί σε βαριά προεκλαμψία και εκλαμψία. Επίσης ενδοκρανιακή αιμορραγία και αιματουρία μπορεί σπάνια να συμβούν.

Ακόμη μπορεί να παρατηρηθεί ελάττωση του ινωδογόνου και

των αιμοπεταλίων σε περιπτώσεις βαριάς προεκλαμψίας.

Η τοξιναιμία δεν προκαλεί σοβαρές μεταβολές στους άλλους παράγοντες του αίματος, όπως ουρία, κρεατινίνη, CO₂ PH και ηλεκτρολύτες. Το ουρικό στο αίμα να παρουσιαστεί αυξημένο πίο πολύ από 95 MM/ML. Επίσης είναι δυνατόν να παρουσιαστεί αύξηση στις τρανσαμινάσες στον ορό.

Τέλος η προεκλαμψία χαρακτηρίζεται από υπέρτονία και υπερευαισθησία της μήτρας με αποτέλεσμα να έχουμε υψηλή συχνότητα πρόωρων τοκετών, αναστολή της ανάπτυξης του εμβρύου και αντίστοιχη ελάττωση στο μέγεθος του πλακούντα.

Ε Κ Λ Α Μ Ψ Ι Α

Ο Ιπποκράτης πρώτος χρησιμοποίησε τη λέξη εκλαμψία που συνήθως εννοούσε την αιφνίδια είσοδο πυρετού.

Η λέξη αυτή καθ' αυτή σημαίνει ξαφνική έναρξη ή λάμψη και δείχνει την αιφνίδια εμφάνιση της νόσου.

Όμως αυτό είναι λάθος, γιατί η εκλαμψία δεν αναπτύσσεται ξαφνικά σε μια φυσιολογική έγκυο γυναίκα.

Στην έγκυο πρέπει αρχικά να υπάρχει μια παθολογική κατακράτηση υγρών, από αυτή την κατάσταση πεφτεί σε μια μέσης βαρύτητας προεκλαμψία, μετά σε μια βαριά προεκλαμψία και τέλος στην εμφάνιση της εκλαμψίας. Συχνά συμβαίνει η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο να γίνεται σε μικρό χρονικό διάστημα και γι' αυτό να θεωρείται ξαφνική η αρχή της νόσου.

Η κλινική εκδήλωση γίνεται με απότομη εμφάνιση τονικών και κλονικών σπασμών και με απώλεια των αισθήσεων.

Την εμφάνιση του εκλαμπτικού παροξυσμού τη διακρίνου-

με σχηματικά σε τρεις φάσεις.

Την πρώτη φάση της εισβολής που διαρκεί 20'' και χαρακτηρίζεται από συσπάσεις των μυών του προσώπου, τρόμο των βλεφάρων, μυδρίαση και γρήγορη έξοδο και είσοδο της γλώσσας.

Την δεύτερη φάση των τονικών σπασμών που ακολουθεί αμέσως τη φάση της εισβολής, διαρκεί περίπου 30 δευτερόλεπτα και χαρακτηρίζεται από γενικευμένη σύσπαση των μυών, και κυάνωση λόγω της παρατεταμένης άπνοιας.

Και από την τρίτη φάση των κλονικών σπασμών που διαρκεί από 45 δευτερόλεπτα έως 1 λεπτό της ώρας και χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη εισπνοή και ελαφριά εκπνοή με έξοδο απ' το στόμα αιμορραγικού αφρώδους υγρού.

Οι βολβοί των ματιών εμφανίζουν έντονη τρομώδη κίνηση. Τα βλέφαρα ανοιγοκλείνουν και το κεφάλι φέρεται συνεχώς δεξιά και αριστερά. Η αναπνοή γίνεται άρρυθμη, ρογχώδης και η γλώσσα πέφτει προς τα έξω με κίνδυνο να τραυματισθεί.

Τέλος ακολουθεί λύση του σπασμού με βραδεία επαναφορά της συνείδησης ή κώμα με αναπνοή CHEYNE-STOKES.

Η εξέλιξη του παροξυσμού παίρνει δύο τροπές. Η ασθενής αναλαμβάνει από το κώμα ή ενώ βρίσκεται σ' αυτό εκδηλώνονται κατά διαστήματα νέοι παροξυσμοί με αποτέλεσμα οξεία κυκλοφοριακή ανεπάρκεια και θάνατο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην κλινική διάγνωση ανήκουν:

Ο προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης του αίματος

Είναι προτιμότερο η εκτίμηση της κατάστασης να γίνεται με τον προσδιορισμό του ύψους της διαστολικής πίεσης που πρέπει φυσιολογικά να είναι 75 στο δεύτερο τρίμηνο και 85 MM/HG στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

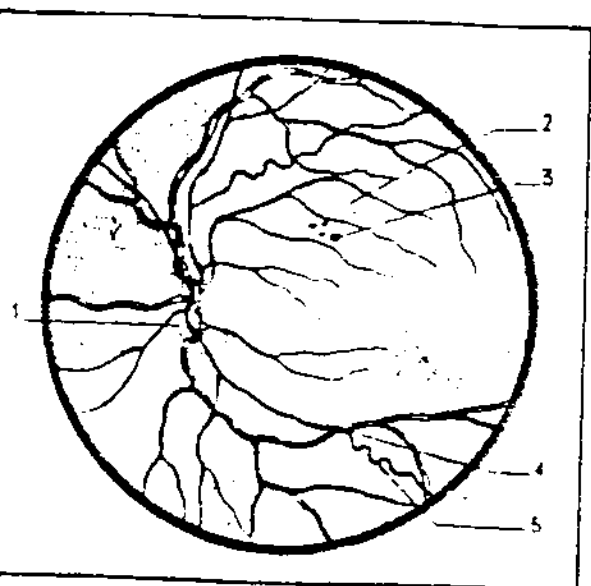
Σε μερικές εγκύους, κυρίως στις περισσότερες από τις άτοκες είναι δυνατόν να συμβεί αύξηση της διαστολικής πίεσης κατά 20 MM/HG ή και παραπάνω όταν αυτές από την πλάγια θέση τις γυρίσουμε στην ύπτια. Αυτό συμβαίνει συχνότερα ανάμεσα στην 28η ως την 32η εβδομάδα και δείχνει από αρκετές εβδομάδες πριν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

Η υπέρταση αποτελεί το σπουδαιότερο εύρημα από την τριάδα που χαρακτηρίζει την προεκλαμψία (υπέρταση-λευκωματουρία-οίδημα) γιατί έχει μεγάλη προγνωστική αξία.

Γι' αυτό ο προσδιορισμός της σε κάθε επίσκεψη της εγκύου κρίνεται απαραίτητος.

Η εκτίμηση των οιδημάτων

Σαν οίδημα της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζουμε τη γενικευμένη συγκέντρωση υγρού σε βαθμό που να σχηματίζει εκτύπωμα, όταν με το δάκτυλο μας πιέσουμε την έγκυο, ύστερα από 12ωρη κλινήρη ανάπαυση ή όταν αυξάνεται το βάρος της κατά 2 κιλά ή περισσότερο την εβδομάδα.



Αλλοιώσεις βιθού
 1. Οίδημα, 2. Ξηδρόση, 3. Αίμορραγία,
 4. Σημείο χιασμού, 5. Αγγειοσίσπαση.



Έκλυμπτικός παροξυσμός
 (Netter)



Έκτιμηση οιδημάτων
 (Netter)



Οίδημα προσώπου
 (Wilson)

Μπορεί τα οιδήματα να είναι γενικευμένα και να νετοπισθούν από την απότομη αύξηση του βάρους, όταν αυτή δεν οφείλεται στη διατροφή της εγκύου. Απότομη γενίκευση των οιδημάτων αποτελεί προάγγελο εκλαμπτικών παροξυσμών.

Άλλες φορές τα οιδήματα εντοπίζονται στην περιοχή του προσώπου, στα χέρια, στα σφυρά, στην κοιλιά και περισσότερο στην περιοχή που βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση. Στις περιπτώσεις αυτές εύκολα μπορούμε να διακρίνουμε τα οιδήματα από το εντύπωμα που αφήνει το χέρι μας, όταν πιέσουμε την εξωτερική επιφάνεια της κνήμης.

Ο προσδιορισμός των αποβαλλόμενων ούρων

Παρατηρείται ελάττωση της ποσότητας των ούρων που αποβάλλονται στο 24ωρο. Αυτή η ολιγουρία δυνατόν να φτάσει τα 400 κυβ. εκ. το 24ωρο. Κάποτε φτάνει μέχρι ανουρίας που δείχνει την σοβαρή επιδείνωση της κατάστασης.

Η λήψη θερμοκρασίας σώματος

Αυξημένη θερμοκρασία μετά την λύση εκλαμπτικού παροξυσμού αποτελεί σοβαρό προγνωστικό στοιχείο.

Οφθαλμολογικός έλεγχος

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

Ο προσδιορισμός του μεγέθους της μήτρας

Είναι δυνατόν το μέγεθος της μήτρας να παρουσιάζεται μικρότερο από την ηλικία της εγκυμοσύνης γιατί το έμβρυο δεν

αναπτύχθηκε φυσιολογικά από βλάβες της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας.

Η εκτίμηση των παροξυσμών

Πριν από την έκλυση των παροξυσμών εμφανίζεται, στις περισσότερες περιπτώσεις, απότομη αύξηση της πίεσης του αίματος λευκωματουρία και γρήγορη εξάπλωση των οιδημάτων. Επίσης υπάρχει υπερευαισθησία της πάσχουσας σε κάθε είδους ερεθισμό και αύξηση των αντανακλαστικών της.

Υστερα από τις τρεις φάσεις του εκλαμπτικού παροξυσμού ακολουθεί η λύση του, κατά την οποία έχουμε πρόσωπο οιδηματικό, πτώση της πίεσης, και αύξηση της θερμοκρασίας μέχρι 40° - 41° .

Μετά τη λύση εκλαμπτικού παροξυσμού δυνατόν να συμβεί τοκετός και οι παροξυσμοί να σταματήσουν.

Είναι όμως δυνατό, και μετά τον τοκετό οι παροξυσμοί να συνεχιστούν. Τότε η κατάσταση της λεχωνίδας έχει επιβαρυνθεί και αν η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν αποδώσει επέρχεται ο θάνατός της.

Μερικές φορές οι παροξυσμοί σταματάνε, ο τοκετός δεν εκλύεται και η άρρωστη συνέρχεται τόσο, ώστε να αφήνουμε να προχωρήσει η εγκυμοσύνη της.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γενική εξέταση ούρων.

Σ' αυτή περισσότερο μας ενδιαφέρει η ύπαρξη λευκώματος που είναι δυνατό να φτάσει τα 10-20 γρ. στο λίτρο 24ώρου από

βλάβη του νεφρικού σπειράματος. Επίσης αναζητάμε την ύπαρξη κυλίνδρων και ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Γενική εξέταση αίματος. Σ' αυτή μας ενδιαφέρει περισσότερο ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων και η τιμή της αιμοσφαιρίνης. Στις βαριές μορφές τοξιναιμίας τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι αυξημένα και η αιμοσφαιρίνη περισσότερη από αιματοσυμπύεση.

Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών. Ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών και μάλιστα Κ και Να κρίνεται απαραίτητος για να μπορέσουμε να ρυθμίσουμε τις διαταραχές τους, αν και αυτές πολλές φορές απουσιάζουν.

Προσδιορισμός αιμοπεταλίων. Τα αιμοπετάλια εμφανίζονται αυξημένα σε σοβαρές μορφές της πάθησης.

Προσδιορισμός ινωδογόνου. Το ινωδογόνο σε φυσιολογική εγκυμοσύνη είναι αυξημένο, ενώ σε σοβαρές μορφές προεκλαμψίας και στην εκλαμψία ελαττώνεται.

Ορμονικοί προσδιορισμοί. Από αυτούς περισσότερο μας ενδιαφέρουν:

- Οι τιμές της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης που αυξάνεται σε αρχόμενη εγκυμοσύνη.
- Οι τιμές της οιστριόλης που ελαττώνονται προοδευτικά από ανεπάρκεια του πλακούντα.
- Οι τιμές της προγεστερόνης που εμφανίζονται ελαττωμένες από την ίδια αιτία.
- Οι τιμές της πλακουντιανής γαλακτογόνου ορμόνης που εμφανίζονται ελαττωμένες από βλάβες της πλακουντιακής λει-

τουργίας.

Προσδιορισμός πρωτεϊνών. Οι πρωτεΐνες του αίματος εμφανίζουν προοδευτική πτώση, ιδιαίτερα η λευκωματίνη, η γ-σφαιρίνη και η τρανσφερίνη.

Προσδιορισμός της ολικής χοληστερόλης. Η χοληστερόλη αυξάνεται νωρίς στην προεκλαμψία και εκλαμψία γι' αυτό για πολλούς θεωρείται καλός δείκτης εκτίμησης της βαρύτητας της πάθησης.

Προσδιορισμός ουρίας του αίματος. Η ουρία σε περιπτώσεις σοβαρής εξέλιξης της πάθησης, αυξάνεται.

Προσδιορισμός κρεατινίνης. Η κρεατινίνη στη διάρκεια 24ώρου εμφανίζει διακυμάνσεις.

Άλλοι προσδιορισμοί Στην προεκλαμψία οι τιμές των τρανσαμινασών, της γαλακτικής δεϋδρογονάσης και της αλκαλικής φωσφατάσης αυξάνονται.

Ιστοληψία νεφρών. Η επιβεβαίωση της προεκλαμψίας και εκλαμψίας μόνο με τον ιστολογικό έλεγχο των νεφρών, είναι δυνατόν να την έχουμε γιατί μ' αυτή θα διαπιστώσουμε την χαρακτηριστική εικόνα της τριχοειδικής σπειραματικής ενδοθηλίωσης.

Πολλές φορές συμβαίνει ενώ η κλινική εικόνα συνηγορεί για προεκλαμψία, η ιστοληψία να δείχνει άλλη νεφρική πάθηση, ή άλλοτε, ενώ υπάρχει μόνο υπέρταση χωρίς οιδήματα και λευκωματουρία, η ιστοληψία να δείχνει προεκλαμψία.

Η ιστοληψία των νεφρών εκτελείται με ειδική βελόνα

(κλειστή διαδερμική ιστοληψία), ή μετά καισαρική τομή (ανοιχτή χειρουργική ιστοληψία).

Σπουδαιότερες ενδείξεις εκτέλεσης ιστοληψίας νεφρών θεωρούμε:

- Την χρόνια ή την οξεία νεφρική πάθηση, που εμφανίζεται πριν από την 34η εβδομάδα τη διάγνωση της οποίας κρίνουμε απαραίτητη για να καθορίσουμε την θεραπευτική μας αγωγή, και κυρίως για να χορηγήσουμε ή όχι κορτικοειδή ή για να διακόψουμε ή όχι την εγκυμοσύνη.

- Τη συλλογή τεκμηριωμένων στοιχείων για τον προγραμματισμό της αντιμετώπισης της πάσχουσας στο μέλλον.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ

Οι παρακάτω παθήσεις απαιτούν τις περισσότερες φορές διαφορική διάγνωση από την προεκλαμψία και την εκλαμψία.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ :

- α) την χρόνια νεφρίτιδα
- β) την χρόνια σπειραματονεφρίτιδα
- γ) την χρόνια πυελονεφρίτιδα
- δ) την ιδιοπαθή υπέρταση
- ε) την στένωση της αορτής
- στ) το φαιοχρωμοκύττωμα

ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ :

- α) την επιληψία
- β) την υστερία
- γ) την εγκεφαλική αιμορραγία

- δ) την ουραιμία
- ε) το διαβητικό κώμα
- στ) την δηλητηρίαση με φάρμακα
- ζ) την μηνιγγίτιδα

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8ο

Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ :

Αποκόλληση πλακούντα. Η αποκόλληση του πλακούντα φαίνεται να είναι περισσότερο συχνή στις ασθενείς με υπέρταση κατά την κύηση και είναι κοινό φαινόμενο στην προεκλαμψία.

Ινωδογονοπενία. Φαίνεται, πως η κλινικά εμφανής ινωδογονοπενία με ινωδογόνο μικρότερο των 100 MG είναι σπάνια και αφορά μόνο βαριά μορφή προεκλαμψίας.

Αιμόλυση. Ορισμένες φορές ασθενείς με βαριά προεκλαμψία είναι δυνατόν να εμφανίσουν αιμόλυση που δεν είναι γνωστό αν οφείλεται σε ηπατική βλάβη, σε καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή σε άλλες αιτίες. Η παραφυλαία βλάβη του ήπατος σε βαριά προεκλαμψία είναι δυνατόν να εξηγήσει μια τέτοια κατάσταση.

Εγκεφαλική αιμορραγία. Αυτή είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στην τοξιναιμία της κύησης. Είναι η πιο επικύνδυνη επιπλοκή στην οξεία υπέρταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ηπατική νέκρωση. Η περιφυλαία νέκρωση του ήπατος σχετίζεται με το γενικευμένο αγγειακό σπασμό. Αυτό θεωρήθηκε αρχικά ότι αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της εκλαμψίας, παρατηρήθηκε όμως αργότερα και σε άλλες παθήσεις.

Νεφρικές βλάβες. Η χαρακτηριστική βλάβη των νεφρών αναφέρεται ως σπειραματοενδοθηλίωση. Οι σχετικές μελέτες δείχνουν, ότι η βλάβη συνίσταται σε μια εξοίδηση του ενδοθηλια-

κού κυτταροπλάσματος που είναι ιτελείως αναστρέψιμη.

Ο προηγούμενος όρος αποδίδεται τελικά σε νεφρική βλάβη που οφείλεται σε υπερτασική νόσο της εγκυμοσύνης.

Επιπλοκές που αφορούν το έμβρυο. Η ελάττωση της αιμάτωσης του πλακούντα, ελαττώνει κατ' επέκταση και την ικανότητα της οξυγόνωσης, με αποτέλεσμα την δημιουργία δυσμενών συνθηκών για το έμβρυο.

Ο πλακούντας εμφανίζει ένα αυξημένο αριθμό από έμφρακτα, που φαίνεται πως ελαττώνουν την λειτουργικότητά του.

Αποτέλεσμα της μειωμένης λειτουργίας, είναι η κακή διατροφή του κυήματος, και η συχνή πρόκληση ενδομητρίου θανάτου του εμβρύου ή στην καλύτερη περίπτωση, ο πρόωρος τοκετός, ή το νεογέννητο με το υπολειπόμενο βάρος.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των μορφών της τοξιναιμίας της κύησης συνίσταται στην πρόληψη της πάθησης, στην ανάπαυση, στη δίαιτα, στην χορήγηση φαρμάκων και στην πρόκληση τοκετού ή εκτέλεση καισαρικής τομής. Όλες βέβαια οι θεραπείες της προεκλαμψίας-εκλαμψίας είναι περισσότερο εμπειρικές εφόσον η ακριβής αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη.

Πρέπει να τονιστεί, ότι δεν υπάρχει μέθοδος ρουτίνας στη θεραπεία αυτής της νόσου. Η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται.

Α. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται:

α) Στην θεραπεία στο σπίτι, αφορά δε μόνο τις άτοκες πρωτότοκες γυναίκες που η συστολική πίεση δεν ξεπερνά τα 140 MM/HG και η διαστολική το 85 MM/HG που δεν έχουν λευκωματουρία και το έμβρυο δεν παρουσιάζει καθυστέρηση στην ανάπτυξη του.

Βάση για την θεραπεία αυτή είναι η ανάπαυση στο κρεβάτι. Οι γυναίκες αυτές πρέπει να εξετάζονται δύο φορές την εβδομάδα, και να γνωρίζουν πολύ καλά τα επικίνδυνα συμπτώματα. Με τη θεραπεία αυτή σε μικρές αυξήσεις της αρτηριακής πίεσης έχουμε πολύ καλά αποτελέσματα.

β) Στην περίπτωση προεκλαμψίας επιβάλλεται η εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική γιατί η ανάπαυση και μόνο θα βοηθήσει την κατάστασή της. Μετά την εισαγωγή της προεκλαμπτικής

άρρωστης στην κλινική της χορηγούμε, μόνο αν είναι απαραίτητο ένα κατευναστικό, όπως φαινοβαρβιτάλη και την συμβουλεύουμε να προτιμάει, όπως αναφέραμε, να βρίσκεται ξαπλωμένη πότε στο ένα πλευρό πότε στο άλλο, αποφεύγοντας την ύπτια θέση για την καλύτερη λειτουργία του πλακούντα, που γίνεται ευαίσθητη στην κατάσταση της.

Η συνέχιση της νοσηλείας στην κλινική θα εξαρτηθεί από τη βαρύτητα της πάθησης και την πορεία της.

Αν η κατάσταση της προεκλαμπτικής άρρωστης καλύτερευσει η ασθενής βγαίνει από το νοσοκομείο και επιβάλλεται η παρακολούθηση της στο ιατρείο δύο φορές την εβδομάδα.

B. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κανένας παράγοντας δεν μας επιβάλλει να αλλάξουμε την διατροφή της χρόνιας υπερτασικής και της προεκλαμπτικής εγκύου.

Μπορεί να τρώει ότι και πριν από την εγκυμοσύνη. Η εξασφάλιση ικανοποιητικού αριθμού θερμίδων και ψηλής ποιότητας λευκωμάτων είναι απαραίτητη στην κατάσταση της, επειδή υπάρχει ελάττωση του όγκου του πλάσματος από σύσπαση των αγγείων.

Αν με την έλλειψη του νατρίου αυξήσουμε τη σύσπαση, δυνατό να χειροτερέψουμε την κατάσταση της εγκύου.

Μόνο όταν η προεκλαμψία συνοδεύεται από καρδιακή ανεπάρκεια, θα συστήσουμε ανάλατη για να μην επιβαρύνουμε την κατάσταση καθώς και σε περιπτώσεις γενικευμένων οιδημάτων, ή άλλης νεφρικής πάθησης.

Σε περίπτωση εκλαμπτικού παροξυσμού η διατροφή της άρρωστης γίνεται παρεντερικά.

Ακόμα αν δεν υπάρχει εκτεταμένη απώλεια υγρών, η χορήγηση υγρών πρέπει να είναι περιορισμένη.

Γ. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Δύσκολη η φαρμακευτική αντιμετώπιση των μορφών της τοξιναιμίας της κύησης.

α) Θειϊκό μαγνήσιο χορηγούμε θειϊκό μαγνήσιο με ικανοποιητικά αποτελέσματα, γιατί ρίχνει την πίεση του αίματος, βοηθάει την οξυγόνωση του εγκεφάλου, και αποκαθιστά τα αυξημένα αντανεκλαστικά. Τα θεραπευτικά σχήματα που προτιμάμε στην προεκλαμψία και εκλαμψία είναι:

Στην προεκλαμψία χορηγούμε ενδοφλέβια θειϊκό μαγνήσιο σε δόση 1 κυβ. εκ. διαλύματος 10% κάθε μία ώρα.

Στην εκλαμψία χορηγούμε ενδοφλέβια 4 γρ. θειϊκού μαγνησίου στην αρχή. Υστερα από την ενδοφλέβια χορήγηση, χορηγούμε ενδομυϊκά 20 κ. εκ. διαλύματος 50% που το μοιράζουμε και στους δύο γλουτούς.

Αν ξεπεράσουμε τη δόση του θειϊκού μαγνησίου και εμφανιστεί αναπνευστική δυσχέρεια, τότε χορηγούμε ενδοφλέβια σαν αντίδοτο και σε διάρκεια 3 λεπτών της ώρας, ποσότητα 10 κ. εκ. διαλύματος 10% γλυκονικού ασβεστίου.

β) Αντιυπερτασικά φάρμακα. Η χορήγηση τους στην έγκυο είναι προβληματική. Θα σκεφτούμε τη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων στην κύηση, είτε στις περιπτώσεις που η έγκυος τα έπαιρνε πριν την εγκυμοσύνη, για να θεραπεύσει χρόνια υ-

πέρτασή της, είτε για να προλάβουμε εκδήλωση προεκλαμπτικών συμπτωμάτων, είτε για να θεραπεύσουμε προεκλαμψία και επείγουσες υπερτασικές καταστάσεις.

Η χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων στην τοξιναιμία της κύησης δεν θα πρέπει να θεωρηθεί αντιμετώπιση εκλογής.

γ) Διουρητικά φάρμακα. Μόνο σε εκδηλωμένη προεκλαμψία με οιδήματα τα διουρητικά μπορούν να κινητοποιήσουν την κατακράτηση υγρών.

Σε περίπτωση εκλαμψίας με απειλούμενη ή με εγκαταστημένη οξεία νεφρική ανεπάρκεια, μπορούμε να χορηγήσουμε μανιτόλη.

Σε περιπτώσεις ανουρίας δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν. Προτιμάμε τη φουροσεμίδη, την συνδυάζουμε με διαζοξίνη.

δ) B-αναστολείς. Πάντως η πείρα της χορήγησης της προπανολόλης στην τοξιναιμία της κύησης είναι περιορισμένη.

ε) A και B - αναστολείς. Πρόκειται για την λαβεταλόλη που υπόσχεται πολλά στην θεραπεία της τοξιναιμίας της κύησης. Στους α-αναστολείς ανήκει και η κλονιδίνη (CATAPRESSAN).

στ) Συμπαθητικολυτικά φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά εμποδίζουν την απελευθέρωση της νοραδρεναλίνης και της σεροτινίνης.

1) γουανεθιδίνη, 2) χλωρομεθιαζόλη, 3) η μεθυλντόπα.

ζ) Αγγειοδιασταλτικά φάρμακα δηλαδή φάρμακα που με την δράση τους προκαλούν αγγειοδιαστολή για να ελαττώσουν τις αντιστάσεις. Πολύτιμα φάρμακα που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία είναι: 1) η υδραλαζίνη (NEPREZOL), 2) η διαζοξίνη

(HYPERSTART).

η) Η διαπεζάμη (VALIUM) χρησιμοποιείται σαν σπασμολυτικό μεταβολίζεται όμως με αργό ρυθμό και προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στο νεογνό.

θ) Τα βαρβιτουρικά που στην εποχή μας δεν ανήκουν στην αντιμετώπιση της πάθησης, όταν υπάρχουν τα άλλα φάρμακα.

ι) Αντιπηκτικά φάρμακα. Η χορήγηση ηπαρίνης στη θεραπεία της προεκλαμψίας και εκλαμψίας για την αντιμετώπιση της ενδοαγγειακής πήξης, δεν υποστηρίζεται απ' όλους τους θεραπευτές.

Δ. ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

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

Τοκετό θα προκαλέσουμε:

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

Αν δεν διακόψουμε την εγκυμοσύνη με πρόκληση τοκετού, εκτός από την επιβάρυνση, της εγκύου, θα συμβεί και ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου, που θα τον ακολουθήσουν η βαθ-

μιαία πτώση της πίεσης, η εξαφάνιση των οιδημάτων και η υποχώρηση της λευκωματουρίας.

Ετσι η αναμονή σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι επικίνδυνη για το έμβρυο. Και τα πρόωρα νεογνά έχουν πιθανότητες να επιζήσουν αν ο τοκετός λάβει χώρα σε καλά οργανωμένη κλινική.

β) Όταν, ενώ η κατάσταση της εγκύου ελέγχεται, η κατάσταση του εμβρύου επιβαρύνεται. Αυτή θα εκτιμηθεί με τις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους δηλαδή αμνιοπαρακέντηση, προσδιορισμός της οιστριόλης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, της αλκαλικής φωσφατάσης, με την δοκιμασία ωκυτοκίνης.

Τον τοκετό θα πετύχουμε με τη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων και την εφαρμογή ωδινοποιητικού ορού με ωκυτοκίνη.

Η μήτρα της προ και εκλαμπτικής εγκύου είναι περισσότερο ευαίσθητη στην επίδραση της ωκυτονίνης.

Μπορούμε να χορηγήσουμε 50-70 MG (DOLANTIN) και 25 MG (PHENERGAN) ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά.

Την μεπεριδίνη δεν πρέπει να την χορηγήσουμε αν ο τοκετός εξελιχθεί μέσα σε 2-3 ώρες.

Όταν το έμβρυο είναι πρόωρο, είναι ισοκόπιμο να αποφεύγεται η χορήγησή της.

ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Θα προτιμήσουμε την εκτέλεση καισαρικής τομής:

α) Όταν ο τοκετός που ξεκίνησε μόνος του, ή που εμείς προκαλέσαμε, καθυστερεί και το έμβρυο δυσφορεί.

β) Όταν κατά την διάρκεια της κύησης διαπιστωθεί εμ-

βρυϊκή δυσφορία και το έμβρυο είναι βιώσιμο.

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

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

Υποστηρίχθηκε ότι σε τέτοιες περιπτώσεις, δεν χρειάζεται βιασύνη στην εκτέλεση της επέμβασης, αλλά να περιμένουμε να βελτιωθεί η διούρηση και να υποχωρήσουν οι παροξυσμοί και η αιματοσυμπύκνωση.

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

Όσο για τη μορφή αναισθησίας, πού θα διαλέξουμε για τον τοκετό ή την καισαρική τομή στην προ- και εκλαμπτική άρρωστη, πρέπει να αποφύγουμε την ενδοραχιαία ή επισκληρίδια, γιατί ρίχνουν περισσότερη την αρτηριακή πίεση.

Προτιμάμε τη χορήγηση θειοπεντάλης και πρωτοξειδίου του αζώτου μαζί με οξυγόνο. Πριν από την αναισθησία χορηγούμε 30 κ. εκ. γάλα μαγνησίου από το στόμα.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται :

Από την ηλικία της εγκυμοσύνης, το εάν θα παρουσιάσει βελτίωση μετά από την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο, το πότε και πως θα διενεργηθεί ο τοκετός και το αν θα παρουσιαστεί εκλαμψία.

Η μητρική θνησιμότητα σήμερα ποικίλει από 0-13%. Κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η μητρική θνησιμότητα έχει κατέβει σε πολύ χαμηλά επίπεδα γιατί γίνεται όλο και πιο έγκαιρα η διάγνωση και η αντιμετώπιση της υπερτασικής νόσου της κύησης.

Η πρόγνωση στην επίτοκο είναι ίδια όπως και στην έγκυο με τη διαφορά, πως σ' αυτή προστίθεται και ο κίνδυνος της αιμορραγίας λόγω διαταραχών της πήξης του αίματος.

Η πρόγνωση της λεχωνίδας επιβαρύνεται όταν συνεχιστούν οι εκλαμπτικοί παροξυσμοί. Απώτερες και μετά την περίοδο της λοχείας συνέπειες ίσως σχετίζονται με καρδιονεφρικές ανωμαλίες.

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

Η θνησιμότητα του εμβρύου στην προεκλαμψία και στην εκλαμψία ανέρχεται σε 25% και προέρχεται από ανοξυγοναιμία και οξείωση, από εγκεφαλική αιμορραγία, από πρόωρη αποκόλλη-

ση του πλακούντα από τοξική επίδραση της πάθησης και από προωρότητα.

Η περιγεννητική θνησιμότητα ανέρχεται σε 3% στην ελαρής μορφής προεκλαμψία, σε 10% στην πιό βαριά μορφή, σε 25%-30% στην εκλαμψία πριν από τον τοκετό και σε 5% στην εκλαμψία κατά τον τοκετό.

Η περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα έχουν σχέση περισσότερο με την διάρκεια και τη βαρύτητα της υπερτασικής νόσου, παρά με την αιτία που την προκάλεσε.

Ακόμα και σήμερα όμως θεωρείται επιτυχία να γεννηθεί ένα γερό παιδί σε ασθενή με βαριά υπέρταση στην κύηση.

Η χρήση σύγχρονων φαρμάκων και η πολλαπλή ιατρική βοήθεια φαίνεται πάντως ότι έχει επιφέρει αξιόλογα αποτελέσματα σχετικά με την πρόγνωση της νόσου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 11ο

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της τοξιναιμίας της εγκυμοσύνης, στηρίζεται στην επιμελημένη και τακτική κλινική παρακολούθηση της εγκύου και στην καλή εργαστηριακή διερεύνηση της.

Το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στην έγκαιρη ανακάλυψη της υπέρτασης.

Για να επιτύχουμε την πρόληψη της πάθησης πρέπει να εξαλείψουμε διάφορους εκλυτικούς παράγοντες, που αφορούν το κοινωνικό σύνολο, όπως την κακή διατροφή, την χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών, την ελλειπή μόρφωση και την ανεξέλεγκτη αναπαραγωγή.

Προς το παρόν όλα αυτά δεν είναι ιεφικτά και οι ιατρικές φροντίδες πρέπει να κατευθύνονται προς την επιλογή εκείνων των ατόμων που παρουσιάζουν περισσότερο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο.

Προκύπτει από στατιστικά δεδομένα, ότι η εκλαμψία είναι νόσος των νεαρών προτοτόκων. Όταν υπάρχει έγκαιρη αναγνώριση της συμπτωματολογίας κατά την κύηση και η ασθενής παρακολουθείται σε συχνά χρονικά διαστήματα είναι δυνατόν με ειδική διαιτητική φροντίδα να έχουμε ουσιαστική πρόληψη.

Αυτό γίνεται φανερό από στατιστικά δεδομένα σε ασθενείς της Αυστραλίας όπου ο δείκτης της εκλαμψίας σε κατάλληλα διατώμενα ασθενείς έπεσε σημαντικά.

Επίσης επιβεβαιώνεται από το γεγονός, ότι η εφαρμογή της ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης από τότε, που άρχιζαν

να φαίνονται και να αναγνωρίζονται τα πρώτα σημεία της προεκλαμψίας, έδωσε πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η έγκαιρη αναγνώριση αυτών των συμπτωμάτων με την επιθετική ενδονοσοκομειακή θεραπεία και την τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη ομάδα, αποτελεί το σημαντικότερο ίσως βοήθημα στην περιγεννητική φροντίδα.

Μ Ε Ρ Ο Σ Β'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ

ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Όπως σε κάθε ασθένεια, έτσι και στην τοξιναιμία απαιτείται ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα που με βάση το σεβασμό της προσωπικότητας του αρρώστου θα οδηγήσει στην αποκατάστασή του.

Δεν ξεχνούμε πως η νοσηλεύτρια στην περίπτωση της τοξιναιμίας η νοσηλεύτρια-της νοσηλεύει δύο άτομα την έγκυο και το έμβρυο.

Η ζωή της εγκύου εξαρτάται από τη σωστή νοσηλευτική φροντίδα. Είναι ανάγκη να υπάρχει συνέχεια δίπλα στην έγκυο μια νοσηλεύτρια-της για να παρακολουθεί κάθε εξέλιξη προς το καλύτερο ή χειρότερο.

Η νοσηλεύτρια-της που θα ασκεί το έργο της είτε σε νοσοκομείο, είτε σε Μαιευτήριο πρέπει να γνωρίζει καλά τα συμπτώματα της πάθησης για να ξέρει να παρέμβει κατάλληλα την σωστή στιγμή, και να μπορεί να αντιμετωπίσει το περιστατικό τοξιναιμίας και να προσφέρει την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα στην γυναίκα.

Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας της γυναίκας με τοξιναιμία επικεντρώνεται στην συνεχή παρακολούθησή της.

Βασικός στόχος επίσης του νοσηλευτή-τριας πρέπει να είναι η εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος.

Ερχόμενοι σε άμεση επαφή με την ασθενή μπορεί να του εμπνεύσουν αισιοδοξία για την πλήρη αποκατάσταση - όσο είναι δυνατόν - της ασθένειάς της.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ - ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ - ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα προσφερόμενη σε ασθενείς με τοξιναιμία λόγω της πολυπλοκότητας της πάθησης απαιτεί ειδικά εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια-τη και γενικά ώριμη επαγγελματικά και δεοντολογικά.

Γενικά η νοσηλευτική φροντίδα γυναικών με παθήσεις της κύησης είναι έργο μεγάλης ευθύνης.

Βασικός σκοπός της είναι η συνεχής παρακολούθηση της ασθενούς, επίσης η σωστή παροχή φαρμακευτικής αγωγής, και με σχολαστική ακρίβεια.

Ακόμη ο νοσηλευτής-τρια είναι δυνατό να χρειαστεί να αντιμετωπίσει διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις, γι' αυτό θα πρέπει να γνωρίζει τον κατάλληλο τρόπο διδασκαλίας και επικοινωνίας με την έγκυο, για να κατορθώσει να την βοηθήσει θετικά.

Πρωταρχικό εφόδιο της νοσηλεύτριας-τη, θεωρείται η γνώση της τέχνης της επικοινωνίας, γιατί η επικοινωνία είναι η αρχή και το τέλος, ο πυρήνας και η ουσία της νοσηλείας.

Η ασθενής πρέπει να πεισθεί ότι είναι ικανά να προσπαθήσει και η ίδια για την επιτυχία της αποκατάστασης της υγείας της.

Απαραίτητα στοιχεία για την επιτυχία της αποστολής της νοσηλεύτριας-τη είναι ο σεβασμός στην προσωπικότητα της ασθενή, η κατανόηση, η υπομονή, και προ πάντων η ειλικρινής αγάπη.

Ετσι μπορεί να επισημάνει τον χαρακτήρα της, τις αντι-

δράσεις της, τα συναισθηματικά της προβλήματα, τις κινήσεις, τους φόβους. Επίσης την κατάσταση που βρίσκεται από την παθολογική άποψη του προβλήματος της τοξιναιμίας.

Η ψυχοσωματική οντότητα του ατόμου έχει ανάγκη να στηριχτεί και να αναδειχθεί. Ο αντίκτυπος από τη νόσο περιμένει την έγκαιρη και αποτελεσματική νοσηλευτική πράξη.

Εκτίμηση της κατάστασης ασθενούς με τοξιναιμία

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς με τοξιναιμία εξαρτάται από την εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς. Η εκτίμηση αυτή θα στηρίζεται στις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει από διάφορες πηγές και στην ικανότητα σύνθεσης και αξιοποίησης των πληροφοριών αυτών σε συνάρτηση με τα κλινικά συμπτώματα της εγκύου.

Τέτοιες πηγές πληροφοριών είναι η ίδια η ασθενής, τα μέλη της οικογένειάς της, και ο Ιατρικός της φάκελος.

Άλλες πηγές πληροφοριών είναι:

α) Το ατομικό ιστορικό της ασθενούς

- Ηλικία - Βάρος - ύψος
- Εθνικότητα - θρήσκευμα
- Επάγγελμα
- Γραμματικές γνώσεις, μορφωτικό επίπεδο
- Κοινωνικοοικονομική κατάσταση (πηγές εσόδων, κάλυψη από ασφαλιστικούς φορείς κ.α.)
- Τρόποι ζωής (επαγγελματικές δραστηριότητες, διαιτητικές συνήθειες, ενδιαφέροντα και προσωπικές προτιμήσεις, συνήθειες ύπνου, ανάπαυσης, ψυχαγωγίας κ.α.).

- Παιδικές αρρώστιες, που τυχόν έχει περάσει
- Άλλες αρρώστιες όπως σακχαρώδης διαβήτης
- Προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο, αίτια εισαγωγής, διάρκεια νοσηλείας, τυχόν χειρουργικές επεμβάσεις κ.α.
- Εάν είναι αλλεργικό άτομο και σε τι

β) Οικογενειακό ιστορικό της ασθενούς είναι:

- Δομή της οικογένειας
- Συνθήκες διαβίωσης
- Πληροφορίες για τυχόν εμφάνιση της πάθησης σε άλλα μέλη της οικογένειας

γ) Η παρούσα κατάσταση της υγείας της εγκύου

Η εκτίμηση αυτή θα γίνει με βάση τα ειδικά κλινικά συμπτώματα της τοξιναιμίας, τα αποτελέσματα της φυσικής εξέτασης (υπέρταση, οιδήματα), και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Ο ασθενής υποβάλλεται σ' ένα ολοκληρωμένο εργαστηριακό έλεγχο.

1) Γενική ούρων

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να γνωρίζει ότι η διαγνωστική συμβολή της εξέτασης των ούρων είναι μεγάλη για την τοξιναιμία της κήσης. Πρέπει να συλλέγει και να αποστέλει για εξέταση μόνο τα πρωινά ούρα. Πρέπει να συστήσει στην ασθενή να γίνεται καθαρισμός των γεννητικών οργάνων πριν την ούρηση με άφθονο σαπούνι και νερό. Το αποστελλόμενο δείγμα ούρων δεν πρέπει να είναι λιγότερο από 100 κ.εκ.

2) Γενική αίματος

Ο νοσηλευτής-τρια είναι ανάγκη να καθυσυχάσει και να εξηγήσει στην ασθενή το λόγο λήψης αίματος. Η εξέταση γίνεται περισσότερο για την μέτρηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και της αιμοσφαιρίνης, και τον

3) Προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών

και μάλιστα του Κ και του νατρίου, επίσης για τον προσδιορισμό των αιμοπεταλίων.

4) Άλλες εξετάσεις αίματος

Πάλι πρέπει να εξηγηθούν οι λόγοι της λήψης του αίματος στην ασθενή.

Γίνονται εξετάσεις για τον προσδιορισμό του ινωδογόνου, προσδιορισμοί ορμονών και περισσότερο μας ενδιαφέρει η τιμή της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, η τιμής της οιστριό-

λης, η τιμή της προγεστερόνης, και η τιμή της πλακουντιακής γαλακτογόνου ορμόνης.

Προσδιορισμός επίσης των πρωτεϊνών της χοληστερόλης, της ουρίας και της κρεατινίνης.

Ο παρακλινικός έλεγχος στην τοξιναιμία περιλαμβάνει και βιοψία νεφρών.

1) Βιοψία νεφρών :

Αυτή συνίσταται στη λήψη ενός πολύ μικρού τμήματος νεφρού για ιστολογική εξέταση. Η βιοψία υποβοηθάει σημαντικά στην διάγνωση της πάθησης, στην χαρακτηριστική εικόνα της τριχοειδικής σπειραματικής ενδοθηλίωσης.

Η νοσηλεύτρια-της πρέπει να γνωρίζει ότι η βιοψία γίνεται με ειδική βελόνα η οποία εισάγεται είτε κατευθείαν διά του δέρματος και προωθείται μέχρι το νεφρό (κλειστή τεχνική) είτε διά χειρουργικής αποκαλύψεως του νεφρού και στη συνέχεια παρακεντήσεώς του (ανοικτή τεχνική).

Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί επαρκώς για το τι περιμένουμε απ' αυτήν, και τι πρέπει να περιμένει από μας. Η βιοψία συχνά συνοδεύεται από επιπλοκές, γι' αυτό η άρρωστη πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν εμφάνισή τους.

Μετά από την εξέταση (κλειστή τεχνική) χρειάζεται κατάκλιση του αρρώστου για ένα 24ωρο και παρακολούθηση των ούρων για πιθανή μακροσκοπική αιματουρία, και της γενικής κατάστασής της για συμπτώματα περινεφρικού αιματώματος.

Μερικοί απ'τους κινδύνους αυτούς αποφεύγονται με την ανοικτή βιοψία του νεφρού.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

Α. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Απαραίτητη για την νοσηλεία της εγκύου με τοξιναιμία είναι:

- Ησυχία, η απομόνωση της άρρωστης μακριά από κάθε ερέθισμα οπτικό ή ακουστικό.

- Οι επιφάνειες των επίπλων καλύπτονται με ύφασμα ώστε ότι ακουμπά πάνω να μην κάνει θόρυβο. Η νοσηλεύτρια -νοσηλεύτης, εργάζεται αθόρυβα.

- Ο φωτισμός στο δωμάτιο δεν πρέπει να είναι μεγάλος, ούτε να αυξοειώνεται απότομα, προτιμούμε έναν μικρό ηλεκτρικό λαμπτήρα, ώστε η νοσηλεύτρια-της να βλέπει να κάνει τις παρατηρήσεις της, όπως για παράδειγμα να γίνεται σωστός έλεγχος της κυάνωσης που μπορεί να εμφανιστεί.

- Το δωμάτιο πρέπει να είναι εξοπλισμένο ειδικά για την νοσηλεία της τοξιναιμίας.

- Η καλύτερη θέση στο κρεβάτι είναι η ημιπρυνής, η πλαγία (δεξιά και αριστερά) γιατί έτσι διευκολύνεται η λειτουργία των νεφρών, και εξασφαλίζεται η καλύτερη λειτουργία του πλακούντα, και η αποφυγή συγκέντρωσης οιδηματικού υγρού στους πνεύμονες.

- Κοσμήματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες, και άλλα ξένα αντικείμενα αφαιρούνται. Η παρουσία έμπειρου προσωπικού για όλο το 24ωρο είναι απαραίτητη.

- Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται και στην δίαιτα της ασθενούς που θα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα, σίδηρο, βιταμίνες και ασβέστιο και φτωχή σε αλάτι.

- Η σπουδαιότερη θεραπευτική αγωγή είναι η ηρεμία και η ξεκούραση της εγκύου, η οποία επιτυγχάνεται με την αποφυγή επισκεψεων, συγκινήσεων και γενικά ψυχοσωματικής κόπωσης.

- Μετά μια βδομάδα απόλυτης ξεκούρασης και ηρεμίας και αφού η κατάστασή της βελτιωθεί η έγκυος μπορεί να σηκώνεται κατά διαστήματα για τις απαραίτητες ανάγκες (τουαλέτα-λουτρό).

- Κατά την είσοδο της εγκύου αλλά και καθημερινά κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο στέλνονται ούρα στο εργαστήριο για τον προσδιορισμό του λευκώματος, έλεγχο παρουσία ΗΒ, κυλίνδρων, πυοσφαιρίων και σε μερικές περιπτώσεις ουρίας και κρεατινίνης σ' αυτά.

- Η λήψη της αρτηριακής πίεσης, πρέπει να γίνεται κάθε 4 ώρες, σ' όλη την διάρκεια της ημέρας. Τυχόν αύξηση της αναφέρεται αμέσως στο γιατρό.

- Κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο θα πρέπει να ελέγχεται το βάρος της, κάθε δύο μέρες, γιατί γρήγορη αύξηση του σημαίνει επιδείνωση της κατάστασης της εγκύου.

- Η έγκυος εξετάζεται για οίδημα καθημερινά.

- Ελέγχεται επίσης για την ύπαρξη κεφαλαλγίας, οπτικών διαταραχών, και επιγαστρικού άλγους.

- Η θερμοκρασία οι σφύξεις, και αναπνοές εξετάζονται 3 φορές την ημέρα.

- Μετρούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά και καταγράφονται.

- Επί χορηγήσεως ορού, πρέπει να παρακολουθείται η

ροή αυτού, ιδιαίτερα όταν έχει αντιυπερτασικό φάρμακο για το φόβο απότομης πτώσης της αρτηριακής πίεσης.

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

- Απαραίτητη επίσης είναι η φροντίδα για την κένωση, του εντέρου είτε με φάρμακα είτε με υποκλισμό.

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

- Σε περίπτωση εκλαμψίας η νοσηλεύτρια-της, θα πρέπει να προστατέψει την έγκυο από διάφορους τραυματισμούς κατά την διάρκεια των σπασμών.

- Στα πλαϊνά του κρεβατιού τοποθετούνται κάγκελα, τα οποία καλύπτονται με μαξιλάρια όπως και από την πλευρά του κεφαλιού.

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

Εάν δεν έχει στοματοδιαστολέα, μπορεί να χρησιμοποιήσει δύο ή τρεις σπάτουλες τυλιγμένες με γάζες ή λαβίδα τυλιγμένη με γάζα ή άλλο ύφασμα.

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

λιο.

- Η αεροφόρος οδός πρέπει να διατηρείται καθαρή ώστε να αναπνέει ελεύθερα η έγκυος.

- Συνδέουμε την άρρωστη με συσκευή συνεχιζόμενης παρακολούθησης σφύξεων και αναπνοών, αν αυτό δεν είναι δυνατό γίνεται συχνή λήψη αυτών.

- Τοποθετείται μόνιμα πιεσόμετρο στο χέρι της άρρωστης, για τον συνεχή προσδιορισμό της αρτηριακής πίεσης.

- Τοποθετείται πιεσόμετρο για την μέτρηση της φλεβικής πίεσης.

- Γίνεται συχνή θερμομέτρηση.

- Να έχει η νοσηλεύτρια-της έτοιμο πάνω στο κομοδίνο, δίσκο με υλικό για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

- Τροχήλατο με τα απαραίτητα για τραχειοστομία για τοκετό, υποδοχή και ανάνηψη νεογνού.

- Επίσης ποσότητα αίματος για μετάγγιση αν χρειαστεί.

- Κύβους για να τοποθετηθούν στα πόδια του κρεβατιού εάν χρειαστεί να ανυψωθούν, αν βέβαια το κρεβάτι δεν ανυψώνεται μόνο του.

- Σε κοντινή απόσταση με την άρρωστη πρέπει να βρίσκεται συσκευή οξυγόνου, και συσκευή αναρρόφησης βρογχικών εκκρίσεων.

- Δίσκος νοσηλείας, που περιέχει φάρμακα υποτασικά, ηρεμιστικά.

- Η νοσηλεύτρια-της ειδοποιεί τον καρδιολόγο για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας, και την αποκατάσταση της καρδιακής ανεπάρκειας, που μπορεί να υπάρχει, και τον οφθαλ-

μίατρο για την εκτέλεση βυθοσκοπησης.

- Τοποθετείται μόνιμος καθετήρας ουροδόχου κύστεως για τον συνεχή προσδιορισμό της ποσότητας των ούρων που αποβάλλονται.

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

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

Τα νοσηλευτικά καθήκοντα μετά τους σπασμούς είναι:

- Χορήγηση O_2 και κυρίως όταν η κυάνωση επιμένει.
- Καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας μετά από τους σπασμούς ή κάθε 8 ώρες.

- Απαγορεύεται η χορήγηση υγρών από το στόμα, γιατί δεν υπάρχουν αντανακλαστικά κατάποσης, και η ελάχιστη ποσότητα υγρών από το στόμα πηγαίνει στην τραχεία.

- Γίνονται εξετάσεις μετά τους σπασμούς για την εκτίμηση της κατάστασης της εγκύου.

- Λαμβάνεται αρτηριακή πίεση κάθε 1/2 ώρα, επίσης μετρούνται οι εμβρυϊκοί παλμοί, κάθε ώρα, εκτός κι αν υπάρχουν διαφορετικές οδηγίες από το γιατρό.

Η εκλαμψία, είναι παθολογική κατάσταση της κύησης και την ευθύνη της θεραπείας και νοσηλείας την έχει ο γιατρός. Η νοσηλεύτρια-της είναι αυτή που μένει συνεχώς κοντά στην έγκυο την παρακολουθεί και καταγράφει τις παρατηρήσεις της στην κάρτα παρακολουθήσεως.

Όταν παρατηρεί αλλαγές στην κατάσταση της γυναίκας πρέπει να καλεί τον γιατρό.

Η νοσηλεύτρια όταν νοσηλεύει έγκυο με τοξιναιμία, πρέπει να θυμάται ότι νοσηλεύει δύο αρρώστους την έγκυο και το έμβρυο.

Εκτός από την παρακολούθηση και νοσηλεία της εγκύου, είναι απαραίτητο να γίνουν εξετάσεις για εξακρίβωση της υγείας της ανάπτυξης του εμβρύου.

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

- Γίνεται εξέταση για τον υπολογισμό της πλακουντιακής λακτογόνου.

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

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

- LECITHIN-SPHING OMYELIN στο αμνιακό υγρό μετά την 34η εβδομάδα κύησης, για να υπολογισθεί η ωριμότητα των πνευμόνων του εμβρύου.

B. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΕΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Είναι αλήθεια ότι τόσο έντονο, περίπλοκο, κρίσιμο και επείγον προβάλλει η εμφάνιση της τοξιναιμίας ώστε αυτό έχει απόλυτη προτεραιότητα και απασχολεί όλη την επιστημονική νο-

σηλευτική και ιατρική προσοχή.

Υπάρχουν όμως οι άλλες πλευρές της άρρωστης ως προσώπου που δεν παύουν να λειτουργούν και να επηρεάζουν φανερά ή καλυμμένα την άμυνα, την πορεία και τον ρυθμό και το βαθμό της αποκατάστασής της.

Μια απ'αυτές τις πλευρές είναι και η ψυχολογική κατάσταση της.

Η νοσηλεύτρια-της πρέπει επομένως να δει την ασθενή σαν ψυχοσωματική οντότητα και να βοηθήσει την άρρωστη όσο είναι δυνατόν, να αποκτήσει αίσθημα ασφάλειας, σιγουριάς και εμπιστοσύνης.

Αυτό μπορεί να το πετύχει:

- Με το να ακούει με ενδιαφέρον της ανησυχίες της άρρωστης, χωρίς να επιχειρεί να αποδείξει ότι αυτές είναι αβάσιμες ή αδικαιολόγητες. Ο τρόπος αυτός περιλαμβάνει και τη θετική χρησιμοποίηση της σιωπής.

- Με τον τρόπο της να εμπνέει ασφάλεια στην άρρωστη. Αυτό θα το πετύχει όταν οι απαντήσεις της στις ερωτήσεις της ασθενούς είναι ξεκάθαρες και σταθερές.

- Αναγνωρίζει την δυσκολία της ασθένειας και εκφράζει αυτή την αναγνώριση με απλά λόγια.

- Με το να διατηρεί ανοιχτό διάλογο με την άρρωστη.

- Με την επισήμανση της καλής έκβασης που μπορεί να έχει στο τέλος η πάθηση.

- Με εκδήλωση κατανόησης των αναγκών της.

- Με έμπρακτη αγάπη και προστασία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΛΥΣΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο τοκετός εμφανίζει τρία στάδια:

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

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

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

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

- Στην παρακολούθηση των ωδινών, ως προς την συχνότητα, την ένταση, και την διάρκεια αυτών.
- Στην παρακολούθηση της διαστολής του εξωτερικού στόμιου της μήτρας.
- Στην παρακολούθηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου. Φυσιολογικά είναι 120-140/MIN. Η ακρόαση γίνεται με το κοιλιοσκοπιο. Η νοσηλεύτρια-της είναι υποχρεωμένη να ακούει τους παλμούς μετά από κάθε ωδίνα και να είναι σε θέση να διαγνώσει, αν υπάρχει καμιά αλλοίωση αυτών, οπότε ειδοποιεί το γιατρό.

- Στην παρακολούθηση της καθόδου της προβαλλούσης μοίρας του εμβρύου.

- Στον έλεγχο της κενώσεως της ουροδόχου κύστεως. Όταν η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη από ούρα εμποδίζει την κάθοδο του εμβρύου και καθυστερεί τον τοκετό.

Ηνοσηλεύτρια-της πρέπει να δίνει συχνά στην επίτοκο δοχείο να ουρήσει, και να ελέγχει αν ούρησε ή όχι.

Σε περίπτωση κατά την οποία η επίτοκος δεν μπορεί να ουρήσει, εφαρμόζονται στην αρχή απλοί τρόποι βοήθειας όπως: το άνοιγμα της βρύσης να τρέχει το νερό, σε αποτυχία αυτών, ύστερα από εντολή γιατρού ενεργείται καθετηριασμός της κύστεως για αποβολή των ούρων.

Επίσης η νοσηλεύτρια πρέπει:

- να φροντίζει για την άνεση, και την καθαριότητα της επιτόκου.

- Για την συχνή αλλαγή λευχειμάτων, και την χορήγηση υγρών, αν είναι απαραίτητη.

- Να καθοδηγεί την επίτοκο πως να αναπνέει κατά την διάρκεια των ωδινών, και πως να ξεκουράζεται κατά την διάρκεια της παύλας.

- Να τονίζει στην γυναίκα, ότι μετά από κάθε ωδίνα πρέπει να κρατά τα πόδια της άλλοτε από τους μηρούς και άλλοτε από τα γόνατα, να έλκει αυτά προς, τα πάνω και να σφίγγεται παρατεταμένα, κι αν δεν μπορεί μόνη της να την βοηθάει. Κατά αυτόν τον τρόπο και η διαστολή του τραχήλου της μήτρας προχωρεί και το έμβρυο οξυγώνεται κανονικά.

Η νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου κατά την δεύτερη περίοδο
του τοκετού

Εκτός από όλα όσα πρέπει να γίνονται κατά την πρώτη περίοδο προστίθονται και:

- Η παρακολούθηση της προόδου της εξωθήσεως.
- Η συχνότερη λήψη ζωτικών σημείων και καρδιακών παλμών του εμβρύου.
- Η προετοιμασία της επιτόκου για τον τοκετό, δηλαδή η τοποθέτηση αυτής σε υπτία θέση.
- Αφαιρεί τα κλινοσκεπάσματα και αφήνει σκεπασμένη τη γυναίκα με ένα σεντόνι μέχρι τη στιγμή του τοκετού.
- Τοποθετεί στην θέση που πρέπει ειδική σκοραμίδα τοκετού.

Η νοσηλεύτρια-της φροντίζει επίσης να είναι έτοιμα τα εξής:

- Δύο λεκάνες αποστειρωμένες. Στην μια πρέπει να υπάρχει αντισηπτική διάλυση για την πλύση των χεριών του προσωπικού. Η άλλη είναι απαραίτητη για την τοποθέτηση του πλακούντα.
- Ένας κουβάς για τα ακάθαρτα.
- Ένα δοχείο με αποστειρωμένο νερό, για την πλύση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.
- Ένα ειδικό τραπέζι για την τοποθέτηση του απαραίτητου χειρουργικού υλικού, το οποίο περιέχει ένα ειδικό σετ τοκετού δηλαδή:

Δύο λαβίδες κόχερ για την απολίνωση του ομφάλιου λώρου.

Δύο θυριδωτές λαβίδες, οι οποίες χρησιμοποιούνται για τον κα-

θαρτισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

Μια χειρουργική λαβίδα.

Ένα ψαλίδι.

Ένα βελονοκιάτοχο, και βελόνες ραφής τραύματος, καθώς επίσης και ράμματα ραφής.

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

Απαραίτητα πρέπει να υπάρχουν αποστειρωμένα γάντια, μάσκες και ρόμπες για τον γιατρό και την νοσηλεύτρια-τη.

Η νοσηλεύτρια-της για το νεογνό πρέπει να ετοιμάσει:

- Μια κούνια με κατάλληλα τοποθετημένη αποστειρωμένη πετσέτα και αδιάβροχο.

- Να έχει κολλύριο νιτρικού αργύρου, για την ενστάλαξη στα μάτια του νεογνού μετά τον τοκετό, για την πρόληψη γονοκοκκικής οφθαλμίας.

Αμέσως μετά την γέννηση του νεογνού ο γιατρός μαζί με την νοσηλεύτρια-τή προβαίνουν :

- Στον καθαρισμό των ανωτέρων αναπνευστικών οδών με ειδικό καθετήρα αναρροφήσεως.

- Στην συνέχεια γίνεται διαπίστωση του φύλου του νεογνού και τοποθετείται η ταυτότητα στο δεξί χέρι αυτού.

- Στην απολίνωση και περίδεση του ομφάλιου λώρου.

- Στην ενστάλλαξη κολυρίου νιτρικού αργύρου.

- Στην επισκόπηση του νεογνού για να διαπιστωθεί η αρτιμέλειά του.

- Χροιά του δέρματος του νεογνού.
- Στην παρακολούθηση της αναπνοής του νεογνού. Η αναπνοή μετά τον τοκετό είναι ακανόνιστη.
- Στην επισκόπηση της κεφαλής. Για τυχόν υπάρχουσα υδροκεφαλία, μικροκεφαλία καθώς και ανωμαλίες των ραφών και των πηγών του κρανίου.
- Στην επισκόπηση του προσώπου και του στόματος.
- Στην εξέταση της ράχews, της κοιλίας, και των άκρων του νεογνού.
- Στην εξέταση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και των δακτύλων.

Μετά την επισκόπηση του νεογνού και τις φροντίδες γι' αυτό η νοσηλεύτρια-της στρέφει και πάλι την προσοχή της προς τη λεχωΐδα.

- Μετά την αποκόλληση και αποβολή του πλακούντα, ελέγχει με προσοχή την ακεραιότητα αυτού καθώς και των υμένων της.
- Γίνεται επισκόπηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της λεχωΐδας.
- Γίνεται καθαρισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.
- Παρακολουθεί την γενική κατάσταση της λεχωΐδας για τυχόν επιπλοκές, και κυρίως για εμφάνιση σπασμών μετά τον τοκετό.
- Φροντίζει για την εξασφάλιση της άνεσης και της καθαρότητας της γυναίκας γενικά.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η καισαρική τομή, αντικαθιστά το φυσιολογικό τοκετό, όταν αυτός αποτελεί, για τη μάνα, και το παιδί, μεγάλο κίνδυνο. Και στην περίπτωση της τοξιναιμίας (σε οποιαδήποτε μορφή της) ο φυσιολογικός τοκετός είναι ριψοκίνδυνη πράξη.

Κατά κανόνα λοιπόν πραγματοποιείται καισαρική τομή.

Η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική πράξη, και επομένως και νοσηλευτικά θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως όλα τα άλλα χειρουργία, απαιτεί δηλαδή προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

Η προεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς περιλαμβάνει:

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

Η ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ :

Καθαριότητα της ασθενούς:

1. Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα για την αποφυγή της εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό κρεβάτι, την ευχέρεια του χειρουργού κατά την διάρκεια της επέμβασης.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα γίνεται:

- α) με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων
- β) με καθαρτικό υποκλιισμό

2. Κένωση ουροδόχου κύστεως.

3. Καθαριότητα σώματος, η οποία εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας για την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρμα-

τος, και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα, και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας για αποφυγή μολύνσεων από το αναπνευστικό.

Σωματική τόνωση : Η ασθενής τρέφεται με τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, βιταμίνες και φτωχές σε λίπη.

Την προηγούμενη της επεμβάσεως η ασθενής τρέφεται ελαφρά. Εξι ώρες πριν από το χειρουργείο απαγορεύεται η λήψη οτιδήποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου : Για την αποφυγή αυπνίας, χορηγείται την παραμονή της επεμβάσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο που ενδείκνυνται.

Τόνωση του ηθικού : Η τόνωση του ηθικού της ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια: α) να αναλυθούν οι προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να ικανοποιηθούν και β) με την κατανόηση της θέσης του ασθενούς.

Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π.

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνο του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Περιλαμβάνει καθαριότητα, αποτρίχωση, και αντισηψία του δέρματος, του εγχειρητικού πεδίου, για την αποφυγή μολύνσεων.

Η τοπική προεγχειριτική ετοιμασία γίνεται την προηγούμενη της εγχειρήσεως.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

α) Κατάλληλη ένδυση της ασθενούς. Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση, η ασθενής φορεί τη χειρουργική ρόμπα, αφού πρώτα έχει ουρήσει και βγάλει όλα τα ροχία, και τα κοσμήματά της καθώς και τις τεχνητές οδοντοστοιχίες. Ξεβάφουμε τα νύχια των ποδιών και των χεριών της.

β) Προνάρκωση. Γίνεται μισή ώρα πριν από την εγχείρηση. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο, και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στην ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι της.

γ) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. Πρωϊνή θερμομέτρηση και σφυγομέτρηση καθώς και παρατήρηση τυχόν εμφάνισης βήχα.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΕΓΚΥΟΥ

Με την αναχώρηση της ασθενούς για το χειρουργείο γίνεται αερισμός του θαλάμου, ετοιμασία κρεβατιού-κομοδίνου.

1. Το κρεβάτι πρέπει να είναι ζεστό για την προφύλαξη της ασθενούς από ψύξη και μετεγχειριτική πνευμονία, χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκοτικού.

Τοποθέτηση μαξιλαριού στο πάνω κικλίδωμα του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει η ασθενής σε τυχόν διεγέρσεις κατά το στάδιο της απονάρκωσης.

Προστασία του πάνω μέρους των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχο κεφαλής.

2. Στο κομοδίνο τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών, για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό. Τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό PORT COTTON νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βάμβακος.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

- Την προφύλαξη της ασθενούς από ρεύματα αέρα.
- Την κατάλληλη τοποθέτησή της στο κρεβάτι. Υπτια θέση με το κεφάλι στραμμένο πλαγίως.
- Ελεγχο καταστάσεως του τραύματος και παρακολούθησή του.
- Παρακολούθηση της ασθενούς μέχρι την αφύπνισή της.

Κύρια ευθύνη της νοσηλεύτριας-τη, η προφύλαξη ή η προστασία της αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων.

- Σύνδεση του καθετήρα και του ορού.
- Προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Ανακούφιση από τον πόνο.

- Φροντίδα τραύματος.

Κύριο μέλημα της νοσηλεύτριας-τη είναι να φροντίζει:

- Για την καθαριότητα της λεχωϊδας.
- Για την καθαριότητα των γεννητικών οργάνων καθώς και των θηλών του στήθους. Συχνή αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού, πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.
- Τη δίαιτα της χειρουργημένης που αρχικά είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε πολτώδεις τροφές, και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη.
- Την συχνή λήψη ζωτικών.
- Την παρακολούθηση των εμέτων (ποσό-ποιόν) καθώς και των ούρων.
- Την προφύλαξη από ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.
- Την συχνή αλλαγή θέσεως για την αποφυγή πνευμονίας.
- Τις κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας.
- Την διδασκαλία πως να αδειάζει τους μαστούς με μαλακτικές κινήσεις για την πρόληψη μαστίτιδας.

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

Επίσης η νοσηλεύτρια-της πρέπει να φροντίζει:

- Για την αποφυγή της μόλυνσης του τραύματος.
- Για την αποφυγή της ρήξης του τραύματος, με:
 - υποστήριξη του τραύματος με ζώνη κοιλίας, καταστολή του βήχα και του εμέτου, και με την διδασκαλία της αρρώστου για το πως να συμπεριφέρεται.

- Για την αποφυγή της μετεγχειρητικής ψύχωσης με υποστήριξη και συμπαράσταση της ασθενούς.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

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

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

Απώτερες επιπλοκές είναι: η δημιουργία ενδομήτριων συμφύσεων και ρήξη της αυλής της μήτρας σε μελλοντική εγκυμοσύνη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

- Η νοσηλεύτρια-της πρέπει να παρακολουθεί τη λοχεία τις πρώτες ημέρες.

- Να φροντίζει, ώστε οι οδηγίες του γιατρού, να τηρούνται με ακρίβεια.

- Να λαμβάνει προφυλακτικά και προστατευτικά μέτρα, για την πρόληψη των επιπλοκών.

Κατά την παρακολούθηση της λοχείας:

- Φροντίζει για την αντισηψία της τομής.

- Για τον έλεγχο των ζωτικών σημείων. Είναι δυνατόν να έχουμε άνοδο της θερμοκρασίας, που μπορεί να οφείλεται στην εγκατάσταση έκκρισης του γάλακτος ή στην κατακράτηση λοχείων στη μήτρα.

- Για τον έλεγχο της παλλινδρόμησης της μήτρας, για την αποβολή κατακρατούμενων λοχείων, αφού έχει προηγηθεί κένωση της ουροδόχου κύστεως.

- Για την κένωση του εντέρου γιατί κατά τις πρώτες μέρες, παρουσιάζει το έντερο ατονία και μετεωρισμό, για αυτό πρέπει να γίνεται υποκλισμός κατά την τρίτη μέρα.

Τα υπακτικά και καθαρτικά φάρμακα απαγορεύονται γιατί επιδρούν δυσμενώς στην γαλουχία.

- Φροντίζει επίσης για την πρώιμη έγερση της λεχωϊδας, η οποία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία διαφόρων συστημάτων (κυκλοφοριακό, πεπτικό, ουροποιητικό).

Τα πλεονεκτήματα αυτής είναι πολλά. Τονώνεται η κυκλοφορία και αποφεύγεται η φλεβική στάση. Περιορίζεται ο κίνδυνος της θρομβοφλεβίτιδας, ο οποίος πάντα απειλεί την λεχωϊ-

δα. Υποβοηθείται η λειτουργία του εντέρου και της κύστεως. Η παλινδρόμηση της μήτρας διεξάγεται καλύτερα και υποβοηθείται η αποκατάσταση της τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Επίσης παρεμποδίζεται η κάμψη της μήτρας και αποφεύγεται ο κίνδυνος μελλοντικών προπτώσεών της.

- Διδάσκει στη γυναίκα, το θηλασμό, η οποία αναφέρεται τόσο στα γεύματα του νεογνού, όσο και στη μεγάλη καθαριότητα της θηλής, για αποφυγή δημιουργίας μολύνσεων.

- Ρυθμίζει επίσης το επισκεπτήριο. Η λεχωΐδα πρέπει να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με πολλά άτομα και ιδιαίτερα αυτά που παρουσιάζουν διάφορες λοιμώξεις.

Απαγορεύεται η επίσκεψη παιδιών.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Το περιεχόμενο της ενημέρωσης περιλαμβάνει: οδηγίες ως προς την γενική καθαριότητα του σώματος και ιδιαίτερα της περιοχής της τομής. Απαραίτητες είναι και οι οδηγίες για την περιποίηση του νεογνού, την διατροφή του, την τακτική εξέτασή του, από τον παιδίατρο καθώς και τα στάδια ανάπτυξης.

ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ

Οι πιά σοβαρές μελέτες πάνω στο θέμα αυτό έχουν γίνει από τον Αμερικανό ερευνητή CHESLEY. Αυτός, μετά από μια εκτεταμένη μελέτη που έκανε πάνω σε γυναίκες που έπαθαν τοξιναιμία, παρατήρησε πως πολλές από τις γυναίκες αυτές, σε κύησεις που ακολούθησαν, απέβαλλαν, σε ποσοστό γύρω στο 76%.

Αυτές που κράτησαν την κύηση και μετά την 28η εβδομάδα απόκτησαν νεογνά που επέζησαν σε ποσοστό 93%.

Παρατήρησε επίσης πως ένα 25% από αυτές που παρουσίασαν εκλαμψία σε μια εγκυμοσύνη, παρουσίασαν μόνο υπέρταση στη διάρκεια της επόμενης κύησης και από αυτές μόνο ένα 5% παρουσίασαν βαριά υπέρταση, και μόνο 2% πάλι εκλαμψία.

Μια άλλη σημαντική παρατήρηση το CHESLEY είναι πως από τις πρωτοεγκύμονες που παρουσίασαν εκλαμψία και επέζησαν και είχαν και επόμενη κύηση, ο αριθμός των θανάτων δεν ήταν αυξημένος περισσότερο από όσο είχε προβλεφτεί.

Αντίθετα όσες γυναίκες παρουσίασαν εκλαμψία σαν πολύτοκες, που οι περισσότερες απ' αυτές έπασχαν από χρόνια αγγειακή νόσο χωρίς αμφιβολία, είχαν τρεις φορές αυξημένη θνησιμότητα.

Η σχέση προεκλαμψίας-εκλαμψίας και μετέπειτα χρόνιας υπέρτασης σε γυναίκες είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές και έχει προκαλέσει πολλές συζητήσεις, με διαφορετικές γνώμες.

Ο CHESLEY, που παρακολούθησε γυναίκες που παρουσίασαν εκλαμψία στην πρώτη τους κύηση και τις παρακολουθούσε για

44 χρόνια αργότερα παρατήρησε σε μια μελέτη του, πως οι γυναίκες δεν παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό υπέρτασης από άλλες της ίδιας κλινικής κατάστασης και φυλής.

Άλλος πάλι ερευνητής, ο TILLMON, μελέτησε την αρτηριακή πίεση σε πολλές γυναίκες πριν, κατά, και μετά την κύηση και κατέληξε στο συμπέρασμα πως η προεκλαμψία ούτε χειροτερεύει μια υπέρταση που προϋπάρχει ούτε δημιουργεί μια κατοπινή χρόνια υπέρταση.

Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όλα τα μεγάλα πανεπιστημιακά κέντρα στις Η.Π.Α., από το 1975 περίπου, έχουν δημιουργήσει τέτοιου είδους μονάδες όπου παρακολουθούν από κοντά, και με όλα τα απαραίτητα μέσα, όλες αυτές τις περιπτώσεις προεκλαμψίας και εκλαμψίας, ώπου να γεννήσει η γυναίκα.

Στις γυναίκες που μένουν εκεί μέχρι να γεννήσουν, η περιγεννητική θνησιμότητα φτάνει στο 1% περίπου, ενώ, αντίθετα σ' εκείνες που δεν νοσηλεύονται στην μονάδα, η περιγεννητική θνησιμότητα φτάνει στα 13%.

Η μονάδα αυτή έχει επίσης και θετική οικονομική συμβολή, επειδή το κόστος για την παρακολούθηση και την παραμονή στο νοσοκομείο μιας εγκύου, είναι πολύ πιο χαμηλό από το κόστος παραμονής ενός πρόωρου νεογνού μέσα στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8ο

1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ

Μητέρα 38 ετών με ηλικία κύησης 32 εβδομάδες προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία του Μαραγκοπούλιου νοσοκομείου, με οιδήματα των κάτω άκρων και Α/Π 160/90 MM/HG στις 12-6-1992.

Από τον εφημερεύοντα ιατρό πάρθηκε το ιστορικό της μητέρας το οποίο περιλαμβάνει:

Είναι μητέρα ενός κοριτσιού και δεν εργάζεται.

α) Γυναικολογικό ιστορικό: Εδώ η μητέρα αναφέρει αρχή εμμήνου ρύσεως στην ηλικία των 12 ετών με διάρκεια περιόδου 27 ημερών.

β) Μαιευτικό ιστορικό: Αναφέρει μια άμβλωση στο παρελθόν ενώ δεν αναφέρει χρόνια υπέρταση ή οποιαδήποτε άλλη νόσο.

Από το γιατρό θεωρήθηκε αναγκαία η εισαγωγή της στην μαιευτική κλινική με την υποψία τοξιναιμίας της κύησης. Στην συνέχεια προγραμματίστηκαν και πάρθηκαν οι πρώτες εξετάσεις (γεν. αίματος, γενική ούρων, ουρικό οξύ, ομάδα RHESUS αίματος, πυθμενικός πλακούντας και καρδιακοί παλμοί).

Στις 13-6-1992 χορηγήθηκε DEXTROZE 5% και λήφθηκαν οι απαντήσεις των εξετάσεων, οι οποίες έδειξαν:

Από τη γενική αίματος - αιματοκρίτης 42% K:3,8 Na:141

A.Π. 140/90 MMHG.

Πυθμενικός πλακούντας και καρδιακοί παλμοί (θετικό).

Ουρικό οξύ: 5,9%.

Στις 15-6-92 γίνεται συλλογή ούρων 24ώρου. Η εξέταση αυτή έδειξε ότι το λεύκωμα στα ούρα ήταν 1150CC.

Οι εξετάσεις συνεργάζονται, και η κλινική εικόνα της

ασθενούς παραμένει ίδια χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση.

Στις 17-6-1992 υποβάλλεται η ασθενής και σε άλλο TEST εξετάσεων. Οι εξετάσεις δεν είχαν καμιά βελτίωση.

Στις 20-6-1992 η ασθενής παρουσιάζει μικρή καρδιακή ανεπάρκεια, επίσης διακρίνοντας στοιχεία οφθαλμολογικών αλλοιώσεων, παρουσιάζει επίσης έντονα άλγη, δυσφορία και αρχίζει να κάνει σπασμούς.

Οδηγείται στο χειρουργείο μετά από απόφαση των γιατρών. Με γενική αναισθησία γίνεται καισαρική τομή σζωεται η μητέρα, αλλά δυστυχώς το έμβρυο ήταν νεκρό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Καθαριότητα της ασθενούς (καθαριότητα αίματος, στοματικής κοιλότητας).	Αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και στην αποφυγή μολύνσεων.	Ετοιμάζεται η ασθενής για λουτρό καθαριότητας καθώς και για καθαριότητα και αντισηψία ρινοφάρυγγα, και στοματικής κοιλότητας.	Γίνεται το λουτρό στην ασθενή καθώς και η πλύση στοματικής κοιλότητας & ρινοφάρυγγα.	Πετυχαίνεται η καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος η αποφυγή μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος.
2) Υπέρταση	Πτώση της αρτηριακής πίεσης	α) Τοποθέτηση κοντά στην ασθενή πιεσόμετρου. β) Εξασφάλιση ησυχίας για την ασθενή. γ) Προετοιμασία φαρμάκων που τυχόν θα πάρει η ασθενής. δ) Προετοιμασία δίσκου με τα απαραίτητα για την χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών.	α) Συνεχής λήψη αρτηριακής πίεσης. β) Απομάκρυνση παράγοντων που επιδεικνύουν την κατάσταση π.χ. (θόρυβοι, συγκινήσεις). γ) Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων μετά από εντολή γιατρού (NEPREZOL) 3 φορές τη μέρα 10 MG. δ) Σε περίπτωση χορήγησης αντιυπερτασικού φαρμάκου παρακολουθείται η ροή	πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3) Ανουρία	Επαναφορά των ούρων όσο γίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα.	α) Ετοιμάζεται διάγραμμα για την ακριβή μέτρηση των προσβαλλομένων και αποβαλλομένων υγρών. β) Προετοιμασία δίσκου με διουρητικά φάρμακα. Ενημέρωση ιατρού.	α) Ακριβής τήρηση του διαγράμματος για την μέτρηση των προσβαλλομένων και αποβαλλομένων υγρών. β) Χρήρηση διουρητικών φαρμάκων μετά την εντολή γιατρού (LASIX 3 φορές την ημέρα).	Η ασθενής αρχίζει σιγά-σιγά να ουρεί.
4) Εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας.	Σκοπός η πρόληψη της, όσο είναι δυνατόν.	α) Το ηλεκτροκαρδιογράφημα κοντά στην ασθενή. β) Εξασφάλιση ζυγαριάς κοντά στην άρρωστη για την συνεχή μέτρηση του βάρους	α) Συχνό καρδιολογικό έλεγχο με την λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος. β) Απαραίτητος έλε-	Πρόληψη της καρδιακής ανεπάρκειας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
5) Αλλοιώσεις του σφραγισμού.	Σκοπός η πρόληψη σφραγισμολογικών επιπλοκών.	Ενημέρωση γιατρού και προετοιμασία των απαραίτητων μέσων για βυθοσκόπηση και τις άλλες εξετάσεις.	ΥΧΟΣ σε περίπτωση που πρέπει να χορηγηθούν αντιυπερτασικά φάρμακα (β-αδρεναστολείς). Υ) Ελεγχος της εγκύου για ουδήματα.	
6) Παροξυσμοί εκλαμψίας.	Σκοπός είναι η όσο το δυνατόν ανώδυνα το πέρασμα της ασθενούς από αυτή τη φάση.	α) Παρατήρηση και συνεχής παρακολούθηση της ασθενούς για σπασμούς. β) Παρακολούθηση της ασθενούς για τα συμπτώματα των παροξυσμών.	α) Εκτίμηση ύπαρξης παροξυσμών. β) Υπαρξη απώλειας συνείδησης. γ) Εκτίμηση ύπαρξης συμπτωμάτων και διαχωρισμός των τριών	Εκτιμούνται τα συμπτώματα για να αντιμετωπισθούν κατάλληλα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
7) Τραυματισμοί λόγω εκ- λαμπτικού παροξυσμού.	Σκοπός να προληφθούν οι ε- πιπλοκές από την ύπαρξη σπασμών.	α) Προετοιμασία προφυλακτική- ρων. β) Προετοιμασία δίσκου με ελαστικό στοματοδιαστολέα και δίσκου για την λήψη των ζωτικών σημείων. γ) Προετοιμασία δίσκου για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και τροχηλάτου με τα απα- ραίτητα σε περίπτωση τοκε- τού. δ) Η αναφόρηση έτοιμη κο- ντά στην ασθενή. ε) Προετοιμασία δίσκου για καθετηριασμό ουροδόχου κύ- στεως.	φάσεων από τις ο- ποίες περνά ο παρο- ξυσμός της εκλαμ- ψίας. α) Στα πλαίσια του κρεβατιού τοποθε- τούνται προφυλακτική- ρες οι οποίοι κα- λύπτονται με μαξι- λάρια, όπως και από την πλευρά του κε- φαλιού. β) Για την αποφυγή του τραυματισμού της γλώσσας χρησιμοποιεί- ται ο ελαστικός στο- ματοδιαστολέας, που τοποθετείται ανάμε- σα στα δόντια της άρρωστης μόλις δια- πιστωθούν τα προει- δοποιητικά σημεία του σπασμού. Δεν	Πρόληψη τραυματισμών από την ύπαρξη των σπασμών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
			<p>πρέπει να χρησιμοποιούνται αντικείμενα που μπορεί να κόψει η γυναίκα με τα δόντια της.</p> <p>γ) Η αεραφόρος, οδός πρέπει να διατηρείται καθαρή ώστε να αναπνέει ελεύθερα η έγκυος.</p> <p>δ) Λαμβάνονται συχνά η Α.Π, θερμοκρασία αναπνοές, και εμβρυϊκού καρδιακού παλμού.</p> <p>ε) Τοποθετείται μόνιμος καθετήρας ουροδόχου κύστεως, & εξετάζονται τα ούρα για λεύκωμα, χοληρυθρίνη, ερυθρά αιμοσφαίρια κυλίνδρους</p> <p>στ) Ετοιμο πάνω στο</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
8) Υψηλή θερμοκρασία μετά την εμφάνιση ειλαιπτικού σπασμού.	Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> α) Διάγραμμα για την αναγραφή των θερμομετρήσεων. β) Προετοιμασία δίσκου αντιπυρετικών και αναλγητικών. γ) Προετοιμασία επιθεμάτων. δ) Προετοιμασία δίσκου για λήψη αίματος και αιμοκαλλιέργειας. 	<ul style="list-style-type: none"> α) Συχνή λήψη της θερμοκρασίας και καταγραφή αυτής στα διάγραμμα. β) Ακριβής τήρηση και εφαρμογή των καθορισμένων από το γιατρό αντιπυρετικών και αναλγητικών φαρμάκων. γ) Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. δ) Λήψη αίματος για αιμοκαλλιέργεια. 	Επίτευξη σταθερής θερμοκρασίας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
9) Ύπνος	Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου, πρόληψη επιπλοκών.	α) Προσέγγιση της ασθενούς. β) Προετοιμασία δίσκου για την χορήγηση υπνωτικών ή ηρεμιστικών φαρμάκων. γ) Εκτίμηση και απομάκρυνση αντικειμένων που κάνουν θόρυβο.	α) Απαλλαγή της ασθενούς από το φόβο και την αγωνία. β) Χορήγηση υπνωτικού ή ηρεμιστικού φαρμάκου μετά από εντολή γιατρού (διαζεπάμη-VALLIUM). γ) Εξασφάλιση ηρεμίας.	Εξασφαλίζεται ο ήρεμος ύπνος της ασθενούς και προλαμβάνονται οι επιπλοκές, από την μη ύπαρξη του.
10) Καθαριότητα εντερικού σωλήνα.	α) Αποφυγή εικεννώσεως του εντέρου στο χειρουργικό κρεβάτι. β) Ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από το χειρουργό.	α) Προετοιμασία δίσκου καθαρτικού υποκλιισμού. β) Προετοιμασία δίσκου χορήγησης καθαρτικών φαρμάκων.	α) Χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων. β) Διενέργεια καθαρτικού υποκλιισμού.	Αποφεύγεται η εκκένωση του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι, διευκολύνεται ο χειρουργός.
11) Καθαριότητα σώματος στο σημείο που πρόκειται να γίνει η επέμβαση.	Σκοπός η αποφυγή μολύνσεων.	Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.	Καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος στο σημείο που θα γίνει η επέμβαση. Το	Αποφεύγονται οι μολύνσεις και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που επιφέρουν αυτές.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
12) Κατάλληλη ένδυση της ασθενούς.	Σκοπός η ετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο.	Προετοιμασία των κατάλληλων ενδυμάτων.	Εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει αρχική έκταση γύρω από το σημείο της τομής.	Εξασφαλίζεται η εγχείρηση η ασθένεια της ασθενούς για το χειρουργείο.
13) Τόκωση θηικού.	Η αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.	α) Η ασθενής που θα οδηγηθεί στο χειρουργείο πρέπει να πληριασθεί από την νοσηλεύτρια-τη. β) Ανακάλυψη των προσωπικών αναγκών της ασθενούς. γ) Διάκριση των λόγων που δημιουργούν φόβο και ανη-	α) Κατανόηση και συμμερισμό της θέσης της ασθενούς. β) Ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών αυτής. γ) Απομάκρυνση του φόβου και της ανη-	Ηρεμία της ασθενούς μετά την επέμβαση και μη ύπαρξη καταλιπτικών τάσεων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
14) Προνάρκωση.	Αποβλέπει στην μερική χα- λάρωση του μυϊκού συστήμα- τος, την ελάττωση των εκ- κρίσεων του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκλη- ση υπνηλίας.	Προετοιμασία του δίσκου της προνάρκωσης και ενημέρωση του γιατρού και του αναισ- θησιολόγου.	Βοήθεια στον αναι- σθησιολόγο κατά τη χορήγηση των φαρμά- κων της προνάρκωσης (μισή ατροπίνη-μισή πεθιδίνη).	Προετοιμασία της ασθενούς για την γενική αναισθησία στην οποία θα υπο- βληθεί.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Θέση ασθενούς	Πρόληψη επιπλοκών.	Κατάλληλη τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι.	Υπτια θέση με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως.	Γρηγορότερη αποβολή του αναισθητικού φαρμάκιου.
2) Ψύξη.	Πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.	Προφύλαξη ασθενούς από ρεύματα αέρα.	Εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας στο θάλαμο.	Μη ύπαρξη πνευμονιάς ή άλλης νόσου προερχομένης από κρύο.
3) Θρομβοφλεβίτιδα.	Πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας.	Συχνές κινήσεις των κάτω άκρων, γρήγορη έγερση από το κρεβάτι.	Εκπαίδευση της ασθενούς για την γυμναστική των κάτω άκρων. Έγερση της ασθενούς σε 48 ώρες από την επέμβαση. Απομάκρυνση της ασθενούς να κάθεται πολύ ώρα στην καρέκλα.	Αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.
4) Υγρά ηλεκτρολύτες.	Σωστό ισοζύγιο υγρών.	Παρακολούθηση του χρώματος των ούρων. Προετοιμασία δίσκου για την χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών αν χρειαστεί.	Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών. Ακριβής μέτρηση των προ-υγρών. Ολαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.	Αποφυγή διαταραχών στο ισοζύγιο των υγρών.

**Τ. Ε. Ε. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
5) Πόνος.	Απαλλαγή από τον πόνο.	α) Εντοπισμός του σημείου που πονά. β) Εκτιμάται η πιθανότητα έγερσης της ασθενούς. γ) Κατάλληλη θέση. δ) Προετοιμασία δίσκου για χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.	α) Εντριβή στα πιεζοζόμενα μέλη. β) Φροντίδα για έγκαιρη έγερση. γ) Κατάλληλη θέση για χαλάρωση των μύων. δ) Χορήγηση αναλγητικών μετά από εντολή γιατρού.	Καταστολή του πόνου.
6) Τραύμα.	Γρήγορη επούλωση του τραύματος και αποφυγή μόλυνσης αυτού.	α) Συχνή παρακολούθηση του τραύματος. β) Απομάκρυνση εστιών μόλυνσης από την ασθενή.	α) Παρακολούθηση του τραύματος για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας. β) Προφύλαξη του τραύματος από μόλυνση. γ) Συχνές αλλαγές στο τραύμα.	Αποφυγή καταστάσεων που ταλαιπωρούν και κινδυνεύουν την ασθενή και παρατείνουν την παραμονή της στο νοσοκομείο.
7) Μαστίτιδα.	Σκοπός η πρόληψή της.	Παρακολούθηση της λεχωίδας για πόνο στο στήθος, πρήξιμο, ανορεξία, αδυναμία,	α) Τακτικός έλεγχος των μαστών της λεχωίδας.	Πρόληψη της μαστίτιδας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
		εμφάνιση πυρετού.	β) Ενημέρωση αυτής πώς να αδειάζει τους μαστούς με μαλακτικές κινήσεις. γ) Συχνή λήψη ζωτικών, με ιδιαίτερη προσοχή στην θερμοκρασία. δ) Να γίνονται οι μαλάξεις των μαστών που πρέπει.	

2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ

Στις 4-5-1992 προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Μαιευτηρίου Αλεξάνδρα μητέρα 31 ετών, με κύηση 30 εβδομάδων.

Προσήλθε με επίμονες κεφαλαλγίες και κοιλιακούς πόνους. Μετά από την λήψη της αρτηριακής πίεσης διαπιστώθηκε αρτηριακή πίεση 150/80 MMHG.

Επίσης παρουσιάζει οιδήματα και λεύκωμα στα ούρα.

Ο γιατρός που την εξέτασε, πήρε το ιστορικό της μητέρας το οποίο περιλαμβάνει:

α) Ατομικό ιστορικό: Είναι μητέρα ενός αγοριού - εργάζεται σαν δημόσιος υπάλληλος σε τράπεζα, έχει κάνει αμυγδαλεκτομή, υπέστη κύστη κόκκιλος και λαπαροσκόπηση το 1990 όπου όλα αποδείχτηκαν φυσιολογικά.

β) Γυναικολογικό ιστορικό: Σε ηλικία 12 χρονών άρχισε η έμμηνος ρύση με κύκλο 28 ημέρες. Έχει κάνει TEST Παπανικολάου. Δεν έχει κάνει καμιά αποβολή ή έκτρωση.

Μετά την λήψη του ιστορικού ο γιατρός αποφάσισε την εισαγωγή της εγκύου στην κλινική με διάγνωση πιθανή τοξιναιμία κύησης.

Στις 4-5-1992 λαμβάνονται οι πρώτες εξετάσεις και δείχνουν: Α/Π: 155/70 MMHG

Κ: 3,8 Να: 141, ΗΤ: 33%

Ουρικό οξύ: 5,1

Τοποθετήθηκε ορός DEXTROSE 5%.

Από τον οφθαλμολογικό έλεγχο δεν προκύπτουν αλοιώσεις του βυθού. Παρ' όλα οι γιατροί είναι σίγουροι ότι πρόκειται

σίγουρα για τοξιναιμία.

Στις 7-5-1992 ξαναγίνονται εξετάσεις από την αρχή. Σ' αυτές τις εξετάσεις οι τιμές δεν παρουσιάζονται ιδιαίτερα βελτιωμένες.

ΗΤ: 38% , χρόνος προθρομβίνης: 12,4'' , ουρία: 42 MG%

Na: 141 K: 3,77

Η ασθενής μπαίνει στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και της συστήνεται τέλεια ανάπαυση.

Μετά από τρεις εβδομάδες νοσηλείας οι εξετάσεις δείχνουν βελτιωμένες τιμές ενώ η αρτηριακή πίεση παραμένει σε υψηλά επίπεδα.

Μετά από απόφαση των γιατρών, για να μην χειροτερέψει η κατάσταση της εγκύου διενεργείται πρόωρος τοκετός με την χορήγηση ωδινοποιητικών φαρμάκων. Με φυσιολογικό τοκετό η ασθενής γέννησε ένα αγόρι βάρους 1600 γραμμάρια. Το αγοράκι τοποθετήθηκε αμέσως στην εντατική παρακολούθηση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Ανάπαυση	Σκοπός είναι η άνεση της ασθενούς και η ηρεμία της.	α) Εξασφάλιση κατάλληλου θαλάμιου. β) Εξασφάλιση κατάλληλης θέσης της ασθενούς στο κρεβάτι. γ) Εκτίμηση των αναγκών της άρρωστης. δ) Απομάκρυνση θορύβων όπως μουσούνη, τηλεφωνο.	α) Το δωμάτιο πρέπει να είναι απομωυημένο όχι όμως σκοτεινό, αλλά να έχει φως τόσο ώστε να διακρίνονται τυχόν στοιχειά κινώμενα αριστερά) για να διευκολύνεται η λειτουργία των νεφρών της, καθώς και η λειτουργία του πλακούντα. γ) Βοήθεια στις ανάγκες της άρρωστης για να απαφεύγεται η κούραση της, στην	Προαγωγή της ανάπαυσης και της άνεσης της άρρωστης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΓΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
2) Οιδήματα.	Αποχώρηση οιδημάτων.	<ul style="list-style-type: none"> α) Εξασφάλιση ζυγαρικής κοινά στην ασθενή για την συχνή μέτρηση του βάρους της. β) Προετοιμασία δίσκου χορήγησης διουρητικών φαρμάκων. γ) Συχνή λήψη εργαστηριακών εξετάσεων. δ) Εντοπισμός τυχόν διαταραχής στο ισοζύγιο των υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> προσπάθειά της να αυτοεξιπηρετηθεί. δ) Απαραίτητη για την γρήγορη ανάφραση της ασθενούς είναι και η εξασφάλιση ησυχίας. α) Μέτρηση βάρους του σώματος, για τον έλεγχο του οιδήματος. β) Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων κατόπιν εντολής γιατρού (φουροσεμίδη σε συνδυασμό με διαζομίνη). γ) Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων Κ,Να για τυχόν κατακράτηση Να, και ανάλογα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων 	<ul style="list-style-type: none"> Τα οιδήματα υποχώρουν σε μεγάλο βαθμό και αποφεύγονται οι συνέπειες αυτών όπως η δυσλειτουργία του πλαιούνα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3) Λευκωματουρία	Σκοπός η πρόληψη της λευκωματουρίας και η διάγνωσή της.	α) Εργαστηριακές εξετάσεις (Γενική ούρων, καλλιέργεια ούρων). β) Προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης.	<p>ρυθμίζεται η χορήγηση ηλεκτρολυτών.</p> <p>δ) Έλεγχος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και καταγραφή αυτών.</p> <p>α) Λήψη ούρων για έλεγχο λευκωμάτων και έλεγχο νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη, ουρία, ουρικό οξύ).</p> <p>β) Λήψη κατά τακτά χρονικά διαστήματα Α/Π γιατί η λευκωματουρία παρουσιάζεται σχεδόν πάντα με υπέρταση.</p>	Διάγνωση της λευκωματουρίας και αντίμετωση αυτής.
4) Ολιγουρία	Σκοπός η πρόληψη της ανουρίας και η υποχώρηση της ολιγουρίας.	α) Τήρηση διαγράμματος για τις μετρήσεις των υγρών. β) Προετοιμασία δίσκου κα-	α) Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, & σε φυσιολογικά επί-	Πρόληψη της ουρίας. Αποβαλλόμενα ούρα

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
5) Επιγάστριο άλγος.	Ανακούφιση-απαλαγή της άρρωστης από τον πόνο.	θετηριασμού ουροδόχου κύστεως. α) Εντοπισμός του πόνου. β) Προετοιμασία δίσκου χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων.	κυρίως των ούρων, γιατί υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθεί σε ανουρία που αποτελεί ένδειξη επιδείνωσης της κατάστασης. β) Χορήγηση υγρών. γ) Εισαγωγή καθετήρα ουροδόχου κύστεως (προσοχή για τυχόν μολύνσεις).	πεςδα.
6) Κεφαλαλγία.	Ανακούφιση από τον πόνο.	α) Απομάκρυνση θαρύβων, συγκλήσεων. β) Ενημέρωση γιατρού.	α) Ο πόνος εντοπίζεται στο επιγάστριο. β) Χορηγούνται αναλγητικά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού. α) Εξασφάλιση ηρεμίας. β) Χορήγηση παυσί-	Ηρεμη έκφραση του προσώπου, ελαττωμένη κούραση, δηλώσεις που δείχνουν ότι ο πόνος λιγόστεψε ή απουσιάζει. Υποχώρηση του πόνου. Η ασθενής ήσυχη.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
7) Φόβος και αγωνία.	Μείωση του φόβου και της αγωνίας.	<p>γ) Απομόνωση για ησυχία.</p> <p>α) Διάλογος μεταξύ νοσηλεύ- τή και ασθενή. β) Τόνωση του ηθικού της ασθενούς.</p>	<p>α) Εξασφάλιση ήσυ- χου και ασφαλούς περιβάλλοντος. β) Εμπρακτική εκδήλω- ση κατανόησης ανα- γκών. γ) Εκδηλη αγάπη και προστασία.</p>	<p>Προαγωγή ψυχολογικής άνεσης.</p>
8) Ψυχολογικές επιπτώ- σεις από τη νόσο.	Σκοπός η ψυχολογική στήριξη της άρρωστης, η καταπολέμη- ση της ανησυχίας της.	<p>α) Διαπροσωπική σχέση νοση- λεύτριας-τη-ασθενή. β) Ενθάρρυνση της ασθενούς να μιλάει για τις ανησυχίες της. γ) Προετοιμασία δίσκου χο- ρήγησης πρεμιστικών φαρμά- κων. Ενημέρωση γιατρού.</p>	<p>α) Βοήθεια της άρ- ρωστης με διάλογο για να ενθαρρυνθεί και να αλλάξει η ψυχολογική της διά- θεση. β) Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφρά- σει τα συναισθήμα-</p>	<p>Συγά-συγά παρατηρεί- ται αλλαγή στην ψυ- χολογική διάθεσή της.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ

ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

τά του και τις ανη-
συχίες της όποιες
και αν είναι αυτές.
Υ) Χορήγηση ηρεμι-
στικών για την κατα-
πολέμηση του άγχους
μετά από εντολή για-
τρού.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Τελειώνοντας την εργασία, πρέπει να τονίσουμε τα εξής: Η σημασία της υπέρτασης, στη διάρκεια της κύησης είναι πολύ μεγάλη επειδή είναι μια συνηθισμένη επιπλοκή της εγκυμοσύνης.

Ανήκει στην τριάδα των επιπλοκών, που ακόμα συνεχίζουν να είναι υπεύθυνες για τους περισσότερους μητρικούς θανάτους.

Είναι μια σπουδαία αιτία για αρκετή περιγεννητική θνησιμότητα του παιδιού και πολύ μεγάλη νοσηρότητα της μητέρας.

Το πως κάποια εγκυμοσύνη ξεκινάει ή χειροτερεύει μια υπερτασική νόσο των αγγείων μαζί με τις επακόλουθες επιπλοκές παραμένει ακόμη ανεξήγητο παρά τις εντατικές έρευνες που έγιναν για πολλές δεκαετίες, και ανήκει στα άλυτα προβλήματα της μαιευτικής.

Κρίνεται αναγκαία η ενημέρωση και η γνώση του κοινού, αρκετών υγιεινών κανόνων της καθημερινής ζωής που παρεμποδίζουν την δημιουργία της τοξιναιμίας.

Οι θάνατοι που είναι ιδυνάτο να συμβούν σε μητέρες και σε νεογνά από υπέρταση, που προκάλεσε ή χειροτέρεψε η εγκυμοσύνη, μπορεί να προληφτούν ιδιαίτερα.

Σημαντικό ρόλο στη σωστή και αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία της τοξιναιμίας παίζει η νοσηλευτική.

Η νοσηλευτική αποβλέπει στο να βοηθήσει την ασθενή, να αποκτήσει την υγεία της ξανά, να ακολουθήσει τη θεραπευτική αγωγή όπως έχει καθορισθεί, να την ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου, να την στηρίξει ψυχολογικά. Η συμβολή της νοσηλεύτριας-τη φτάνει σε ικανοποιητικό βαθμό όταν γνω-

ρίξει καλά και εφαρμόζει πιστά τις θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής.

Πάνω από κάθε τι υπερέχει το ανθρωπιστικό στοιχείο, η ηθική τόνωση και η συμπαράσταση του ατόμου.

Ολόκληρη η ψυχική διάθεση, επιδρούν στην καλή ή κακή πορεία της ασθένειας. Η θέληση του αρρώστου να θεραπευθεί και η αισιοδοξία του συντελούν στην υπερνίκηση της ασθένειας.

Η αρρώστια είναι ψυχοσωματική δυσαρμονία και για να αντιμετωπισθεί πρέπει να δούμε τον ασθενή σαν ψυχοσωματική ύπαρξη.

Βέβαια μπροστά στην πρόοδο της υγείας των ασθενιών η νοσηλευτική και η ιατρική επιστήμη πρέπει να αποτελούν μια άρρηκτη ενότητα.

Ετσι με άριστη συνεργασία ιατρικής και νοσηλευτικής θα υπάρχει καλή προγεννητική φροντίδα - παρακολούθηση και σωστή θεραπεία της τοξιναιμίας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΒΛΑΧΟΣ Δ. ΙΩΑΝΝΗΣ - Καθηγητής της 1ης βαθμίδας του Ιατρικού τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών - Ειδική Ανατομία ΙΙ - Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανού - ΑΘΗΝΑ 1985.
- DESPOPOULOS AGAMEMNON - STEFAN SILBERNAGE - Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα
ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: Κωστόπουλος Γ. Αναπληρωτής καθηγητής φυσιολογίας Πανεπιστημίου Πατρών - Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας - ΑΘΗΝΑ 1989.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ.Ε. - Βασική μαιευτική περιγεννητική ιατρική και γυναικολογία - Μέρος πρώτο - Ιατρικές εκδόσεις Γιαννακόπουλος Δ. - ΑΘΗΝΑ 1988.
- ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΣ Π. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ - Μαιευτική - Έκδοση Α' - ΑΘΗΝΑ 1987.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. - Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική - Μέρος 1ο - Τόμος Β' - Εκδοσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α. - ΑΘΗΝΑ 1989.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. - Νοσηλευτική Παθολογική χειρουργική - Μέρος 2ο - Τόμος Β' - Εκδοσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α. - ΑΘΗΝΑ 1988.
- ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ ΣΕΓΙΟΣ Ι. - Καθηγητής Α' μαιευτικής και γυναικολογικής κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης - Μαιευτική και γυναικολογία - Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Κ. Γρηγόριος - ΑΘΗΝΑ 1985.
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ ΑΔ. - Σημειώσεις γυναικολογίας και μαιευτικής για τους σπουδαστές Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρας - ΠΑΤΡΑ 1990.

- ΝΕΣΤΟΡΟΣ Ι.Ν. - Μαιευτήρας γυναικολόγος - Συνοπτική μαιευτική και γυναικολογία - Εκδοση Α' - ΑΘΗΝΑ 1976.
- ΝΗΦΟΡΟΣ Δ. - Ιατρός - επιστημονικός συνεργάτης της Ανατομικής του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών - Ανατομία Ι - Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Γρ. - ΑΘΗΝΑ 1986.
- ΝΙΚΟΛΑΟΥ Γ. ΧΑΡΩΝΗ - Χειρουργού Μαιευτήρα - Μαιευτική - Εκδοση Α' - ΑΘΗΝΑ 1988.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. - Καθηγητής Μαιευτήρας και γυναικολόγος Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης - Μαιευτική-γυναικολογία - Εκδόσεις Ν. Παπανικολάου - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1985.
- ΠΕΤΡΟΥ - Σημειώσεις Ανατομίας για τους σπουδαστές του ΤΕΙ Πάτρας - ΠΑΤΡΑ 1989.
- ΠΟΥΓΓΟΥΡΑΣ Θ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ - Δρ. Καθηγητής ΤΕΙ Θεσσαλονίκης - Μαιευτική-γυναικολογία - Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β.
- ΡΑΓΙΑ ΧΡ. ΑΦΡΟΔΙΤΗ - Αναπληρωτής Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών - Βασική Νοσηλευτική - ΑΘΗΝΑ 1987.
- ΣΑΧΙΝΗ ANNA-ΚΑΡΔΑΣΗ ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ - Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική - Τόμος 1ος - Επανεκδοση Εκδόσεις "ΕΒΙΤΑ" ΑΘΗΝΑ 1985.
- HARRISON - Εσωτερική Παθολογία - Τόμος Β' - 10η Εκδοση - Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Γρ. - ΑΘΗΝΑ 1987.