

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

" ΤΟΚΕΤΟΣ "

Υπεύθυνη καθηγήτρια:

κα Γεωργούση Παρασκευή

Σπουδάστρια:

ΧΑΤΖΗ ΜΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ, 1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	829 B
----------------------	-------

Αφιερώση

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στους πολυαγαπημένους μου γονείς, οι οποίοι, αφού έγιναν συνδημιουργοί στο έργο του Θεού και με έφεραν στον κόσμο, θυσιάστηκαν ολοκληρωτικά για μένα και με κόπους και καρδιοχτύπια με βοήθησαν να αναλάβω και να ολοκληρώσω το πολυσήμαντο έργο της Νοσηλεύτριας.

Ευχαριστώ ακόμη τους φορείς της νοσηλευτικής, που τα τρισήμισυ αυτά χρόνια με βοήθησαν και με έκαναν να συλλάβω αρκετά θετικά και με πέρασ την έννοια "βοήθεια προς το συνάνθρωπο".

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΜΕΡΟΣ 1ο	
A.1. Ανατομία γεννητικού συστήματος γυναίκας	2
A.2. Φυσιολογία της γυναίκας	9
Εμμηνος ρύση	10
Εκκριση ορμονών που ελέγχουν την έμμηνο ρύση	11
Λειτουργία οιστρογόνων	11
ΜΕΡΟΣ 2ο	
B.1. Γονιμοποίηση - Αρχικά στάδια εμβρύου	12
Ομφάλιος λώρος	19
Αμνιακό υγρό	19
Φυσιολογία της εγκύου γυναίκας	20
Πώς θα διαγνώσουμε μια κύηση	21
Πιθανά σημεία κύησης	21
Βέβαια σημεία κύησης	21
Παρακολούθηση εγκύου	22
Σωστή διατροφή	23
Κάπνισμα και εγκυμοσύνη	24
B.2. Τοκετός	26
Παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη του τοκετού	26
Μηχανικά ερεθίσματα	26

Φυσιολογικοί και ανατομικοί παράγοντες που συμμετέχουν στον τοκετό	28
Πρώτο στάδιο τοκετού - στάδιο διαστολής	30
Δεύτερο στάδιο τοκετού - στάδιο εξώθησης	32
Τρίτο στάδιο τοκετού - στάδιο υστεροτοκίας	33
Παρακολούθηση και διεξαγωγή τοκετού	35

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Γ.1. Νοσηλευτική φροντίδα επίτοκου	38
Νοσηλευτική φροντίδα στο πρώτο στάδιο του τοκετού	40
Νοσηλευτική φροντίδα στο δεύτερο στάδιο του τοκετού	44
Νοσηλευτική φροντίδα στο τρίτο στάδιο του τοκετού	49
Περίοδος λοχείας	51
Διατροφή λεχώιδος	52
Λοιμώξεις λοχείας και νοσηλευτική αντιμετώπιση	53
Ενδείξεις καισαρικής τομής - επιπλοκές και νοσηλευτική φροντίδα	55

Γ.2. Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε επίτοκο με φυσιολογικό τοκετό	61
1ο περιστατικό	61
2ο περιστατικό	64

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	69
----------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η πτυχιακή αυτή εργασία δεν αναφέρει τίποτε άλλο, παρά το ωραιότερο και φυσικότερο θαύμα, τη γέννηση. Αρχίζει με το συγκλονιστικό γεγονός της σύλληψης, της γονιμοποίησης, της ανάπτυξης του εμβρύου και ολοκληρώνεται με τη γέννηση.

Το θαύμα αυτό έχει σαν κεντρικό του πρόσωπο τη μητέρα.

Με τη γέννηση ενός νέου ανθρώπου οι γονείς γίνονται συνδημιουργοί στο έργο του θεού και δίνεται νόημα στην ύπαρξή τους. Περιγράφονται ακόμη όλα τα στοιχεία που πρέπει να γνωρίζει η μητέρα, τόσο για τη φροντίδα τη δική της όσο και για τη σωστή ανάπτυξη του εμβρύου. Τέλος, για όσους γνωρίζουν τον όρο "μητέρα", θα καταλάβουν μέσα απ' αυτή την εργασία ότι είναι το πιο ιερό πρόσωπο που μπορεί να φέρει το πολυτιμότερο δώρο στον κόσμο, ένα παιδί.

Π Ρ Ω Τ Ο Μ Ε Ρ Ο ΣΑ. 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται:

- α) Από τα έξω γεννητικά όργανα.
- β) Από τα έσω γεννητικά όργανα.

Το όριο μεταξύ των δυο γεννητικών οργάνων είναι ο παρθενικός υμένας.

Αιδοίο λέγεται το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

- α) Τα έξω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν τα εξής:
 - Τα μεγάλα χείλη. Αυτά είναι πτυχές του δέρματος. Καλύπτουν τα μικρά χείλη και προσφέρουν μεγάλη προστασία της εισόδου του κόλπου. Καλύπτονται από κανονική επιδερμίδα. Τα μεγάλα χείλη είναι δυο επιμήκεις και λιπώδεις πτυχές δέρματος, που αρχίζουν από το εφηβαίο, φέρονται προς τα κάτω και πίσω αφορίζουν το αιδοϊκό σχίσμα. Τα πρόσθια άκρα των μεγάλων χειλέων ενώνονται και σχηματίζουν πρόσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων. Τα οπίσθια άκρα αυτών ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμό των μεγάλων χειλέων. Η έξω επιφάνεια στην έφηβο γυναίκα είναι τριχωτή και υπόμαυρη και χωρίζεται από τη ρίζα σύστοιχου μηρού με την αιδομικρική αύλακα. Η έσω επιφάνεια χωρίζεται από το σύστοιχο μικρό χείλος με τη μεσοχείλια αύλακα και έχει όψη βλεννογόνου.
 - Τα μικρά χείλη (ή νύμφες) βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη. Είναι πτυχές του δέρματος άτριχες και έχουν όψη και σύσταση βλεννογόνου. Η έξω επιφάνεια των μικρών χειλέων

χωρίζεται από το σύστοιχο μεγάλο χείλος με τη μεσοχείλια αύλακα. Η έσω επιφάνεια αφορίζει το πρόδρομο του κολεού. Από το στόμιο του κολεού και το στόμιο της ουρήθρας χωρίζεται με τη νυμφουμενική αύλακα. Με το πρόσθιο άκρο ενώνεται με την κλειτορίδα, ενώ το οπίσθιο άκρο ενώνεται με το αντίθετο και σχηματίζει το χαλινό των μικρών χειλέων του αιδοίου. Από τους σηματογόνους αδένες των μικρών χειλέων εκκρίνεται το σμήγμα της κλειτορίδας.

- Την κλειτορίδα, η οποία προστατεύεται και καλύπτεται τελείως από το δέρμα, στο σημείο που ενώνονται τα μικρά χείλη. Ακόμα, κοιτάζοντας προσεκτικά βλέπουμε ότι η κλειτορίδα αποτελείται από σθητικό ιστό και σε πολλές γυναίκες παίζει μεγάλο ρόλο στον οργασμό. Το κυρίως σώμα της κλειτορίδας είναι καλυμμένο. Το τμήμα που βλέπουμε μοιάζει με μικρό βόλο, που λέγεται βάλανος. Το μήκος της ποικίλει από γυναίκα σε γυναίκα, από 6 έως 22 χιλιοστά. Είναι το πιο λεπτό όργανο του αιδοίου. Ο αδένας καλύπτεται από πτυχή δέρματος που μπορεί να αποσυρθεί και να την αποκαλύψει.
- Τον πρόδρομο του κολεού, με έδαφος τον παρθενικό υμένα. Μέσα στον πρόδρομο εκβάλλουν εκφορητικοί πόροι των βαρθολίνειων αδένων, οι οποίοι βρίσκονται στη βάση των μεγάλων χειλέων, έχουν σχήμα φασολιού και ανταποκρίνονται στο σεξουαλικό ερέθισμα με μεγάλη αύξηση των εκκρίσεών τους.
- Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης. Ονομάζεται έτσι η σαρκώδης στρογγυλεμένη επιφάνεια που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Το δέρμα του εφηβαίου έχει ιδρωτοποιούς και σηματογόνους αδένες. Περίπου δυο χρόνια πριν από την εμφάνιση της περιόδου αρχίζει να εμφανίζεται η

χαρακτηριστική τριχοφυΐα του. Το σημείο που ενώνονται τα οστά της λεκάνης λέγεται ηβική σύμφυση.

- Τον παρθενικό υμένα. Είναι μια λεπτή μεμβρανώδης πτυχή που περιβάλλει την είσοδο του κόλπου. Το πάχος και το σχήμα του ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα. Το στόμιο αυτό είναι μικρότερο στις ανύπαντρες γυναίκες και διαρρηγνυται στην πρώτη τους σεξουαλική επαφή. Τα υπολείμματα του υμένα τα λέμε μύρτα.
- Περίναιο λέγεται το τμήμα της περιοχής που βρίσκεται μεταξύ σχισμής κόλπου και πρωκτού. Το μήκος του ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα. Το περίνεο είναι μια ρομβοειδής χώρα, που αντιστοιχεί στο κάτω στόμιο της ελάσσονος πυέλου. Το σύνολο των μαλακών μορίων που το αποτελούν ονομάζεται πυελικό έδαφος. Το περίνεο τεντώνεται και μπορεί να τραυματισθεί ή να σχιστεί κατά την έξοδο του εμβρύου. Για την αποφυγή των παραπάνω ο γιατρός κατά την έξοδο του εμβρύου εκτελεί την περινεοτομή, γιατί αν δεν την κάνει και σχιστεί μόνη της η επίτοκος αργότερα θα έχει προβλήματα, όπως απώλεια κοπράνων κ.ά.

β. Τα έσω γεννητικά όργανα, αποτελούνται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

Ο κόλπος είναι το άνοιγμα που αρχίζει από το εσωτερικό του αιδοίου ως γύρω από τον τράχηλο της μήτρας. Μοιάζει με σωλήνα ελαστικό, που τα τοιχώματά του εφάπτονται ενώ το μήκος του είναι περίπου 9 εκατοστά και η διάμετρός του 8 εκατοστά.

Τα τοιχώματά του είναι πτυχωτά με μεγάλη ελαστικότητα. Το περιβάλλον του κόλπου είναι όξινο και χρησιμεύει για να προστατεύει τη γονιμότητα των σπερματοζωαρίων και ακόμη

προφυλάσσει τον κόλπο από μόλυνση. Ο κόλπος βρίσκεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό.

Το μήκος και η διάμετρος του κόλπου, χάρις στην πτυχωτή εσωτερική επιφάνεια και στην πλούσια αιμάτωση, παρουσιάζουν μεγάλη ελαστικότητα κατά την ώρα του τοκετού. Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες, τον ινώδη, τον μυικό και το βλεννογόνο.

Στην αρχή της επαγγελματικής μου επαφής με τον τοκετό είναι αλήθεια ότι το γεγονός της διασταλτικότητας του κόλπου με άφηνε εκστατική. Εμεινα άφωνη παρακολουθώντας το κεφαλάκι του νεογνού να προβάλλει από μια διάμετρο 8 εκατοστών, που σιγά-σιγά διαστελλόταν και έφθανε τη διάμετρο των 34 εκατοστών, που είναι και η περίμετρος του κεφαλιού του νεογνού.

Σχέσεις: Προς τα εμπρός έρχεται σε επαφή με την ουροδόχο κύστη, προς τα πίσω έρχεται σε επαφή με το ορθό, ενώ προς τα πλάγια υπάρχουν δυο κολπικοί σύνδεσμοι που συγκρατούν τον κόλπο προς το πυελικό τοίχωμα.

- **Τη μήτρα.** Αυτή βρίσκεται στο βάθος του κόλπου. Έχει σχήμα και μέγεθος μικρού αχλαδιού, που το εσωτερικό του είναι κενό. Το μήκος της είναι περίπου 8 εκατοστά και το πλάτος της περίπου 5 εκατοστά. Τα τοιχώματά της έχουν αρκετό πάχος, μιας και αποτελούνται από πολλές στοιβάδες μυών. Υπολογίζεται πως η χωρητικότητα της μήτρας αυξάνει ως το τέλος της εγκυμοσύνης 500 φορές και μπορεί να χωρέσει 4-8 λίτρα.

Το κατώτερο τμήμα της μήτρας αιουμπά μέσα στον κόλπο και λέγεται τράχηλος. Κατά μήκος του τράχηλου υπάρχει τρύπα με διάμετρο βελόνας πλεξίματος που ονομάζεται στόμιο του τραχήλου. Από το σημείο αυτό βγαίνουν οι εκκρίσεις της μήτρας και η

περίοδος. Η διάμετρος αυτή στη διάρκεια του τοκετού θα πρέπει να συμπληρώσει 34 εκ. διαμέτρου, που είναι απαραίτητη για να μπορέσει να περάσει το κεφαλάκι και το σώμα του νεογνού την ώρα του τοκετού. Από το στόμιο του τραχήλου θα περάσουν τα σπερματοζωάρια για να προχωρήσουν μέσα στη μήτρα.

Το ανώτερο τμήμα της μήτρας λέγεται πυθμένας. Το άνοιγμα που ενώνει της σάλπιγγες με τη μήτρα λέγεται μητρικό στόμιο. Στη μήτρα διακρίνουμε τις εξής στοιβάδες:

- **Ενδομήτριο**, το οποίο είναι ένα εξαιρετικά ειδικευμένο στρώμα από αδενικό ιστό, που αποβάλλεται κατά την έμμηνο ρύση και υπό την επίδραση των ορμονών μετατρέπεται και σχηματίζει το φθαρτό υμένα, απαραίτητο για τη διατήρηση και συνέχιση της εγκυμοσύνης.
- **Μυομήτριο**, το οποίο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, οι οποίες συσπόμενες στον τοκετό προκαλούν τη διαστολή του τραχήλου και την έξοδο του εμβρύου.
- Την ορογόνο στοιβάδα.

Σύνδεσμοι μήτρας: Ο μυς της μήτρας δεν ελέγχεται εκούσια. Η μήτρα στηρίζεται προς τα εμπρός με τους δυο στρογγυλούς συνδέσμους και προς τα πίσω με το ζεύγος των ιερομητρικών συνδέσμων. Στα πλάγια στηρίζεται με τους πλατιούς συνδέσμους, που είναι πτυχές του περιτοναίου και στο άνω χείλος τους φέρονται οι ωαγωγοί. Επίσης υπάρχουν και οι πλάγιοι τραχηλικοί, με σημασία γυναικολογική - χειρουργική. Όπως όλα τα όργανα της λειάνης, έτσι και η μήτρα κινείται ελεύθερα και ανώδυνα. Όταν η μήτρα κλίνει προς τα πίσω ονομάζεται ανεστραμμένη μήτρα. Αν η μήτρα αναστραφεί από μόλυνση ή αρρώστεια, το φαινόμενο αυτό λέγεται επίκτητη αναστροφή.

Νεύρα και αγγεία μήτρας

Τα νεύρα της μήτρας προέρχονται από το μητροκοιλιακό και ωθηκικό πλέγμα. Η μήτρα αιματώνεται από τη μηριαία αρτηρία και εν μέρει από την ωθηκική αρτηρία. Οι φλέβες εκβάλλουν στην έσω λαγόνια και την έσω σπερματική φλέβα.

- Σάλπιγγες. Είναι δυο μυώδεις σωλήνες κλεισμένοι μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου. Ο καθένας απ' αυτούς με το ένα άκρο του ακουμπά στη σύστοιχο ωθήκη, ενώ με το άλλο άκρο του εκβάλλει στη μήτρα. Οι σάλπιγγες χρησιμεύουν για να μεταφέρουν τα ωάρια στη μήτρα και για τη γονιμοποίηση του ωαρίου μέσα στη λήκυθο αυτών. Ο βλεννογόνος των σαλπίγγων αποτελείται από μονόστιβο κροσσωτό επιθήλιο. Το έξω άκρο της σάλπιγγας σχηματίζει ένα άνοιγμα σα χωνί, όπου το τοίχωμα χωρίζεται σε δυο δακτυλοειδείς αποφύσεις, τους κροσσούς. Ακόμη οι σάλπιγγες αποτελούν το σπίτι του νεογονιμοποιημένου ωαρίου κατά τις επτά πρώτες ημέρες της ζωής του. Αν το ωάριο την έβδομη μέρα δεν εμφυτευθεί στη μήτρα τότε εμφυτεύεται στη σάλπιγγα και έχουμε την εξωμήτριο κύηση. Αιτίες που εμποδίζουν την εμφύτευση στη μήτρα μπορεί να είναι οι οργανικές βλάβες του τοιχώματος της σάλπιγγας.

- Ωθήκες, δεξιά και αριστερά. Είναι γεννητικοί αδένες που αντιστοιχούν στους όρχεις του άρρενος και παράγουν τη γεννητική ουσία του θήλεος, δηλαδή τα ωάρια. Οι ωθήκες διαπλάσσονται αρχικά δεξιά και αριστερά από την οσφυϊκή μορΙΑ της σπονδυλικής στήλης, από τον τρίτο όμως εμβρυϊκό μήνα αρχίζει η κάθοδος αυτών προς την ελάσσονα πύελο. Μόλις εμφανιστεί η ήβη η ωθήκη παίρνει την τυπική της θέση στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου που λέγεται ωθηκικός βόθρος. Οι ωθήκες περιέχουν χιλιάδες ωάρια. Μετά την εμμηνόπαυση, όταν δεν έχουν απομείνει άλλα ωάρια, οι

ωοθήκες μικραίνουν και ζαρώνουν. Οι ωοθήκες αιματώνονται από την ωοθηκική αρτηρία, η οποία περνά κάτω από τη σάλπιγγα και αναστομώνεται με τη μηριαία που ανέρχεται στο πλάγιο χείλος της μήτρας. Η αναστόμωση καλείται μητροωοθηκική αρτηρία.

Ενδοκρινής μοίρα ωοθηκών

Οι ωοθήκες έχουν δυο ρόλους:

- Την παραγωγή ορμονών.
- Την παραγωγή ωαρίων.

Οι ορμόνες είναι:

1. Τα οιστρογόνα.
2. Η προγεστερόνη.

Η έκκριση των οιστρογόνων αρχίζει από σχετικά μικρή ηλικία και αναπτύσσει και συντηρεί όλα τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου και συμβάλλει επίσης στη ρύθμιση της εμμηνορυσίας. Η προγεστερόνη που παράγεται από το ωχρο σωματίο είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης, καθώς και την ωρίμανση του ενδομητρίου. Η λειτουργία της ωοθήκης ελέγχεται άμεσα και διέπεται από τον αδένα της υπόφυσης, η οποία παράγει την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη FSH που διοχετεύεται στο αίμα και κυκλοφορεί στην ωοθήκη που προκαλεί το σχηματισμό, την αύξηση και ωρίμανση των ωοθυλακίων και η LH την πρόκληση ωορρηξίας μαζί με την FSH και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου. Ακόμα η προλακτίνη, που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου.

A. 2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Στην εφηβική ηλικία αρχίζει ο κύκλος της αναπαραγωγής, που ρυθμίζεται από ορμόνες. Η εφηβική ηλικία επιφέρει μεγάλες αλλαγές, τόσο στο σώμα όσο και στην αλλαγή του κοριτσιού σε γυναίκα. Η έμμηνος ρύση εμφανίζεται σε ηλικία 10-12 ετών και τερματίζεται περίπου στα 45-50 χρόνια της γυναίκας.

Το κέντρο ελέγχου της έμμηνης ρύσης βρίσκεται στον υποθάλαμο, που είναι ένα τμήμα του εγκεφάλου. Ο υποθάλαμος στέλνει πληροφορίες στην υπόφυση, δίνοντας έτσι εντολή απελευθέρωσης ορμονών, όπως είναι η θυλακιοτρόπος και η ωχρινοτρόπος ορμόνη. Και οι δυο συντελούν στην ωρίμανση του ωαρίου και προετοιμάζουν το έδαφος για τη σύλληψη. Με την επίδραση ορμονών κάθε μήνα ωριμάζει ένα ωθηλάκιο, για να σπάσει και να ελευθερώσει το ωάριο. Αυτό λέγεται ωορρηξία. Μετά την ωορρηξία το ωθηλάκιο ονομάζεται ωχρό σωματίο και εκκρίνει μια ορμόνη που λέγεται προγεστερόνη. Η ορμόνη αυτή ρυθμίζει την έκκριση θρεπτικών ουσιών από τους ενδομήτριους αδένες, με σκοπό την υπεραιμία, υπερτροφία και υπερπλασία του βλεννογόνου της μήτρας, με σκοπό να δημιουργηθεί κατάλληλο περιβάλλον για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Μετά την ωορρηξία το ωάριο παραλαμβάνεται από την κροσσωτή απόληξη της σάλπιγγας και με περισταλτικές κινήσεις προχωρεί προς τη μήτρα. Η διαδρομή διαρκεί περίπου έξι ημέρες. Η γονιμοποίηση, η ένωση δηλαδή του ωαρίου με το σπερματοζωάριο, γίνεται στην αρχή της διαδρομής. Τα σπερματοζωάρια φθάνουν στο σημείο αυτό αφού περάσουν δια μέσου του κόλπου του τραχηλικού στομίου της μήτρας

και από εκεί προχωρούν δια μέσου της μητρικής κοιλότητας και περνούν από το μητρικό στόμιο της σάλπιγγας. Η ζωή του ωαρίου που δεν έχει γονιμοποιηθεί είναι δώδεκα περίπου ώρες. Αν δεν γονιμοποιηθεί πεθαίνει και κατατεμαχίζεται και απορροφάται από τα κύτταρα που επενδύουν τη σάλπιγγα.

ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ

Οι περισσότερες γυναίκες έχουν έμμηνο ρύση κάθε είκοσι οκτώ ημέρες. Σε περίπτωση που δεν γονιμοποιηθεί το ωάριο, δηλαδή δεν έχουμε εγκυμοσύνη, ο βλεννογόνος της μήτρας που, όπως είπαμε, είναι υπεραιμικός, υπερτροφικός και υπερπλαστικός για να θρέψει τον πρώτο καιρό το έμβρυο, δεν μπορεί να διατηρηθεί, αφού δεν έχει πια κανένα σκοπό. Αποκολλάται με μορφή αιμόρροιας και έχουμε την εμφάνιση από τον κόλπο της έμμηνης ρύσης. Η ωοτοκία επέρχεται τη δέκατη τέταρτη ημέρα του εικοσιοκταημέρου κύκλου.

Η ομαλή ωοτοκία δεν προκαλεί συνήθως ιδιαίτερα συμπτώματα, αλλά μια μικρή αδιαθεσία κάνει τις γυναίκες να νοιώθουν ότι έχουν ωοτοκήσει. Ο πόνος που νιώθουν εκδηλώνεται στη μια πλευρά του κάτω μέρους της κοιλιάς. Αυτό προέρχεται από τη ρήξη του ωοθυλακίου. Το μη γονιμοποιημένο ωάριο ζει μόνο δώδεκα ώρες και η γονιμοποίησή του μπορεί να γίνει μόνο στη δέκατη τέταρτη ημέρα του κύκλου. Τα σπέρματα μπορούν να ζήσουν μέσα στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας επί σαράντα οκτώ έως και εβδομήντα δύο ώρες. Από την ωορρηξία και μετά στο αίμα της γυναίκας κυκλοφορούν οιστρογόνα και προγεστερόνη.

ΕΚΚΡΙΣΗ ΟΡΜΟΝΩΝ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑ

Οι ορμόνες αυτές εκκρίνονται από το λοβό της υπόφυσης και είναι οι εξής:Α

- I) Η FSH, που έχει σαν σκοπό την ωρίμανση του ωοθυλακίου.
- II) Η LH, η οποία προκαλεί την πρόκληση ωορρηξίας μαζί με την FSH και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου.
- III) Η προλακτίνη, που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου. Η ωοθήκη δέχεται την επίδραση των γοναδοτροπινών και για την FSH ωριμάζει το ωοθυλάκιο, η κοκκώδης στοιβάδα του οποίου εκκρίνει τα οιστρογόνα.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ

Τα οιστρογόνα προκαλούν:

1. Υπερπλασία της μήτρας
2. έκκριση τραχηλικής βλέννης
3. υπερτροφία του ενδομητρίου
4. υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου
5. δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλλου.

Ακόμη στην ωοθήκη δια της LH προκαλείται η ωορρηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου σε ωχρό σωματίο, που εκκρίνει την προγεστερόνη, η οποία προκαλεί:

1. την τροποποίηση της υψής του ενδομητρίου,
2. μετριάζεται η κερατινοποίηση του επιθηλίου του κόλπου,
3. τροποποιείται η έκκριση της τραχηλικής βλέννης.

Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ**B.1. ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ - ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ**

Η ωορρηξία γίνεται στο μέσο του κύκλου. Αν κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας η γυναίκα έχει συνουσία το σπέρμα, μετά τη ρευστοποίηση που υφίσταται στο βάθος του κόλπου, παρέχει αριθμό κινούμενων σπερματοζωαρίων που, δια μέσου της τραχηλικής βλέννης της μήτρας των σαλπίνγων θα φθάσουν στην επιφάνεια της ωοθήκης και θα συναντήσουν το ωάριο μετά την ωορρηξία, ένα δε από αυτά θα γονιμοποιήσει το ωάριο, το οποίο θα κατέλθει δια των σαλπίνγων και θα εγκατασταθεί στην κοιλότητα της μήτρας. Η εγκατάσταση του γονιμοποιηθέντος ωαρίου εντός της μήτρας γίνεται έξι ημέρες μετά την ωορρηξία.

ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥ**2η εβδομάδα**

Σ' αυτό το στάδιο ένα γονιμοποιημένο κύτταρο βρίσκεται στη σάλπιγγα, που όμως δεν φαίνεται με γυμνό μάτι.

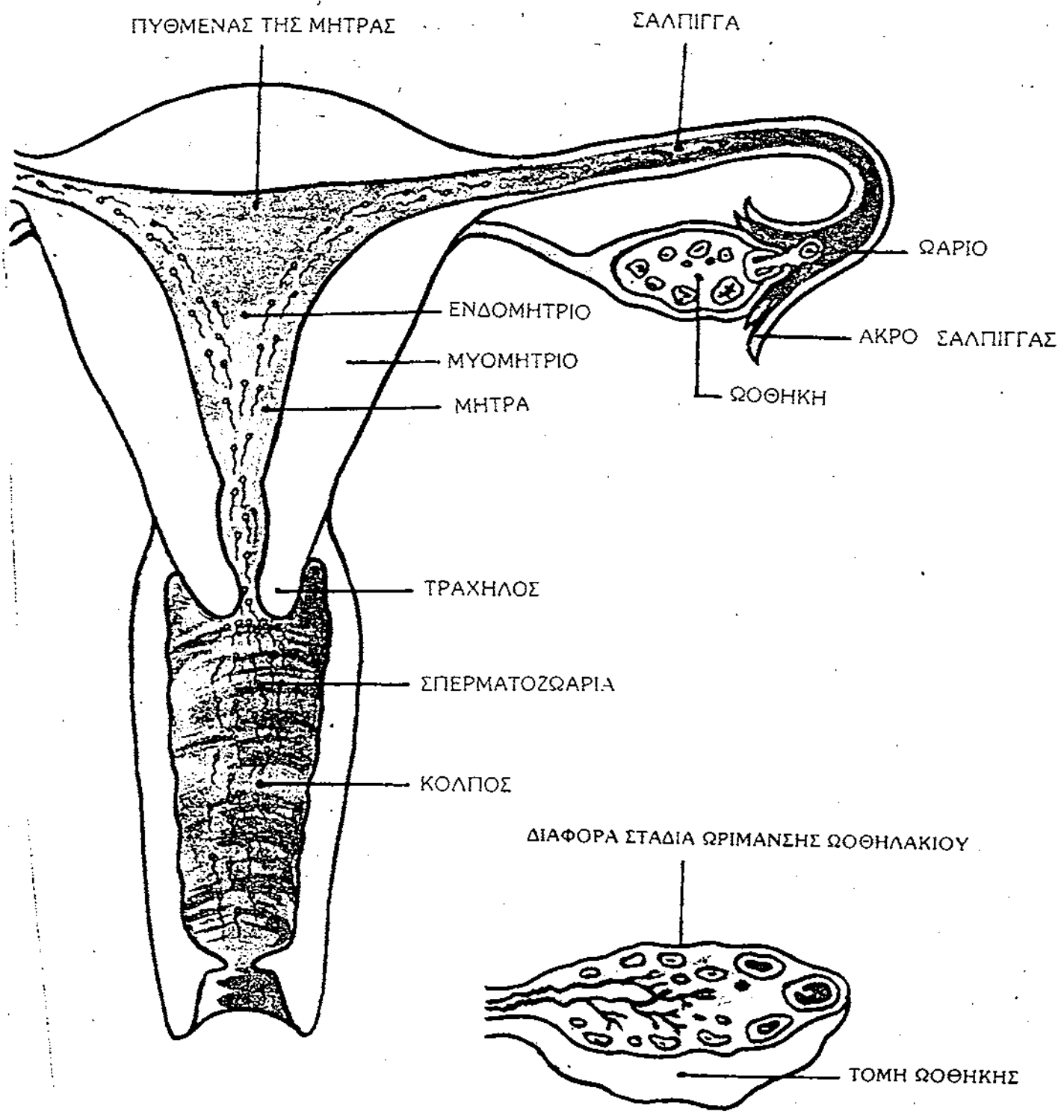
3η εβδομάδα

Εδώ το γονιμοποιημένο κύτταρο από τη σάλπιγγα κατεβαίνει στη μήτρα, όπου και εγκαθίσταται στο τοίχωμά της.

4η εβδομάδα

Το κυοφορούμενο σώμα αναπτύσσεται γρήγορα και μόλις αρχίζει να διακρίνεται. Το ωχρό σωματίο της ωοθήκης εξακολουθεί να ωριμάζει και να παράγει προγεστερόνη κι έτσι σταματάει η έμμηνος ρύση. Με την επίδραση της προγεστερόνης τα κύτταρα της εσωτερικής επιφάνειας της μήτρας σχηματίζουν τον υμένα, ο οποίος σχηματίζει στη μήτρα μια επένδυση.

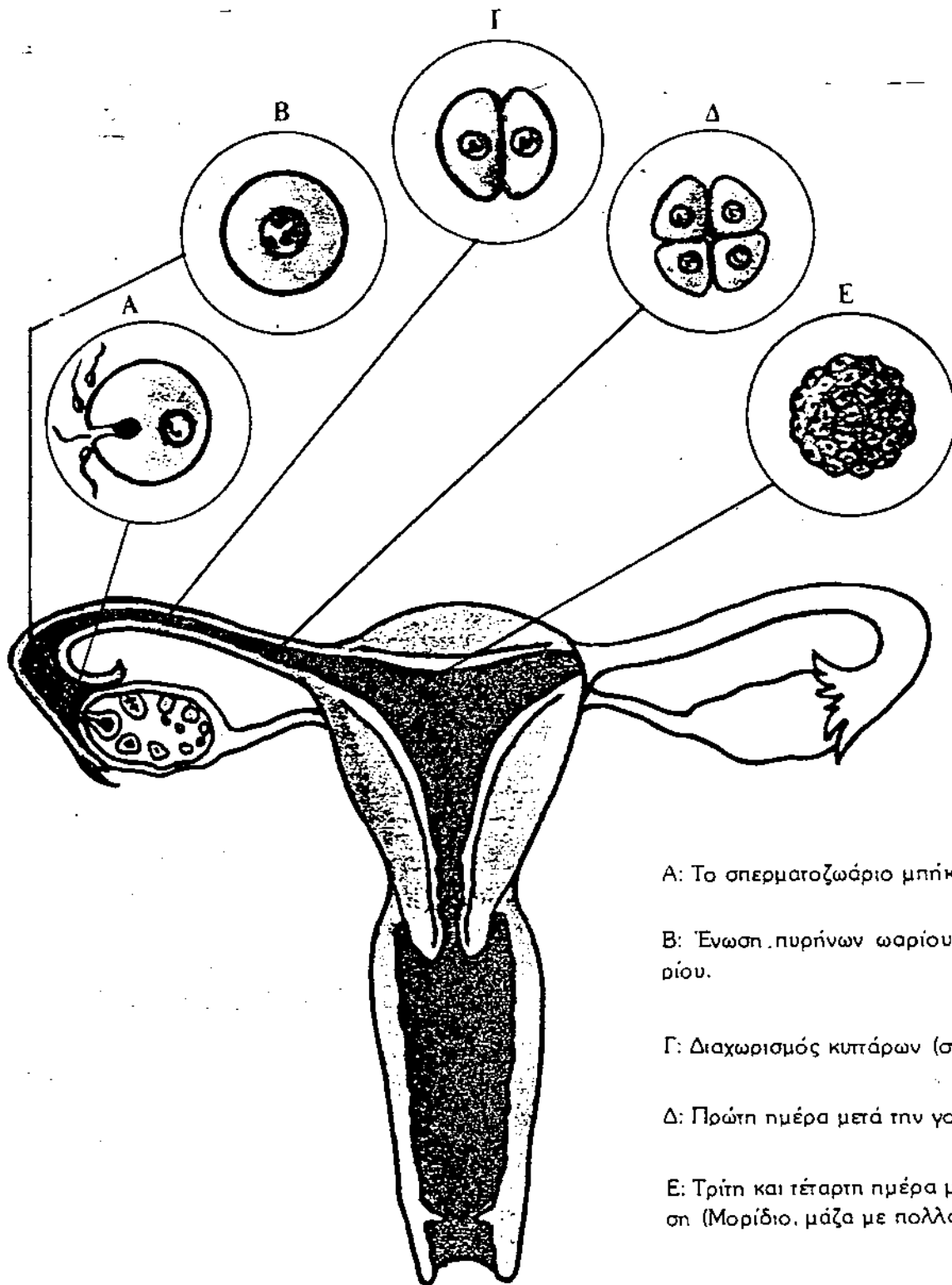
Εικόνα
ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ



Εικόνα

Η ΠΡΩΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΩΑΡΙΟΥ

Η πρώτη εβδομάδα της ζωής του γονιμοποιημένου ωαρίου



Α: Το σπερματοζωάριο μπήκε μέσα στο ωάριο!

Β: Ένωση πυρήνων ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Γ: Διαχωρισμός κυττάρων (στέδιο μίωσης).

Δ: Πρώτη ημέρα μετά την γονιμοποίηση.

Ε: Τρίτη και τέταρτη ημέρα μετά την γονιμοποίηση (Μορίδιο, μάζα με πολλά βλαστομερίδια).

5η εβδομάδα

Το κυοφορούμενο σώμα είναι ήδη ορατό και αρχίζει να σχηματίζεται.

6η εβδομάδα

Σχηματίζεται το στήθος, το κεφάλι, τα άνω και κάτω άκρα.

7η εβδομάδα

Την περίοδο αυτή τα άκρα έχουν σχηματισθεί καθαρά. Σχηματίζονται τα κύτταρα του αίματος και τα αιμοφόρα αγγεία. Η καρδιά έχει σχηματισθεί και χτυπά. Την εβδομάδα αυτή σχηματίζονται τα μάτια και το εσωτερικό των αυτιών.

9η εβδομάδα

Το έμβρυο φτάνει σε μια ολοκληρωμένη κάπως εμφάνιση. Τα μάτια έχουν αναπτυχθεί πλήρως. Εμφανίζεται η μύτη, τα γεννητικά όργανα.

13η εβδομάδα

Την εβδομάδα αυτή η μήτρα έχει τεντωθεί από την εγκυμοσύνη και ο αμνιακός θύλακας έχει αρκετό υγρό. Έτσι κινείται περισσότερο το έμβρυο, αλλά τα εσωτερικά όργανα δεν έχουν τελειοποιηθεί.

20η εβδομάδα

Τα μάτια του εμβρύου ανοίγουν και φαίνονται πλέον τα χείλη του αιδού ή οι όρχεις και μεγαλώνουν τα μαλλιά.

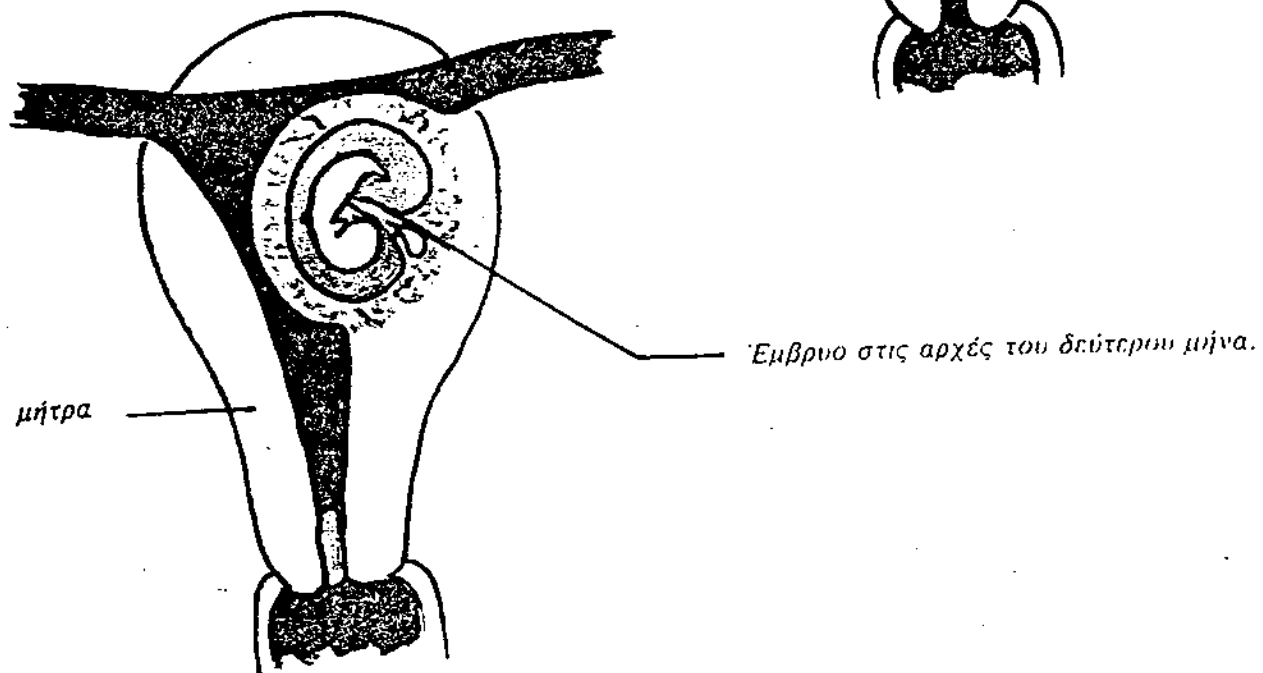
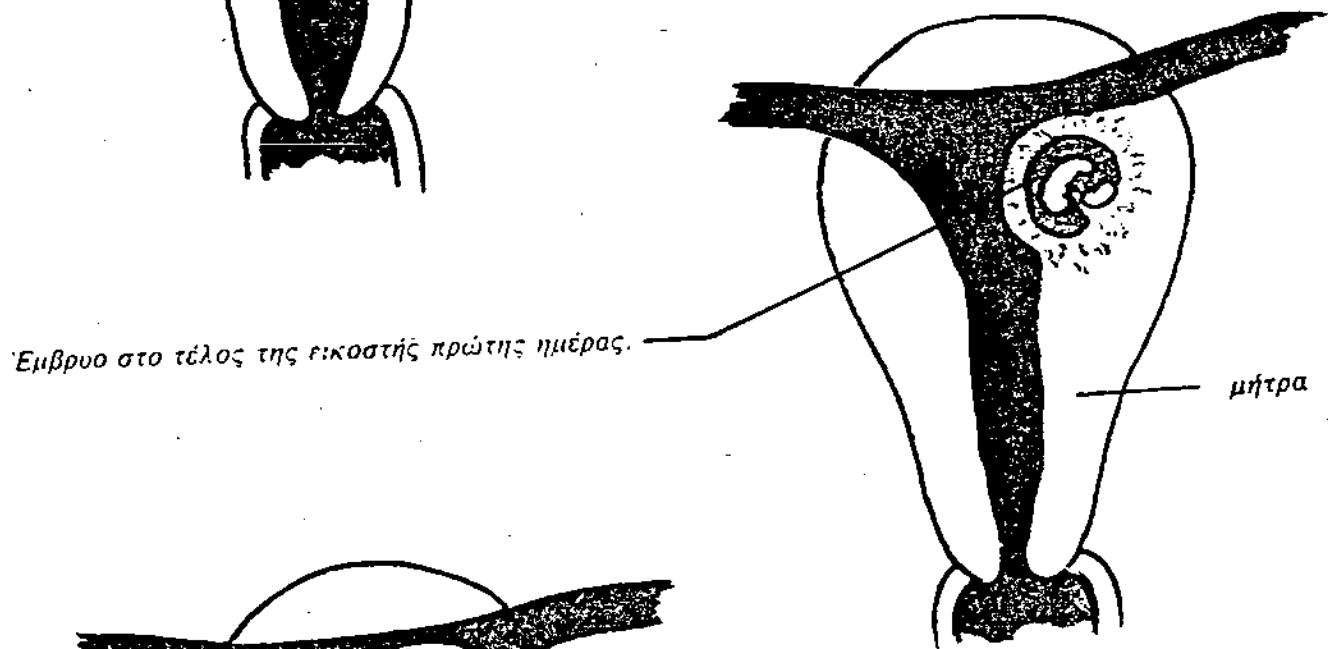
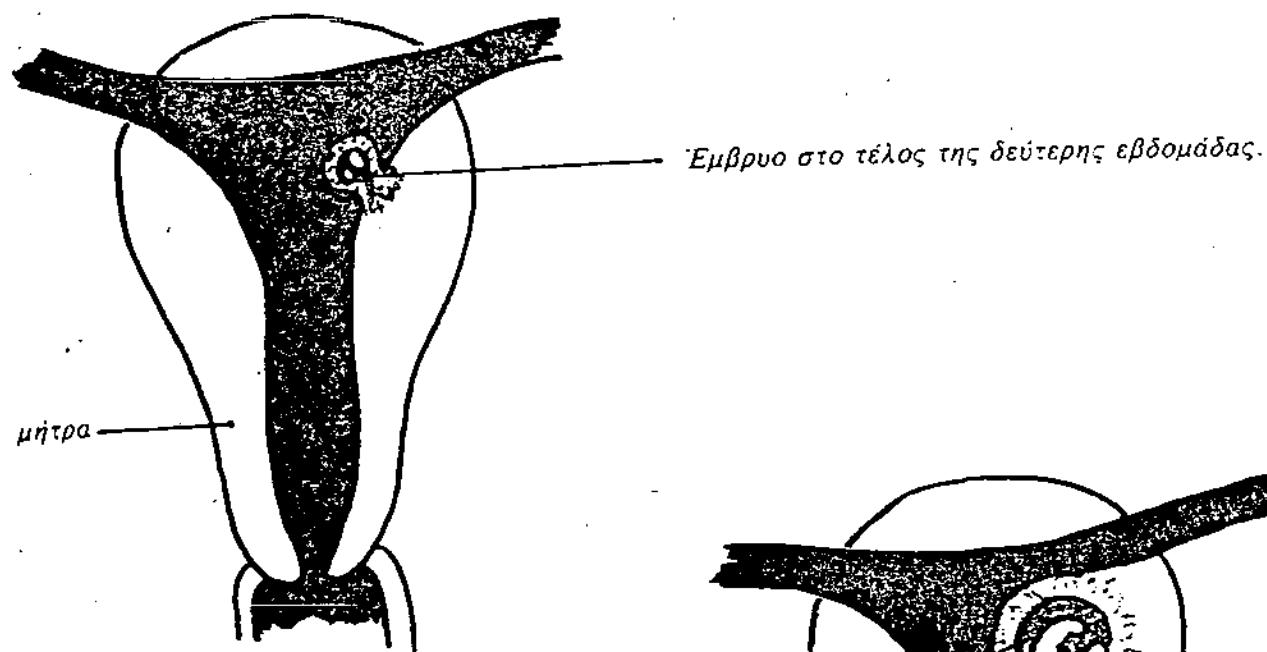
40η εβδομάδα

Το έμβρυο είναι ώριμο. Παίρνει μια μόνιμη στάση. Πολλές γυναίκες σ' αυτό το στάδιο, άλλες γεννούν πρόωρα κι άλλες έχουν μακρότερη κύηση.

Εικόνα

ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΝΗΣΗΣ

Διάφορα στάδια της εμβρυογέννησης



ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ ΚΑΙ ΣΕ ΤΙ ΧΡΗΣΙΜΕΥΕΙ

Μετά την 9η εβδομάδα και σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο πλακούντας αναλαμβάνει τη διατροφή και την οξυγόνωση του εμβρύου, σαν μια πρώτη μητέρα. Ο πλακούντας παίρνει από το μητρικό αίμα τις πρώτες ύλες και το οξυγόνο και τα μεταβιβάζει δια μέσου του ομφαλίου λώρου στο έμβρυο. Ο πλακούντας είναι το πιο παραγωγικό όργανο του εμβρύου. Δέκα εβδομάδες μετά τη σύλληψη, όταν ο πλακούντας δεν ζυγίζει πιο πολύ από 50 γραμμάρια, η συνολική παραγωγή του σε πρωτεΐνες υπολογίζεται στο 1,5 γραμμάριο την ημέρα. Το βάρος του πλακούντα στο τέλος της εγκυμοσύνης είναι 500 - 1000 γραμμάρια και εξαρτάται από το βάρος του εμβρύου. Όσο μεγαλύτερο είναι το έμβρυο τόσο μεγαλύτερος είναι και ο πλακούντας. Στον πλακούντα το αίμα του εμβρύου και το αίμα της μητέρας συναντώνται, αλλά δεν αναμιγνύονται. Το αίμα του εμβρύου κυκλοφορεί μέσα στις τριχοειδείς λάχνες. Μέσα στα τριχοειδή δεν περνά το ίδιο το αίμα της μητέρας αλλά τα συστατικά του αίματός της, τα οποία είναι απαραίτητα για το έμβρυο, όπως οξυγόνο, υδατάνθρακες, λευκώματα, λίπος, άλατα, σίδηρο, γαλακτοζάχαρη, βιταμίνες και ορμόνες.

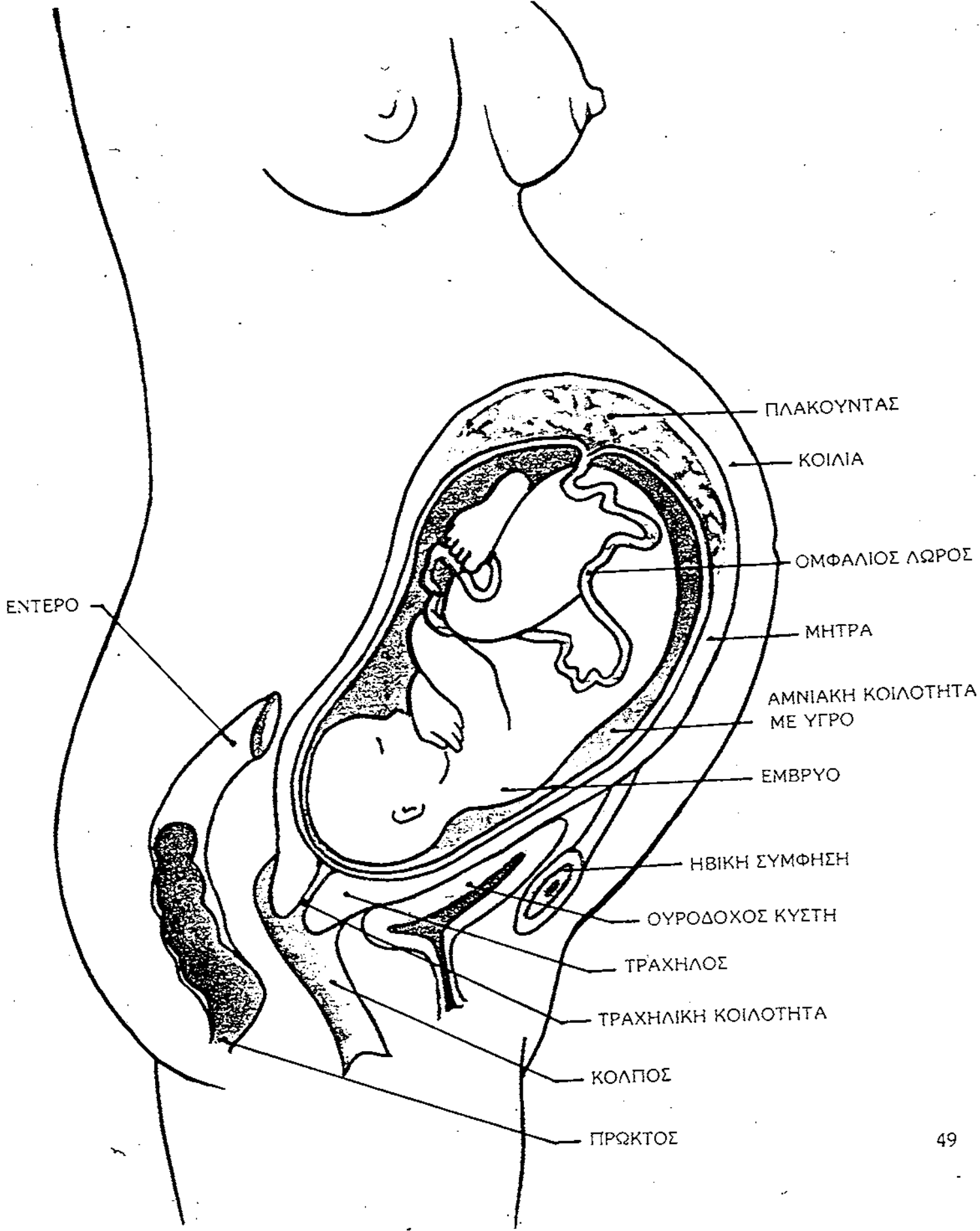
ΘΕΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΣΤΗ ΜΗΤΡΑ

Φυσιολογικά ο πλακούντας προσφύεται και αναπτύσσεται στον πυθμένα της μήτρας. Έχουμε τις εξής παραλλαγές σε ό,τι αφορά την τοπογραφική πρόσφυση του πλακούντα:

1. Χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα.
2. Παραχείλιος πρόσφυση του πλακούντα (όταν προσφύεται πολύ κοντά στο εσωτερικό στόμιο του τραχήλου της μήτρας).

Εικόνα
ΕΜΒΡΥΟ ΕΠΤΑ ΜΗΝΩΝ

Έμβρυο-επτά μηνών



3. Επιχειλίσκος πρόσφυση του πλακούντα (όταν η πρόσφυση του πλακούντα καλύπτει μέρος του τραχηλικού στομίου).
4. Επιπωματικός πλακούντας (όταν προσφύεται ο πλακούντας στο εσωτερικό τραχηλικό στόμιο).

ΟΜΦΑΛΙΟΣ ΛΩΡΟΣ

Ο ομφάλιος λώρος είναι σχοινοειδές μόρφωμα το οποίο περιέχει δυο ομφαλικές αρτηρίες και μια ομφαλική φλέβα. Ο ιστός που περιβάλλει τα ομφαλικά αγγεία λέγεται βαρθόειος ουσία. Το μήκος του ομφάλιου λώρου κυμαίνεται περίπου στα 60 εκ. Αν είναι μικρό δημιουργεί προβλήματα κατά τον τοκετό, όπως δυσχέρεια της εμπέδωσης της κεφαλής, αλλοίωση παλμών κατά την εξώθηση και εκστροφή της μήτρας μετά τον τοκετό. Η μακρά ομφαλίδα παρατηρείται σε μήκος άνω των 60 εκατ., της οποίας οι επιπλοκές είναι:

- α) πρόπτωση ομφαλίδος, ιδίως μετά τη ρήξη του θυλακίου,
- β) περιτύλιξη ομφαλίδος (συνήθως η περιτύλιξη γίνεται γύρω από το λαιμό),
- γ) κόμβος (η ομφαλίδα με τις κινήσεις του εμβρύου υφίσταται αληθή κόμβο, άλλες φορές περισσότερους του ενός).

ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ

Αμνιακό υγρό εννοούμε το περιεχόμενο της αμνιακής κοιλότητας. Μέσα σ' αυτό βρίσκεται το έμβρυο κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης. Το υγρό αυτό αποτελείται από νερό, οργανικά και ανόργανα άλατα.

Το αμνιακό υγρό χρησιμεύει:

- 1) Προστατεύει το παιδί και τον ομφάλιο λώρο από εξωτερικές μηχανικές επιδράσεις.
- 2) Επιτρέπει την ανάπτυξη του εμβρύου και την άνεση στις ικανότητές του.
- 3) Διατηρεί τη θερμοκρασία που ζει το έμβρυο σταθερή.
- 4) Προλαβαίνει το σχηματισμό κάποιων συμφύσεων.
- 5) Προστατεύει από ενδομήτριες λοιμώξεις.
- 6) Βοηθάει στην ομαλότερη διαστολή.
- 7) Όταν σπάει το θηλάκιο υγραίνεται το περιβάλλον, γλιστράει πιο εύκολα κατά την έξοδο.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΣ

Από την εγκατάσταση του ωαρίου μέχρι και το τέλος της κύησης η επίτοκος παρουσιάζει μεταβολές, τόσο κατά τη μορφολογία του σώματος όσο και τη λειτουργία των διαφόρων συστημάτων. Οι μεταβολές αυτές είναι:

- α) επώδυνη διόγκωση μαστών, ευαισθησία θηλών
- β) άλγος στο υπογάστριο όπως σε αναμενόμενη έμμηνο ρύση
- γ) αμηνόρροια, τάση προς έμετο, έμετος, αύξηση της όρεξης
- δ) αίσθημα μετεώρισμού, που οφείλεται σε αντίδραση από το νευροφυτικό σύστημα
- ε) υπέρχρωση των θηλών των μαστών της λευκής γραμμής κάτω από τον ομφαλό

στ) αύξηση του βάρους του σώματος από κατακράτηση ύδατος

ζ) αύξηση της διαμέτρου της κοιλιάς που οφείλεται σε αύξηση του μεγέθους της μήτρας.

Από τα άλλα συστήματα δυνατόν να παρουσιαστούν διαταραχές στην όραση, διόγκωση της υπόφυσης, διόγκωση του θυροειδούς.

ΠΩΣ ΘΑ ΔΙΑΓΝΩΣΟΥΜΕ ΜΙΑ ΚΥΗΣΗ

Η διάγνωση της κύησης κατά τους πρώτους μήνες αυτής στηρίζεται σε δυο κυρίως γεγονότα: α) την αμηνόρροια και β) την αύξηση του μεγέθους της μήτρας. Εκτός των άλλων σημείων, όλη η συμπτωματολογία της κύησης αποτελείται από κατηγορίες συμπτωμάτων.

A) Πιθανά σημεία κύησης

1. Συμπτώματα από το νευροφυτικό σύστημα.
2. Ιωδιόχρους χροιά και οίδημα του τραχήλου της μήτρας.
3. Συμπτώματα από τους μαστούς - επώδυνη διόγκωση.
4. Συχνουρία.
5. Συμπτώματα από το δέρμα - υπέρχρωση.

B) Βέβαια σημεία κύησης

1. Θετικό test κύησης (βιολογικό - ανοσοβιολογικό).
2. Σκιρτήματα του εμβρύου που γίνονται αντιληπτά μετά τον 4ο μήνα.

3. Παλμοί του εμβρύου που γίνονται αντιληπτοί αρχικά δια των υπερήχων και δια του κοιλιοσκοπίου.
4. Ακτινολογική απεικόνιση του σκελετού του εμβρύου.
5. Μητρικό φύσημα - το σημείο της ομφαλίδος.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΓΚΥΟΥ

Η γυναικολογική εξέταση κατά την κύηση είναι επιβεβλημένη:

- α) Στην αρχή της κύησης, προκειμένου να εκτιμηθεί η ενδομήτρια κύηση και να αποκλεισθεί μια έκτοπη ως εξωμήτρια.
- β) Μετά τα σκιρτήματα του εμβρύου για να εκτιμηθεί η πρόοδος της κύησης.
- γ) Κατά τους τελευταίους μήνες για να καθοριστεί το είδος του τοκετού.

Κατά την προσέλευση της εγκύου συμπληρώνεται μια κάρτα με τα στοιχεία της. Καταγράφονται το αρχικό βάρος του σώματος, η αρτηριακή πίεση, γίνεται ο έλεγχος του τραχήλου μέχρι τον 7ο μήνα για τυχόν ύπαρξη φλεγμονής, ακρόαση των καρδιακών παλμών με τους υπερήχους. Γίνεται διάγνωση του σχήματος, της προβλής κατά τους δυο τελευταίους μήνες.

Η έγκυος θα πρέπει να παρακολουθείται από το γιατρό κάθε μήνα στις αρχές, ενώ δυο φορές το μήνα τους τελευταίους μήνες της. Σε περιπτώσεις όπως:

- αιμορραγία
- ολιγουρία
- πονοκέφαλος
- απώλεια υγρών,

η έγκυος οφείλει αμέσως να ειδοποιήσει το γίατρό και να τον συμβουλευτεί.

ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Υγιής μητέρα, γερό και δυνατό μωρό

Η σωστή διατροφή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξασφαλίζει τόσο την υγεία του μωρού όσο και την υγεία της μητέρας. Προφυλάσσει από παθολογικές καταστάσεις και συγχύσεις, όχι μόνο τη μητέρα αλλά και το παιδί της. Η σωστή διατροφή έχει ζωτική σημασία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί αφ' ενός ολόκληρος ο μητρικός οργανισμός υπερλειτουργεί για να ανταπεξέλθει στις βιολογικές αλλαγές που η εγκυμοσύνη επιβάλλει και αφ' ετέρου γιατί μέσα σε εννέα μήνες θα πρέπει να αναπτυχθεί, να τελειοποιηθεί και να γεννηθεί ένα γερό μωρό. Εάν η διατροφή δεν είναι σωστή σε ποιότητα και ποσότητα, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα προβλήματα στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Οι τροφές που πρέπει να παίρνει η έγκυος είναι τροφές πλούσιες σε:

- * Λευκώματα
- * Ύδατάνθρακες
- * Λίπη και άλατα.

Ακόμη ειδικότερα παίρνει να παίρνει:

- το γάλα και τα παράγωγά του, που είναι τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες και ασβέστιο
- τα ψάρια και το κρέας, που είναι πλούσια σε λευκώματα
- τα φρούτα και τα λαχανικά, που είναι πλούσια σε άλατα και άμυλο,
- άφθονα υγρά.

Φυσιολογικά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει η έγκυος να πάρει 9-10 κιλά. Αν το βάρος αυξάνει απότομα, αυτό μπορεί να οφείλεται σε υπερβολική κατακράτηση υγρών ή και σε κακή διατροφή.

Καθαριότητα

Η καθαριότητα του σώματος είναι εντελώς απαραίτητη για κάθε άνθρωπο, ιδίαιτερα όμως στην έγκυο γυναίκα, γιατί δεν προστατεύει μόνο το σώμα από τη μόλυνση αλλά βοηθά στη σωστή λειτουργία του δέρματος, των νεφρών κ.λπ.

Είναι απαραίτητο να φροντίζεται η περιοχή του κόλπου και του πρωκτού.

Κάπνισμα και εγκυμοσύνη

Στατιστικές έρευνες απέδειξαν ότι οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν γεννούν μωρά με μικρότερο βάρος απ' αυτές που δεν καπνίζουν. Ακόμη οι έγκυες που καπνίζουν είναι πιο επιρρεπείς σε αποβολές και πρόωπους τοκετούς. Τελευταίες μελέτες αναφέρουν ότι η νικοτίνη μπορεί να ευθύνεται για μελλοντικά προβλήματα, όπως στην καρδιά, στα μάτια, αλλεργίες. Ακόμη το κάπνισμα βλάπτει και στο θηλασμό του νεογνού. Περνάει περίπου μισή ώρα μετά το κάπνισμα του τσιγάρου για να μην βρεθούν ίχνη νικοτίνης στο γάλα της λεχώνας.

Η ενδυμασία της επιτόκου, εκτός του ότι θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στη νέα διαμόρφωση του σώματος σε τρόπο ώστε να είναι άνετη και να επιτρέπει τόσο την καλή κυκλοφορία όσο και την αναπνοή, δεν θα πρέπει να περιλαμβάνει καλτσόδετες, διότι επιδεινώνουν την επιβαρυσμένη κυκλοφορία των κάτω άκρων.

Η εργασία

Η ομαλή κύηση δεν αποτελεί αντένδειξη για την μη κοπιώδη εργασία της επιτόκου. Σε περίπτωση που υπάρχει αιμόρροια ή άλγος στο υπογάστριο συνιστάται αποφυγή κάθε εργασίας και κλινοστατισμός. Από τον 8ο μήνα και μέχρι τον τοκετό χορηγείται άδεια.

B.2. ΤΟΚΕΤΟΣ

Παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη του τοκετού

Ποικίλοι εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες είναι δυνατό να επιδράσουν πάνω στη συσταλτικότητα του μυομητρίου και ν' ασκήσουν ιδιαίτερη επίδραση στην έναρξη του τοκετού. Είναι γνωστό ότι οι ορμόνες ρυθμίζουν τη λειτουργία των νευρικών και μυϊκών κυττάρων και επιδρούν στη λειτουργία άλλων ενδοκρινών αδένων. Έτσι, είναι εύκολο κανείς να συμπεράνει ότι ο ενδοκρινικός παράγοντας συμμετέχει ενεργά στην έναρξη του τοκετού.

Οι εξωτερικές επιδράσεις συμμετέχουν στην ενεργοποίηση του τοκετού. Από παρατηρήσεις που αφορούν σε κατώτερα θηλαστικά προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο τοκετός διεξάγεται σε ήσυχο περιβάλλον όπου υπάρχουν όσο γίνεται συνθήκες ασφάλειας ώστε να μην υπάρξει κίνδυνος να διαταραχθεί η διεξαγωγή του. Αντίθετα, βίαια και δυσάρεστα εξωγενή ερεθίσματα μπορούν να δράσουν ερεθιστικά πάνω στο μυομήτριο, άμεσα ή έμμεσα, ώστε να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό. Στον άνθρωπο οι περισσότεροι τοκετοί συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της νύχτας, με αιχμή στις 3 το πρωί.

Μηχανικά ερεθίσματα, με τη μορφή κυρίως βιοφυσιικής δράσης. Επιδρούν πάνω στην έναρξη του τοκετού με τη μεταβολή του όγκου της μήτρας. Η αύξηση του όγκου της μήτρας, όπως και η ελάττωσή του σε μικρό χρόνο, δρουν στην αύξηση της συσταλτικότητας. Στη δεύτερη περίπτωση θεωρείται πιο πιθανό ότι το υπέρτονο διάλυμα προκαλεί την απελευθέρωση προσταγλανδινών από το φθαυτό, που έχει ως αποτέλεσμα τη γρήγορη κινητοποίηση του μηχανισμού για την αποβολή του εμβρύου.

Η προγεστερόνη αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης και προφανώς συμμετέχει στην έναρξη του τοκετού. Η σύνθεση της προγεστερόνης γίνεται στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου στο ωχρό σωματίο της ωοθήκης που μεταβάλλεται μετά τη γονιμοποίηση σε ωχρό σωματίο της κύησης. Μετά τη 12η εβδομάδα της κύησης ο πλακούντας αναλαμβάνει στο μεγαλύτερο μέρος την παραγωγή της προγεστερόνης, που απαιτείται για τη διατήρησή της. Η αύξηση του μεγέθους της μήτρας που συνοδεύεται παράλληλα με την ελάττωση της συσταλτικότητάς της οφείλεται στην προγεστερόνη. Η προγεστερόνη προκαλεί υπερπόλωση των κυττάρων του μυομητρίου, ώστε το δυναμικό της κυτταρικής μεμβράνης να φτάσει τα 65 mv. Στη γυναίκα πριν και κατά τη διάρκεια του τοκετού δεν παρατηρείται σημαντική ελάττωση της προγεστερόνης που κυκλοφορεί στο αίμα, αλλά μετά την έξοδο του πλακούντα η πτώση της είναι ραγδαία. Φαίνεται ότι ο τοκετός αρχίζει με την ελάττωση της τοπικής δράσης της προγεστερόνης στους υποδοχείς πάνω στο μυομήτριο, με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση της δόμησης προσταγλανδινών.

Τα οιστρογόνα. Ιδιαίτερα η 17-Β οιστραδιόλη και η οιστριόλη, αποτελούν μια ομάδα στερινοειδών ορμονών που συνθέτονται από την ωοθήκη. Ο πλακούντας επίσης μπορεί να παράγει οιστρογόνα, αλλά κατά κύριο λόγο από τη σύνθεση πρόδρομων μεταβολιτών, που παράγονται τόσο από την εμβρυϊκή, όσο και από τη μητρική κυκλοφορία. Γενικά η δράση των οιστρογόνων αυξάνει τη διεγερσιμότητα και ευερεθιστότητα του μυομητρίου. Πιο ειδικά η ευαισθησία των λείων μυικών ινών της μήτρας γίνεται μεγαλύτερη σε ποικιλία εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως α) στο μηχανισμό της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου πάνω στον τράχηλο, β) στη δράση της οξυτοκίνης που

παράγεται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης της μητέρας και του εμβρύου, γ) στην επίδραση των προσταγλανδινών. Τα οιστρογόνα εμφανίζουν δράση πάνω στη συσταλτικότητα του μυομητρίου είτε με απευθείας δράση είτε έμμεσα, με την πρόκληση απελευθέρωσης οξυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό και των προσταγλανδινών από τον πλακούντα και το φθαυτό. Έχει αποδειχθεί ότι η χορήγηση οιστρογόνων συντελεί στην έναρξη του τοκετού. Υποστηρίζεται ότι η έναρξη των συστολών του τοκετού σχετίζεται με τις μεταβολές στη σχέση μεταξύ της προγεστερόνης και των μεταβολιτών της και των οιστρογόνων. Η υπερίσχυση της οιστρογονικής δράσης στο τέλος της κύησης σχετίζεται άμεσα με την έναρξη του τοκετού.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Ο τοκετός αποτελεί το σύνολο εκείνων των φυσιολογικών φαινομένων, που αποβλέπουν στην έξοδο του εμβρύου με τους υμένες και τον πλακούντα από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Ο ορισμός αυτός αποκλείει αυτόματα την καισαρική τομή από την έννοια του τοκετού.

Ήριμος ή τελειόμηνος είναι ο τοκετός που γίνεται μεταξύ της 37ης και 42ης εβδομάδας, ενώ μετά την 42η εβδομάδα χαρακτηρίζεται ως παρατασιακός ή υπερώριμος. Ως πρόωρος χαρακτηρίζεται ο τοκετός όταν συμβεί ανάμεσα στην 20η και 36η εβδομάδα της κύησης. Διακοπή της κύησης πριν από την 20η εβδομάδα χαρακτηρίζεται ως αυτόματη έκτρωση. Το βάρος του πρόωρου εμβρύου κυμαίνεται από 500 - 2.500 γραμ., ενώ του κυήματος της αυτόματης έκτρωσης είναι κάτω από 500 γραμ.

Οι παράγοντες που καθορίζουν την πορεία ενός τοκετού είναι, κατά κύριο λόγο, η κινητήρια δύναμη που ασκείται - από το μυομήτριο, οι χαρακτηριστικές διαμέτροι της πυέλου, η υφή και σύσταση των μαλακών μορίων του πυελογεννητικού σωλήνα και, τέλος, το μέγεθος, η θέση, η προβολή του εμβρύου. Καθοριστικός παράγοντας, που επηρεάζει χρονικά τον τοκετό, είναι οι δυνάμεις που τον προκαλούν και συγχρόνως προωθούν την εξέλιξη και αποπεράτωσή του.

ΜΥΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Οι δυνάμεις αυτές δημιουργούνται από τη συσταλτική δύναμη των μυικών ινών της μήτρας και εκδηλώνονται με τις ακούσιες συστολές της μήτρας ή ωδίνες, που υποβοηθούνται από τη θεληματική σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, του διαφράγματος και των μυών του πυελικού εδάφους.

Ο τοκετός αρχίζει με ακανόνιστες συστολές της μήτρας, με συχνότητα κάθε 15-20 λεπτά. Τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των συστολών σιγά-σιγά ελαττώνονται και κοντά στο τέλος του τοκετού γίνονται 2 1/2 λεπτά. Η διάρκεια της συστολής της μήτρας, όπως γίνεται αντιληπτή από την ψηλάφηση των κοιλιακών τοιχωμάτων, ποικίλλει από 30-90 δευτερόλεπτα. Συνήθως οι συστολές στο πρώτο στάδιο γίνονται κάθε 3-4 λεπτά. Συνήθως η ένταση των συστολών είναι πιο έντονη στις πρωτότοκες παρά στις πολύτοκες. Στο στάδιο της εξώθησης η ένταση της ακούσιας συστολής ενισχύεται με την εκούσια μυϊκή προσπάθεια των κοιλιακών τοιχωμάτων και του διαφράγματος. Αυτό γίνεται όταν η επίτοκος την ώρα της συστολής πάρει μια

βαθειά αναπνοή, κρατήσει τον αέρα και συσπάσει τους κοιλιακούς της μυς, με αποτέλεσμα την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Στην περίπτωση αυτή η μήτρα συμπιέζεται από όλες τις πλευρές και η εξωθητική συστολή αυξάνεται σημαντικά.

Η φυσιολογία της συστολής παρουσιάζει τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα: α) το συσταλτικό κύμα προχωρεί από πάνω προς τα κάτω, β) υπάρχει προοδευτική ελάττωση της διάρκειας της συστολής στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και γ) η ένταση του συσταλτικού κύματος κατεβαίνοντας προς τα κάτω ελαττώνεται.

Η συσταλτικότητα του μυομητρίου έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική εξάλειψη του ενδοτραχηλικού αυλού, που γίνεται με τη διαστολή του εσωτερικού μητρικού στομίου. Μετά ακολουθεί η διαστολή του εξωτερικού μητρικού στομίου, ενώ προωθείται βαθμιαία η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου μέσα στον πυελογεννητικό σωλήνα. Η διάγνωση της έναρξης του τοκετού στηρίζεται στη διαπίστωση ότι υπάρχουν συστολές της μήτρας και ότι έχει αρχίσει η διαστολή του τραχηλικού στομίου. Η έναρξη της διαστολής συνοδεύεται με την εμφάνιση από τον κόλπο λίγης βλέννας ανάμικτης με αίμα.

Ο τοκετός διακρίνεται, για περιγραφικούς λόγους, σε τρεις περιόδους: την περίοδο της διαστολής, την περίοδο της εξώθησης και την περίοδο της υστεροτοκίας.

ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ - ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ

Η περίοδος της διαστολής ή διαφορετικά, όπως λέγεται, το πρώτο στάδιο τοκετού, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ρυθμικών συστολών, που προκαλούν την πλήρη διαστολή του τραχηλικού

στομίου. Η διάρκεια του σταδίου αυτού κυμαίνεται από 2-10 ώρες, ανάλογα με τον τόκο και τη σύσταση του τραχήλου.

Ο τράχηλος της μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υφίσταται προοδευτικά μεταβολές, τέτοιες που να προετοιμάζουν τη διαστολή την ώρα του τοκετού. Εκτός από το χαρακτηριστικό προοδευτικό μαλάκωμα που παθαίνει ο τράχηλος, ο βλεννογόνος του παρουσιάζει σημαντική εκκριτική δραστηριότητα. Οι αδένες είναι διατεταμένοι και περιέχουν άφθονη βλεννώδη απέκκριση, που γεμίζει και ολόκληρο τον τραχηλικό σωλήνα. Επίσης συμβαίνουν σημαντικές αγγειακές μεταβολές, που αφορούν στα αγγεία του τραχήλου.

Στον τελευταίο μήνα της κύησης το τοίχωμα του κατώτερου τμήματος γίνεται πιο λεπτό, για να επιτρέψει τον κολπικό τοκετό. Στο σημείο που γίνεται η μετάπτωση του παχέος τοιχώματος του μυομητρίου στο λεπτό διατεταγμένο τοίχωμα του τραχήλου δημιουργείται ο φυσιολογικός συσταλτικός δακτύλιος του Band. Εάν δεν έχει εξαλειφθεί ο τράχηλος ή έχει γίνει μερική εξάλειψή του πριν από την έναρξη του τοκετού, η περιοδική υδροστατική πίεση, που ασκείται από τις συστολές της μήτρας, συντελεί στην τέλεια εξάλειψή του και μετά στην έναρξη της διαστολής του. Όταν λέμε εξάλειψη, εννοούμε την εξαφάνιση του ενδοτραχηλικού σωλήνα που βρίσκεται ανάμεσα στο έσω και στο έξω τραχηλικό στόμιο. Όσο εξελίσσεται ο τοκετός, οι μεμβράνες διατείνονται και αρχίζουν να προβάλλουν από το τραχηλικό στόμιο, οπότε συνήθως γίνεται η ρήξη τους, πολλές φορές όμως, λόγω καθόδου της κεφαλής, η ρήξη τους καθυστερεί, γιατί η ίδια η κεφαλή μεταβιβάζει τη δύναμη της συστολής προς τον τράχηλο. Μετά την εξέλιξη του τοκετού το ανώτερο παχύ τμήμα της μήτρας βραχύνεται και γίνεται προοδευτικά παχύτερο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο λειτουργικός συσταλτός

δακτύλιος να ανεβαίνει με την πρόοδο του τοκετού πιο ψηλά, ενώ διατείνονται το κατώτερο τμήμα της μήτρας.

Η περίοδος της διαστολής υποδιαιρείται στη λανθάνουσα φάση, που διαρκεί από την έναρξη των συστολών μέχρι τη διαστολή 2-3 cm και στην ενεργητική δραστική φάση, η οποία διακρίνεται στη φάση της επιτάχυνσης, στη φάση της μεγίστης προόδου και τη φάση της επιβράδυνσης.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ - ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΞΩΘΗΣΗΣ

Στη δεύτερη φάση, της εξώθησης, εκτός από την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης με το σφίξιμο της γυναίκας, λαμβάνει ενεργό μέρος και το πυελικό έδαφος, με βασικό συντελεστή τον ανεκτιήρα του πρωκτού, που βοηθάει ενεργητικά με τη θεληματική σύσπασή του από τη γυναίκα στην εξώθηση. Πρέπει να σημειωθεί ότι με τη ραχιαία αναισθησία το ανακλαστικό του ανεκτιήρα, ή όπως λένε της αφόδευσης, καταργείται και έτσι η φάση της εξώθησης επιβραδύνεται.

Με τις εξωθητικές συστολές της μήτρας που, όπως αναφέρθηκε, γίνονται πιο ισχυρές και με το συνδυασμό της εξωθητικής προσπάθειας της επιτόκου, το ινίο προβάλλει σταδιακά από τη σχισμή του αιδοίου και διατείνει βαθμιαία την είσοδο του κόλπου, ανοίγοντας τα μικρά χείλη. Στη φάση αυτή προκαλείται emγάλη διάταση του περινέου και κινδυνεύει από στιγμή σε στιγμή να γίνει εκτεταμένη και ακανόνιστη ρήξη του κολπικού τοιχώματος, του δέρματος και των μυών του περινέου.

Όταν αρχίσει η ρήξη δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί και στην επέκτασή της μπορεί να συμπεριλάβει τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού ή ακόμη να προκαλέσει τραυματισμό του ορθού. Γι' αυτό κατά κανόνα τη στιγμή της μεγαλύτερης διάτασης του περινέου, προτού αρχίσει οποιαδήποτε ρήξη, γίνεται περινεοτομία, κατά προτίμηση στο αριστερό πλάγιο του περινέου, ή τη μέση γραμμή, αν είναι έμπειρος αυτός που εκτελεί τον τοκετό.

Ακολουθεί η υποστήριξη του περινέου κατά την έξοδο της κεφαλής με το δεξί χέρι, ενώ με το αριστερό αναχαιτίζεται η κεφαλή. Το πρόσωπο του εμβρύου βλέπει προς τα κάτω, μετά βγαίνουν οι ώμοι. Κατόπιν έλκεται το σώμα του εμβρύου από τις μασχάλες οριζόντια για να εξέλθει ο υπόλοιπος κορμός. Στη συνέχεια τοποθετείται το νεογέννητο πάνω στο υπογάστριο της επιτόκου ή πάνω σε ειδικό τραπέζι και απολινώνεται ο ομφάλιος λώρος ανάμεσα σε δυο αιμοστατικές λαβίδες Kocher.

ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ - ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ

Μετά την έξοδο του εμβρύου η επίτοκος μπαίνει στην τελική φάση του τοκετού, την υστεροτοκία, που δεν διαρκεί πολύ αλλά είναι αρκετά επικίνδυνη. Στην περίοδο αυτή γίνεται ο διαχωρισμός του πλακούντα από την εύθυπη σπογγώδη στιβάδα του φθαρτού. Ο διαχωρισμός αυτός του πλακούντα γίνεται με τις συστολές της μήτρας με δυο μηχανισμούς, δηλαδή με κεντρική αποκόλληση ή με περιφερική. Στην κεντρική αποκόλληση ο πλακούντας ξεκολά αρχικά στο κέντρο του, από το αίμα που μαζεύεται πίσω του, που τον εκστρέφει έτσι, ώστε να προβάλλει από τα γεννητικά όργανα με την

εμβρυϊκή του επιφάνεια (μηχανισμός του Schultze). Αντίθετα, με την περιφερική αποκόλληση ξεκολλάει ο πλακούντας από αιμάτωμα, που αρχίζει από την περιφέρειά του και επεκτείνεται προς το κέντρο, έτσι ώστε, όταν εξέρχεται να προβάλλει με τη μητριά του επιφάνεια (μηχανισμός του Duncan). Μετά την έξοδό του ο πλακούντας και οι υμένες ελέγχονται σχολαστικά για να διαπιστωθεί η ακεραιότητά τους, όπως επίσης να αποκλεισθεί η ύπαρξη παραπλακούντα. Σε περίπτωση που θα διαπιστωθεί οποιαδήποτε ανωμαλία του πλακούντα, που υποδηλώνει παραμονή τμήματός του μέσα στη μήτρα, πρέπει να ερευνηθεί η κοιλότητα της μήτρας με την εισαγωγή του χεριού σ' αυτή. Η ενέργεια αυτή αποτελεί μια μαιευτική επέμβαση, που γίνεται κάτω από γενική νάρκωση και ονομάζεται δακτυλική επισκόπηση της μήτρας. Σε περίπτωση όμως που η υστεροτοκία καθυστερεί ή υπάρχει μεγάλη απώλεια αίματος κατά την περίοδο του τοκετού, πρέπει να αφαιρεθεί ο πλακούντας με μια άλλη μαιευτική επέμβαση, τη δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα.

Εικόνες 9.26 και 9.27

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο γιατρός, που θα παραλάβει την επίτοκο, αφού πάρει πρώτα ένα βραχύ ιστορικό, πρέπει να ελέγξει τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου, τη συχνότητα και ποιότητά τους, να προσδιορίσει το σχήμα, την προβολή και το βαθμό εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Μετά να διαπιστώσει ποια είναι η κατάσταση των εμβρυϊκών υμένων, αν είναι άρρηκτοι ή ερρηγμένοι. Ακολουθεί ο έλεγχος της διαστολής του τραχήλου και της συχνότητας των συστολών της μήτρας. Μετά λαμβάνεται η αρτηριακή πίεση και διαπιστώνεται ποια είναι η γενική κατάσταση της επίτοκου με τον έλεγχο των διαφόρων συστημάτων.

Υστερα από την πλήρη εξέταση, θα καθοριστεί η παραπέρα θεραπευτική αγωγή και φροντίδα που έχει ανάγκη η επίτοκος. Σε περίπτωση που έχει διαπιστωθεί έναρξη τοκετού και προβλέπεται φυσιολογική η εξέλιξή του, πρέπει να γίνει υποκλυσμός, ευπρεπισμός των γεννητικών οργάνων και αν οι μαιευτικές συνθήκες το επιτρέπουν, ένα λουτρό καθαριότητας με τη χρησιμοποίηση ειδικού αντισηπτικού διαλύματος. Αντίθετα, αν κατά την εξέταση διαπιστωθεί παθολογία του τοκετού, που εκδηλώνεται με αιμορραγία, υπέρταση, υπέρτονία της μήτρας, αλλοίωση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, ανώμαλο σχήμα ή προβολή, ή με στοιχεία δυσλειτουργικού τοκετού, επιβάλλεται ο λεπτομερειακός εργαστηριακός έλεγχος της επίτοκου και της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, προκειμένου να ληφθεί η σωστή απόφαση για την αντιμετώπιση των παθολογικών εκδηλώσεων.

Μετά γίνεται ενημέρωση της επίτοκου για τις προοπτικές του τοκετού χωρίς, αν παρουσιάζει κάποια παθολογική επιπλοκή, να της

προκαλέσουμε το φόβο. Στους συγγενείς πρέπει να εξηγούνται τυχόν κίνδυνοι και να λαμβάνεται η συγκατάθεσή τους, προκειμένου να εκτελεστεί καισαρική τομή ή άλλη μαιευτική επέμβαση. Η σωστή ενημέρωση βοηθάει στην καλή συνεργασία της επίτοικης και στην κατανόηση των συγγενών.

Υστερα από τις διαδικασίες αυτές, η επίτοικος μεταφέρεται στην αίθουσα τοκετών, αν ο τοκετός βρίσκεται σε εξέλιξη. Αν δεν είναι σε τοκετό και διαπιστωθεί οποιοδήποτε πρόβλημα παθολογίας της κύησης, χαρακτηρίζεται εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου και εμταφέρεται στο τμήμα παρακολούθησης επιτόκων, που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για λεπτομερή έλεγχο.

Η αίθουσα τοκετών πρέπει να είναι καλά οργανωμένη και να διαθέτει όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό, για να μπορεί να αντιμετωπισθεί οποιαδήποτε επιπλοκή ή παθολογική κατάσταση που μπορεί να εκδηλωθεί κατά τον τοκετό. Για τη σωστή παρακολούθηση επιβάλλεται η συχνή ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, ο έλεγχος των συστολών της μήτρας, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, των σφύξεων, της ποσότητας των ούρων και η παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της μητέρας. Επίσης πρέπει να επισκοπούνται τα εξωτερικά γεννητικά όργανα σε συχνά χρονικά διαστήματα, για να διαπιστωθεί αν έχει τρέξει από τον κόλπο αίμα ή αμνιακό υγρό.

Εκτός από τις παραπάνω ενέργειες, στη διάρκεια του τοκετού πρέπει να παρακολουθείται η πρόοδος της διαστολής του τραχηλικού στομίου και ο βαθμός της εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Η διαστολή και η κάθοδος της προβάλλουσας μοίρας προσδιορίζονται με την εξέταση από το ορθό ή, αν κριθεί απαραίτητο, με κολπική εξέταση. Επίσης η πρόοδος του τοκετού παρακολουθείται με τον τρίτο χειρισμό του Leopold και τη

μετατόπιση της εστίας των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών. Τα ευρήματα καταγράφονται σε ειδικό διάγραμμα, που ονομάζεται διάγραμμα γραφικής παρακολούθησης του τοκετού. Στο διάγραμμα αυτό καταγράφονται επίσης με κάθε δυνατή λεπτομέρεια οι διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις που έχουν γίνει και τα φάρμακα που χορηγούνται. Εφόσον δε γίνεται καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση του τοκετού, η συχνότητα και ένταση των συστολών του μυομητρίου παρακολουθούνται με την κλινική ψηλάφηση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Η ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου πρέπει να γίνεται κάθε 10' λεπτά στην αρχή της περιόδου της διαστολής. Στο τέλος της φάσης της διαστολής και στην εξώθηση η ακρόαση των παλμών πρέπει να γίνεται κάθε 5' λεπτά και μετά από κάθε συστολή της μήτρας με το κοινό κοιλιοσκόπιο ή με τη χρησιμοποίηση των υπερήχων.

Μ Ε Ρ Ο Σ Τ Ρ Ι Τ ΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΓ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΠΙΤΟΚΟΥΠΑΡΑΛΑΒΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Κατά την περίοδο της κύσεως η επίτοκος πρέπει να έχει διδαχθεί κάθε τι το οποίο αφορά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία γενικά. Ειδικά για τον τοκετό, πρέπει να γνωρίζει ποια είναι τα σημεία ή συμπτώματα, τα οποία θα οδηγήσουν αυτή στο μαιευτήριο.

Τα σημεία ή συμπτώματα είναι τα εξής:

Πόνος στην οσφύ, ο οποίος είναι χαρακτηριστικός. Η επίτοκος είναι σε θέση να τον διακρίνει από τους συνηθισμένους πόνους της οσφύς.

Πόνους στο κάτω ήμισυ της κοιλίας. Είναι και αυτοί έντονοι και χαρακτηριστικοί ενάρξεως του τοκετού και οφείλονται στην έναρξη των συστολών του τοιχώματος της μήτρας, δηλαδή στην έναρξη του τοκετού. Οι ωδίνες επαναλαμβάνονται κάθε 10-15' λεπτά της ώρας στην αρχή. Υστερα γίνονται πιο συχνές.

Ρήξη του θηλακίου. Αυτή συνοδεύεται από άμεσο έξοδο του ενάμνιου υγρού από τον κόλπο.

Έξοδος μικρής ποσότητας αίματος από τον κόλπο, το οποίο είναι συνήθως αναμεμιγμένο με υγρά και βλέννη.

ΑΙΘΟΥΣΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Μόλις έλθει η επίτοκος στην αίθουσα παραλαβής του Μαιευτηρίου οδηγείται στην εξεταστική κλίνη. Κατόπιν ακολουθεί:

Η λήψη ιστορικού. Αυτή γίνεται από το μαιευτήρα γιατρό ή την προϊσταμένη. Μέσα σ' αυτό είναι γραμμένα το όνομα, το επώνυμο της επιτόκου, η διεύθυνση, το ατομικό, το μαιευτικό, το κληρονομικό ιστορικό της. Το ατομικό ιστορικό χρειάζεται για τυχόν καρδιοπάθειες, υπέρταση, διαβήτη. Ακόμα η ομάδα αίματος, ο αιματοκρίτης και το RH.

Κλινική εξέταση. Αυτή συνίσταται σε δακτυλική εξέταση, η οποία κατά κανόνα πρέπει να γίνεται από το ορθό και όχι από τον κόλπο, προς αποφυγή μόλυνσεως του γεννητικού σωλήνα. Αν όμως είναι ανάγκη να γίνει από τον κόλπο, τότε ο γιατρός πρέπει απαραίτητα να φορέσει αποστειρωμένο γάντι, αφού μάλιστα προηγηθεί πλύση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων με αντισηπτικό διάλυμα. Κατά την κλινική εξέταση, εκτός των άλλων διαπιστώσεων, ελέγχεται και ο βαθμός της διαστολής του τραχήλου της μήτρας.

Λήψη των ζωτικών σημείων της επιτόκου. Η θερμοκρασία, ο σφυγμός και η αρτηριακή πίεση ανά ώρα το πρώτο δωρο. Κατόπιν ανά 3ωρο.

Προσδιορισμός του σχήματος και της θέσης του εμβρύου. Αυτό επιτυγχάνεται με τους εξεταστικούς χειρισμούς του Leopold.

Μέτρηση του αριθμού των καρδιακών παλμών του εμβρύου δια ακροάσεως με το κοιλιοσκόπιο. Όταν διαπιστωθεί ότι πράγματι έχει αρχίσει ο τοκετός, τότε πλέον γίνεται η απαραίτητη προετοιμασία της επιτόκου, δηλαδή:

α) Τοπική προετοιμασία. Ευπρεπισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, που συνίσταται στο ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου,

της εξωτερικής επιφάνειας των μεγάλων χειλέων του αιδοίου και στην αντισηπτική πλύση τους με Betadine.

- β) Υποκλυσμός, για την καλή εκκένωση του εντέρου.
- γ) Ζύγιση για τη λήψη του βάρους του σώματος της επιτόκου.
- δ) Εξέταση ούρων. Στην αρχή, σε ερρηγμένο θηλάκιο, η λήψη των ούρων γίνεται με καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως. Κατά την εξέταση, όταν τα ούρα μετά το βρασμό και την προσθήκη 3-4 σταγόνων οξικού οξέος παραμένουν διαυγή, είναι φυσιολογικά. Όταν τα ούρα μετά το βρασμό γίνουν θολά τότε θα υπάρχουν σ' αυτά ίχνη λευκώματος. Όταν τα ούρα αφήνουν ίζημα τότε θα περιέχουν λεύκωμα μετρητό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η επίτοκος οδηγείται και ξαπλώνει στο κρεβάτι του τοκετού, αφού έχει πια γίνει η απαραίτητη προετοιμασία. Εφόσον οι συστολές είναι ασθενείς, η διαστολή είναι μικρή και το θυλάκιο άρρηκτο, μπορεί να σηκώνεται και να περιφέρεται στο δωμάτιο. Κατά το στάδιο της διαστολής η επίτοκος δεν πρέπει να αφήνεται να σφίγγεται, για να μην προκαλέσει οίδημα στον τράχηλο, που θα έχει ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διαστολής. Η δίαιτα της επιτόκου κατά τον τοκετό πρέπει να στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην πρόσληψη υγρών τροφών, ενώ όταν προβλέπεται γρήγορη εξέλιξη του, καλό είναι να αποφεύγεται ακόμη και η λήψη νερού.

Το παραϊατρικό προσωπικό που εργάζεται στην αίθουσα τοκετών, πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένο, για την παρακολούθηση της επιτόκου. Χρειάζεται άσκηση της παρατηρητικότητας της αδελφής,

ώστε να βλέπει και να παρακολουθεί τα πάντα, που αφορούν την επίτοκο και ιδιαίτερα να είναι σε θέση να ελέγξει τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου, τη συσταλτικότητα της μήτρας, την αντίδραση της γυναίκας στο αίσθημα του πόνου, τη γενική της κατάσταση, την τυχόν αφυδάτωση. Τις παρατηρήσεις της πρέπει να τις γνωστοποιεί έγκαιρα στον υπεύθυνο γιατρό, ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα θεραπευτικά ή προφυλακτικά μέτρα.

Η ουροδόχος κύστη πρέπει να παραμένει κενή, γιατί όταν είναι γεμάτη εμποδίζει την ομαλή πρόοδο του τοκετού.

Παράλληλα χρειάζεται να γίνεται συχνή ψηλάφηση της κοιλίας, για να ελέγχεται η συσταλτικότητα της μήτρας και να παρακολουθείται η εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας. Έτσι διαπιστώνεται η ένταση, η διάρκεια των συστολών και η συχνότητά τους. Πρέπει να χρονομετρούνται κάθε φορά τουλάχιστον πέντε ωδίνες με τα μεσοδιαστήματά τους και αυτό να επαναλαμβάνεται σε συχνά χρονικά διαστήματα, ώστε να σχηματίζεται μια σαφής εικόνα για την εξέλιξη του τοκετού. Η εξέταση της επιτόκου για τον έλεγχο της διαμέτρου της διαστολής και την εξακρίβωση του ύψους της προβάλλουσας μοίρας στον προγεννητικό σωλήνα γίνεται με αποστειρωμένο γάντι από τον κόλπο, ενώ με την κατάλληλη πείρα η εξέταση από το ορθό δεν παρουσιάζει διαγνωστικές δυσκολίες. Καλό είναι να προτιμάται η εξέταση από το ορθό και μόνο όταν υπάρχουν αμφιβολίες να γίνεται εξέταση από τον κόλπο.

Η ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου στη διάρκεια του πρώτου σταδίου πρέπει να γίνεται τουλάχιστον κάθε 10 λεπτά. Αναζητείται η εστία των καρδιακών παλμών, δηλαδή του σημείου που ακούγονται με μεγαλύτερη ευκρίνεια. Με την προσεκτική και συνεχή παρακολούθηση της επιτόκου είναι δυνατό να διαγνωσθούν έγκαιρα

διάφορες παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν για την ίδια και το έμβρυο.

Παθολογικές ανωμαλίες που αφορούν συνήθως στο έμβρυο είναι οι παρακάτω:

Αλλοίωση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, που εμφανίζεται ως επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, ως επιτάχυνση που ακολουθείται από επιβράδυνση και ως αρρυθμία, ενώ η απλή επιτάχυνση δεν θεωρείται παθολογική. Πάντως, κάθε ανωμαλία αξιολογείται καλύτερα, όταν ελεγχθεί ανάμεσα σε δυο συστολές, δηλαδή κατά τη διάρκεια της παύλας. Για την καλύτερη αξιολόγηση των αλλοιώσεων του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου είναι απαραίτητος ο τοκογραφικός έλεγχος.

Η έξοδος χρωματισμένου πράσινου αμνιακού υγρού, εφόσον η προβολή δεν είναι ισχιακή, υποδηλώνει την ύπαρξη εμβρυϊκής δυσπραγίας.

Αυτές οι επιπλοκές πρέπει να αντιμετωπίζονται αμέσως με τα κατάλληλα μέτρα, όπως είναι η χορήγηση στη μητέρα οξυγόνου και μυο-μητροχαλαρωτικών φαρμάκων και οπωσδήποτε με διακοπή της ωδινοποιητικής αγωγής, είτε πρόκειται για πρόκληση τοκετού, είτε για φαρμακευτική ενίσχυση των συστολών της μήτρας με οξυτοκίνη.

Παθολογικές διαταραχές που μπορεί να εμφανισθούν στη μητέρα είναι:

Η διαταραχή του σφυγμού με μορφή ταχυκαρδίας, που μπορεί να προέρχεται από αφυδάτωση, πυρετό και αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα.

Η υψηλή πυρετική κίνηση, που μπορεί να υποδηλώνει την εγκατάσταση λοίμωξης είναι δυνατό να οφείλεται σε αφυδάτωση.

Η υπερτονία της μήτρας παρουσιάζεται όταν οι συστολές είναι πάρα πολύ ισχυρές και συχνές, χωρίς τα τοιχώματα της μήτρας να χαλαρώνουν ικανοποιητικά στα μεσόδιαστήματα των συστολών, ώστε σχεδόν να εμφανίζεται η παύλα. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει κίνδυνος υποξίας του εμβρυου, εμβρυϊκού θανάτου ή ακόμη και ρήξη της μήτρας. Η επικείμενη ρήξη της μήτρας γίνεται αντιληπτή από το χαρακτηριστικό σχήμα που παίρνει σαν κλεψύδρα.

Η αιμορραγία από τον κόλπο μπορεί να οφείλεται πιο συχνά σε ρήξη του τραχήλου της μήτρας ή σε προδρομικό πλακούντα. Πιο σπάνια παρουσιάζεται σε περιφερική πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Συμπτωματολογία εσωτερικής αιμορραγίας δημιουργείται από την κεντρική αποκόλληση του πλακούντα, χωρίς συνήθως να εμφανίζεται αιμόρροια.

Η φαρμακευτική αγωγή στο πρώτο στάδιο είναι η εξής: Χορηγούμε ενδοφλέβια χορήγηση σακχαρούχου ορού Dextroze για την ενυδάτωση της εγκύου και μέσα απ' αυτόν χορηγούμε άλλα φάρμακα. Φάρμακα που χορηγούμε πάντα κατόπιν εντολής γιατρού είναι σπασμολυτικά για τη χαλάρωση του τραχήλου, όπως Buscopan, Spavine, που δεν επηρεάζουν τις ωδίνες. Επίσης χορηγούμε ηρεμιστικά για την καταπράυνση της επιτόκου. Όταν οι ωδίνες δεν είναι ικανοποιητικές, για την επιτάχυνσή τους χορηγούμε σκευάσματα ωκυτοκίνης μέσα σε Dextroze 1000 cc σε δόση 3-6 μονάδων με 15 σταγόνες το λεπτό και σταδιακή αύξησή τους αν ο τοκετός δεν προχωρήσει.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ**ΣΤΑΔΙΟ ΕΞΩΘΗΣΗΣ**

Το στάδιο της εξώθησης αρχίζει αφού ολοκληρωθεί η διαστολή του τραχήλου και τελειώνει με την έξοδο του εμβρύου από τα γεννητικά όργανα. Η επίτοκος στη διάρκεια της εξώθησης ιδρώνει, σφίγγεται και έχει την τάση να κάνει εμετό. Στη φάση αυτή του τοκετού η επίτοκος πρέπει να βοηθήσει με τη θεληματική σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων και του ανελκτήρα, του πρωκτού, που γίνεται με τη σύγχρονη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Η προηγούμενη εκπαίδευσή της με την ψυχοπροφυλακτική μέθοδο τη βοηθάει σημαντικά στο στάδιο αυτό. Στις περιπτώσεις όμως που δεν έχει προηγηθεί η κατάλληλη άσκηση, της διδάσκεται εκείνη την ώρα. Ως τρόπος εξώθησης θεωρείται εκείνος, που σε κάθε εξωθητική συστολή της μήτρας η επίτοκος αγκαλιάζει τα πόδια της από τους μηρούς και τα φέρνει προς την κοιλιά της, ενώ συγχρόνως σηκώνει το κεφάλι της ακουμπώντας το σαγόι πάνω στο στήθος της, αφού πάρει προηγουμένως μια βαθειά εισπνοή. Σφίγγεται έτσι όπως ακριβώς γίνεται στην απόδευση. Επίσης η εξώθηση μπορεί να γίνει όταν η γυναίκα είναι γυρισμένη στο πλάι ή όταν ακόμη είναι καθιστή.

Όταν η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου αρχίζει να διατείνει το περίνεο και να φαίνεται καλά πια στη σχισμή του αιδοίου, η επίτοκος τοποθετείται στην ειδική θέση μείωσης. Τη θέση αυτή την παίρνει πάνω στο ειδικό κρεβάτι, όπου τοποθετείται ύπτια με τους μηρούς σε απαγωγή. Παράλληλα ο γιατρός πλένεται με βούτσα και χειρουργικό αντισηπτικό για τον τοκετό, ενώ η μαία που βοηθάει και ασχολείται με τη νοσηλεία της επιτόκου πλένει τα εξωτερικά

γεννητικά της όργανα με αντισηπτικό διάλυμα, κάνοντας κάθετες κινήσεις με το τολίπιο από πάνω προς τα κάτω και επαλείφοντας τα γεννητικά όργανα και τη γύρω περιοχή με χειρουργικό αντισηπτικό.

- Η νοσηλεύτρια, εκτός από τη λεκάνη που θα έχει ετοιμάσει με την αντισηπτική διάλυση για την πλύση των χεριών του γιατρού, θα ετοιμάσει άλλη μια λεκάνη για την τοποθέτηση του πλακούντα.
- Έναν κουβά για τα ακάθαρτα.
- Ένα ποτήρι με αντισηπτική διάλυση και λαβίδα αποστειρωμένη, για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.
- Ένα ειδικό τραπέζι για την τοποθέτηση του απαραίτητου χειρουργικού υλικού, το οποίο περιέχεται σε ειδικό set τοκετού, δηλαδή:
 - * Δυο λαβίδες Κόχερ για την απολίνωση του ομφάλιου λώρου.
 - * Δυο θυριδωτές λαβίδες, οι οποίες χρησιμοποιούνται για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.
 - * Μια χειρουργική λαβίδα.
 - * Ένα ψαλίψι.
 - * Ένα βελονοκιάτοχο και βελόνες αφής τραύματος, καθώς επίσης και ράμματα ραφής (cat gut ή με γάζα).
 - * Ένα νεφροειδές, τολύπια βάμβακος, γάζες, ειδικά κλιπς για τον ομφάλιο λώρο, αντί για περίδεση αυτού, τετράγωνα μεγάλα και ένα μικρό τετράγωνο για την υποστήριξη του περινέου κατά τη στιγμή της εξόδου του εμβρύου.
- Απαραίτητα πρέπει να υπάρχουν αποστειρωμένα γάντια, μάσκα και μπλούζα για το γιατρό ή την αδελφή η οποία θα εκτελέσει τον τοκετό.

Για το νεογνό η νοσηλεύτρια πρέπει να προετοιμάσει το κουνάκι, κατάλληλα τοποθετημένη αποστειρωμένη πετσέτα, αδιάβροχο και πετσέτα. Εκτός απ' αυτά απαραίτητα πρέπει να έχει προμηθευτεί κολλύριο πενικιλλίνης ή νιτρικού αργύρου για την ενστάλλαξη αυτού στα μάτια του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό, προληπτικά, για το φόβο της μόλυνσης από το γονόκοκκο - γονοκοκκική οφθαιμία, αν συμβεί να πάσχει η μητέρα από γονοκοκκική κολπίτιδα.

Μετά την πιο πάνω προετοιμασία και παρακολούθηση της επιτόκου, εφ' όσον η εξώθηση προχωρεί φυσιολογικά, ετοιμάζεται ο γιατρός που θα εκτελέσει τον τοκετό.

Η κεφαλή, στην ινιακή προβολή, τεντώνει το περίνεο και οι βρεγματικοί όγκοι φανερώνονται στη σχισμή του αιδοίου. Σε κάθε εξώθηση η κεφαλή του εμβρύου κάνει και μια μεγαλύτερη έκταση και φαίνεται περισσότερο. Αν καθυστερεί η φάση της εξώθησης μπορούν να ενισχυθούν οι εξωθητικές συστολές της γυναίκας με ενδοφλέβια χορήγηση διαλύματος οξυτοκίνης. Η υποβοήθηση της εξόδου του εμβρύου με σπρώξιμο από τον πυθμένα της μήτρας με την παλάμη κατά τη διάρκεια της συστολής (χειρισμός Kristeller), που γινόταν αρκετά συχνά παλιότερα, θεωρείται επικίνδυνη σήμερα και πρέπει να αποφεύγεται κατά κανόνα. Στην εφαρμογή του χειρισμού αυτού πρέπει να καταφεύγει κανείς σπάνια και μόνον εφόσον υπάρχουν οι δυο παρακάτω προϋποθέσεις: 1) η διαστολή του τραχήλου να είναι τέλεια και 2) το κεφάλι του εμβρύου να βρίσκεται κοντά στην έξοδο. Ίσως η μόνη ένδειξη του χειρισμού Kristeller με τα σημερινά δεδομένα, είναι στην κεφαλική προβολή του εμβρύου όταν προκύψει δυστοκία των ώμων.

Όταν το περίνεο γίνεται αναιμικό και γυαλιστερό την ώρα της διάτασής του σημαίνει ότι δεν έχει αρκετή ελαστικότητα και

υπάρχει κίνδυνος να υψοστεί βαθιές και ανώμαλες ρήξεις. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να γίνει η λεγόμενη περινεοτομία, δηλαδή μια τομή στα πλάγια ή στο μέσο του περινέου, για να διευρυνθεί πιο πολύ η έξοδος του κόλπου. Η περινεοτομία πρέπει να γίνεται πάντοτε ύστερα από τοπική διήθηση του επρινέου με λιντοκαΐνη, εφόσον δεν έχει προηγηθεί άλλου είδους περιοχική αναισθησία. Όταν το ινίο προβάλλει αρκετά από τη σχισμή του αιδοίου, δηλαδή σε μια διάμετρο 5-6 cm ή περισσότερο, γίνεται η υποστήριξη του περινέου, για να το προστατεύσουμε από ανώμαλες ρήξεις. Η υποστήριξη του περινέου γίνεται αφού σταθεί ο γιατρός συνήθως στο δεξιό πλάγιο της γυναίκας με το πρόσωπο στραμμένο προς αυτή και απλώσει στη δεξιά παλάμη μια αποστειρωμένη γάζα. Μετά βάζει τον αντίχειρα στο ένα πλάγιο του περινέου και το δείκτη στο άλλο και προσπαθεί να το συγκρατήσει ανάμεσά τους, ενώ τα υπόλοιπα δάκτυλα του δεξιού χεριού, που βρίσκονται σε μικρή κάμψη, αναζητούν να συγκρατήσουν τον πώγωνα του εμβρύου. Η υποστήριξη ολοκληρώνεται με τη συνεργασία του αριστερού χεριού, που είναι ακουμισμένο πάνω στην ηβική σύμφυση και τοποθετημένο πάνω στο ινίο που προβάλλει, παρεμποδίζοντας έτσι την απότομη έκταση της κεφαλής (χειρισμός Playfair). Η υποστήριξη του περινέου πρέπει να γίνεται σωστά, χωρίς υπερβολική πίεση, για να αποφευχθεί ρήξη στους περιουρηθρικούς ιστούς και στην κλειτορίδα, που αργότερα μπορεί να οδηγήσει σε ακράτεια ούρων μετά από υπερένταση. Από τη στιγμή αυτή η εξέλιξη της εξόδου της κεφαλής εξαρτάται από αυτόν που κάνει τον τοκετό και ζητείται από την επίτοκο, εφόσον δεν της έχει δοθεί γενική νάρκωση, να σταματήσει κάθε δική της προσπάθεια και να χαλαρώσει όσο γίνεται.

Μετά την έξοδο της κεφαλής του εμβρύου γίνεται η εξωτερική στροφή προς το μέρος της ράχης του (εμπειδωση - στροφή ώμων). Στη συνέχεια ο μαιευτήρας πιάνει το κεφάλι αμφικροταφικά και το κατεβάζει προς τα κάτω, ώστε να προβάλλει από τα γεννητικά όργανα ο πρόσθιος ώμος. Επειτα γίνεται ανέβασμα προς τα πάνω για να βγει και ο οπίσθιος ώμος. Μετά με ευκολία ακολουθεί η έξοδος του υπόλοιπου σώματος του εμβρύου.

Όταν υπάρχουν περιτυλίξεις της ομφαλίδας γύρω από το λαιμό, τις ξεδιπλώνουμε ή στην ανάγκη κόβουμε την ομφαλίδα, αφού την πιάσουμε ανάμεσα σε δυο αιμοστατικές λαβίδες. Όταν οι περιτυλίξεις αυτές βρίσκονται υπό τάση, είναι προτιμότερο η απολίνωση να γίνεται πριν από την έξοδο του σώματος του εμβρύου, ώστε να αποφευχθεί το υπερβολικό τέντωμα του ομφαλίου λώρου, που μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη των ομφαλικών αγγείων.

Μετά την απολίνωση της ομφαλίδας το νεογνό μεταφέρεται σε ειδική τράπεζα, όπου προβαίνουμε στον καθαρισμό του προσώπου, του στόματος και της μύτης με αποστειρωμένη γάζα και στη συνέχεια σε αναρρόφηση από το φάρυγγα και τους ρινικούς θαλάμους τυχόν υγρών που βρίσκονται εκεί. Στη συνέχεια εξασφαλίζεται ο αερισμός των πνευμόνων του και η χορήγηση O_2 . Κατόπιν ακολουθεί το λουτρό του νεογνού, για την αποφυγή σμήγματος και αίματος που βρίσκονται πάνω του. Απαραίτητη επίσης είναι η ενστάλλαξη στα μάτια του νεογνού κολλυρίου πενικιλίνης ή νιτρικού αργύρου για το φόβο μόλυνσης από γονοκοκκική οφθαλμία. Στη συνέχεια γίνεται η διαπίστωση του φύλου και αμέσως τοποθετείται η ταυτότητα στο δεξί χέρι του, ροζ για τα κορίτσια και σιελ για τα αγόρια, όπου αναγράφεται το επώνυμο με κεφαλαία γράμματα. Μετά γίνεται η επισκόπηση του νεογνού για να διαπιστωθεί η αρτιμέλειά του ή οι

τυχόν συγγενείς ανωμαλίες και παθολογικές καταστάσεις. Η επισκόπηση περιλαμβάνει τα εξής:

- 1) Την εξέταση της κεφαλής, του προσώπου και του στόματος.
- 2) Την εξέταση ράχως, κοιλιάς και κάτω άκρων.
- 3) Την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία.
- 4) Την χροιά του δέρματος.

Κατόπιν ζυγίζουμε το νεογνό και γράφουμε το βάρος του στο βιβλίο του τοκετού. Τέλος ντύνουμε το νεογνό και το περιτυλίγουμε και το οδηγούμε στο τμήμα νεογνών. Έτσι, με την αποχώρηση του νεογνού από την επίτοκο, τελειώνει και το δεύτερο στάδιο τοκετού.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ - ΣΤΑΔΙΟ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ

Σ' αυτό το στάδιο η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, διότι είναι δυνατό να συμβούν σοβαρές επιπλοκές.

Δεν θα πρέπει να ενοχλήσουμε την αυτόματη αποκόλληση του πλακούντα, δηλαδή τον πρώτο χρόνο της υστεροτοκίας, που είναι πολύ σοβαρός και συνεπώς δεν πρέπει να εφαρμόζουμε καθόλου πίεση στον πυθμένα της μήτρας, γιατί αυτό μπορεί να διεγείρει τη μήτρα και να προκαλέσει ακανόνιστες συσπάσεις. Πρέπει να προβαίνουμε στη συνεχή παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της γυναίκας και της συμπεριφοράς της μήτρας, για τη διαπίστωση τυχόν αύξησης του όγκου της, που μπορεί να σημαίνει εσωτερική αιμορραγία. Σ' αυτές τις δύσκολες περιπτώσεις φαίνεται ο χαρακτήρας, η ικανότητα και η ψυχραιμία που πρέπει να έχει μια σωστή νοσηλεύτρια για να βοηθήσει, εμπνέοντας εμπιστοσύνη στην επίτοκο. Η παρακολούθηση

της θερμοκρασίας, των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης είναι απαραίτητη στο τρίτο στάδιο τοκετού. Επίσης, αν η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη, τότε προβαίνουμε στον καθετηριασμό για τη λήψη ούρων.

Αν η περινεοτομή αιμορραγεί πιέζουμε με ένα τολύπιο. Μετά τη διαπίστωση της αποκόλλησης του πλακούντα και εφ' όσον δεν έχει κατακρατηθεί κάποιος υμένας, τοποθετούμε τον πλακούντα μέσα σε λεκάνη που περιέχει αντισηπτική διάλυση και ελέγχουμε τη μητριά επιφάνεια και τους εμβρυϊκούς υμένες. Μετά τη διαπίστωση ότι η μητριά κοιλότητα είναι κενή, για να εξασφαλίσουμε τη συσταλτικότητα του μυομητρίου χορηγούμε μητροσυσπαστικά φάρμακα. Πρέπει όμως να προσέχουμε πολύ στην ενδοφλέβια χορήγηση oxytocine, για τον κίνδυνο της σοβαρής παροδικής υπότασης.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τη γενική κατάσταση της γυναίκας, καθώς και την τιμή των ζωτικών σημείων. Μετά γίνεται η συρραφή προσεκτικά από το γιατρό. Η νοσηλεύτρια ύστερα απ' αυτό παρακολουθεί τη λεχωίδα για τυχόν απώλεια αίματος από τα γεννητικά όργανα, καθώς και για καταπληξία, σηπτικό shock και υπέρταση. Εάν η κατάσταση της λεχωίδας είναι φυσιολογική μεταφέρεται στο θάλαμό της και εκεί πάλι η νοσηλεύτρια θα εξασφαλίσει τη σωστή θερμότητα που χρειάζεται καθώς επίσης και τις συνθήκες ηρεμίας και άνεσης, ύστερα από την οδυνηρή αυτή δοκιμασία.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η περίοδος της λοχείας περιλαμβάνει:

* Την παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της λεχωίδος

Αμέσως μετά τον τοκετό, τόσο οι σφύξεις όσο και η θερμοκρασία επηρεάζονται λόγω της κοπώσεως. Και οι σφύξεις και η θερμοκρασία μετά το 24ωρο επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα. Η πίεση είναι δυνατό να παρουσιάσει πτώση, ιδιαίτερα σε αιμορραγία, γι' αυτό και πρέπει να ελέγχεται.

* Την παρακολούθηση της παλινδρόμησης της μήτρας

Παλινδρόμηση είναι η επαναφορά της μήτρας στο φυσιολογικό της μέγεθος. Αυτή επιτυγχάνεται αυτόματα δια των λεγόμενων υστεραίων συστολών της μήτρας και σε χρονικό διάστημα περίπου 6 εβδομάδων, δηλαδή 40 ημερών. Πολύ σωστά και η εκκλησία μας έχει ορίσει να διαβάζεται στη λεχωίδα η ευχή του σαραντισμού, μετά 40 ημέρες από τον τοκετό, ακριβώς δηλαδή στο χρόνο κατά τον οποίο έχει πλέον επέλθει η πλήρης βιολογική αποκατάσταση της μήτρας, μετά τον τοκετό.

* Την παρακολούθηση των λοχείων

Λόχεια είναι απεικρίσεις οι οποίες αποβάλλονται από το γεννητικό σύστημα κατά τις πρώτες 8 έως 12 περίπου ημέρες της λοχείας. Αυτά περιέχουν ίνες και τεμάχια από τον φθαρτό υμένα, είναι δε αλκαλικής αντιδράσεως. Κατά τις πρώτες μέρες της λοχείας είναι αιματηρά, κατόπιν γίνονται οροαιματηρά και τέλος ορώδη. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί το χρώμα αυτών, τη σύσταση, το ποσό και την οσμή. Σε δυσσομία των λοχείων, η αδελφή πρέπει να σκεφθεί ότι πρόκειται περί μόλυνσεως και αναφέρει αυτό στο γιατρό.

*** Την κένωση της ουροδόχου κύστεως**

Συχνά συμβαίνει ώστε η λεχвіδα να παρουσιάζει επίσχεση ούρων. Αυτή μπορεί να οφείλεται σε:

- α) μικροτραυματισμούς του στομίου της ουρήθρας,
- β) σε δυσκολία να χρησιμοποιήσει σκοραμίδα στο κρεβάτι,
- γ) σε φόβο από τον οποίο διακατέχεται, ότι θα πονέσει κατά την ούρηση σε περίπτωση ραφής του περινέου από ρήξη αυτού ή από επισειοτομία.

Σε επίσχεση των ούρων χρησιμοποιούνται αρχικά όλα τα γνωστά απλά φυσικά μέσα και σε αποτυχία αυτών, ενεργείται καθετηριασμός της κύστεως.

*** Την εκκένωση του εντέρου**

Φυσιολογικά μετά τον τοκετό επί 3 ως 4 ημέρες το έντερο δεν κενούται, πιθανώς λόγω της συνεχούς κατακλίσεως της λεχвіδος και της αδράνειας αυτού από τους τόσους μήνες ασκούμενης πίεσης σ' αυτό από την εγκύμονο μήτρα. Για το λόγο αυτό, ακτά τη 2η ημέρα από τον τοκετό χορηγείται καθαρτικό από το στόμα ή γίνεται καθαρτικός υποκλισμός, εφ' όσον δεν υπάρχει ρήξη περινέου.

*** Τη διατροφή της λεχвіδος**

Η λεχвіδα μπορεί να τρώει ελεύθερα, εφ' όσον ο τοκετός ήταν φυσιολογικός. Αν ο τοκετός έγινε με νάρκωση και καισαρική τομή, την πρώτη ημέρα η δίαιτα είναι ελαφρά και ύστερα προχωρεί προοδευτικά σε ελεύθερη. Στη ρήξη του περινέου 2ου και 3ου βαθμού αποφεύγονται τροφές οι οποίες διευκολύνθουν την κένωση κατά τις πρώτες ημέρες.

*** Την έγερση της λεχвіδος από την κλίνη**

Η λεχвіδα, μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό, μπορεί να σηκωθεί την 2η ημέρα. Η κίνηση γενικά της λεχвіδος πρέπει να

είναι περιορισμένη, γιατί η ορθοστασία και η πολύωρη έγερση κατά τις πρώτες ημέρες μπορεί να προκαλέσει χαλάρωση των γεννητικών οργάνων. Εάν η λεχвіδα παραπνευθεί για πόνο στα κάτω άκρα, ο οποίος συνοδεύεται από πυρετό και αύξηση των σφύξεων, αυτό σημαίνει κατά πάσα πιθανότητα ότι έπαθε την τόσο συχνή επιπλοκή της θρομβοφλεβίτιδας, οπότε η έγερση απαγορεύεται απόλυτα, η δε αδελφή πρέπει να ειδοποιήσει το γιατρό για να ληφθούν έγκαιρα τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα.

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΛΟΧΕΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

A. Επιλόχεια λοίμωξη

Είναι γνωστή σαν επιλόχειος πυρετός για τις παλαιότερες γενιές. Στάθηκε για πολλούς αιώνες η μόνιμη απειλή, που με τη σκιά της μετρίαζε τη γοητεία της μητρότητας. Οι κυριότερες μορφές της είναι: η ενδομητρίτιδα, από μόλυνση της πλακουντικής άλω από μικρόβια, η παραμητρίτιδα, περιτονίτιδα και η σηψαιμία. Εκείνο που πρέπει να τονιστεί εδώ είναι η σημασία που έχει η πρόληψη της επιλόχειας λοίμωξης.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παίρνει όλα τα μέτρα για τη σωστή αντισηψία των εξωτερικών οργάνων της επιτόκου, όσο και τη χρήση των αποστειρωμένων εργαλείων του τοκετού αλλά και των αποστειρωμένων γαντιών. Μεταξύ των μέτρων είναι και η χορήγηση αντιβιοτικών το επόμενο 24ωρο και η καθημερινή τήρηση του θερμομετρικού διαγράμματος, καθώς και ο έλεγχος της οσμής των λοχείων. Αν τα λοχεία είναι δύσοσμα τότε χορηγούμε αντιβιοτικά και μητροσυσπαστικά, που έχουν σαν σκοπό τόσο την εκβολή των σηπτικών λοχείων όσο και την παρακώλυση της μικροβιαϊμίας που

ακολουθείται από τη μείωση της κυκλοφορίας της μήτρας. Στο υπογάστριο τοποθετείται παγοκύστη. Σε περίπτωση πλημμελούς απέκκρισης των λοχείων χορηγούνται σπασμολυτικά με σκοπό να διασταλεί ο τράχηλος. Σε περίπτωση πυρετικής έξαρσης χορηγούμε κορτιζόνη. Τέλος φροντίζουμε για την καλή διατροφή της άρρωστης.

B. Μαστίτιδα

Μαστίτιδα ονομάζεται η φλεγμονή των μαστών. Κατά τη μαστίτιδα παρουσιάζεται επώδυνη διόγκωση του πάσχοντος μαστού, με τοπική ερυθρότητα και οίδημα, ενώ εγκαθίσταται υψηλός πυρετός με ρίγος. Στη μαστίτιδα το γάλα γίνεται σηπτικό και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, με τη συνεχιζόμενη έκκριση γάλακτος που δεν απεκκρίνεται λόγω άλγους και οιδήματος.

Η νοσηλεύτρια, κατά την επιπλοκή της μαστίτιδας θα πρέπει να φροντίζει την κένωση των μαστών και τη σωστή καθημερινή τους καθαριότητα, για να προβλάβουμε την είσοδο των μικροβίων από τους γαλακτοφόρους πόρους στο μαστικό αδένα. Σε περίπτωση προχωρημένης μαστίτιδας θα πρέπει να εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα, ενώ στη γαλακτική υπερφόρτωση τοποθετούμε θερμοφόρες για να ρευστοποιηθεί το γάλα και να εξέλθει πιο εύκολα.

Αν η θεραπεία της μαστικής υπερφόρτωσης δεν καταφέρει να περιορίσει τη μαστίτιδα στην αρχική της λοίμωξη, τότε καταφεύγουμε στον απογαλακτισμό με τη χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων. Σε περίπτωση αποτυχίας και αυτής της θεραπείας καταφεύγουμε στη χειρουργική διάνοιξη του αποστήματος.

Γ. Θρομβοφλεβίτις

Με τον όρο θρομβοφλεβίτις εννοούμε φλεγμονή του φλεβικού τοιχώματος, με αποτέλεσμα να θρομβωθεί και το διερχόμενο αίμα και να διακοπεί τοπικά η κυκλοφορία. Τα αίτια της είναι οι κιρσοί, η παρατεταμένη κατάκλιση και ακινησία των κάτω άκρων.

Η νοσηλεύτρια από την πλευρά της συνιστά να εγερθεί η λεχвіδα όσο το δυνατό γρηγορότερα από το κρεβάτι. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση οιστρογόνων ορμονών για τη διακοπή του θηλασμού. Σε ελαφρές περιπτώσεις περιδένουμε το σκέλος και το τοποθετούμε σε ανάρροπη θέση και εφαρμόζουμε θερμά επιθέματα και ελαστικό επίδεσμο. Συνιστούμε την εκτέλεση ασκήσεων. Όταν υποχωρήσουν οι ενοχλήσεις συνιστούμε την έγερση της λεχвіδας. Σε βαρύτερες περιπτώσεις χορηγούμε, εκτός από τα παραπάνω, και ηπαρίνη από τις πρώτες 48 ώρες σε δόσει 5.000 μονάδες κάθε 4 ώρες ενδοφλέβια.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Καισαρική τομή είναι η επέμβαση η οποία εκτελείται για την εξαγωγή ζωντανού εμβρύου με άνοιγμα των κοιλιακών τοιχωμάτων της πρόσθιας επιφάνειας του τοιχώματος της μήτρας. Ενώ στην αρχή πολλές φορές ξεκινάμε με φυσιολογικό τοκετό, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για την εκτέλεση της καισαρικής τομής, που είναι οι ακόλουθες:

1. Απόλυτη ή σχετική δυσαναλογία σε εγκάρσιο ή λοξό σχήμα.
2. Ισχιακή προβολή, μεγάλου μεγέθους εμβρύου, σε πρωτότοκο.

3. Πρόδρομος επιπωματικός πλακούντας.
4. Πρόδρομος επιχείλιος ή παραχείλιος πλακούντας με έντονη αιμορραγία.
5. Εκλαμψία πριν τη διαστολή του τραχηλικού στομίου και πριν την έξοδο του κεφαλιού.
6. Αλλοίωση των καρδιακών παλμών, χωρίς τέλεια διαστολή του τραχηλικού στομίου.
7. Αδράνεια της μήτρας σε σαφή παράταση της κύησης, όταν δεν αντιδρά στην ωδυνοποιητική αγωγή.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές και δυσχέρειες

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής φροντίδας της λεχωίδας είναι η παρακολούθηση και παρατήρησή της. Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών, λήψη θερμοκρασίας, η μέτρηση αρτηριακής πίεσης, βοηθούν στην εκτίμηση της κατάστασής της. Επίσης η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τους εμέτους (ποιόν, ποσόν), τους οποίους είναι δυνατό να εμφανίσει η χειρουργημένη, καθώς και τα ούρα (ποσότητα, χρώμα κ.λπ.).

Βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας αποτελεί η προφύλαξη της λεχωίδας από την ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα. Η συχνή αλλαγή θέσεως για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας. Οι κινήσεις των κατω άκρων για αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας και τέλος η παρακολούθηση της ψυχικής κατάστασης της λεχωίδας. Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας και κάθε τι σχετικό με τη χειρουργημένη πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο.

Μετά από μια εγχείρηση, έστω και όχι επικίνδυνη, όπως η καισαρική τομή, αντιμετωπίζει η χειρουργημένη την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων που την ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωσή της. Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές και αποτελεί βασικό καθήκον και ευθύνη της νοσηλεύτριας η προσπάθεια να προφυλάξει απ' αυτές τη λεχвіδα. Οι κυριότερες δυσχέρειες είναι:

Πόνος: Η γυναίκα που υποβάλλεται σε καισαρική τομή βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει το φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Η νοσηλεύτρια, για να ανακουφίσει τη χειρουργημένη από τον πόνο, της δίνει τη θέση που προκαλεί χαλάρωση των μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, την προστατεύει από το βήχα ή τους εμέτους, όταν υπάρχει ανάγκη της χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζονται από το χειρουργό ιατρό.

Δίψα: Η δίψα οφείλεται στο μεγαλύτερο ποσοστό στη νάρκωση που παίρνει η λεχвіδα. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρασία του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι). Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βάμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με τη χορήγηση υγρών δια της στοματικής ή παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών, καθώς και το είδος, ρυθμίζεται από τη γενική κατάσταση της λεχвіδας.

Εμετος: Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από τη νάρκωση της χειρουργημένης. Εάν η λεχώιδα έχει εμέτους ή νοσηλεύτρια τοποθετεί το εκφάλι προς τα πλάγια και της προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στη χειρουργημένη προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο. Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα της γυναίκας να πλένεται με λίγο νερό για να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενο έμετο δυνατό να γίνει διασωλήνωση του στομάχου από τη μύτη, με σωλήνα Levin. Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους, ποσό, συχνότητα, πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία.

Αιμορραγίες: Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές.

Παράγοντες που συντελούν σ' αυτή την επιπλοκή είναι:

Η μη καλή απολίπωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών.

Η μόλυνση του τραύματος. Αυτή αντιμετωπίζει ο οργανισμός με τη συρροή αίματος, ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.

Οι βίαιες και απότομες κινήσεις της λεχώιδας. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα, με αποτέλεσμα αιμορραγία.

Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος. Τα συμπτώματα είναι γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία.

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει ως εξής: θέτει τη λεχώιδα σε ακινησία και συγχρόνως καλεί βοήθεια από το μαιευτήρα. Εάν αιμορραγεί εξωτερικά τοποθετεί πιεστικό σύνδεσμο στην κοιλιακή

χώρα. Έχει έτοιμο δίσκο με αιμοστάτικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορρού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για την ασθενή που αιμόρραγεί. Τη ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της.

Shock ή καταπληξία: Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Παράγοντες που συντελούν στο shock είναι: Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ο πόνος. Τα συμπτώματα είναι σφυγμός μικρός και συχνός και μόλις αισθητός, επιπόλαια αναπνοή, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης, ψυχρά άκρα, ψυχρός ιδρώτας. Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι η αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι της λεχίδας, ανύψωση κάτω μέρους κρεβατιού για καλή αιμάτωση του εγκεφάλου, προσθήκη κουβερτών και περιορισμό κινήσεων της λεχίδας στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού, καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορρού ή πλάσματος μετά από εντολή. Η προφύλαξη της ασθενούς από μετεγχειρητικό shock συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκοτικό, στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αύξηση όγκου αίματος, χορήγηση υγρών άφθονων μετεγχειρητικά. Όλα αυτά είναι βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας.

Το τραύμα: Η μόλυνση του τραύματος επιφέρει πόνο, θερμότητα, ερυθρότητα και οίδημα. Τα γενικά συμπτώματα είναι πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία. Η μόλυνση προκαλείται από τον αέρα που κυκλοφορεί στους θαλάμους, από μολυσμένα σταγόνιδια, από χρήση ακάθαρτων αντικειμένων. Προφυλακτικά μέτρα: χρήση απορροφητικής μηχανής, υγρό ξεσκόνισμα επίπλων, περάτωση καθαριότητας σε μια ώρα πριν την αλλαγή, κατά την αλλαγή όλοι στο θάλαμο να φορούν μάσκες.

Μετεωρισμός: Είναι η συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Αιτία: επίδραση του ναρκωτικού, ένεκα του οποίου προκαλείται υποτονία και πάρεση, ερεθισμός περιτόναιου, ανεπαρκής καθαριότητα εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η προφύλαξη συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτίων που την προκαλούν: αποβολή ναρκωτικού, καθαριότητα σωστή του εντερικού σωλήνα. Η ανακούφιση περιλαμβάνει ελαφρά στροφή στο πλάι, τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο, αύξηση του όγκου των αερίων, χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα με ιατρική εντολή.

Γ.2. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΕΠΙΤΟΚΟ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ

Περίπτωση πρώτη

Η επίτοκος Δρακίδη Ευαγγελία του Αθανασίου, όνομα μητέρας Χρυσούλα, όνομα συζύγου Ιωάννης, ηλικίας 26 ετών, τόπος κατοικίας Φιλαδελφείας 17 Πάτρα, εισήλθε στις 30.3.93 στο 409 Στρατιωτικό Νοσοκομείο στο μαιευτικό τμήμα με πόνους χαμηλής έντασης στο υπογάστριο. Την παρέλαβα και την οδήγησα στον 203 θάλαμο του τμήματος. Η επίτοκος είχε κληρονομικό ιστορικό ελεύθερο.

Στη μαιευτική εξέταση που ακολούθησε από το μαιευτήρα γιατρό σημειώθηκαν τα εξής: Η επίτοκος βρίσκεται ήδη στον 9ο μήνα. Η πιθανή ημερομηνία τοκετού, απ' ότι έχει σημειωθεί, είναι 28.3.93. Το θηλάκιο είναι άρρηκτο και η διαστολή που έχει είναι τρία εκατοστά. Το ύψος της μήτρας είναι 40. Το αιδούο κ.φ. Η θέση του εμβρύου είναι κεφαλική κάθετη.

Μετά την εξέταση οδήγησα την επίτοκο στην αίθουσα τοκετού, όπου της εφαρμόστηκε ο καρδιογράφος για τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου. Συγχρόνως πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία της επιτόκου, με τιμές: αρτηριακή πίεση 110/80, οι σφύξεις ήταν 78 ανά λεπτό και η θερμοκρασία της ήταν 37°C.

Η φαρμακευτική αγωγή που εφαρμόστηκε ήταν Dextrose 5% 1000 cc με 10 μονάδες Oxytocin και 1 αμπούλα Entraprost για την ενίσχυση των ωδυνών. Μέχρις όμως την ώρα της διεξαγωγής του τοκετού παρουσιάστηκαν ορισμένα προβλήματα, που μαζί με την αντιμετώπισή τους αναφέρονται στον επόμενο πίνακα.

Προβλήματα - Ανάγκες	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγράμματος	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Άρρηκτο θηλάκιο	Προώθηση ρήξης θηλακίου, ώστε να επιτευχθεί πρόοδος στην εξέλιξη του τοκετού.	Ρήξη του θηλακίου τεχνητά κατόπιν εντολής γιατρού, εφόσον η διαστολή του τραχηλικού στομίου είναι 6 εκατοστά.	Εφαρμογή τεχνητής ρήξης του θηλακίου με αποστειρωμένη λαβίδα Kocher.	Με την εφαρμογή της τεχνητής ρήξης υπήρξε πρόοδος στην εξέλιξη του τοκετού και ο τοκετός προχώρησε ομαλά.
Ωδίνες μετρίας εκτάσεως.	Ενίσχυση των δια- σταλτικών ωδίνων της επιτόκου, ώστε να υπάρξει πλήρης διαστολή του τρα- χηλικού στομίου.	Χορήγηση ωδινο- ποιητικών φαρμάκων με ιατρική εντολή.	Χορήγηση ωκυτο- κίνης σε δόση 10 μονάδες μέσα στον ορρό και ρύθμιση της ταχύτητας ροής του ορρού σε 15 σταγόνες το λεπτό.	Με τη χορήγηση της ωκυτοκίνης η οποία δρα στο μυομήτριο, αυξάνοντας τις συ- σπάσεις του, οι διασταλτικές ωδίνες έγιναν εντονότερες και συχνότερες.

Προβλήματα - Ανάγκες	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγράμματος	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Ακαμψία του τραχηλικού στομίου.	1. Η χαλάρωση του τραχηλικού στομίου με αποτέλεσμα την ομαλή εξέλιξη του τοκετού. 2. Πρόληψη του οι- δήματος του τραχή- λου.	1. Χορήγηση σπα- σμολυτικών φαρμά- κων με ιατρική εντολή. 2. Πρόληψη του πρόωρου σφιξίματος της επιτόκου γιατί προκαλείται έτσι οίδημα του τραχήλου.	1. Χορήγηση σπασμολυτικού Buscopan, μέσω της ενδοφλέβιας χορήγησης, σε δόση 4 μονάδων. 2. Συμβουλές στην επίτοκο να σφίγγεται μόνο στη διάρκεια των ωδίνων και ποτέ πρόωρα, αφού πάρει βαθεία εισπνοή.	Ο συνδυασμός των μέτρων απέδωσε και υπήρξε χαλάρωση του τραχηλικού στομίου και με την ενέργεια των διασταλτικών ωδίνων η διαστολή του τραχηλικού στομίου κατέστη τέλεια.

Η επίτοκος γέννησε στις 1 το μεσημέρι ένα ώριμο αγόρι, βάρους 3.650 kg. Η επίτοκος εξήλθε από το Μαιευτήριο στις 4.4.1993, με καλή κατάσταση υγείας.

Γ.2.Β. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΑ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Περίπτωση Δεύτερη

Η λεχώιδα Παπαζαφειροπούλου Αναστασία του Ηλία και της Γεωργίας, όνομα συζύγου Νικόλαος, ηλικίας 27 ετών, διεύθυνση Ερευστρώνε 127, επαγγελμα οικιακά, γέννησε στο 409 Στρατιωτικό νοσοκομείο στο Μαιευτικό τμήμα στις 8.4.1993 με καισαρική τομή ένα κορίτσι βάρους 3.080 kg.

Αφού τοποθέτησα την επίτοκο στο 103 δωμάτιο και αφού ήλθε με πόνους στο υπογάστριο και διαστολή 4 cm, έγινε την ίδια ημέρα και η καισαρική τομή. Μετά τον τοκετό παρουσίασε πυρετό και γίνονταν συχνά θερμομετρήσεις, κάθε 3ωρο.

Η λεχώιδα παρουσίασε αρκετά προβλήματα, που μαζί με τις νοσηλευτικές δραστηριότητες δίνονται στον επόμενο πίνακα.

Προβλήματα	Σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Μετεωρισμός κοιλίας.	Απομάκρυνση των αερίων από το έντερο και η ανακούφιση της λεχρίδας.	α) Ανεύρεση αιτίας. β) Παρακολούθη- ση συμπτωμάτων. γ) Ανακούφιση λεχρίδας από τον πόνο.	Η επίδραση του ναρκωτικού προκαλεί υποτονία μυών και αδράνεια εντέρου. Η μείωση της κινητικότητας μετά την επέμβαση. Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια (γάλα, γλυκά). Καταπολέμηση αυτών που προκάλεσαν το μετεωρισμό. Ελαφρά στροφή προς τα πλάγια. Τοποθέτηση σωλήνα αερίων στο απευθυσμένο, με το οποίο βοηθείται η αποβολή των αερίων και αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του	Μετά την εφαρμογή του σωλήνα αερίων η λεχρίδα ανακουφίστηκε και ηρέμησε.

Προβλήματα	Σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
			εντέρου. Δεν πρέπει να παραμείνει πάνω από 20-30 λεπτά. Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο που αυξάνει τον όγκο αερίων, με συνέπεια την αποβολή τους λόγω και της περισταλτικότητας του εντερικού σωλήνα.	
2. Λόξυγγας	Ανακούφιση της λεχωίδας από τον ενοχλητικό λόξυγγα που εμφανίστηκε.	Απομάκρυνση της αιτίας με συμπωματική αγωγή και ανακούφιση της λεχωίδας από τον πόνο.	Λήψη μισού ποτηριού νερού με ένα κουταλάκι σόδα διαλυμένο. Κατάποση κομματιών πάγου.	Μετά από εφαρμογή των θεραπευτικών μέτρων σταμάτησε ο λόξυγγας μετά από λίγο.

Προβλήματα	Σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγράμματος	Αποτελέσματα
Θρομβοφλεβίτιδα.	Παρεμπόδιση του θρόμβου από την περιοχή της πνευμονικής εισβολής. Θεραπεία θρομβοφλεβίτιδας.	Παρακολούθηση συμπτωμάτων. Θεραπεία συμπτωματική - φαρμακευτική.	<p>Τα συμπτώματα ήταν πόνος και σύσπαση της κνήμης και μετά από μια μέρα εμφανίστηκε οίδημα στο αριστερό κάτω άκρο. Παρουσίασε αύξηση θερμοκρασίας 38°C. Η θεραπεία αποσκοπεί σε απόλυτη ακινησία του άκρου για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος. Ελαφρά πιεστική περίδεση από τα δάκτυλα ως τις βουβώνες με ελαστικό επίδεσμο. Επίσης τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας. Επειτα από εντολή γιατρού τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων. Εναρξη αντιπηκτικής αγωγής. Χορήγηση ηπαρίνης. Συχνός έλεγχος πίεσης αίματος για τη ρύθμιση της δόσης.</p> <p>Αποφασίστηκε η διακοπή του θηλασμού γιατί τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας επηρεάζουν το νεογνό μέσω του γάλακτος.</p>	
		Διακοπή θηλασμού.		

Η γενική κατάσταση της λεχωίδας και του νεογνού την επομένη βελτιώθηκαν. Καθημερινά γινόταν η λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση των λοχείων. Η διατροφή την 1η μέρα ήταν ελαφρά, ενώ στη συνέχεια ελεύθερη. Τη δεύτερη ημέρα η νοσηλεύτρια edίδαξε στη λεχωίδα την τεχνική του θηλασμού. Την 3η ημέρα αφαιρέθηκε ο καθετήρας. Στην 6η ημέρα αφαιρέθηκαν τα ράμματα, ενώ την 8η δόθηκε το εξιτήριο.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Υστερα από την όλη μελέτη αυτής της εργασίας, καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως η λέξη "τοκετός" δεν είναι ένα απλό πράγμα. Είναι ένα θείο δώρο, που όμως κρύβει πολλά προβλήματα και επιπλοκές μέχρι να γεννηθεί.

Αυτό που παρατηρείται σήμερα στις γυναίκες είναι ότι μπροστά στο γιατρό νοιώθουν ντροπή, δειλία, αμηχανία και μερικές μπερδεύουν συμπτώματα που τις ενοχλούν. Οι περισσότερες, ανεξάρτητα από την ηλικία, μόρφωση, κοινωνική τάξη, δεν έχουν καμία ενημέρωση πάνω σε θέματα που τις απασχολούν. Η πληροφόρηση γύρω από τη φυσιολογία της γυναίκας είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Ομως είναι απαραίτητο, κάθε γυναίκα να είναι ενήμερη για τη φυσιολογική της λειτουργία, για να μπορεί να κρίνει τις υποδείξεις και τις παρατηρήσεις. Γι' αυτό έργο μας είναι η ενημέρωση, έτσι ώστε κάθε γυναίκα υπεύθυνα και συνειδητά να ακολουθεί αυτό που θα την ωφελήσει, έτσι ώστε η συνειδητή γνώση να της χαρίσει αυτοπεποίθηση και σιγουριά.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρέχει επίβλεψη, φροντίδα και συμβουλές στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας και με υπευθυνότητα να φροντίζει το βρέφος. Η νοσηλεύτρια, σαν βασικό στέλεχος της ομάδας των επαγγελματιών υγείας, έχει ιδιαίτερα σπουδαίο ρόλο στην υγειονομική διαφώτιση, όχι μόνο μέσα στην οικογένεια αλλά και στην κοινωνία που εργάζεται. Η περίοδος της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι μια όμορφη περίοδος και μια εμπειρία και η μητέρα θα πρέπει, με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας και του γιατρού, να είναι ενημερωμένη για τα πάντα γύρω από τον εαυτό της, γύρω από

τη σύλληψη, τη γονιμοποίηση και τον τοκετό, ώστε με αυτοπεποίθηση να μπορέσει να ανταπεξέλθει στο έργο της.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω όλους όσους μου συμπαραστάθηκαν, τόσο ηθικά όσο και προσφέροντάς μου την πολύτιμη συνεργασία τους, παρέχοντάς μου τις επιστημονικές γνώσεις και την εμπειρία τους στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειάς μου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Π. ΣΑΒΒΑ, Επιτομή "Ανατομική του ανθρώπου και Ατλας",
Τόμος Α', Αθήνα 1984.
- BOURNE A.W. & HOLMES J.M. "Μαιευτική". (Μετάφραση Καρολίνας
Γκρος). Έκδοση 3η. Εκδόσεις "Επιστημονική Βιβλιοθήκη", Αθήνα
1966.
- GARREY GOUAN HOSE, CAU LANDER. "Μαιευτική". Μετάφραση
Σακελλαρόπουλος Γ. και Σαρρή Γ. Βη έκδοση, Αθήνα 1980.
- ΚΑΣΚΑΡΕΛΗΣ Β.Δ. "Μαιευτική και Γυναικολογία", Α' Τόμος, 3η
έκδοση, Αθήνα 1980.
- ΜΑΝΤΑΛΕΝΝΑΚΗ ΣΕΡΓΙΟΥ, "Σύνοψη μαιευτικής και γυναικολογίας",
Αθήνα 1984.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν., "Μαιευτική", Έκδοση 1η, Αθήνα 1983.
- ΠΟΥΓΚΟΥΡΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, "Μαιευτική - Γυναικολογία", Εκδόσεις
Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1986.