

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

---

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ :

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ - ΤΟΚΕΤΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

---

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

κ. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΠΑΤΡΑ 1994



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1238
----------------------	------

## ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη :

α) Στους γονείς μου για την κατανόσή τους και την στήριξή 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.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
----------	---

### Μέρος Α'

A1. Ανατομία του γεννητικού συστήματος	2
A2. Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος	12
Η εφηβία	12
Ωριμη ηλικία	12
Εμμηνος ρύση	13
Εκκριση ορμονών που ελέγχουν την εμμηνορροσία	14
Λειτουργία οιστρογόνων	14
Εμμηνόπαυση ή κλιμακτήριος	15

### Μέρος Β'

B1. Γονιμοποίηση - Αρχικά στάδια εμβρύου	16
Τι είναι πλακούντας και σε τι χρησιμεύει	25
Θέση πλακούντα στη μήτρα	26
Ομφάλιος λώρος	26
Αμνιακό υγρό	29
Διάγνωση της κυήσεως	30
Πιθανά διαγνωστικά σημεία εγκυμοσύνης	32
Βέβαια σημεία εγκυμοσύνης	33
Εξέταση εγκύου - Παρακολούθηση	33
Συχνότητα επισκέψεων	35
Φυσιολογία της εγκύου	35
Υγιεινή της εγκυμοσύνης	36
Διατροφή	37
Οινόπνευμα-Φάρμακα-Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη	38

<i>B2. Προγεννητικός έλεγχος</i>	40
Η υπερηχογραφία στην προγεννητική διάγνωση	41
Η αμνιοπαρακέντηση	42
Η εμβρυοσκόπηση	43
Η λήψη δείγματος εμβρυικού αίματος	44
Η βιοψία του δέρματος του εμβρύου	45
Η αμνιογραφία	45
<i>B3. Ανώδυνος τοκετός</i>	47
<i>B4. Φυσιολογικός τοκετός</i>	50
Είδη τοκετού	51
Αίθουσα τοκετών	53
Ο μηχανισμός του τοκετού – Στάδια	54
Πρώτο στάδιο τοκετού – περίοδος διαστολής	54
Δεύτερο στάδιο τοκετού – περίοδος εξώθησης	55
Τρίτο στάδιο τοκετού – περίοδος υστεροτοκίας	57
Λοχεία	58
<i>B5. Καισαρική τομή</i>	60
Προϋποθέσεις καισαρικής τομής	60
Ενδείξεις καισαρικής τομής	61
Αντενδείξεις καισαρικής τομής	62
<i>B6. Παθολογία στην κύηση</i>	63
Τοξιναιμία κύησης	63
Σακχαρώδης διαβήτης και κύηση	64
Μεσογειακή αναιμία	66
Λοιμώξεις – φλεγμονές της εμβρυοπλακουντικής μονάδας	67
Ιώσεις	68
Εκκτηριακές λοιμώξεις	69

## Μέρος Γ'

<i>Γ1. Νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου</i>	72
Παραλαβή της επιτόκου στο μαιευτικό τμήμα και προετοιμασία της για τον τοκετό	72
Νοσηλ. φροντίδα στο 1ο στάδιο τοκετού – Παρακολούθηση	75
Νοσηλ. φροντίδα στο 2ο στάδιο τοκετού – Παρακολούθηση	78
Νοσηλ. φροντίδα στο 3ο στάδιο τοκετού – Παρακολούθηση	82
<i>Γ2. Καισαρική τομή</i>	84
Μετεγχειρητικές επιπλοκές και δυσχέρειες	84
Περίοδος λοχείας	88
Νοσηλευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών της λοχείας	91
<i>Γ3. Θηλασμός</i>	94
Συχνότητα και διάρκεια θηλασμού	97
:	
<i>Γ4. Διδασκαλία λεχώιδος κατά την έξοδο από το νοσοκομείο</i>	98
<i>Γ5. Εξατομίκευση και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε επίτοκο με φυσιολογικό τοκετό</i>	
1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	99
Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε λεχώιδα με καισαρική τομή	
2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	104
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	112

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

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

Η πτυχιακή αυτή εργασία δεν αναφέρει τίποτε άλλο, παρά το φυσιολογικό αυτό φαινόμενο, το ωραιότερο θαύμα, τη γέννηση. Το θαύμα αυτό έχει σαν κεντρικό του πρόσωπο τη μητέρα.

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

Σ'αυτή την εργασία θα ασχοληθούμε με σειρά με το φαινόμενο της σύλληψης, ανάπτυξης και γέννησης ενός νέου ανθρώπου στον κόσμο μας.

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη, το ιατρικό και το νοσηλευτικό μέρος και αυτό γιατί από την μία πλευρά η Νοσηλευτική αποτελεί ξεχωριστή επιστήμη με την δική της οντότητα, αλλά και από την άλλη είναι απαραίτητη η παράθεση των ιατρικών δεδομένων για να εξετασθεί το θέμα ολοκληρωμένα και από όλες τις πλευρές.



Μέρος Α'

Α1. 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 υπολείμματά του.

Τα έξω γεννητικά όργανα είναι : *Το εφηβαίο και τα μεγάλα 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 εφηβική αύλακα ή 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 σνήθως καλύπτονται απ'αυτά. Προς τα πάνω αποσχίζονται σε δύο μέρη, που συνενώνονται με τα αντίστοιχα τμήματα της αντίθετης πλευράς και σχηματίζουν την πόσθη και το χαλινό

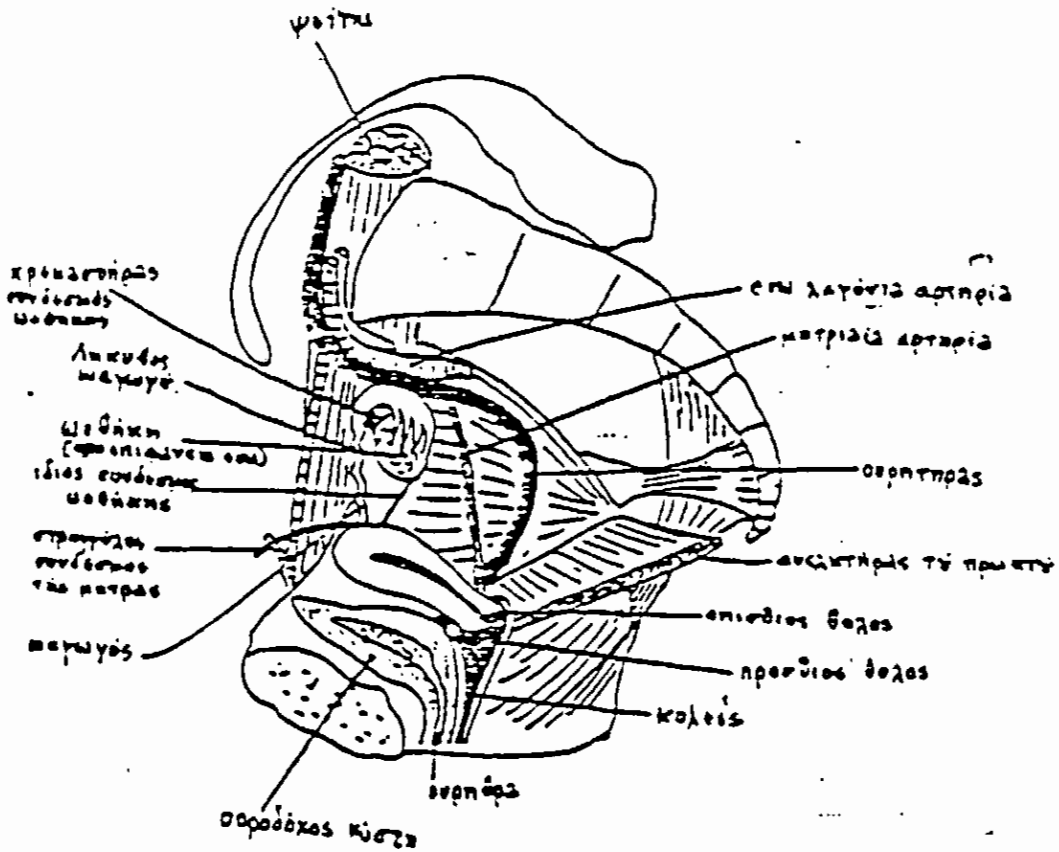
της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη προς τα πίσω συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό. Μεταξύ του χαλινού των μικρών χειλέων και τον παρθενικό υμένα βρίσκεται ένα εντύπωμα το οποίο ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος. Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ινώδη συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Το δέρμα τους είναι πολύ λεπτό και μοιάζει με βλενουύμένα. έχει δε μόνο στιγματογόνους αδένες. (εικόνα)

#### *Η ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ*

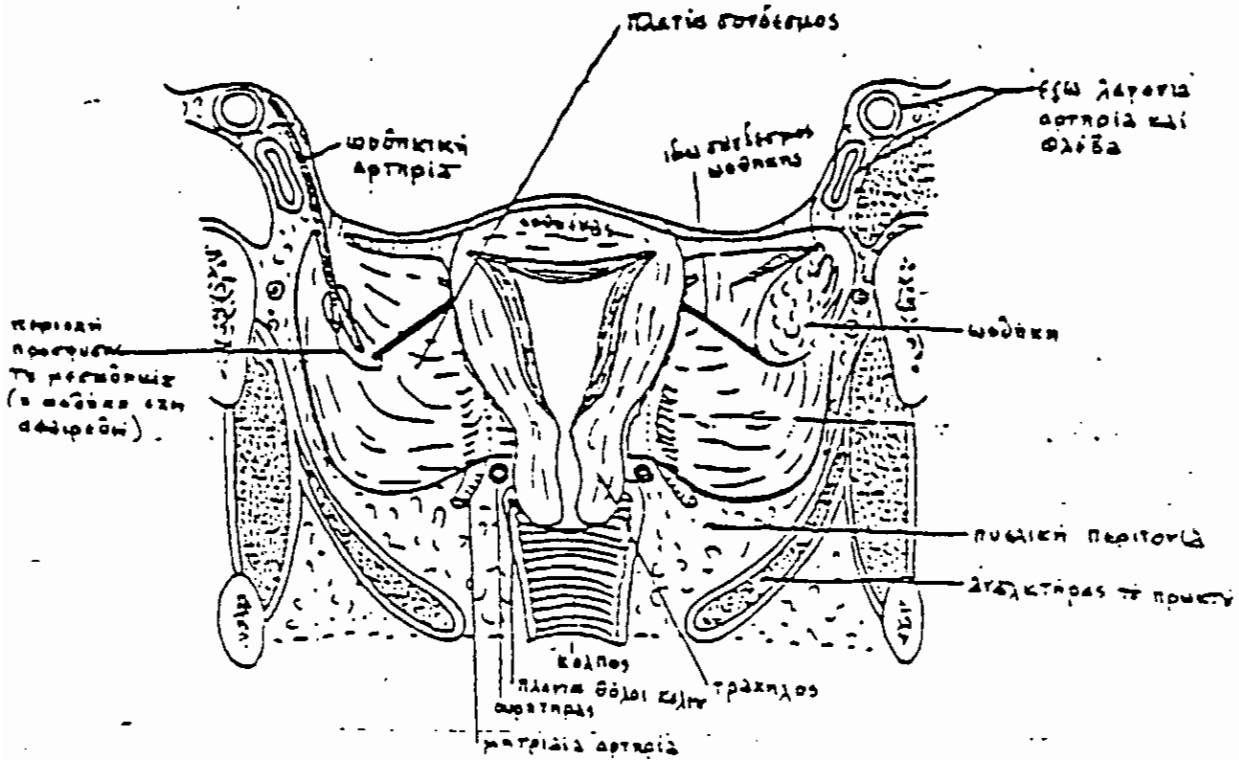
από δύο σπραγγώδη σώματα, που αρχίζουν από τους ηβοισχιανούς κλάδους των ηβικών οστών και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και αριστερό σκέλος στην πορεία τους, προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στη μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της που καταλήγει σε μια πάχυνση, τη βάλανο. Το σώμα της κλειτορίδας έχει μήκος 3-4 εκ., περιβάλλεται από περιτονία που προς τα πάνω προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Ραχιαία η κλειτορίδα περιβάλλεται από την πόσθη, ενώ στην κάτω επιφάνεια της και κατά τη μέση γραμμή βρίσκεται ο χαλινός της. Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας είναι η προς τα πάνω κατάληξη 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. Στην άνω περιοχή του προδρόμου εκβάλλει το έξω στομίο της ουρήθρας, που περιβάλλεται από τους παραουρηθρικούς αδένες.



ΔΕΞΙΟ ΗΜΙΣΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ



ΜΕΣΟΠΡΑΙΑ ΤΟΜΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ



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.* (εικόνα)

### **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 τους άξονας φέρεται συνήθως κατακόρυφα. Έχουν μήκος 3εκ, πλάτος 1.5 έως 3εκ, πάχος 0.5 έως 1.5εκ και βάρος έως 14 γραμ.

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

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 φλοιώδης ουσία αποτελείται από στρώμα από συνδετικό ιστό μέσα στο οποίο βρίσκονται τα ωοθυλάκια. 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 έως 10 χιλιάδες. Ο αριθμός τους όμως μπορεί να κυμαίνεται και να εξαντληθεί πολύ νωρίτερα.

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

#### *ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ ή ΩΑΓΩΓΟΙ*

Οι σάλπιγγες είναι δύο μυώδεις σωλήνες μήκους περίπου 10 εκ. οι οποίοι εκτείνονται από την περιοχή της ωθήκης ως την μήτρα. Το ελεύθερο άκρο της σάλπιγγας είναι ανευρυσμένο σαν χωνί και βρίσκεται κοντά στην ωθήκη. Λέγεται κώδων ή χωνί και είναι ανοιχτό 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 ωαγωγού. Ο ισθμός του ωαγωγού είναι το στενότερο τμήμα του και εκτείνεται από την μήτρα ως το έσω πέρας της ληκύθου. Η μητριαία μοίρα του ωαγωγού είναι το τμήμα εκείνο που βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας.

Το τοίχωμα του ωαγωγού αποτελείται από τρεις χιτώνες :

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

#### *ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΩΑΓΩΓΟΥ*

Ο ωαγωγός 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 γονιμοποιηθέντος ωαρίου ενώ η ενέργεια των κροσσών και οι περισταλτικές κινήσεις του τοιχώματος συντελούν στην μεταφορά του γονιμοποιηθέντος ωαρίου προς την κοιλότητα της μήτρας.

Μέσα από τον ωαγωγό περνούν επίσης τα σπερματοζωάρια για να φθάσουν το ωάριο και να γονιμοποιηθούν. Οι εκκρίσεις των κυττάρων του βλεννογόνου του ωαγωγού 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 εκ. πάχος 2.5 έως 3 εκ., πλάτος 4 έως 5 εκ. και βάρος 42 έως 70 γραμμάρια. Στην κύηση κάτω από τις διάφορες ορμονικές



επιδράσεις, έχει την ικανότητα να μεγαλώνει πάρα πολύ, ώστε η χωρητικότητα της να αυξάνεται από 3 έως 5 κ.εκ. σε 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 (ορογόνος χιτώνας). Εσωτερικά η μήτρα υπαλείφεται από βλεννογόνο που λέγεται ενδομήτριο.

Το ενδομήτριο του σώματος της μήτρας και του άνω τριτημορίου του τραχήλου υφίσταται τμηματικά δομικές αλλαγές κατά την διάρκεια του καταμήνιου κύκλου. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στην επίδραση ορμονών της ωοθήκης. Η επιπολής στοιβάδα που βρίσκεται προς τον αυλό λειτουργική στοιβάδα και αποπίπτει κατά την έμμηνο ρύση. Η εν τω βάθει στοιβάδα λέγεται βασική, είναι μόνιμη και από αυτή αναγεννάται η λειτουργική στοιβάδα.

#### 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 άξονας 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 πλαγίους θόλους.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες :

α) βλεννογόνο, β) μυϊκό χιτώνα, γ) ινώδη χιτώνα. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι πολύστιβο πλακώδες και τα κύτταρα του κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας περιέχουν μεγάλα ποσά γλυκογόνου στο κυτταρόπλασμά τους. Καθώς τα επιφανειακά κύτταρα του επιθηλίου αποπίπτουν 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.

#### **ΚΟΛΠΙΚΟ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ**

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 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 στάδια του.

## Α2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μετά τον πρώτο χρόνο της ζωής και σ'όλη τη μετέπειτα παιδική ηλικία, η υπόφυση αρχίζει τη λειτουργία της, που διαιρείται 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 εξαλουθούν να υπάρχουν μειωμένα βαθμιαία, μέχρι την εμμηνόπαυση.

### Η ΕΦΗΒΕΙΑ

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.

### ΩΡΙΜΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μετά την εφηβική ηλικία, η γυναίκα περνά από τα 15 χρόνια στην ώριμη ηλικία ή γεννητειακή 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 ελαττώνεται σιγά-σιγά μέχρι τα 30, οπότε και επιταχύνεται η έκπτωσή της.

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

### 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 δεν μπορεί να διατηρηθεί αφού δεν έχει κανένα σκοπό, αποκολλάται με μορφή αιμόρροιας και έχουμε την εμφάνιση από τον κόλπο της έμμηνης ρύσης. Η ωοτοκία επέρχεται τη δέκατη τέταρτη ημέρα του εικοσιοκτάμερου κύκλου.

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

### ΕΚΚΡΙΣΗ ΟΡΜΟΝΩΝ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΥΡΥΣΙΑ

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

- I. Η **FSH**, που έχει σαν σκοπό την ωρίμανση του ωοθυλακίου.
- II. Η **LH**, η οποία προκαλεί τη 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 γοναδοτροπικών 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. Εκκρίση τραχηλικής βλέννης
3. Υπερτροφία του ενδομητρίου.
4. Υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου.
5. Δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου.

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.

### ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ Η' ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΣ

Η εμμηνόπαυση επέρχεται συνήθως γύρω στην ηλικία των 50 ετών. Η παραγματική εμμηνόπαυση διαρκεί πολλά χρόνια και η παύση της αιμορραγίας είναι απλώς ένα ιδιαίτερο και θεαματικό σύμπτωμα. Η έμμηνος ρύση σταματά, όταν η παραγωγή των ορμονών οιστρογόνης και προγεστερόνης πέσει στο αίμα κάτω του κανονικού επιπέδου, τότε όλα τα ωάρια που δεν χρησιμοποιήθηκαν ατροφούν και βαθμιαία η λειτουργία των ωοθηκών παύει.

Οι αλλαγές που παρατηρούνται πριν, στη διάρκεια και μετά την εμμηνόπαυση οφείλονται στην πτώση του επιπέδου των ορμονών στο αίμα.

Οι αλλαγές είναι οι εξής :

Η γυναίκα παρουσιάζει μικροαδιαθεσία, είναι περισσότερο νευρική, ενώ πρώτα δεν ήταν τόσο, παίρνει βάρος και μπορεί να παρουσιάσει αλλαγή στις κενώσεις. Επίσης νιώθει ζαλάδες, αϋπνία, αδυναμία και εξάψεις. Ψυχολογικά μπορεί να νιώθει κατάθλιψη που σχεδόν πάντα συνοδεύει την διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Αυτήν την περίοδο η γυναίκα χρειάζεται την ψυχολογική υποστήριξη από την οικογένεια της καθώς και την κατανόηση της για όλα τα συμπτώματα τα οποία αντιμετωπίζει.

Μέρος Β'

Β1. ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η ωορρηξία γίνεται στο μέσο του κύκλου. Αν κατά την 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 σαλπίγγων 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 κατέλεθει δια των σαλπίγγων και θα εγκατασταθεί στην κοιλότητα της μήτρας. Η εγκατάσταση του γονιμοποιηθέντος ωαρίου εντός της μήτρας γίνεται έξι ημέρες μετά την ωορρηξία. (εικόνα)

**ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ**

Δεύτερη εβδομάδα

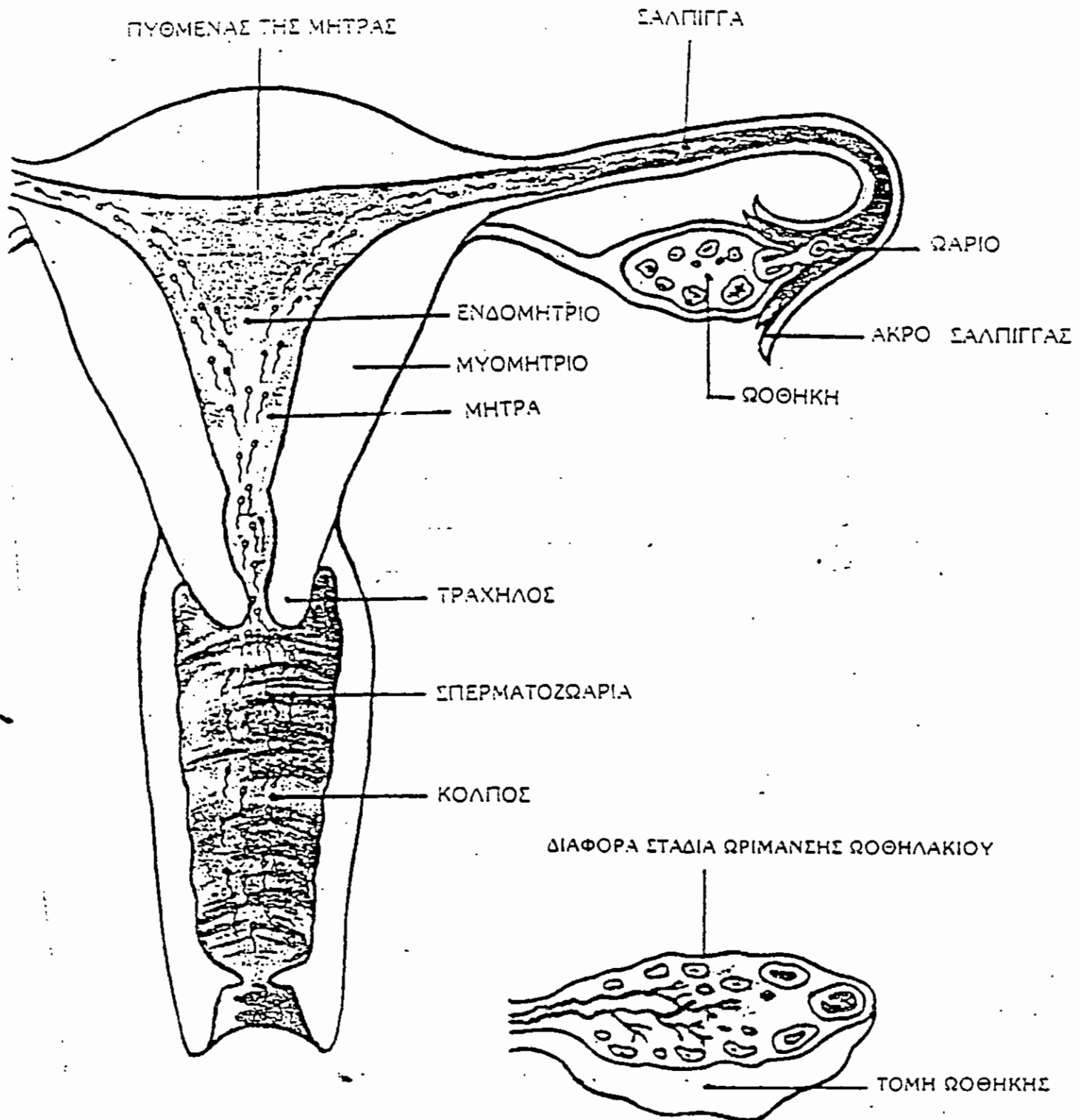
Η εγκυμοσύνη στην εβδομάδα αυτή συνίσταται σε ένα γονιμοποιημένο κύτταρο, που είναι αόρατο στο γυμνό μάτι.

Τρίτη εβδομάδα

Το γονιμοποιημένο ωάριο περνά τον σαλπιγγικό πόρο και φθάνει στην κοιλότητα της μήτρας, όπου στο τέλος αυτής της εβδομάδας εγκαθίσταται στο τοίχωμα της μήτρας. Το εγκυμονούμενο υλικό δεν είναι ορατό.

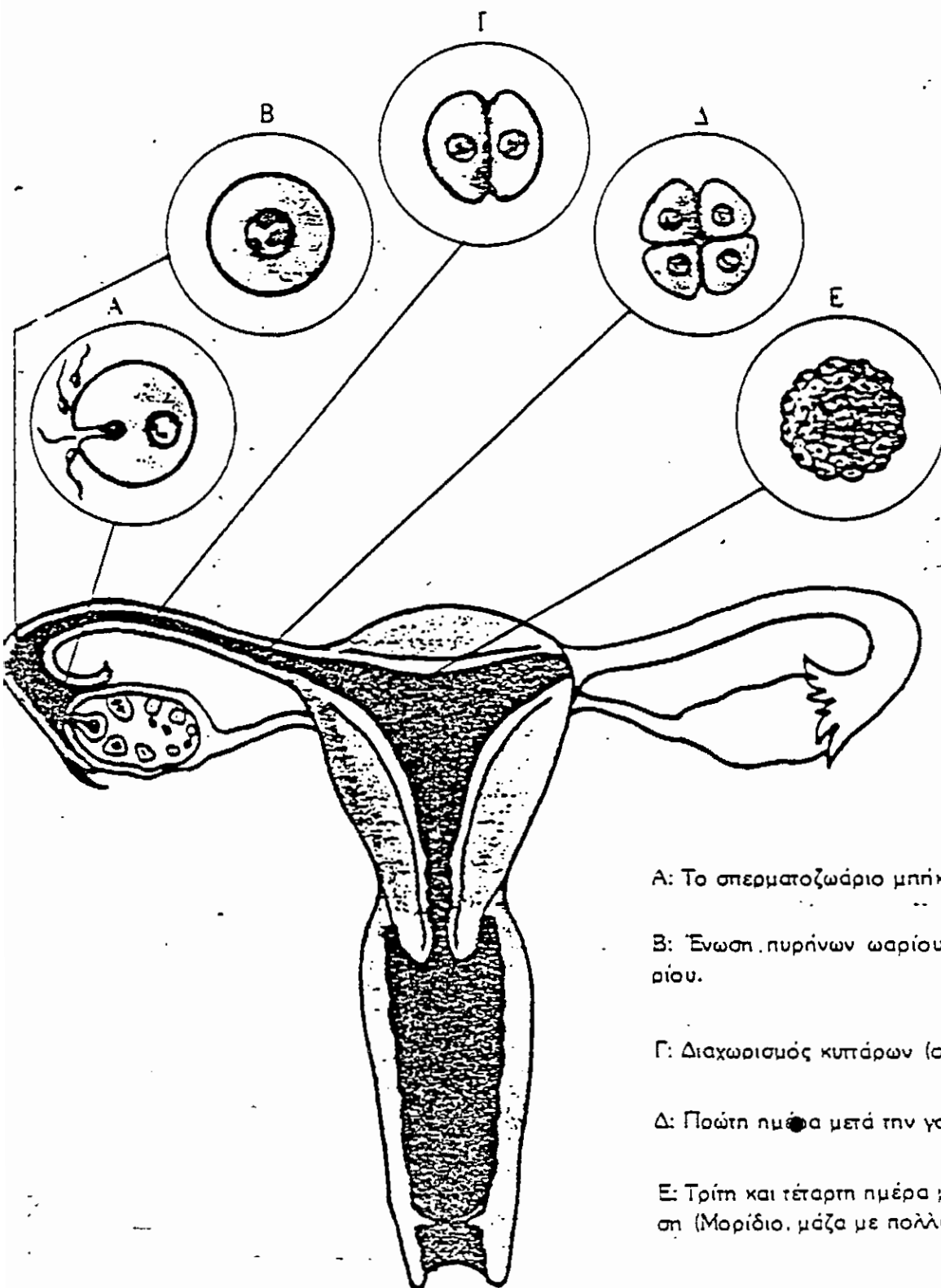
Τέταρτη εβδομάδα

Το κυοφορούμενο υλικό αναπτύσσεται γρήγορα και μόλις αρχίζει να διακρίνεται. Το ωχρό σωματίο της ωοθήκης εξακολουθεί να ωριμάζει και να παράγει προγεστερόνη και έτσι σταματά η





Η πρώτη εβδομάδα της ζωής του γονιμοποιημένου ωαρίου



A: Το σπερματοζώαριο μπήκε μέσα στο ωάριο!

B: Ένωση πυρήνων ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Γ: Διαχωρισμός κυττάρων (στάδιο μίτωσης).

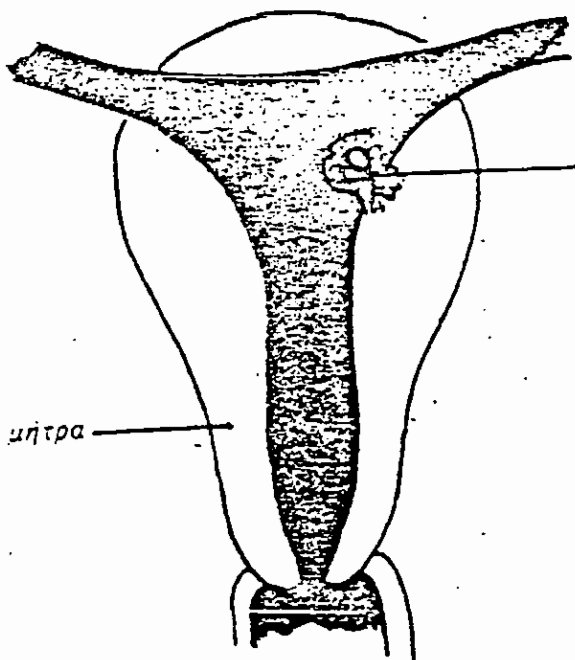
Δ: Πρώτη ημέρα μετά την γονιμοποίηση.

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

Εικόνα

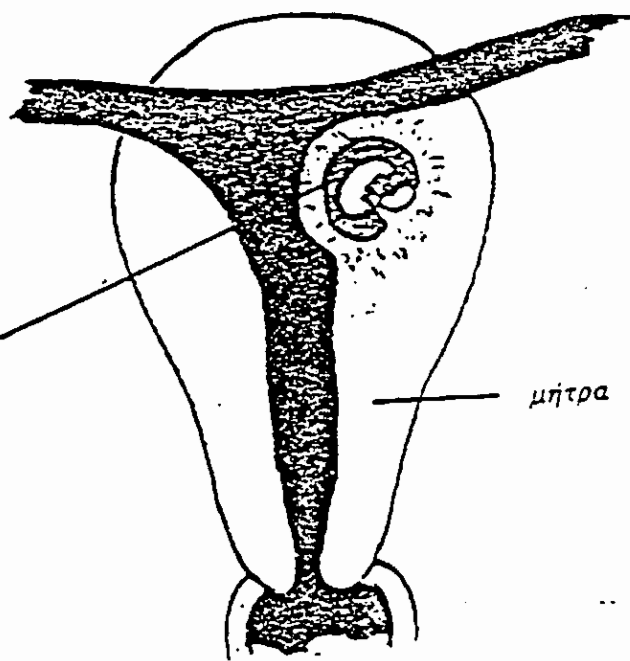
ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΝΗΣΗΣ

Διάφορα στάδια της εμβρυογέννησης



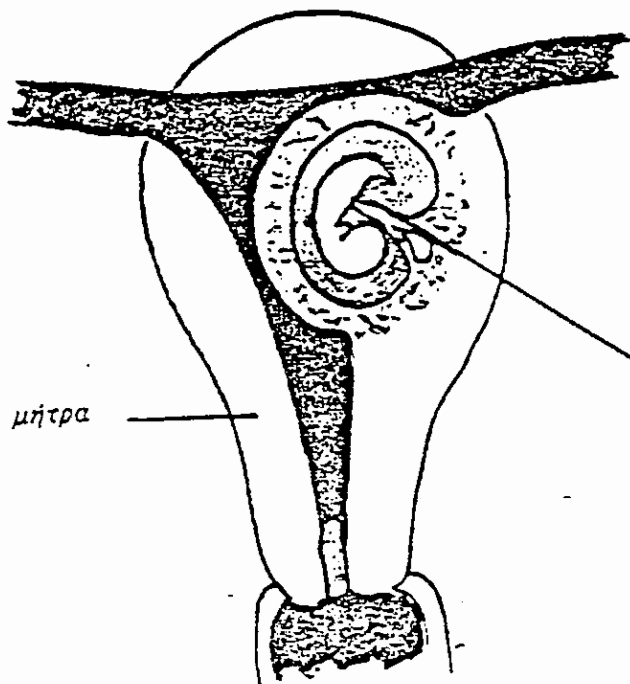
Έμβρυο στο τέλος της δεύτερης εβδομάδας.

μήτρα



Έμβρυο στο τέλος της εικοστής πρώτης ημέρας.

μήτρα



μήτρα

Έμβρυο στις αρχές του δεύτερου μήνα.

έμμηνος ρύση. Με την επίδραση της προγεστερόνης τα κύτταρά της εσωτερικής επιφάνειας της μήτρας, σχηματίζουν το φθαρτό υμένα ο οποίος σχηματίζει στη μήτρα μια πυκνή και αγγειακή επένδυση.

#### Πέμπτη εβδομάδα

Το κυοφορούμενο υλικό είναι ορατό. Το έμβρυο μέσα στο νεοσχηματισμένο αμνιαίο θύλακα αρχίζει να αναπτύσσει τα κυριότερα μέρη που το αποτελούν (π.χ. σπονδυλική στήλη).

#### Εκτη εβδομάδα

Σχηματίζεται στη διάρκεια της το κεφάλι, το στήθος και οι κοιλιακές κοιλότητες. Στις γωνίες του σώματος αρχίζουν να σχηματίζονται τα άνω και κάτω άκρα. Επίσης αρχίζει να λειτουργεί και το πρώτο στοιχειώδες καρδιακό και κυκλοφορικό σύστημα.

#### Εβδομη εβδομάδα

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

#### Ογδοη εβδομάδα

Την εβδομάδα αυτή τα κυριότερα εσωτερικά όργανα έχουν διαμορφωθεί. Η καρδιά χτυπά δυνατά. Αναπτύσσονται κυρίως τα μάτια και το εσωτερικό των αυτιών και το μέσο ους που είναι υπεύθυνο για την ισορροπία.

#### Ενατη εβδομάδα

Το έμβρυο έχει προς το τέλος της ωριμότερη εμφάνιση. Τα μάτια έχουν αναπτυχθεί πλήρως. Εμφανίζονται η μύτη, το στόμα και τα γεννητικά όργανα. Τα άκρα μεγαλώνουν γρήγορα.

#### Δέκατη εβδομάδα

Διακρίνουμε το πρόσωπο στο κεφάλι του εμβρύου. Καθώς και το περύγιο του αυτιού. Ο ομφάλιος λώρος σχηματίζεται κανονικά και στις αρτηρίες και φλέβες κυκλοφορεί το αίμα. Ο πλακούντας δεν έχει σχηματισθεί ακόμα.

#### Ενδέκατη εβδομάδα.

Στο τέλος της εβδομάδας αυτής το έμβρυο έχει τη μορφή ανθρώπινου μικρού μωρού. Η καρδιά λειτουργεί πλήρως και η κυκλοφορία γίνεται κανονικά. Μέσα στο σώμα έχουν διαμορφωθεί οι ωθήκες ή οι όρχεις. Τα άκρα μεγαλώνουν και διακρίνονται καλά τα διάφορα μέρη τους.

#### Δωδέκατη εβδομάδα

Σε αυτήν το κεφάλι του εμβρύου στρογγυλεύει και το πρόσωπο διαμορφώνεται πλήρως. Η μυϊκή ανάπτυξη του εμβρύου αυξάνει την κίνηση του. Διακρίνεται το φύλο του εμβρύου.

#### Δέκατη τρίτη εβδομάδα

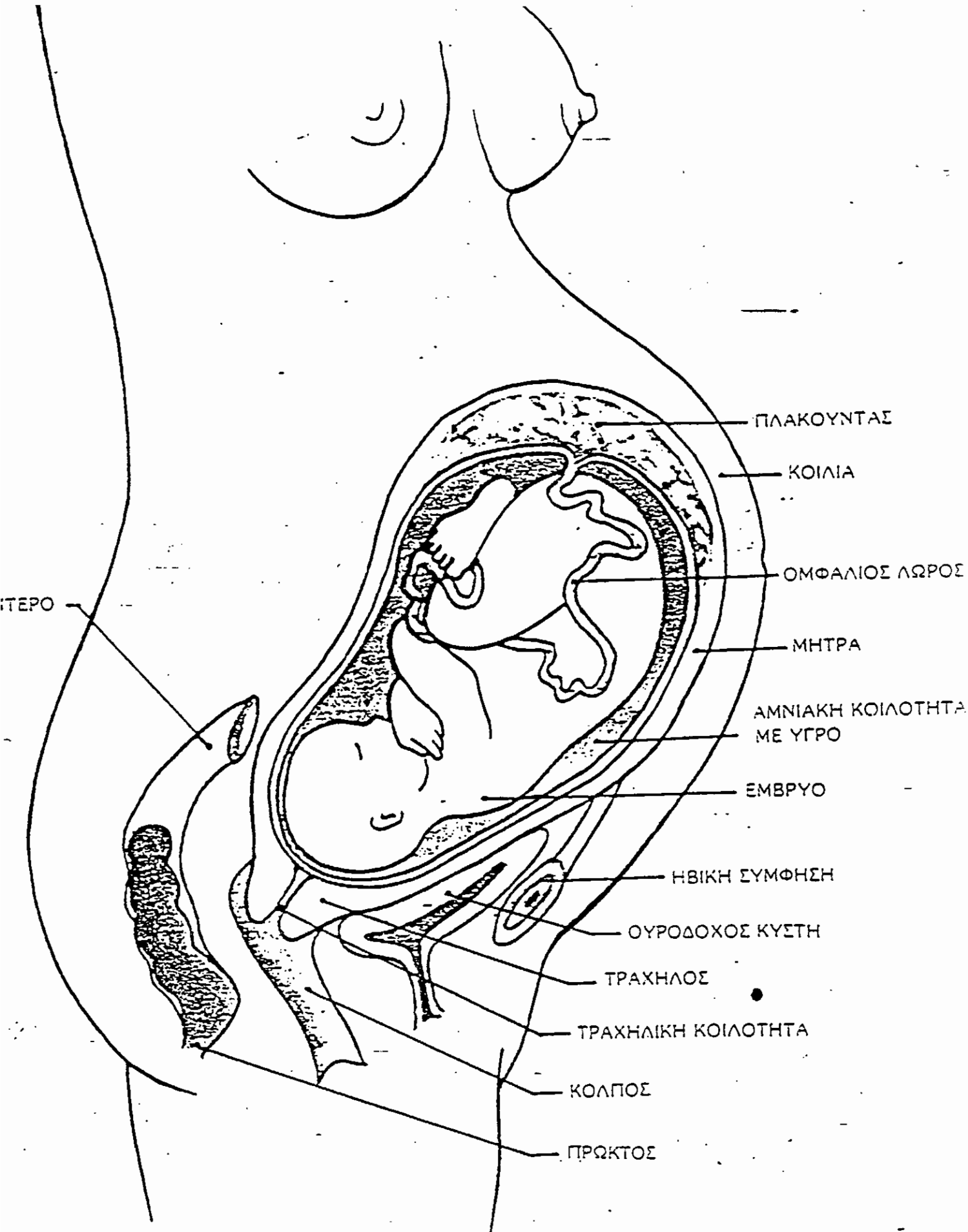
Στην εβδομάδα αυτή η μήτρα έχει τεντωθεί πλέον από την εγκυμοσύνη και ο αμνιακός θύλακας έχει 100 χιλ. λίτρου υγρό. Το κεφάλι κινείται άνετα πάνω στο σώμα. τα εσωτερικά όργανα του εμβρύου έχουν αναπτυχθεί πλήρως, αλλά οι πνεύμονες, ήπαρ και νεφροί εξακολουθούν να ωριμάζουν. Οι κινήσεις του εμβρύου αυξάνονται αλλά δεν τις αντιλαμβάνεται η μητέρα.

#### Δέκατη τέταρτη έως δέκατη όγδοη εβδομάδα

Στις εβδομάδες αυτές αναπτύσσονται τα πρωτογεννή χαρακτηριστικά του φύλου, καθώς και τα άκρα και τα δάκτυλα. Στις εβδομάδες αυτές η ανάπτυξη είναι πολύ γρήγορη. (εικόνα)

Εικόνα  
ΕΜΒΡΥΟ ΕΠΤΑ ΜΗΝΩΝ

Έμβρυο επτά μηνών



Δέκατη ένατη έως εικοστή τέταρτη εβδομάδα

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

Εικοστή πέμπτη έως τριακοστή πέμπτη εβδομάδα

Τα μάτια του εμβρύου ανοίγουν και φαίνονται πλέον τα χείλη του αιδοίου ή οι όρχεις και μεγαλώνουν τα μαλλιά. Το σώμα του στρογγυλεύει και το κεφάλι είναι πια ανάλογο του σώματος. Το ποσοστό της επιβίωσης του είναι 15% εάν γεννηθεί πρόωρα.

Τριακοστή έκτη έως τεσσαρακοστή εβδομάδα

Το έμβρυο είναι πλέον ώριμο με πιθανότητα επιβίωσης πάνω από 90% αν γεννηθεί πρόωρα. Το έμβρυο θα πάρει τη μόνιμη στάση του για να βγει με το κεφάλι. Στο 50% των γυναικών στο πρώτο παιδί το κεφάλι κατέβαίνει στο στάδιο αυτό. Η κανονική εγκυμοσύνη θεωρείται ότι διαρκεί 40 εβδομάδες ή 280 ημέρες, αλλά θα πρέπει να ξέρουμε ότι πρόκειται για μέσο όρο και όχι για τον κανόνα. Ορισμένες γυναίκες έχουν ομαλές κυήσεις μικρότερης διάρκειας, ενώ άλλες μακρότερης.

**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 ομφάλιου λώρου στο έμβρυο. Ο πλακούντας είναι το πιο παγωγικό όργανο του εμβρύου. Δέκα εβδομάδες μετά την σύλληψη, όταν ο πλακούντας δεν ζυγίζει πιο πολύ από 50 γραμμάρια,



η συνολική παραγωγή του σε πρωτεΐνες υπολογίζεται στο 1.5 γραμμάρια 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 αίματος της, τα οποία είναι απαραίτητα για το έμβρυο, όπως οξυγόνο, υδατάνθρακες, λευκώματα, λίπος, άλατα, σίδηρο, γαλακτοζάχαρο, βιταμίνες και ορμόνες.

#### ΘΕΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΣΤΗ ΜΗΤΡΑ

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

1. Χαμλή πρόσφυση του πλακούντα.
2. Παραχείλιος πρόσφυση του πλακούντα (όταν προσφύεται πολύ κοντά στο εσωτερικό στόμιο του τραχήλου της μήτρας).
3. Επιχείλιος πρόσφυση του πλακούντα (όταν η πρόσφυση του πλακούντα καλύπτει μέρος του τραχηλικού στομίου)
4. Επιπωματικός πλακούντας (όταν προσφύεται ο πλακούντας στο εσωτερικό τραχηλικό στόμιο) (εικόνα)

#### ΟΜΦΑΛΙΟΣ ΛΩΡΟΣ

Ο ομφάλιος λώρος είναι σχοινοειδές μόρφωμα το οποίο περιέχει δύο ομφαλικές αρτηρίες και μία ομφαλική φλέβα.

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 εκτροφή της μήτρας μετά τον τοκετό. Η μακρά ομφαλίδα παρατηρείται σε μήκος άνω των 60 εκ. της οποίας οι επιπλοκές είναι :

- α) Πρόπτωση ομφαλίδος ιδίως μετά την 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 έννοούμε το περιεχόμενο της αμνιακής κοιλότητας. Μέσα σ'αυτό βρίσκεται το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το υγρό αυτό αποτελείται από νερό, οργανικά και αόργανα 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 κινήσεις του.
3. Διατηρεί την 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.
8. Έχει βιολογικές και ανοσοποιητικές ιδιότητες.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η πρώτη σκέψη έναρξης κύησης στη μητέρα γεννάται μετά από τη καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως. Αυτό το γεγονός οδηγεί συνήθως αυτή στο μαιευτήρα για τη βεβαίωση του γεγονότος. Η διάγνωση της κύησης κατά τους πρώτους μήνες στηρίζεται σε δύο κυρίως γεγονότα: α) αμηνόρροια, β) από την αύξηση του μεγέθους της μήτρας.

α) Πρέπει στην πρώτη περίπτωση να γίνεται διαφορική διάγνωση από τη δευτεροπαθή αμηνόρροια και γι' αυτό καταφεύγουμε στη δοκιμασία της προγεστερόνης. Δηλαδή χορηγούμε προγεστερόνη ενδοφλεβίως ή σε συνδιασμό με θυλακίνη και αν μετά την αποβολή δια των ούρων των στεροειδών που χορηγήθηκαν εμφανισθεί έμμηνος ρύση τότε έχουμε δευτεροπαθή αμηνόρροια, διαφορετικά έχουμε κύηση.

β) Στη διάρκεια της κύησης η μήτρα διογκώνεται ανάλογα της περιόδου της αμηνόρροιας. Η χρονική διάρκεια της αμηνόρροιας πρέπει να αντιστοιχεί στο ανάλογο μέγεθος της μήτρας που καθορίζει και το μήνα της κύησης. Αλλά παρ' όλα αυτά πολλές φορές το μέγεθος της μήτρας δεν είναι πλήρως διαφωτιστικό για την κύηση. Επίσης η διάγνωση μπορεί να γίνει και με τα ΤΕΣΤ ΚΥΗΣΗΣ ή με την ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ η οποία γίνεται με τις εξής μεθόδους :

Α. Με βιολογικές διαδικασίες που γίνονται μετά από δύο εβδομάδες από την ημέρα που η γυναίκα θα έχει την έμμηνο ρύση. Η δοκιμασία αυτή στηρίζεται στην ανίχνευση της γοναδοτρόπου ορμόνης που αποβάλλεται από τα ούρα της εγκύου. Η έκκριση της αρχίζει από την 40η έως την 120η ημέρα από την τελευταία έμμηνο ρύση.

Οι βιολογικές δοκιμασίες είναι οι :

- ASHEIM - ZONDEK σε ποντικούς
- FRIEDMAN σε κουνέλια
- GALI MAININI σε βατράχους

Β. Με ανοσοδοκιμασίες, αυτές αποβλέπουν στην ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίνης 8 μέρες μετά την ωοθυλακυορρηξία και μια μόνο μέρα μετά την εμφύτευση. Λέγονται ανοσοδοκιμασίες γιατί στηρίζονται στην παραγωγή αντισωμάτων εναντίον της Η.Σ.Γ. Τα αντιδραστήρια που χρησιμοποιούνται είναι :

α) PREGYOSTICON, β) PREPYERIN, γ) GRAVIDEX.

Στις μέρες μας επινοήθηκαν δοκιμασίες που μόνος του ο μαιευτήρας μπορεί να εκτελέσει όπως η PREGCOLOR ή η γυναίκα στο σπίτι PREDICTOR.

Γ. Ραδιοανοσοδοκιμασίες, με αυτές ανιχνεύουμε την πλακου-ντιακή γαλακτογόνο ορμόνη, οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Χρησιμοποιούνται σε παθολογικές καταστάσεις στην εγκυμοσύνη περισσότερο.

Δ. Υπερηχογράφημα μπορεί να γίνει από την 12η εβδομάδα της κύησης. Μας βοηθά όχι μόνο στη διάγνωση αλλά και στον προ-ορισμό της θέσης του πλακούντα, του εμβρύου, την ύπαρξη πολύδυμης κύησης.

**Ε.** Ακτινολογικός έλεγχος, γίνεται μετά την 16η εβδομάδα. Με αυτόν διαγράφεται ο σκελετός και η θέση του εμβρύου. Προτιμότερο να γίνεται σε τελειόμηνα και όχι νωρίτερα λόγω των κινδύνων που έχει για το έμβρυο.

**ΣΤ.** Κυτταρολογικός έλεγχος, με την λήψη κολπικών επιχρισμάτων. Όταν έχουμε την εμφάνιση σκαφοειδών κυττάρων σε αναλογία 80% έως 90% μαζί με βασεόφιλα 10% έως 20% με αραιόχρωμους πυρήνες τότε έχουμε εγκυμοσύνη.

Η κλινική διάγνωση γίνεται από το ιστορικό της εγκύου (ατομικό, οικογενειακό, μαιευτικό) από τα συμπτώματα, την επισκόπηση και την ακρόαση.

#### ΠΙΘΑΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Τα στοιχεία από την κλινική εξέταση και θα μας βοηθήσουν στη διάγνωση λέγονται πιθανά και έτσι:

- Παύση της έμμηνου ρύσεως.
- Μεταβολή στο μέγεθος, το σχήμα και τη σύσταση της μήτρας.
- Ναυτία, εμμετός, συχνουρία.
- Οι σφιχτότεροι και ευαίσθητοι μαστοί.
- Οι ραβδώσεις της κοιλιάς και ο χρωματισμός της λευκής γραμμής.
- Ιωδιόχρους χροιά και οίδημα του τραχήλου της μήτρας.
- Η διόγκωση του υπογάστριου.
- Η υπέρχρωση του δέρματος.

### ΒΕΒΑΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Αυτά εμφανίζονται μόνο στην εγκυμοσύνη και είναι :

- Οι ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου.
- Η εσωτερική και εξωτερική αντιτυπία.
- Οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου.
- Το μητρικό φύσημα και το φύσημα του ομφαλίδος.
- Από την ψηλάφηση των μελών του εμβρύου.
- Από την ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου.
- Από το υπερηχογράφημα.
- Από το θετικό TEST (βιολογικό, ανοσοβιολογικό).

Από τα παραπάνω προκύπτει πως για να διαγνωστεί με βεβαιότητα η εγκυμοσύνη πρέπει αυτή να προχωρήσει στην εξέλιξη της και ότι για να την διαγνώσουμε πριν την κλινική της εμφάνιση καταφεύγουμε στις εργαστηριακές μεθόδους.

### ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΓΚΥΟΥ - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Η γυναικολογική εξέταση είναι επιβεβλημένη στην κύηση και γίνεται : α) στην αρχή της κύησης β) μετά τα σκιρτήματα του εμβρύου για την εκτίμηση της πρόδου της κύησης γ) κατά τους τελευταίους μήνες για τον καθορισμό του είδους του τοκετού. Επιβάλλεται η επιμελημένη και συστηματική παρακολούθηση της ώστε η φυσιολογική κατάσταση της εγκυμοσύνης να μην μετατραπεί σε παθολογική.

Η παρακολούθηση της εγκύου διακρίνεται σε :

A. ΚΛΙΝΙΚΗ

B. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ.

Α. Οι εξετάσεις που περιλαμβάνει η κλινική παρακολούθηση είναι :

- α) του βάρους, το επιτρεπόμενο βάρος που θα πάρει σε όλη τη διάρκεια να είναι από 10 έως 12 κιλά. Κάθε μήνα να παίρνει από 1 έως 1,5 κιλά.
- β) ύψους
- γ) την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης που τα ανώτερα φυσιολογικά της όρια θα πρέπει να είναι 140-90 mmHg.
- δ) ο έλεγχος του τραχήλου μέχρι τον 7ο μήνα για τυχόν ύπαρξη φλεγμονής ή νεοπλασματικής εξεργασίας του.
- ε) Ο έλεγχος της ηλικίας της εγκυμοσύνης
- στ) Την ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου με το κοιλιοσκόπιο ή με το SONICAID ή με τους υπέρηχους.
- ζ) Για τη διάγνωση του σχήματος της προβολής που γίνεται κατά τους δύο τελευταίους μήνες με τους χειρισμούς του LEOPOLD.

Τέλος όλα τα στοιχεία που θα συγκεντρώσουμε από τις παραπάνω κλινικές εξετάσεις θα τα αναγράψουμε στην ειδική ατομική κάρτα της εγκύου.

Β. Εργαστηριακή παρακολούθηση που γίνεται με :

- α) Την εξέταση των ούρων για τυχόν ύπαρξη λευκώματος, σακχάρου, πυοσαφαιρίων κ.λ.π.
- β) Καταμέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιματοκρίτη για πρόληψη και αποκατάσταση των αναιμιών.
- γ) Ομάδα αίματος και παράγοντα RH, εάν η έγκυος είναι RH(-) και ο σύζυγος της RH(+) επιβάλλεται η εκτέλεση εμμέσου COOMBS.

δ) Αντίδραση κατά WASSERMAN ή KOLMER για τον έλεγχο τυχόν σύφιλης.

Κάθε μεταβολή των φυσιολογικών τιμών των παραπάνω εξετάσεων, των ζωτικών σημείων καθώς και η εμφάνιση οιδήματος είναι προειδοποιητικά σημεία της τοξιναιμίας της κύησης και γι' αυτό θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στην παρακολούθηση και τον έλεγχο τους.

#### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

Η έγκυος θα πρέπει να παρακολουθείται από το γιατρό κάθε 30 μέρες μέχρι την 20η εβδομάδα, κάθε 15 ημέρες μέχρι την 36η εβδομάδα και κάθε εβδομάδα μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης μετά την 37η εβδομάδα.

Ο ρυθμός αυτός θα πρέπει να διακοπεί και να επισκεφθεί το γιατρό εάν εμφανισθούν συμπτώματα όπως:

- Αιμορραγία από τον κόλπο (απειλούμενη έκτρωση).
- Απώλεια υγρών (πρόωρη ρήξη εβρυσικών υμένων).
- Πόνοι στην οσφύ και το υπογάστριο.
- Ολιγουρία (πιθανή προεκλαμψία).
- Πονοκέφαλοι.
- Οίδημα στα χέρια, τα πόδια (πιθανή προεκλαμψία).

#### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Από την στιγμή της εγκατάστασης του ωαρίου, μέχρι και του τέλους της εγκυμοσύνης η έγκυος παρουσιάζει μεταβολές μορφολογικές όσο και λειτουργικές των διαφόρων συστημάτων. Οι μεταβολές με σειρά εμφάνισης είναι:



1. Επώδυνη διόγκωση των μαστών, ευαισθησία των θηλών.
2. Άλγος στο υπογάστρο.
3. Αμηνόρροια, τάση προς έμετο, έμετος.
4. Αίσθημα μετεωρισμού.

Με την πρόοδο της κύησης εμφανίζει:

1. Υπέρχρωση των θηλών, της λευκής γραμμής
2. Αύξηση βάρους
3. Αύξηση της διαμέτρου της κοιλιάς, από την αύξηση του μεγέθους της μήτρας.

Από τα άλλα συστήματα μπορεί να παρουσιασθούν διαταραχές της όρασης, συχνουρία, πτώση του αιματοκρίτη στο 39% από 40% έως 42% και αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. Επίσης επηρεάζεται και η νεφρική λειτουργία με αύξηση της σπειραματικής διήθησης κατά 50% στην αρχή και μετά την ελάττωσή της.

Τέλος παρουσιάζει αύξηση του μεταβολισμού λόγω της αύξησης της δραστηριότητας των φυσιολογικών λειτουργιών.

### ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Το σύνολο των φροντίδων, συμβουλών και των προσταγμάτων που έχουν σκοπό να εξασφαλίσουν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης την επιτυχία του φυσιολογικού τοκετού και την γέννηση γερού νεογνού αποτελεί την υγιεινή της εγκυμοσύνης. Περιλαμβάνει:

- α) Την καθαριότητα του σώματος και την υγιεινή του στόματος με καταιωνιτικό λουτρό καθημερινά με συχνή αλλαγή εσωρούχων, με την περιποίηση του στήθους καθημερινά και την

υποστήριξη του με ειδικό στηθόδεσμο.

- β) Την σωστή ενδυμασία με χρήση χαλαρών εσφρούχων και ενδυμάτων, θα πρέπει να αποφεύγονται οι καλτοοδέτες γιατί πιέζουν τα αιμοφόρα αγγεία.
- γ) Την άσκηση, ανάπαυση και ύπνο. Το βάδισμα είναι απαραίτητη άσκηση, διότι αυτή διατηρεί το μυϊκό τόνο σε ετοιμότητα για την προσπάθεια στο τοκετό. Η υπερβολική ορθοστάσια και η άρση βαρών θα πρέπει να αποφεύγονται. Ο επαρκής ύπνος τέλος και η ψυχική ηρεμία συμβάλλουν αποφασιστικά στην ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

#### ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η καλή διατροφή της εγκύου είναι απαραίτητη, γιατί αυτή εξασφαλίζει την επάρκεια του οργανισμού με όλες τις απαραίτητες ουσίες για την φυσιολογική διάπλαση του εμβρύου. Οι τροφές που πρέπει να παίρνει η έγκυος ανήκουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- A. Λευκώματα
- B. Λίπη
- Γ. Υδατάνθρακες

Επίσης απαραίτητες είναι οι βιταμίνες και τα άλατα. Για να καλυφθούν οι ανάγκες του εμβρύου και του πλακούντα πρέπει πρώτα να καλυφθούν οι ανάγκες της εγκύου. Γι'αυτό η έγκυος θα πρέπει να παίρνει κάθε μέρα 100 γραμμάρια υδατάνθρακες και βιταμίνες.

Άλλες τροφές απαραίτητες είναι:

- 1) Το γάλα που είναι πλήρης τροφή, πλούσιο σε πρωτεΐνες,

ασβέστιο και λεύκωμα.

2) Το κρέας και το ψάρι που είναι βασικά για το ζωικό λεύκωμα τους.

3) Τα αυγά, το σπανάκι, οι φακές που περιέχουν σίδηρο και ανόργανα άλατα.

4) Τα φρούτα και λαχανικά, πλούσια σε άμυλο, άλατα και σάκχαρο και είναι απαραίτητα διότι βοηθούν στο σχηματισμό των ιστών. Επίσης περιέχουν και τις απαραίτητες βιταμίνες Α, Β1, Β2, Β6, Β12, C, Ε, D, Κ.

5) Τα υγρά που η λήψη τους θα πρέπει να είναι άφθονη και ιδιαίτερα του νερού.

#### ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ - ΦΑΡΜΑΚΑ - ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Το οινόπνευμα που θα λάβει η έγκυος, δεν θα πρέπει να ανέρχεται πάνω από 30 γραμμάρια αλλά και αυτό θα είναι δυνατόν να προκαλέσει βλαπτική συνέπεια στο έμβρυο γιατί διέρχεται τον πλακούντα σε 5 έως 10 λεπτά. Η θηλάζουσα μητέρα θα πρέπει να απέχει εντελώς.

Το κάπνισμα θα πρέπει να αποφεύγεται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού διότι βλάπτει. Παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις στην καρδιακή λειτουργία των εμβρύων που οι μητέρες τους κάπνιζαν αρκετά. Επίσης είναι δυνατόν να γεννηθούν νεογνά ελλιποβαρή. Η κατάχρηση του καπνίσματος μετά την 16η εβδομάδα δυνατόν να δημιουργήσει πνευματική καθυστέρηση λόγω της κακής οξυγόνωσης του πλακούντα.

Η χορήγηση φαρμάκων στην εγκυμοσύνη απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, γιατί είναι δυνατόν να έχουν βλαπτική επίδραση στο

έμβρυο. Η επίδραση εξαρτάται από το βαθμό ευαισθησίας των ιστών στο φάρμακο, την πυκνότητα και την διάρκεια χορήγησης του. Τη μεγαλύτερη βλαπτική επίδραση έχουν τα φάρμακα που χορηγούνται στη διάρκεια της μείζονος οργανογένεσης. Φάρμακα όπως τα βαρβιτουρικά, αντιβιοτικά, ναρκωτικά, κορτικοειδή περνούν τον πλακούντα και είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα.

Με προσοχή επίσης πρέπει να χορηγούμε οιστρογόνα και προγεστερόνη για τον κίνδυνο θυληκοποίησης ή αρσενικοποίησης του εμβρύου. Οι έγκυες γυναίκες που πάσχουν από διαβήτη χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση των φαρμάκων γιατί μια μεγάλη αύξηση του σακχάρου ή μια υπερβολική δόση ινσουλίνης είναι δυνατόν να βλάψουν το έμβρυο και την ίδια.

Τέλος η χορήγηση υπνωτικών, αναισθητικών και αναλγητικών φαρμάκων στον τοκετό θα πρέπει να ελέγχεται με μεγάλη προσοχή, γιατί περνούν τον πλακούντα και έχουν επίπτωση στο έμβρυο το οποίο όταν θα γεννηθεί θα αργήσει να αναπνεύσει ή θα παρουσιάσει κρίση άπνοιας.

## Β2. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Με τον προγεννητικό έλεγχο επιτυγχάνεται με ασφάλεια και αποτελεσματικέω μεθόδους, η έγκαιρη ενδομήτρια διάγνωση ορισμένων γεννητικών παθήσεων του εμβρίου. Η έγκαιρη αυτή διάγνωση προσφέρει τη δυνατότητα στους γονείς να αποκτήσουν ένα υγιές παιδί, ενώ παράλληλα τους προφυλάσσει απο τη γέννηση ενός γενετικά υπολειπόμενου εμβρύου με την έγκαιρη πρόκληση διακοπής της κύησης.

Κύριος σκοπός της προγεννητικής διαγνωστικής είναι να περιορίσει τις διάφορες γενετικές παθήσεις και σύνδρομα. Γι' αυτό οι απασχολούμενοι με το προγεννητικό έλεγχο είναι απαραίτητο να γνωρίζουν με κάθε λεπτομέρεια τις διάφορες γενετικές παθήσεις, ώστε να είναι σε θέση να προσδιορίσουν:

- α) Την ασφαλή διάγνωση τους όπου είναι δυνατή.
- β) Την πιθανότητα επανεμφάνισης τους σε τυχόν νέα κύηση.
- γ) Τη μέθοδο ανίχνευσης των φορέων της νόσου.
- δ) Την ποιότητα ζωής, που προσφέρει η κάθε νόσος ως και τη δυνατότητα θεραπείας της.
- ε) Τα οικονομικά και οικογενιακά προβλήματα, που θα προέλθουν από το παιδί που πάσχει, όπως και τις πιθανότητες επιπλοκών από την πρόκληση τεχνητής διακοπής της κύησης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην πιθανότητα να επακολουθήσει δευτεροπαθής στέρηση.

Μέθοδοι εφαρμογής του προγεννητικού ελέγχου :

*A. Άμεσες (στο έμβρυο)*

1. Αμνιοπαρακέντηση
2. Εμβρυοκέντηση
3. Αιμοληψία απο το έμβρυο
4. Βιοψία του δέρματος του εμβρύου
5. Υπερηχογραφία
6. Ακτινολογική εξέταση α. αμνιογραφία, β. εμβρυογραφία

*B. Έμμεσες (στη μητέρα)*

1. Στο αίμα
  - α. εμβρυικά κύτταρα.
  - β. ανίχνευση και ποσοτικός προσδιορισμός αντισωμάτων.
  - γ. προσδιορισμός ορμονών.
  - δ. προσδιορισμός διαφόρων ουσιών.
2. Στα ούρα  
Προσδιορισμός διαφόρων ουσιών
3. Στην τροφοβλάστη.

**Η ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η υπερηχογραφία στην προγεννητική διάγνωση προσφέρει αξιόλογη συμβολή που είναι δυνατό να συνοψιστεί στα παρακάτω:

- 1, Αποκλείει ή επιβεβαιώνει την ύπαρξη δίδυμης ή πολυδίδυμης κύησης με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό των λαθών.
2. Προσδιορίζει την ηλικία της κύησης με μεγάλη ακρίβεια.
3. Βοηθά στην αξιολόγηση των τιμών διαφόρων ουσιών όπως π.χ. συμβαίνει στην αξιολόγηση των μετρήσεων της εμβρυικής α-πρωτεΐνης

4 .Διαγνώσκει διάφορες ανατομικές ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου π.χ. μικροκεφαλία, υδροκέφαλος.

5. Προσδιορίζει την ποσότητα και τη μεταβολή του όγκου του αμνιακού υγρού, καθώς επίσης και τις περιοχές συγκέντρωσης του.

6. Κάνει ασφαλέστερη την αμνιοπαρακέντηση.

Η εφαρμογή των υπερήχων στην προγεννητική διάγνωση δεν φαίνεται να σχετίζεται με γνωστούς κινδύνους. Η χρήση των υπερήχων κατά την κύηση είναι ασφαλής, αν και σε ορισμένες κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν, ότι υφίσταται αύξηση της δραστηριότητας του εμβρύου, η οποία οφείλεται πιθανότατα σε ακουστική διέγερση του.

Παράλληλα με τα παραπάνω πλεονεκτήματα της εφαρμογής της υπερηχογραφίας στην κύηση, περιορίζεται δραστικά η ανάγκη χρησιμοποίησης ακτινολογικών μεθόδων που είναι συνδεδεμένες με πιθανές βλάβες στο έμβρυο, όπως πρόκληση του εμβρυϊκού θανάτου.

#### Η ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Η αμνιοπαρακέντηση συνίσταται στην πρακέντηση της αμνιακής κοιλότητας και την αναρρόφηση υγρού, στο οποίο γίνονται διάφορες κυτταρογενετικές και βιοχημικές αναλύσεις. Η προσπέλαση της αμνιακής κοιλότητας γίνεται υπερηβικά από το κοιλιακό τοίχωμα. Ο καλύτερος χρόνος για την εφαρμογή της κοιλιακής αμνιοπαρακέντησης είναι το διάστημα μεταξύ 16ης και 18ης εβδομάδας της κύησης από την πρώτη μέρα της T.E.P. Τη 16η εβδομάδα της κύησης η ποσότητα του αμνιακού υγρού υπολογίζεται σε 200

κ.εκ. περίπου και η περιεκτικότητα σε κύτταρα ανέρχεται σε 2 x 10 κ.εκ.

Οι προϋποθέσεις για την εκτέλεση της αμνιοπαρακέντησης είναι:

1. Ο γενετικός κίνδυνος - που αποτελεί και την ένδειξη εκτέλεσης της - να υπερβαίνει το 1%, λαμβάνοντας υπ' όψη τους κινδύνους από την αμνιοπαρακέντηση.

2. Ο προγεννητικός έλεγχος να μπορεί να δώσει απάντηση σαφή για το συγκεκριμένο νόσημα του εμβρύου που γίνεται ο έλεγχος.

3. Να προηγηθεί η εντόπιση του πλακούντα με υπέρηχους καθώς επίσης η θέση του εμβρύου και η εντόπιση της περιοχής άθροισης του αμνοιακού υγρού.

Επιπλοκές από αμνιοπαρακέντηση στο δεύτερο τρίμηνο είναι:

α) Η εκροή αμνοιακού υγρού από τον κόλπο, σε ποσοστό 1 έως 13%

β) Η αιμόρροια από τον κόλπο, σε ποσοστό 0.9%

γ) Η ευαισθησία στα κοιλιακά τοιχώματα και οι συστολές του μυομητρίου, σε ποσοστό 0.9% και 1.4% αντίστοιχα

δ) Η τρώση του δέρματος του εμβρύου σε ποσοστό 0.6 έως 3%

#### Η ΕΜΒΡΥΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η εμβρυοσκόπηση αποβλέπει στην άμεση επισκόπηση του σώματος του εμβρύου, η οποία επιτυγχάνεται με την βοήθεια ενός ειδικού οργάνου του εμβρυοσκοπίου.

Οι ενδείξεις εκτέλεσης της εμβρυοσκόπησης περιορίζεται μόνο στις περιπτώσεις όπου οι άλλες εξετάσεις δεν οδηγούν σε ακριβή διάγνωση, ενώ υπάρχει βάσιμη υποψία για συγκεκριμένες ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου.



Οι κίνδυνοι από την εμβρυοσκόπηση δεν είναι ακριβώς καθορισμένοι λόγω της περιορισμένης πείρας από την επέμβαση. Πολύ σπάνιες επιπλοκές από μέρους του εμβρύου αποτελούν:

α) Η γάγγραινα του εμβρυϊκού μέλους, λόγω τραυματισμού μεγάλου αγγείου από τη βελόνα παρακέντησης.

β) Το αιμάτωμα των κοιλιακών τοιχωμάτων του εμβρύου.

γ) Η τρώση και ρήξη του ομφάλιου λώρου. Μικροαιμοραγίες οι οποίες προκαλούνται από τραυματισμό του πλακούντα φαίνεται ότι διαρκούν λίγα μόνο λεπτά και δεν ασκούν οποιαδήποτε καταστροφική επίδραση στο έμβρυο.

#### Η ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΕΜΒΡΥΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η λήψη δείγματος εμβρυϊκού αίματος είναι δυνατό να γίνει με δύο μεθόδους: Με την εμβρυοσκόπηση ή με την πλακουντοκέντηση. Με την εμβρυοσκόπηση η λήψη εμβρυϊκού αίματος είναι καλύτερα να γίνεται μεταξύ της 17ης και 20ης εβδομάδας της κύησης.

Τα διαγνωστικά προβλήματα που προκύπτουν εξαρτώνται από τις εξετάσεις που πρόκειται να εφαρμοστούν στο λαμβανόμενο δείγμα αίματος του εμβρύου.

Η λήξη εμβρυϊκού αίματος με πλακουντοκέντηση, συνίσταται στην παρακέντηση του πλακούντα με βελόνα οσφυονωτιαίας παρακέντησης μεγέθους 19 ή 20, αφού προσδιοριστεί η θέση του πλακούντα με υπερήχους. Τα περισσότερα δείγματα που παίρνονται με την μέθοδο αυτή περιέχουν και αίμα της μητέρας σε μεγάλη αναλογία.

Οι κίνδυνοι από την πλακουντοκέντηση είναι ακριβώς οι ίδιοι όπως από την εμβρυοκέντηση και είναι: η μεγάλη απώλεια

εμβρυϊκού αίματος, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, η αυτόματη έκτρωση και η αμνιοτίτιδα. Οι επιπλοκές αυτές, όπως είναι ευνόητο, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αιφνίδιο ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου.

### Η ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Η βιοψία του δέρματος του εμβρύου αποτελεί σχετικά απλή διαγνωστική εμβρυοσκοπική επέμβαση. Στο λαμβανόμενο υλικό είναι δυνατό να διενεργηθούν διάφορες βιοχημικές μικροσκοπικές και κυτταρογενετικές αναλύσεις. Μέχρι τώρα η βιοψία του δέρματος εφαρμόστηκε με επιτυχία σε περιορισμένες περιπτώσεις συγγενούς ιχθύωσης.

### Η ΑΜΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

Η αμνιογραφία για να εκτελεσθεί ακολουθεί τη διαδικασία και τους κανόνες της αμνιοπαρακέντησης. Επίσης η εμβρυοσκόπηση συνίσταται στις περιπτώσεις εκείνες, όπου μια προηγούμενη κύηση κατέληξε σε τοκετό νεογέννητου με αναγνωρίσιμη ανωμαλία της διάπλασης του εμβρύου, όπως π.χ. συγγενής ιχθύωση κ.α

Πριν από την εκτέλεση της εμβρυοσκοπίας είναι απαραίτητο να γίνει υπερηχογράφημα για να προσδιοριστούν οι παρακάτω παράγοντες:

- α) Η ηλικία της κύησης.
- β) Οι διαστάσεις και η θέση του πλακούντα.
- γ) Η θέση εισόδου του ομφάλιου λώρου στον πλακούντα.
- δ) Η θέση και το σχήμα του εμβρύου
- ε) Η θέση άθροισης του αμνιακού υγρού

στ) Η ύπαρξη ή όχι πολύδυμης κύησης, ινδωμάτα ή άλλων καταστάσεων που μπορεί να επιρεάσουν την πορεία της διαγνωστικής αυτής επέμβασης.

#### Η ΕΜΒΡΥΟΓΡΑΦΙΑ

Η εμβρυογραφία αποβλέπει στη διαγραφή του εμβρυικού περιγράμματος με τη χορήγηση ενδοαμνιακά 9 κ.εκ λιποδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας, η οποία προσλαμβάνεται από σμήγμα του δέρματος του εμβρύου. Μετά απο 48ώρες ή λιγότερο ακολουθεί ακτινολογικός έλεγχος, που αποσκοπεί στη μελέτη της σωματικής διάπλασης του εμβρύου. Η μέθοδος αυτή φαίνεται να δίνει περισσότερες λεπτομέρειες απο την αμνιογραφία.

### Β3. ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Η μέθοδος του ψυχοπροφυλακτικού τοκετού ή τοκετού χωρίς φόβο, έγινε πολύ γνωστή στο κοινό με την παραπλανητική έκφραση ανώδυνος τοκετός.

Η ιδέα του ελέγχου του τοκετού έγινε γνωστή χάρη στους μαιευτήρες Βελβόσκι, Πλατάνωφ, Ρήντ κ.α. που εισήγαγαν την γνώση, την άσκηση, την αυτοσυγκέντρωση και την χαλάρωση για να επιτύχουν έναν τοκετό χωρίς φόβο και πόνο.

Η γέννηση χωρίς βία δεν είναι μια τεχνική αλλά μια πνευματική στάση.

Το κατά πόσο μπορεί να γεννήσει μια γυναίκα χωρίς πόνους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων τον σπουδαιότερο ρόλο διαδραματίζει η επίτοκος.

Μέθοδοι ανώδυνου τοκετού υπάρχουν πολλές (χρήση σπασμολυτικών, ωδινοποιητικών και ηρεμιστικών φαρμάκων η γενική ή τοπική αναισθησία, κυρίως όμως η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος).

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος είναι μια ψυχοκινητική προετοιμασία της εγκύου, που έχει σκοπό να ενημερώσει λεπτομερώς σχετικά με ότι αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό την λοχεία και να διδάξει πως πρέπει να αντιμετωπίζεται ο τοκετός σε κάθε του στάδιο.

Το τμήμα αυτό δεν υπάρχει σε άλλα μαιευτήρια. Συναντούμε κέντρα Ψυχοπροφυλακτικής ιδιωτικού χαρακτήρα. ●

Η παρακολούθηση των μαθημάτων αρχίζει συνήθως από το τέλος του 6ου μήνα εγκυμοσύνης. Σε αυτούς τους μήνες η έγκυος θα παρακολουθήσει 7 ή 8 μαθήματα θεωρητικά και πρακτικά. Με

την ψυχοπροφυλακτική μέθοδο, μαθαίνει να γεννά χωρίς τα οδυνηρά εξαρτήματα αντανακλαστικά και γίνεται ο τοκετός όσο πιο ανώδυνος μπορεί. Επίσης μαθαίνει την ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος, εξήγηση του γεννητικού κύκλου, εμμηνορροσία, γονιμοποίηση, τι ακριβώς συμβαίνει στο σώμα της από την στιγμή της σύλληψης και κυρίως ποιά θα πρέπει να είναι η συμπεριφορά, η στάση και η αντίδραση της σε κάθε στάδιο του τοκετού (τρόπος αναπνοής, αυτοσυγκέντρωσης).

Η σχέση ψυχοπροφυλάκτριας μαίας με την επιτόκο δεν είναι μόνο επαγγελματική. Στο πρόσωπο της βλέπει την γυναίκα, την μάνα, την μητρότητα, της θυμίζει τον εαυτό της, τον δικό της ίσως τοκετό, τις δικές της εμπειρίες.

Παρ' όλα αυτά τα πλεονεκτήματα της ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας, πολύ λίγες είναι εκείνες οι έγκυες που έχουν την δυνατότητα να τα παρακολουθήσουν. Πολλοί γιατροί παραβλέπουν τα πλεονεκτήματα της και προτιμούν την παθητικότητα της επιτόκου, εξασφαλίζοντας έτσι το κύρος της συμμετοχής τους στη διαδικασία του τοκετού.

Άλλοι πάλι δεν αμφισβητούν τα πλεονεκτήματα της προετοιμασίας, σπάνια όμως συνιστούν τα μαθήματα στις πελάτισσες τους.

Τα μαθήματα αυτά θα πρέπει να γίνονται δωρεάν. Έτσι θα αποτελούν ένα μικρό δείγμα προσφοράς στη μέλλουσα μητέρα.

Το τμήμα ψυχοπροφυλακτικής είτε λειτουργεί σε μαιευτήριο είτε εκτός για είναι σωστή η λειτουργία του, πλην του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού (μαία, γυμναστής, διαιτολόγος) απαιτείται η ύπαρξη χώρων όπως:

1. Αίθουσα ανάμονής
2. Αίθουσα συγκέντρωσης όπου γίνεται η θεωρητική εκπαίδευση.
3. Γυμναστήριο, όπου οι επίτοκοι κάνουν μυικές ασκήσεις και ασκήσεις αναπνοής.
4. Λουτρό.
5. Αποδυτήρια

Οι παραπάνω χώροι πρέπει να είναι διακοσμημένοι κατά τέτοιο τρόπο που να συμβάλουν στην ψυχική ηρεμία και ευεξία της επιτόκου.

#### B4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ο ιατρικός ορισμός της έναρξης είναι: "έναρξη των τακτικών και οδυνηρών συσπάσεων της μήτρας". Ο λόγος που αρχίζει ο τοκετός δεν μας είναι γνωστός, μολονότι υπάρχουν όλο και περισσότερες αποδείξεις ότι το έμβρυο ή ο πλακούντας παράγει την ορμόνη που προκαλεί την έναρξη του τοκετού και στη συνέχεια ελέγχει την εξέλιξη του τοκετού.

Τα σημεία που δηλώνουν την έναρξη του τοκετού είναι:

- Πόνοι στη μέση και στο υπογάστριο που έχουν περιοδικότητα (ωδίνες). Αρχικά σε 8 έως 12 λεπτά με ακρίβεια ρολογιού και κατόπιν κάθε 8 έως 12 λεπτά με διάρκεια επί 40 δευτερόλεπτα οι οποίοι είναι πιο έντονοι και πιο συχνοί.

Τις ωδίνες τις διακρίνουμε σε γνήσιες και νόθες. Οι γνήσιες είναι ρυθμικές με διάρκεια 35 δευτερόλεπτα έως 50 δευτερόλεπτα και παρουσιάζουν ανάμεσα τους την παύλα.

Οι γνήσιες διακρίνονται σε:

- α) Διασταλτικές (20 έως 50 κάθε ώρα).
- β) Εξωθητικές (5 έως 8 κάθε λεπτό).
- γ) Υστεραίες.

Οι νόθες διακρίνονται σε:

- α) Προπαρασκευαστικές (άρυθμες 4 έως 5 εβδομάδες πριν τον τοκετό)
- β) Επανορθωτικές (άρυθμες έχουν σχέση με τον 8ο μήνα θέση και προβολή του εμβρύου)

Κάθε ωδίνα εμφανίζει αρχή - ακμή - παρακμή. Η πίεση που εμφανίζει η ωδίνα στην ενδομήτρια κοιλότητα στην ακμή της

είναι 40 έως 55 χιλ.ΗG και στο τέλος της διαστολής είναι 80 έως 90 χιλ.ΗG. Η έναρξη της σύσπασης αρχίζει από τα κέρατα της μήτρας και φθάνει στο τράχηλο. Η παύλα είναι απαραίτητη για την αποφυγή της εμβρυικής υποξυγοναιμίας.

- Αιμορραγία από τον κόλπο εάν είναι βλεννοαιματηρή και μικρή και συνοδεύεται από πόνους, τότε σημαίνει την αρχή της διαστολής του τραχήλου.

- Η αυτόματη ρήξη του θυλακίου και η απώλεια των υγρών από τον κόλπο, που σημαίνει απώλεια των υγρών από τον κόλπο, που σημαίνει ρήξη των εμβρυικών υμένων και επιβάλλεται η είσοδος της εγκύου στην κλινική.

### ΤΟΚΕΤΟΣ

Φυσιολογικός τοκετός είναι το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων, με τα οποία το κύημα εξέρχεται από την κοιλότητα της μήτρας μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα στο εξωτερικό περιβάλλον. Τον χαρακτηρίζει η έξοδος του εμβρύου ηλικίας μεγαλύτερης των 28 εβδομάδων, που επειδή αυτό έρχεται στη ζωή "γεννιέται" ο τοκετός λέγεται "γέννα". Έτσι μπορούμε να πούμε ότι ο τοκετός είναι ο μηχανισμός της γέννησης.

### ΕΙΔΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο τοκετός διακρίνεται στα εξής είδη:

- Αυτόματος.
- Προκαλούμενος.
- Προγραμματισμένος.
- Φυσιολογικός.



- Κατευθυνόμενος, όταν εξελιχθεί ύστερα από φαρμακευτική αγωγή.
- Τεχνητός, όταν προκληθεί με κολπική ή κοιλιακή επέμβαση.
- Οξύς, όταν σε πρωτότοκη εξελιχθεί σε λιγότερο από δυο ώρες
- Παρατεινόμενος, όταν εξελιχθεί σε διάστημα μεγαλύτερο των 18 ωρών.
- Πρόωρος, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 28η έως την 37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.
- Πρώιμος, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 20η έως την 27η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Τη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού ονομάζουμε ευτοκία και την ανώμαλη εξέλιξη δυστοκία. Η έγκυος που βρίσκεται κάτω από την εξέλιξη του τοκετού λέγεται επίτοκος και αυτή που γέννησε φυσιολογικά τεκούσα. Αυτή που γέννησε ένα παιδί λέγεται πρωτότοκος και περισσότερα πολύτοκος. Ο τοκετός μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ώρα του εικοσιτετραώρου.

Πρόδρομα φαινόμενα του τοκετού είναι:

- Η εμπέδωση
- Οι προπασκευαστικές ωδίνες
- Η εξάλειψη του τραχήλου

Εμπέδωση είναι το πέρασμα του κάτω πόλου του εμβρύου μέσα στο στόμιο του πυέλου, σε πρωτότοκες 2-4 εβδομάδες πριν τον τοκετό. Εξάλειψη του τραχήλου είναι όταν καταργείται ο τράχηλος και γίνεται ένα με το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Η εξάλειψη γίνεται με την συμβολή των ωδίνων.

### ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΩΝ

Η αίθουσα των τοκετών είναι ο χώρος στο οποίο θα λάβει μέρος ο τοκετός και θα πρέπει να διαθέτει:

- **ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΗ** που θα έχει την ιδιότητα να κόβεται στη μέση και να επιτρέπει την τοποθέτηση ειδικώς στελεχών, ώστε η επίτοκος να παίρνει τη γυναικολογική θέση στο δεύτερο στάδιο.

- **ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΟ** για την εκτίμηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, της συχνότητας, της διάρκειας και εντάσεως των ωδινών.

- **ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ** με τα απαραίτητα εργαλεία για τον αναισθησιολόγο.

- **ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΟΞΥΓΟΝΟΥ** για εισπνοές της επιτόκου, ώστε να μην καταπονείται.

- **ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ** εξοπλισμένο με τα απαραίτητα εργαλεία για την αναρρόφηση των βλεννών από το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα, για την περίδεση του ομφάλιου λώρου και την οξυγόνωση του σε περίπτωση ανάγκης. Απαραίτητος είναι ο λεπτός ειδικός καθετήρας της τραχείας.

- **ΕΠΑΡΚΗΣ ΡΟΥΧΙΣΜΟΣ** σε χειρουργικές μπλούζες και υλικό.

- **ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΥΛΙΚΩΝ** σε αποστειρωμένα γάντια, ράμματα, τολύπια κ.λ.π.

- **ΤΡΑΠΕΖΕΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ** για τα απαραίτητα εργαλεία.

- **ΕΠΑΡΚΗ ΦΩΤΙΣΜΟ**.

## Ο ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ - ΣΤΑΔΙΑ

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

- ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ
- ΕΞΩΘΗΣΗΣ
- ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ

### 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 στόμιου. Η διάρκεια του σταδίου αυτού κυμαίνεται από 2-10 ώρες, ανάλογα με τον τόκο και την 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 κοιλικό 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.

Εαν δεν έχει εξαλειφθεί ο τράχηλος ή έχει γίνει μερική εξαλείψη του πριν από την έναρξη του τοκετού, η περιοδική υδροστατική πίεση, που ασκείται από την συστολή της μήτρας, συντελεί στην τέλεια εξαλείψη του και μετά την έναρξη της διαστολής του. Όταν λέμε εξαλείψη 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 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 διατείνεται το κατώτερο τμήμα της μήτρας.

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

#### ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ - ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΞΩΘΗΣΗΣ

Στη δεύτερη φάση, της εξώθησης, εκτός από την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και το σφίξιμο της γυναίκας, λαμβάνει ενεργό μέρος και το πυελικό έδαφος, με βασικό συντελεστή τον ανελκτήρα του πρωκτού, που βοηθάει ενεργητικά με τη θηληματική

σύσπαση του από την γυναίκα στην εξώθηση. Πρέπει να σημειωθεί ότι με την ραχιαία αναισθησία το αντανακλαστικό του ανεκκτήρα, ή όπως λένε της αφόδρευσης, καταργείται και έτσι η φάση της εξώθησης επιβραδύνεται.

Με τις εξωθητικές συστολές της μήτρας που γίνονται πιο ισχυρές και με το συνδιασμό της εξωθητικής προσπάθειας της επιτόκου, το ινίο προβάλλει σταδιακά από σχισμή του αιδοίου και διατείνεται βαθμιαία στην είσοδο του κόλπου, ανοίγοντας τα μικρά χείλη. Στην φάση αυτή προκαλείται μεγάλη διάταση του περινέου και κινδυνεύει από στιγμή σε στιγμή να γίνει εκτεταμένη και ακανόνιστη ρήξη του κοιλιακού τοιχώματος, του δέρματος και των μυών του περινέου.

Όταν αρχίζει η ρήξη δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί και στην επέκταση της μπορεί να συμπεριλάβει τον έξω σφικτήρα του πρωκτού ή ακόμα 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. 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 στοιβάδα του φθαρτού. Ο διαχωρισμός αυτός του πλακούντα γίνεται με τη συστολή της μήτρας με δυο μηχανισμούς, δηλαδή με κεντρική αποκόλληση ή με περιφεριακή. Στην κεντρική αποκόλληση 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 εμβρυική του επιφάνεια (μηχανισμός του Schultze). Αντίθετα, με την περιφεριακή αποκόλληση ξεκολλάει ο πλακούντας από αιμάτωμα, που αρχίζει από την περιφέρεια του και επεκτείνεται προς το κέντρο έτσι ώστε όταν εξέρχεται να προβάλλει με τη μητριά του επιφάνεια (μηχανισμός του Duncan). Μετά την έξοδο ο πλακούντας και οι υμένες του 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 τμήματος 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 υστεροτοκία καθυστερεί ή υπάρξει μεγάλη απώλεια αίματος κατά την περίοδο του τοκετού, πρέπει να αφαιρεθεί ο πλακούντας με μια άλλη μαιευτική επέμβαση, την δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα.

## ΛΟΧΕΙΑ

Είναι η κατάσταση στην οποία βρίσκεται η γυναίκα αμέσως μετά την υστεροτοκία, μέχρις ότου τα γεννητικά όργανα και ολόκληρος ο οργανισμός της επανέλθουν στην ίδια πριν την εγκυμοσύνη κατάσταση. Στο χρονικό αυτό διάστημα η γυναίκα ονομάζεται λεχωίδα.

Η διάρκεια της λοχείας είναι 6 με 8 εβδομάδες. Οι φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στα γεννητικά όργανα της λεχωίδας είναι:

Από την μήτρα έχουμε αμέσως μετά τον τοκετό σύσπαση και σταδιακή επαναφορά στο φυσιολογικό της μέγεθος (παλινδρόμηση). Οι συσπάσεις της μήτρας που προκαλούν την παλινδρόμηση σταθεροποιούνται σε 1-2 ώρες μετά τον τοκετό, ύστερα γίνονται ασύντακτες και μετά επανέρχονται μόνο αν χορηγήσουμε OXYTOCINE. Τα στοιχεία της πλακουντιακής άλω μαζί με το φθαρτό που την περιέβαλλε, αποβάλλονται από το γεννητικό σύστημα της λεχωίδας με την μορφή των λοχείων. Τα λόχεια έχουν ιδιόζουσα οσμή και αποτελούνται από τμήματα του φθαρτού που πέφτουν, από αποφολιδωμένα κύτταρα του τραχήλου και του κόλπου και από στοιχεία αίματος.

Ανάλογα με την περιεκτικότητα σε αίμα τα λόχεια είναι αιματηρά τις 2-3 πρώτες ημέρες, τις επόμενες 5-6 ημέρες γίνονται οροαιματηρά και μετά γίνονται ορώδη. Η ποσότητα τους είναι 1400 - 1600 γρ. τις πρώτες ημέρες και είναι στείρα μικροβίων. Η ποσότητα και η οσμή τους πρέπει να ελέγχονται καθημερινά και σε περίπτωση που θα διαπιστώσουμε δυσοσμία θα πρέπει να επεμβούμε αμέσως, διότι αυτό σημαίνει ότι έχει εγκατασταθεί ενδο-

μπρίτιδα.

Από τον κόλπο, ο κόλπος μετά τον τοκετό είναι μεγάλος λόγω της διατάσεως του από την έξοδο του εμβρύου. Στις επόμενες 6 εβδομάδες παίρνει το φυσιολογικό του μέγεθος και σχήμα. Η είσοδος του τις πρώτες ημέρες είναι ερεθισμένη ιδιαίτερα στο σημείο της περινεοτομίας.

Από το αιδοίο και το περίνεο, αυτά είναι οιδηματώδη, ερεθισμένα και επανέρχονται στο φυσιολογικό με την πάροδο των ημερών και ξαναβρίσκουν την τονικότητά τους.



### B5. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Καισαρική τομή είναι η επέμβαση η οποία εκτελείται για την εξαγωγή ζωντανού εμβρύου ύστερα από τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων (λαπαροτομία) και της πρόσθιας επιφάνειας του τοιχώματος της μήτρας (υστεροτομία).

Στην περίπτωση που γίνεται έξοδος εμβρύου μετά από ρήξη μήτρας η κοιλιακή εγκυμοσύνη δεν εκτελούμε καισαρική τομή αλλά λαπαροτομία. Στην περίπτωση μύλης κύησης εκτελούμε μητροτομία.

#### **ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ**

α) Η ύπαρξη πλήρως οργανωμένου χειρουργείου με σύγχρονα τεχνικά μέσα.

β) παρουσία πεπειραμένου γυναικολόγου μαιευτήρα με μεγάλη χειρουργική πείρα.

γ) Παρουσία έμπειρου αναισθησιολόγου. Η αναισθησία που χορηγείται σε μια μέλλουσα μητέρα που θα υποβληθεί σε καισαρική τομή απαιτεί ειδικές γνώσεις αναισθησιολόγου γιατί όπως είναι ευνόητο αυτή επιρεάζει σημαντικά το έμβρυο ως το σημείο να δημιουργούνται δυσάρεστα συμβάντα σ' αυτό. Για το λόγο αυτό απαιτείται η τεχνική της αναισθησίας και η χορήγηση των αναισθητικών να είναι τέτοια ώστε το έμβρυο να κλάψει αμέσως μετά την έξοδό του.

δ) Σωστή και άμεση παρακολούθηση της χειρουργημένης μετά την επέμβαση από έμπειρο προσωπικό.

### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

1. Απόλυτη ή σχετική δυσαναλογία, σε εγκάρσιο ή λοξό σχήμα, σε ανώμαλες προβολές που δεν επιτρέπουν την έξοδο του κεφαλιού.

2. Ισχιακή προβολή, μεγάλου μεγέθους εμβρύου σε πρωτότοκο.

3. Πρόδρομος επιπωματικός πλακούντας.

4. Πρόδρομος επιχείλιος ή παραχείλιος πλακούντας με έντονη αιμορραγία.

5. Πρόωρη, κεντρική ή περιφερειακή αποκόλληση του πλακούντα.

6. Εκλαμψία, πριν τη διαστολή του τραχηλικού στομίου και πριν την έξοδο του κεφαλιού.

7. Αδράνεια της μήτρας σε σαφή παράταση της κύησης, όταν δεν αντιδρά στην ωδυνοποιητική αγωγή.

8. Αλλοίωση των καρδιακών παλμών, χωρίς τέλεια διαστολή του τραχηλικού στομίου.

9. Φλεγμονές των έξω γεννητικών οργάνων, όπως βαρθολυνίτιδα κ.λ.π.

10. Αγκύλωση, που εμποδίζει το άνοιγμα των σκελών της επίτοκης και κατά συνέπεια την έξοδο του εμβρύου.

11. Συρίγγια κυστεοκολπικά, ουριθροκολπικά, ουρητηροκολπικά, ορθοκολπικά.

12. Στένωση του κόλπου, από μετεγχειριστικές ουλές.

13. Παθήσεις διαφόρων συστημάτων της μητέρας, που απαγορεύουν την ταλαιπωρία αυτής σε φυσιολογικό τοκετό, ο οποίος είναι δυνατόν να προκαλέσει επιβάρυνση της νόσου, όπως είναι μια μη αντιρροπημένη καρδιοπάθεια, ανοιχτή φυματίωση των πνευμόνων, νεφρίτιδα κ.λ.π. Σε αυτές τις παθήσεις, η ένδειξη της καισαρι-

κής τομής γίνεται από παθολόγο ή ειδικό. Δηλαδή καρδιολόγο ή πνευμονιολόγο κ.λ.π.

14. Προηγείται καισαρική τομή μετά την κρίση του γιατρού.

#### ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

1. Νεκρό έμβρυο. Μόνο όταν είναι μεγάλο, υπάρχει απόλυτη δυσαναλογία ή υδροκεφαλία και ο μαιευτήρας δεν έχει την πείρα εκτέλεσης της ανάλογης μαιευτικής επέμβασης για να αποφευχθούν επικίνδυνες κακώσεις του πυελογεννητικού σωλήνα.

2. Εκκλυση πρόωρου τοκετού. Δεν είναι σίγουρη η βιωσιμότητα του εμβρύου από ανωριμότητα του.

3. Διαταραχές της πήκτικότητας αίματος στην περίπτωση αυτή είναι προτιμότερος ο τοκετός από τον κόλπο.

4. Ανεπαρκής κάλυψη από χειρουργικό εξοπλισμό και διαθέσιμο αίμα. Αντενδείξεις όπως επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες κολπικού τοκετού, η πρόιμη ρήξη των υμένων από ημέρες και η φλεγμονή των γεννητικών οργάνων έχουν ξεπεραστεί σε μεγάλο βαθμό σήμερα με την προφυλακτική αντιβίωση.

## Β6. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

### ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

Στον γενικό όρο "τοξιναιμία της κύησης" περιλαμβάνονται όλες οι παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες εμφανίζουν όλα ή τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα ευρήματα, όπως υπέρταση, λευκωματουρία, οίδημα. Θεωρείται δε αυτή ως το αποτέλεσμα μιας παθολογικής προσαρμογής του μητρικού οργανισμού προς την κατάσταση της κύησης.

Η τοξιναιμία, συνήθως εμφανίζεται σε τρεις μορφές:

α. την νέφρωση, β. την προεκλαμψία, γ. την εκλαμψία.

- Νεφροπάθεια ή νέφρωση της κύησης: Αυτή είναι η πιο απλή της τοξιναιμίας. Γενικά χαρακτηρίζεται από οίδημα, υπέρταση και λευκωματουρία. Η υπέρταση θεωρείται συνήθως παθολογική όταν υπερβαίνει τα 140/90 mmHg. Αυτή πρέπει να διαστέλλεται από την υπέρταση από τη νεφρίτιδα, τα δε οιδήματα αυτής, από την κυκλοφορική αιτιολογία.

- Προεκλαμψία : κατά την έναρξη της μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Στην μορφή αυτή της τοξιναιμίας, συνήθως κυριαρχούν σύμπτωμα είναι η αύξηση της Α.Π. Συνέπεια αυτής είναι η εμφάνιση της κεφαλαλγίας, εμβοαί ωτων, θάμβος οράσεως, ναυτία, έμετοι ως και λιποθυμικές κρίσεις. Εμφανίζεται συνήθως κατά το 2ο ήμισυ της κύησης με μοναδική εξαίρεση πρώιμου εμφάνισης και μύλης κύησης.

- Εκλαμψία: Ο όρος "εκλαμψία" προέρχεται από το "εκλάμπει", αποδίδει την προεξάρχουσα της όλης κλινικής εικόνας εκρηκτική εκδήλωση του σπασμού της κυοφορούσας. Είναι η πιο βαρεία μορφή

της τοξιναιμίας. Η μετάπτωση από την προεκλαμψία σε εκλαμψία, υποδηλώνεται κατά κανόνα από την έναρξη των τυπικών κρίσεων των σπασμών και του επακολουθούντος κώματος. Σπασμοί τονικοί και κλονικοί ολοκλήρου του μυϊκού συστήματος. Η εκλαμψία μπορεί να εμφανιστεί προ και κατά τον τοκετό, καθώς επίσης και κατά την λοχεία, σε μεγάλο διάστημα μετά τον τοκετό.

### ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Η υποψία για μη φυσιολογικό μεταβολισμό των υδατανθράκων αρχίζει από την πρώτη επίσκεψη της ασθενούς με τη λήψη του ιστορικού. Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, με ανεξήγητους ενδομήτριους θανάτους εμβρύων στο τελευταίο τρίμηνο, με γέννηση προηγούμενων παιδιών πάνω από 4.000 GR ή με γλυκοζουρία, ενώ βρίσκονται σε νηστεία, θεωρούνται ύποπτες για ανάπτυξη διαβήτη της κύησης και πρέπει να υποβάλλονται σε διερεύνηση.

#### Τρόποι ελέγχου της ανοχής γλυκόζης στην εγκυμοσύνη :

- α) Απλή μέτρηση σακχάρου του αίματος.
- β) Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης από το στόμα.
- γ) Ενδοφλέβια δοκιμασία ανοχής γλυκόζης.
- δ) Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης με κορτιζόνη.

Πριν από τη θεραπευτική χρησιμοποίηση της ινσουλίνης λίγες γυναίκες με διαβήτη μπορούσαν να αποκτήσουν παιδί. Με τα σημερινά δεδομένα σε ασθενείς με καλά ρυθμιζόμενο διαβήτη η γονιμότητα δε φαίνεται να επηρεάζεται. Υπάρχει βέβαια αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών της εγκυμοσύνης, όπως προεκλαμψία, εκλαμψία, λοιμώξεις του ουροποιητικού.

Το έμβρυο επίσης επηρεάζεται από το διαβήτη και υπάρχει αυξημένη συχνότητα ανεξήγητων εμβρυικών θανάτων, ιδιαίτερα τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης.

Καθορισμός της εμβρυικής ωριμότητας στο διαβήτη της κύησης. Στο διαβήτη της κύησης αντιμετωπίζει κανείς το δίλλημα να έχει ένα ενδομήτριο εμβρυικό θάνατο, αν η εγκυμοσύνη προχωρήσει ή με τον πρόωρο τερματισμό της να γεννηθεί ένα ανώριμο παιδί. Επειδή ο κίνδυνος ενδομητρίου θανάτου αυξάνεται πολύ με τη 38η εβδομάδα, η απόφαση για τερματισμό της κύησης πρέπει να ληφθεί μεταξύ 35ης και 37ης εβδομάδας. Υπάρχει λοιπόν ανάγκη καθορισμού της εμβρυικής ωριμότητας, ώστε να ληφθεί η σωστή απόφαση για το χρόνο που θα τερματισθεί η κύηση.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη ρύθμιση του σακχάρου της μητέρας την εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου και τον καθορισμό του σταδίου της εμβρυικής πνευμονικής ωριμότητας. Ο ελαφρός διαβήτης αντιμετωπίζεται πολλές φορές και μονάχα με την δίαιτα. Ο βαρύς διαβήτης όμως ελέγχεται δύσκολα.

Τα αντιδιαβητικά που χορηγούνται PEROS προκαλούν τερατογέννεση. Εάν έχουμε μέτριο ή βαρύ διαβήτη ως την 30η εβδομάδα εφαρμόζουμε το συνηθισμένο χειρισμό της εγκυμοσύνης.

Μετά από την 30η εβδομάδα η έγκυος εισάγεται στο μαιευτήριο και γίνεται:

1. Καθημερινός υπολογισμός του σακχάρου του αίματος με νηστική την έγκυο.
2. Ρύθμιση της δίαιτας σε 30 θερμίδες για κάθε kgρ βάρους σώματος.
3. Χρησιμοποίηση διαλυτής ινσουλίνης για τη ρύθμιση του σα-

κχάρου του αίματος.

4. Έλεγχος του βάρους της άρρωστης. Εάν γίνεται κατακράτηση υγρών χορηγούνται διουρητικά.

5. Η αντιδιαβητική θεραπεία του σακχάρου πρέπει να βασίζεται στο σάκχαρο του αίματος και όχι των ούρων.

6. Έλεγχος για μυκητίαση (CANDIDA).

### ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Πρόκειται για αναιμία οφειλόμενη σε γενετική διαταραχή της σύνθεσης της αιμοσφαιρίνης. Χαρακτηρίζεται από ελάτωση ή πλήρη κατάργηση της σύνθεσης μιας ή περισσότερων αλυσίδων σφαιρικών της αιμοσφαιρίνης. Η πολυπεπτιδική αλυσίδα που περισσεύει είναι κυρίως υπεύθυνη για τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Η νόσος είναι συχνή στην Ελλάδα και σε άλλες μεσογειακές χώρες όπου πήρε και το όνομα.

Το ποσοστό των φορέων στην Ελλάδα, δηλαδή των φερόντων το λεγόμενο "στίγμα" (ελαττωματικό γόνο) ανέρχεται σε 80%. Ανάλογα με το είδος της αλυσίδας που έχει μειωθεί ή καταργηθεί διακρίνουμε την α και β μεσογειακή αναιμία. Η διάγνωση του "στίγματος" είναι απαραίτητη και βασίζεται στο εξής:

α) Στις μορφολογικές αλλοιώσεις των ερυθρών (ανισοκυττάρωση, υποχρωμία, βασεόφιλη στίξη και στοχοκυττάρωση).

β) Στην αύξηση της HBA 4-8% και στην παρουσία σε ωρισμένες περιπτώσεις HBF σε ποσοστό 1,5-2.5% ή και περισσότερο. Οι αλλοιώσεις αυτές επιβεβαιώνονται και από τους ερυθροκυτταρικούς δείκτες.

## ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΩΝΕΣ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΟΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Οι φλεγμονές της εμβρυοπλακουντιακής μονάδα (Ε.Π.Μ.) και κατ'επέκταση του νεογέννητου, φαίνεται να είναι συχνότερες από ότι τις υποψιαζόμασταν παλαιότερα. Οι φλεγμονές αυτές προσβάλλουν πιο συχνά άτομα που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνιοοικονομικά στρώματα, που συνήθως έχουν ελαττωμένη αντίσταση του οργανισμού και ανεπαρκή μαιευτική φροντίδα. Η συχνότητα τους φαίνεται να σχετίζεται επίσης με την ύπαρξη επιβαρημένου μαιευτικού ιστορικού. Οι διάφοροι μικροοργανισμοί που μπορεί να είναι υπεύθυνοι για τις λοιμώξεις της Ε.Π.Μ. είναι:

1. Ιοί
2. Βακτηρίδια
3. Παράσιτα (τριχομονάδες, τοξόπλασμα)
4. Μύκητες

Η κύηση φαίνεται να τροποποιεί την αντίδραση του οργανισμού απέναντι στους διάφορους λοιμογόνους παράγοντες κατά τρόπο έκδηλο. Έτσι λοιπόν ορισμένες λοιμώξεις όπως η σύφιλη, η εντοπισμένη γονόρροια, οι μη ειδικές φλεγμονές και εκείνες που οφείλονται στα χλαμύδια, εκδηλώνονται πιο αβληχρά, σε σύγκριση με την έξω από την κύηση εκδήλωσή τους. Αντίθετα, άλλες λοιμώξεις ενεργοποιούνται περισσότερο και παρουσιάζουν εντονότερη συμπτωματολογία, όπως η μυκητίαση, τα ιογενή κονδυλώματα και η γονοκοκκική σηψαιμία με αρθρίτιδα.



## ΙΩΣΕΙΣ

### α. ΕΡΥΘΡΑ

Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 14 έως 21 μέρες και ο χρόνος μετάδοσης της αρχίζει 7 μέρες από την εκδήλωση της και τελειώνει 5 μέρες μετά την έναρξή της. Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τα σταγονίδια και τις αεροφόρους οδούς. Το ποσοστό των ανόσων ατόμων αυξάνεται προοδευτικά ώστε γύρω από την ηλικία των 19 ετών το 85% των ατόμων αποκτούν φυσική ανοσία που πλησιάζει τα 100% γύρω από την ηλικία των 40 ετών.

Ο ιός της ερυθράς περνά τον πλακουντιακό φραγμό. Οι δημιουργημένες βλάβες που χαρακτηρίζουν την κλινική εκδήλωση της συγγενούς ερυθράς στο έμβρυο είναι το αποτέλεσμα της προσβολής της μητέρας κατά το πρώτο τρίμηνο ή μερικές εβδομάδες πριν από τη σύλληψη ή σε πολύ μικρό ποσοστό μέχρι και τον 5ο μήνα της κύησης. Η συγγενής ερυθρά εκδηλώνεται κλινικά με μια ποικιλία βλαβών, από τις οποίες οι πιο σταθερές είναι η κλασική τριάδα: κώφωση, καταρράκτης και ανοιχτός αρτηριακός πόρος. Άλλες συχνές διαταραχές είναι η υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου, η ηπατοσπληνομεγαλία, ο ίκτερος κ.α. Πολλές φορές, ενώ τα νεογνήτα παρουσιάζονται εντελώς υγιή κατά την γέννηση τους είναι δυνατόν να παρουσιάσουν διάφορες εκδηλώσεις της συγγενούς ερυθράς - με προεξάρχουσα την κώφωση - ακόμα και μετά την πάροδο ετών. Τα προσβεβλημένα νεογνά από συγγενή ερυθρά αποβάλλουν τον ιό στο ρινοφάρυγγα τους σε ποσοστό 80% κατά την γέννηση τους και παρατηρείται προοδευτική πτώση του ποσοστού αυτού μέχρι 1%, κατά το τέλος του πρώτου χρόνου της ζωής τους.

## Β. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις: Από τις στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις, ο στρεπτόκοκκος της ομάδας Α σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό εμφάνισης εμπύρετης λοχείας, ενώ της ομάδας Β προσβάλλει την εμβρυοπλακουντιακή μονάδα και φαίνεται να είναι υπεύθυνος για ένα μεγάλο ποσοστό αυξημένης πετιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Αναερόβιες λοιμώξεις: Τα περισσότερα μικροβιακά στελέχη που ενοχοποιούνται για τις αναερόβιες λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος της γυναίκας κατά την κύηση, φαίνεται ότι προέρχονται από την φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα του κόλπου. Η χλωρίδα αυτή αντανακλά τη φυσιολογική χλωρίδα του γαστρεντερικού συστήματος με το οποίο βρίσκεται σε στενή τοπογραφοανατομική σχέση.

Παθολογικές καταστάσεις είναι η πρόιμη ρήξη των υμένων του εμβρύου, ο παρατεινόμενος και τραυματικός τοκετός, οι ιατρογενείς στον τοκετό, οι κακώσεις στη κύηση οι κολπικές επεμβάσεις κ.α.

Η Σύφιλις: Η σύφιλις οφείλεται στη σπειροχοήτη τρεπόννημα το ωχρό. Το τρεπόννημα το ωχρό περνά τον πλακουντιακό φραγμό και προσβάλλει το έμβρυο ακόμα και κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Η πρωτογενής και δευτερογενής σύφιλις, στη διάρκεια της κύησης συνοδεύονται από προσβολή του εμβρύου σε ποσοστό 50% περίπου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό, για τις όψιμες μορφές της πάθησης, ελλοτώνεται βαθμιαία με την αύξηση του χρόνου από την έναρξη της, από 40 έως 10%. Αν η προσβολή του εμβρύου γίνει κατά το τέλος της κύησης, το νεογέννητο δεν είναι απαραί-

τητο να νοσεί. Είναι όμως δυνατό να εκδηλώσει την πάθηση μετά από ένα χρόνο στην εφηβεία ή και αργότερα. Η προσβολή του εμβρύου από σύφιλη είναι δυνατό να οδηγήσει σε ενδομήτριο θάνατο ή σε συγγενή σύφιλη του νεογέννητου που μπορεί να εκδηλωθεί με πρώιμα ή όψιμα σημεία της πάθησης.

Η πνευμονική φυματίωση: επιπλέκει σπάνια την κύηση και συνήθως πρόκειται για περιπτώσεις που έχουν διαγνωστεί πριν από αυτή. Μόνο σ'ένα ποσοστό 10% περίπου πρόκειται για πρωτομόλυνση που συνέβει στη διάρκεια της κύησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των προσβλημένων εγκύων παραμένουν ασυμπτωματικές. Η κλασική συμπτωματολογία περιλαμβάνει την αιμόπτυση, την απώλεια σωματικού βάρους, τους νυκτερινούς ιδρώτες και παραγωγικό βήχα με καταβολή των δυνάμεων.

Η πνευμονική φυματίωση δεν φαίνεται να επιβαρύνει ή να επιβαρύνεται από την κύηση. Ο τοκετός επίσης αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα και απλά και μόνο υποβοηθείται η δεύτερη περίοδος της εξώθησης με εμβρυοουληία, για περιορισμό της ταλαιπωρίας της επίτοκης.

Το νεογέννητο της ενεργά φυματικής μητέρας είναι απαραίτητο να απομονωθεί από αυτή, για τουλάχιστον 3 εβδομάδες από τότε που άρχισε η θεραπεία της. Επίσης θεωρείται σκόπιμη η απομόνωση των νεογνών αυτών, μέχρι να αποκλεισθεί η προσβολή τους από την φυματίωση.

Ο θηλασμός του νεογέννητου επιτρέπεται στις περιπτώσεις που η μητέρα δεν μεταδίδει τη νόσο και δεν πρόκειται βέβαια για φυματίωση του μαζικού αδένου. Τα αντιφυματικά φάρμακα απεκρίνονται στο γάλα σε ποσοστό 1% περίπου της χορηγούμενης

δόσης και δεν αναφέρθηκαν παρενέργειες από τα νεογέννητα που θηλάζουν. Παράλληλα με τα άλλα προληπτικά μέτρα η ενεργητική ανοσοποίηση με εμβόλια BCG θεωρείται σκόπιμη, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου.

Μέρος Γ'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Γ1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

**ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
ΚΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

Με την προσεύλευση της επιτόκου στο τμήμα, αυτή οδηγείται στην εξεταστική κλίνη και κατόπιν προβαίνουμε στα εξής:

*α) Στην λήψη του ιστορικού της*

Συμπληρώνουμε το ιστορικό της με στοιχεία που έχουν σχέση με το ονοματεπώνυμο της, όνομα συζύγου, την διεύθυνση της, το ατομικό και μαιευτικό ιστορικό της, το κληρονομικό της και την εμμυνορυσία της. Από το ατομικό της ιστορικό, ιδιαίτερα μας ενδιαφέρουν τυχόν καρδιοπάθειες, υπέρταση, λοιμώξεις και σακχαρώδης διαβήτης. Επίσης μας ενδιαφέρει η ομάδα αίματος, ο ΡΗ και ο αιματοκρίτης της. Ακόμα θα πρέπει να γνωρίζουμε τυχόν ευαισθησία της σε φάρμακα.

Η λήψη του ιστορικού γίνεται από το μαιευτήρα γιατρό ή μαία ή και από τη διπλωματούχο νοσηλεύτρια-της. Αν η έναρξη του τοκετού είναι σίγουρη, τότε προχωρούμε στην εξέταση και στη παροχή των παρακάτω φροντίδων, προκειμένου η επίτοκος να οδηγηθεί στην αίθουσα των ωδινών και του τοκετού.

*β) Κλινική εξέταση η οποία περιλαμβάνει:*

1. Την εκτίμηση της διαστολής του τραχήλου για να καθοριστεί το μέγεθος του, η ρήξη ή όχι του θυλακίου και ο ακριβής προσδιορισμός της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, της προβολής και της θέσης της προβολής.

2. Εκτίμηση της κοιλιακής αιμοραγίας: Εάν η αιμοραγία είναι μικρή είναι δυνατόν να οφείλεται στη διαστολή του τραχήλου. Εάν είναι μεγάλη οφείλεται σε ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα. Η εκτίμηση των παραπάνω στοιχείων γίνεται με εξέταση από το ορθό ή από τον κόλπο. Συνήθως προτιμάται η εξέταση από τον κόλπο ύστερα από την λήψη απαραίτητων φροντίδων ασηψίας, διότι παρέχει ακριβέστερες πληροφορίες, αφού οι εξετάζοντες δάκτυλοι έρχονται σε άμεση επαφή με το τραχηλικό στόμιο.

γ) *Λήψη ζωτικών σημείων της επιτόκου:* αρτηριακή πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία για την διάγνωση πιθανής παθολογικής κατάστασης.

δ) *Προσδιορισμός του σχήματος και της θέσης του εμβρύου,* με την ψηλάφηση της κοιλίας με τους χειρισμούς του LEOPOLD, για τον καθορισμό της ηλικίας της εγκυμοσύνης του σχήματος, της προβολής και της εμπέδωσης της μοίρας του εμβρύου.

ε) *Ακρόαση των εμβρυικών καρδιακών παλμών,* με το κοιλιοσκόπιο, για την εκτίμηση του ρυθμού τους, της ποιότητάς τους και της θέσης που ακούγονται ευκρινέστερα. Η ακρόαση πρέπει να γίνεται σε περιόδους παύλας ύστερα από 30 δευτερόλεπτα από την λύση της ωδίνης.

ζ) *Εκτίμηση της ποιότητας του αμνιακού υγρού,* στην περίπτωση που έχουν σπάσει οι εμβρυικοί υμένες. Το κεχρωσμένο αμνιακό υγρό υποδηλώνει εμβρυική δυσφορία και απαιτεί ειδική αγωγή τοκετού.

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

1) ΤΟΝ ΕΥΠΡΕΠΙΣΜΟ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ που γίνεται από

το βοηθητικό προσωπικό και συνίσταται στο ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου, της εξωτερικής επιφάνειας των μεγάλων χειλέων του αιδοίου, της περιοχής του περίνεου και πρωκτού και στην αντισηπτική πλύση τους με αραιωμένο BETADINE. Κολπική πλύση δεν θα πρέπει να γίνεται γιατί υπάρχει ο κίνδυνος της διατάραξης της φυσικής αντισηψίας του κόλπου.

2) ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΥ για την αποφυγή της εξόδου κοπράνων κατά το στάδιο της εξώθησης.

3) ΤΗΝ ΚΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ με ούρηση ή με αποστειρωμένο καθετήρα.

4) ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ με πρόχειρη διαγνωστική μέθοδο για τον προσδιορισμό ύπαρξης λευκώματος.

5) ΖΥΓΙΣΗ για την λήψη του βάρους της επίτοκης.

6) ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΑΣΗΠΤΟΥ ΠΡΟΘΕΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ για την προστασία από την μόλυνση.

7) ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΟΣΗ στους συγγενείς της του ατομικού ιματισμού της, των τιμαλών κ.τ.λ. Επίσης βρίσκουμε την ατομική κάρτα της επίτοκου από το αρχείο, αν έχει έρθει προηγούμενα στο μαιευτήριο, στην οποία ίσως υπάρχουν στοιχεία τα οποία θα μας φανούν χρήσιμα.

Υστερα από την εκτίμηση των παρακάτω στοιχείων και την λήψη των φροντίδων που αναφέραμε, η επίτοκος οδηγείται στην αίθουσα τοκετών.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

### ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Στο πρώτο στάδιο του τοκετού θα πρέπει να παρακολουθούνται η εξέλιξη και η κατάσταση τόσο της επιτόκου, όσο και του εμβρύου. Την εξέλιξη του πρώτου σταδίου θα την παρακολουθήσουμε με:

- ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΩΔΙΝΩΝ ως προς την συχνότητα, ένταση και την διάρκειά τους. Εάν δεν είναι αρκετά ισχυρές, τις ενισχύουμε φαρμακευτικά με ΟΧΥΤΟΣΙΝ.

- ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ με δακτυλική εξέταση από το ορθό ή από τον κόλπο.

- ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΠΑΛΜΩΝ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ με το κοιλιοσκόπιο, μετά από κάθε ωδίνη στην διάρκεια της παύλας. Εάν τυχόν διαπιστώσουμε αλλοίωση των παλμών ειδοποιούμε αμέσως τον γιατρό.

- ΤΟΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΥΨΟΥΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΥΣΑΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ για να ξέρουμε αν αυτή προχωρεί. Η εκτίμηση του ύψους γίνεται την ώρα που με εξέταση από τον όρθο ή από τον κόλπο προσδιορίζουμε το μέγεθος της διαστολής του τραχήλου. Αν η κοιλότητα του ιερού οστού είναι γεμάτη και δεν περνά το χέρι μας ανάμεσα σ'αυτή και την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου, αυτό δείχνει πως αυτή έχει καταλάβει την πυελική κοιλότητα. Αυτό το εύρημα αποτελεί το σημείο FARABEYR. Μαζί με την εκτίμηση του ύψους, προσδιορίζουμε και την προβολή, την θέση και το βαθμό κάμψης της κεφαλής.

- ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΚΕΝΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ. Εάν η κύστη είναι γεμάτη, εμποδίζει την κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας



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

- ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ κάθε μισή ώρα. Οι σφίξεις της επιτόκου στη διάρκεια των ωδινών αυξάνουν σε συχνότητα και ελαττώνονται στην παύλα. Η θερμοκρασία στην διάρκεια του τοκετού παραμένει φυσιολογική και τυχόν άνοδος της σημαίνει αφυδάτωση ή λοίμωξη. Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται προοδευτικά στην διάρκεια του πρώτου σταδίου. Η αύξηση του όγκου παλμού σε κάθε ωδίνη οφείλεται στην αύξηση του ποσοστού αίματος που περνάει από τους πνεύμονες σε κάθε συστολή της καρδιάς, γιατί στην ωδίνη ελαττώνει ο αριθμός των παλμών και αυξάνει η πίεση του αίματος. Τέλος στην διάρκεια των ωδινών η αναπνοή της επιτόκου γίνεται συχνότερη.

- ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΛΠΟ από τυχόν ρήξη του τραχήλου ή προδρομικού πλακούντα ή πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα. Εκτός από τα παραπάνω η νοσηλεύτρια - της φροντίζει για την εξασφάλιση της άνετης τοποθέτησης της επιτόκου στο κρεβάτι. Η πλάγια θέση θεωρείται η καλύτερη στο πρώτο στάδιο. Επίσης καθοδηγεί την επίτοκο πως να παίρνει αναπνοές στην ώρα των ωδινών χωρίς να σφίγγεται και πως να ηρεμεί στην παύλα των ωδινών.

Επιτρέπουμε στην επίτοκο την λήψη υγρής μόνο τροφής και ποτέ στερεάς για το ενδεχόμενο της γενικής αναισθησίας της. Φροντίζουμε επίσης για την διατήρηση της αντισηψίας της περιοχής των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού με αντισηπτικές πλύσεις και κάλυψη τους με αποστειρωμένο οθόνιο που αλλάζει κάθε φορά που θα λερωθεί.

Σε κάθε ωδίνα η επίτοκος θα πρέπει να εκτελεί αναπνευστικές κινήσεις που βοηθούν τόσο αυτήν όσο και το έμβρυο. Το πρόωρο σφίξιμο της επίτοκου προκαλεί οίδημα του τραχήλου και ακαμψία με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της διαστολής του. Από απόψεως φαρμακευτικής αγωγής στο πρώτο στάδιο χορηγούμε ενδοφλέβια χορήγηση σακχαρούχου ορού DEXTROZE για την ενυδάτωση της και μέσα σ' αυτόν χορήγηση άλλων φαρμάκων.

Φάρμακα που τα χορηγούμε πάντα κατόπιν εντολής γιατρού είναι τα σπασμολυτικά για τη χαλάρωση του τραχήλου. Χορηγούμε επίσης φάρμακα αντιόξινα σε δισκία που τα μασά η επίτοκος για να προλάβουμε την τετανία που είναι αποτέλεσμα της υπέρπνοιας που συμβαίνει συχνά στο τέλος του πρώτου σταδίου.

Όταν χορηγούμε εντονότερη φαρμακευτική αγωγή με την χρησιμοποίηση μεγάλων δόσεων πεθιδίνης ή μορφίνης, τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να τα χορηγήσουμε 2-3 ώρες από τότε που περιμένουμε να τελειώσει ο τοκετός γιατί καταστέλλουν την αναπνευστική λειτουργία του εμβρύου. Όταν οι ωδίνες δεν είναι ικανοποιητικές, για την ενίσχυση τους χορηγούμε σκευάσματα ωκυτοκίνης (OXYTOCINE) μέσα σε DEXTROZE 1000 cc σε δόση 3-6 μονάδων με 15 σταγόνες το λεπτό και σταδιακή αύξηση τους αν ο τοκετός δεν προχωρήσει.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

### ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

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

Εάν η διαστολή δεν είναι τελεία, δεν συμβουλεύουμε την εξώθηση γιατί είναι δυνατόν να προκαλέσει οίδημα του τραχήλου. Για να καταστεί η εξώθηση αποτελεσματικότερη συμβουλεύουμε την επίτοκο στην στιγμή της ωδίνας να πιάνει τα πόδια της πίσω από τα γόνατα της, να φέρνει τους μοιρούς στην κοιλιά της και με το σαγόνι της να ακουμπά πάνω στο στήρνο της και να σφίγγεται όπως όταν θέλει να αφοδρεύσει αφού πάρει πρώτα μια βαθειά εισπνοή. Η αδελφή βοηθά την επίτοκο να κρατήσει το κεφάλι πάνω στο στήρνο, αν αυτή δεν μπορεί. Αν στη διάρκεια της εξώθησης παρουσιασθεί αποβολή κοπράνων τότε η αδελφή πλένει τα γεννητικά όργανα με αντισηπτική διάλυση ή τα σκουπίζει με αποστειρωμένο τολύπιο από πάνω προς τα κάτω. Αν διαπιστώσουμε πως η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη, λέμε στην επίτοκο να ουρήσει και στην περίπτωση αδυναμίας της προβαίνουμε στον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης. Επίσης αν το θυλάκιο δεν έχει σπάσει, το σπάζουμε, με την χρησιμοποίηση ειδικής λαβίδας ή λαβίδας KOCHER.

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

Παρακολουθούμε την κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, μέσα από τα επίπεδα της πυέλου (εισόδου, ευρυχωρίας, στενότητας, εξόδου). Απαραίτητη είναι η λήψη και παρακολούθηση των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης της επιτόκου.

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

Για την εκτέλεση του τοκετού μας είναι απαραίτητα τα εξής:

- Δύο λεκάνες αποστειρωμένες, η μία περιέχει αντισηπτική διάλυση και η άλλη για την τοποθέτηση του πλακούντα.
- Ένας κουβάς για τα ακάθαρτα.
- Ένα ποτήρι με αντισηπτική διάλυση και λαβίδα για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.
- Ένα δοχείο με αποστειρωμένο νερό για πλύση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.
- Ένα ειδικό τραπέζι με ΣΕΤ ΤΟΚΕΤΟΥ που περιέχει:
  - Δύο λαβίδες KOCHER για την απολίνωση του ομφαλίου λώρου
  - Δύο θυριδωτές λαβίδες για τον καθαρισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων
  - Μια χειρουργική λαβίδα
  - Ένα ψαλίδι
  - Ένα βελονοκάτοχο και βελόνες ραφής τραύματος και ράμματα CATGYT ή μέταξα

- Ένα νεφροειδές, τολύπια βάμβακος, γάζες, CLIPS για την περίδεση του ομφάλιου λώρου
- Τετράγωνα μικρά και μεγάλα.

### ΑΓΩΓΗ

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

Μετά την έξοδο της κεφαλής του εμβρύου γίνεται η εσωτερική στροφή προς το μέρος της ράχης του (εμπέδωση - στροφή ώμων). Στη συνέχεια η μαία 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 ή 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 δύο 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 ομφάλιου λώρου, που μπορεί να οδηγήσει στη 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 οξυγόνου. Κατόπιν ακολουθεί το λουτρό του νεογνού, για την αποφυγή σμήγματος και αίματος που βρίσκονται πάνω του. Απαραίτητη είναι επίσης 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 του χέρι, όπου αναγράφεται το επώνυμο με κεφαλαία γράμματα. Μετά γίνεται η επισκόπηση του νεογνού για να διαπιστωθεί η αρτιμέλεια 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 το δεύτερο στάδιο του τοκετού.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

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 αιμοραγία. 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 την επίτοκο. Η παρακολούθηση της θερμοκρασίας, των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης είναι απαραίτητη στο τρίτο στάδιο του τοκετού. Επίσης αν η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη, τότε προβαίνουμε σε καθετηριασμό για τη λήψη των ούρων.

Αν η περινεοτομή αιμορραγεί πιέζουμε με ένα τολύπιο. Μετά την διαπίστωση της αποκόλλησης του πλακούντα και εφόσον δεν έχει κατακρατηθεί κάποιος υμένας, τοποθετούμε τον πλακούντα μέσα στη 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 υπό-

τασης.

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 λεχώιδα για τυχόν απώλεια αίματος από τα γεννητικά όργανα, καθώς και για καταπληξία, σηπτικό shock και υπέρταση.

Εάν η κατάσταση της λεχώιδας είναι φυσιολογική μεταφέρεται στο θάλαμο 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.



## Γ2. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

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

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 κάτω 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 βελτίο.

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 από αυτές τη λεχωίδα. Οι κυριότερες δυσχέρειες είναι:

ΠΟΝΟΣ : 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 μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, την προστατεύει από το βήχα και τους εμέτους, όταν υπάρχει ανάγκη της χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και τη δόση των οποίων καθορίζονται από το χειρουργό ιατρό.

ΔΙΨΑ : Η δίψα οφείλεται στο μεγαλύτερο ποσοστό στη νάρκωση που παίρνει η λεχωίδα. 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 βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με την χορήγηση υγρών δια της στοματικής ή παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών, καθώς και το είδος ρυθμίζεται από τη γενική κατάσταση της λεχωίδας.

ΕΜΕΤΟΣ : Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 2 ωρών από τη νάρκωση της χειρουργημένης. Εάν η λεχωίδα έχει εμέτους η

νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι 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 λεχωίδος να πλένεται με λίγο νερό και 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.

**ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ** : 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 λεχωίδας. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα, με αποτέλεσμα αιμορραγία.*

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

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει ως εξής : Θέτει τη λεχωίδα σε ακινησία και συγχρόνως καλεί βοήθεια από τον μαιευτήρα. Εάν αιμορραγεί εξωτερικά τοποθετεί πιεστικό σύνδεσμο στην κοιλιακή χώρα. Έχει έτοιμο δίσκο με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια

έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για την ασθενή που αιμορραγεί. Τη ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της.

SHOCK Η' ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ : Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωικές 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 κι αδιάφορο, πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης, ψυχρά άκρα, ψυχρό ιδρώτας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι η αφαίρεση μάξιλαριού από το κεφάλι της λεχίδος, ανύψωση κάτω μέρους κρεβατιού για καλή αιμάτωση του εγκεφάλου, προσθήκη κουβερτών και περιορισμό κινήσεων της λεχίδος στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού, καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από ιατρική εντολή.

Η προφύλαξη της ασθενούς από μετεγχειρητικό shock συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αύξηση όγκου αίματος, χορήγηση υγρών άφθονων μετεγχειρητικά. Όλα αυτά είναι βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας.

ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ : Η μόλυνση του τραύματος επιφέρει πόνο, θερμότητα, ερυθρότητα και οίδημα. Τα γενικά συμπτώματα είναι πυρε-

τός, ρίγος, κεφαλαλγία. Η μόλυνση προκαλείται από τον αέρα που κυκλοφορεί στους θαλάμους, από μολυσμένα σταγονίδια, από χρήση ακάθαρτων αντικειμένων. Προφυλακτικά μέτρα είναι η χρήση απορροφητικής μηχανής, υγρό ξεσκόνισμα επίπλων, περάτωση καθαριότητας σε μια ώρα πριν την αλλαγή, κατά την αλλαγή όλοι στον θάλαμο να φορούν μάσκες.

**ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΣ** : Είναι η συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο. Αίτια : επίδραση ναρκωτικού, ένεκα του οποίου προκαλείται υποτονία και πάρεση, ερεθισμός περιτόλαιου, ανεπαρκής καθαριότητα εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η προφύλαξη συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτίων που την προκαλούν : αποβολή ναρκωτικού, καθαριότητα σωστή εντερικού σωλήνα. Η ανακούφιση περιλαμβάνει ελαφρά στροφή στο πλάι, τοποθέτηση θερμόφορας στο επιγάστριο, αύξηση του όγκου των αερίων, χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα με ιατρική εντολή.

### ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η περίοδος της λοχείας περιλαμβάνει :

- Την παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της λεχρίδας.

Αμέσως μετά τον τοκετό, τόσο οι σφύξεις όσο και η θερμοκρασία επηρεάζονται λόγω της κοπώσεως. Μετά το 24ωρο και οι σφύξεις και η θερμοκρασία 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 40 ημερών. Πολύ σωστά η εκκλησία μας έχει ορίσει να διαβάζεται στη λεχρίδα η ευχή του σαραντισμού, μετά από 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.

Λοχεία είναι απεκκρίσεις οι οποίες αποβάλλονται από το γεννητικό σύστημα κατά τις 8-12 ημέρες της λοχείας. Περιέχουν ίνες και τεμάχια από τον φθαρτό υμένα, είναι δε αλκαλικής αντιδράσεως. Τις πρώτες ημέρες είναι αιματηρά, κατόπιν γίνονται οροαιματηρά και τέλος ορώδη. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί το χρώμα αυτών, τη σύσταση το ποσό και την οσμή. Σε τυχόν δυσσομία η αδελφή πρέπει να σκεφτεί ότι πρόκειται περί μόλυνσεως και να το αναφέρει αμέσως στο γιατρό.

- Την κένωση της ουροδόχου κύστεως.

Συχνά συμβαίνει ώστε η λεχρίδα 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 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 έως 4 ημέρες το έντερο δεν κενούται, πιθανώς λόγω της συνεχούς κατακλίσεως της λεχρίδος και της αδράνειας αυτού από τους τόσους μήνες ασκούμενης πίεσης σ' αυτό από την εγκύμονο μήτρα. Για το λόγο αυτό, κατά την 2η ημέρα από τον τοκετό χορηγείται καθαρτικό από το στόμα ή γίνεται καθαρτικός υποκλισμός, εφ' όσον δεν υπάρχει ρήξη περινέου.

- Την διατροφή της λεχρίδος.

Η λεχρίδα 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 διευκολύνουν την κένωση κατά τις πρώτες ημέρες.

- Την έγερση της λεχρίδας από την κλίση.

Η λεχρίδα, μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό μπορεί να σηκωθεί την 2η ημέρα. Η κίνηση γενικά της λεχρίδας πρέπει να είναι περιορισμένη, γιατί η ορθοστασία και η πολύωρη έγερση κατά τις πρώτες ημέρες μπορεί να προκαλέσει χαλάρωση των γεννητικών οργάνων. Εάν η λεχρίδα παραπονεθεί 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 αδερφή πρέπει να ειδοποιήσει το γιατρό για να ληφθούν έγκαιρα τα απαραίτητα μέτρα.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Οι κυριότερες επιπλοκές της λοχείας είναι :

Α. Οι επιλόχειες λοιμώξεις : Οι κυριότερες μορφές τους είναι η ενδομητρίτιδα από μόλυνση της πλακουντιακής άλω από μικρόβια, η παραμητρίτιδα, εξαφτηματίτιδα, περιτονίτιδα και η σηψαιμία. Για την αποφυγή τους βασική αρχή είναι η πρόληψη τους. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να λαμβάνει όλα τα μέτρα για τη σωστή αντισηψία των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της επιτόκου, όσο και την χρήση των αποστειρωμένων γαντιών και τη χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού του τοκετού. Μεταξύ των μέτρων ακόμη περιλαμβάνεται και η χορήγηση αντιβιοτικών από το πρώτο εικοσιτετράωρο και η τήρηση του θερμομετρικού διαγράμματος καθώς και η της οσμής των λοχείων.

Εάν τα λοχεία είναι δύσοσμα τότε θα χορηγήσουμε αντιβιοτικά και μητροσύσπαση για την αποβολή των σηπτικών λοχείων και θα παρακωλλήσουμε τη μικροβιαίμία τοποθετώντας στο υπογάστριο παγοκύστη που θα μειώσει την κυκλοφορία του αίματος στη μήτρα. Για τη θεραπεία της παραμητρίτιδας χορηγούμε αντιβιοτικά για δύο εβδομάδες ή έως ότου υποχωρήσει η διήθηση. Σε περιτονίτιδα χορηγούμε μεγάλη δόση αντιβιοτικών ενδοφλέβια, καθώς και ηλεκτρολυτικά διαλύματα και υποστήριξη της κυκλοφορίας και εφαρμόζουμε ρινοστομαχικό καθετήρα. Και για τη θεραπεία της σηψαιμίας συνίσταται η χορήγηση μεγάλων δόσεων αντιβιοτικών, η καλλιέργεια αίματος όταν υπάρχει πυρετική έξαρση και χορηγούμε επίσης κορτιζόνη. Επίσης εκτελούμε και μετάγγιση αίματος και φροντίζουμε για την καλή διατροφή της αρρώστου μας.



**Β. Μαστίτιδα :** Η φλεγμονή των μαστών ονομάζεται μαστίτιδα και προκαλείται από τη συμφόρηση των μαστών από το γάλα με κύρια συμπτώματα υψηλό πυρετό με ρίγος, με τοπική ερυθρότητα και οίδημα. Το γάλα είναι σηπτικό. Κύρια νοσηλευτική φροντίδα είναι η κένωση των μαστών και η καθημερινή τους καθαριότητα χορηγώντας ταυτόχρονα αντιβιοτικά π.χ. η κλοξακιλλίνη. Αν η μαστίτιδα έχει προχωρήσει εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα, ενώ στην γαλακτική υπερφόρτωση τοποθετούμε θερμοφόρα για να ρευστοποιηθεί το γάλα και να εξέλθει εύκολα με την έκθλιψη. Εάν δεν αποδώσει και αυτό το μέτρο, τότε εφαρμόζουμε τον απογαλακτισμό με χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων ή ανδρογόνων, τα οποία αναστέλλουν τη γαλακτοτρόπο ορμόνη. Σήμερα χορηγούμε βρωμοκρυπτίνη. Συμβουλεύουμε τη λεχωίδα να περιορίσει τη λήψη των υγρών και να εφαρμοσθεί σφιχτή περίδεση. Στην περίπτωση της αποτυχίας και αυτής της θεραπείας, τότε καταφεύγουμε στην χειρουργική διάνοιξη του αποστήματος.

**Γ. ΦΛΕΒΟΘΡΟΜΒΩΣΗ :** Αυτή συμβαίνει χωρίς φλεγμονώδη αντίδραση και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη του θρόμβου μέσα στη φλέβα και παρατηρείται συχνότερα μετά την εγχείρηση καισαρικής τομής. Αίτια της οι κιρσοί, η παρατεταμένη κατάκλιση και ακινησία των κάτω άκρων. Για την αποφυγή της συνιστούμε στη λεχωίδα να εγερθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα από το κρεβάτι. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγουμε τη χορήγηση οιστρογόνων ορμονών για τη διακοπή του θηλασμού, επειδή προδιαθέτουν σε θρομβοεμβολικά επεισόδια. Σε ελαφρές περιπτώσεις φλεβοθρόμβωσης περιδένουμε το σκέλος και το τοποθετούμε σε ανάρροπη θέση και εφαρμόζουμε

# θηλάζω σημειώνει αγρυπνώ



### Γ3. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Παρόλες τις επιστημονικές εξελίξεις, το μητρικό γάλα είναι πάντοτε το καλύτερο. Αρχικά, το μωρό προσλαμβάνει πολύ μικρές ποσότητες γάλα. Τις πρώτες 24 ώρες δεν θηλάζει. Από την επόμενη ημέρα αρχίζει να παίρνει με το θηλασμό 10 γραμμάρια κάθε φορά, αυξανοντάς το κατά 10 γραμμάρια την ημέρα και έτσι την τέταρτη ημέρα παίρνει περίπου 40 γραμμάρια γάλα κάθε φορά που θηλάζει. Αυτό φυσικά γίνεται αν το μωρό δεν συναντά δυσκολίες κατά το θηλασμό όπως όταν υπάρχουν θηλές εισέρχουσες, θηλές επίπεδες, υπερφόρτωση ή ανεπάρκεια γάλακτος.

Το γάλα παράγεται ύστερα από τον εντατικό και τακτικό ερεθισμό του θηλασμού : όσο λοιπόν θηλάζεται, τόσο περισσότερο γάλα έχετε. Το μέγεθος του στήθους δεν έχει καμμία σχέση με την ικανότητα παραγωγής γάλακτος. Η ποσότητα του γάλακτος δεν εξαρτάται από το μέγεθος των μαστών, αλλά από τον αριθμό των αδένων εκκρίσεως. Γι'αυτό μητέρες με λεπτό σώμα και μικρό στήθος μπορεί να έχουν την ίδια ποσότητα γάλακτος και καμμία φορά περισσότερο από τις εύσωμες μητέρες.

Το πρώτο γάλα αμέσως μετά τον τοκετό έχει κίτρινο χρώμα και κάποια κολλώδη σύσταση και λέγεται πύαρ ή πρωτόγαλα.

Αυτό ενεργεί σαν ελαφρό υπακτικό γιατί έχει σκοπό να καθαρίσει το πεπτικό σύστημα του νεογέννητου από όλα τα άχρηστα συστατικά που έχει μαζέψει το έμβρυο κατά την διάρκεια της ενδομητρίου ζωής.

Την 3η με 7η ημέρα μετά τον τοκετό, αρχίζει πια η κανονική έκκριση του γάλακτος, η οποία γίνεται αισθητή με ελαφρούς

πόνους στους μαστούς και ελαφρά άνοδο της θερμοκρασίας.

Κατά τον θηλασμό, πρέπει η μητέρα να μάθει πως να συμπεριφέρεται στο μωρό της γιατί μπορεί το νεογέννητο να αντιμετωπίσει ορισμένες δυσκολίες. Μερικά αρπάζουν τη θηλή αμέσως και με μεγάλη ευκολία και αρχίζουν να θηλάζουν με όρεξη και ικανοποίηση. Άλλα δυσκολεύονται ή νυστάζουν και τότε η μαία ή η αδερφή, όσο ακόμα η μητέρα βρίσκεται στο μαιευτήριο βοηθά την κατάσταση.

Αρχικά ο θηλασμός μπορεί να γίνεται στο κρεβάτι και αργότερα σε μια πολυθρόνα. Η μητέρα ακουμπά τοπυς αγκώνες της στα μπράστα της πολυθρόνας και τοποθετεί τα πόδια της σ'ένα σκαμνί, για να είναι οι μηροί λυγισμένοι προς την κοιλιά, ώστε να στηρίζεται το μωρό. Ύστερα αγκαλιάζει το μωρό με το χέρι της αντίστοιχως προς το μαστό απ' όπου θηλάζει ενώ με τα δάκτυλα του άλλου χεριού και για την ακρίβεια ανάμεσα στον δείκτη και το μέσο δάκτυλο πιέζει το μαστό προς τα πίσω κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να προέχει η θηλή, αλλά και να μη σκεπάζεται η μυτούλα του μωρού και έτσι να μπορεί αυτό να αναπνέει ελεύθερα.

Είναι σημαντικό να γίνεται ο θηλασμός κάθε φορά από τους δύο μαστούς για να αδειάζουν συγχρόνως και να μη μένει μέσο γάλα. Αφήνουμε το μωρό 10 λεπτά από τον ένα μαστό ύστερα το σηκώνουμε για να ρευφτεί και έπειτα 10 λεπτά στον άλλο μαστό.

Το ρέψιμο είναι απαραίτητο, γιατί έτσι βγάζει το μωρό τον αέρα που έχει καταπιεί κατά την διάρκεια του θηλασμού και μάλιστα όταν η μητέρα δεν έχει αρκετό γάλα και το μωρό θηλάζει στα κούφια, ή όταν αντιθέτως έχει πάρα πολύ, οπότε τρέχει

άφθονο και το μωρό πνίγεται, καθώς και όταν οι θηλές δεν προεξέχουν αρκετά και έτσι δεν εφαρμόζουν ακριβώς στο στόμα του παιδιού. Για να ρευτεί το μωρό, το ανασπώνετε καλά ώστε το κεφάλι του να ακουμπήσει στον ώμο σας και συγχρόνως το χτυπάτε ελαφρά στην πλάτη του, ώστε να βγάλει τον αέρα που πήρε την ώρα του θηλασμού.

Οι ειδικοί στηθόδεσμοι θηλασμού που ανοίγουν μπροστά είναι οι καλύτεροι. Πρέπει όμως να πλένονται συχνότατα και αν ελίναι δυνατό να βράζονται. Πάνω στη θηλή και ανάμεσα σ' αυτή και στο σουτιέν τοποθετείται μια αποστειρωμένη γάζα, ή αν το γάλα είναι άφθονο και τρέχει, μια διπλωμένη μικρή πάνα, που θα βράζεται και θα αποστειρώνεται με το σιδέρωμα και θα αλλάζεται τουλάχιστον μια φορά την ημέρα.

Το στηθόδεσμο καλό θα ήταν να το φοράει η λεχωίδα και τη νύχτα γιατί έτσι διατηρείται καλύτερα το σχήμα του μαστού. Το πλύσιμο του μαστού πριν από το θηλασμό πρέπει να γίνεται απαραίτητως με άφθονο χλιαρό νερό και κατόπιν στέγνωμα. Μετά το θηλασμό σκουπίζετε τη θηλή με μια καθαρή γάζα ή χαρτομάντηλο και έπειτα βάζετε μια ειδική κρέμα από αυτές που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Καλές είναι οι κρέμες που περιέχουν χαμομήλι. Αυτές προλαβαίνουν και θεραπεύουν τις σχισμές της θηλής, που και επώδυνες είναι και επιτρέπουν τη δίοδο μικροβίων, με κίνδυνο να προκαλέσουν φλεγμονή των μαστών, τη γνωστή μαστίτιδα.

### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Όσον αφορά τη συχνότητα και την διάρκεια του θηλασμού υπάρχει μια σειρά στις ώρες του θηλασμού. Η βασική αυτή σειρά είναι αρχίζοντας από νωρίς το πρωί 6 - 10π.μ. - 2μ.μ. - 6μ.μ - 10 μ.μ. Μερικά βρέφη μπορούν να κρατήσουν περισσότερο από 4 ώρες και άλλα λιγότερο. Πάντως δεν θα πρέπει να κάνουμε αυστηρή τήρηση του ωραρίου αυτού το οποίο θα αλλάξει ανάλογα με το βάρος του παιδιού και τις οδηγίες του παιδίατρου.

Μερικά βρέφη δεν χρειάζονται άλλο θηλασμό μετά τις 10 το βράδυ και έως τις 6 το πρωί, άλλα όμως ξυπνούν τη νύχτα πεινασμένα και δεν ξεγελιούνται με το λίγο χαμομήλι ή τίλιο αλλά ζητούν να θηλάσουν. Όσο για τη διάρκεια του θηλασμού να μην υπερβαίνει τα 15-20 λεπτά το πολύ, γιατί μέσα στα πρώτα 5 λεπτά το μωρό έχει πια τη μεγαλύτερη ποσότητα από το γάλα που χρειάζεται.

Τους καλοκαιρινούς μήνες λόγω της ζέστης αλλά και επειδή το μωρό ιδρώνει χρειάζονται υγρά, χαμομήλι, τίλιο, νερό ανάμεσα στους θηλασμούς αλλά και τη νύχτα αν ξυπνήσει και κλαίει διψασμένο. Η διακοπή του θηλασμού θα πρέπει να γίνεται από το 2ο έως τον 4ο μήνα. Γεγονός είναι ότι δεν πρέπει να καθυστερήσει πέρα από τον 6ο μήνα. Μετά από αυτό το διάστημα το παιδί χρειάζεται περισσότερες θρεπτικές ουσίες απ' όσες μπορεί να προσφέρει το μητρικό γάλα.

#### Γ4. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ

##### ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η νέα μητέρα ύστερα από μια ομαλή ή όχι μετεγχειρητική πορεία είναι έτοιμη πλέον να βγει από το νοσοκομείο. Σ'αυτή την τόσο λεπτή φάση της ζωής της η νοσηλεύτρια - της έχουν καθήκον να της συμπαρασταθούν και να την προετοιμάζουν ν'αντιμετωπίσει με επιτυχία τις καινούριες καταστάσεις που παρουσιάζονται στη ζωή της καθώς επίσης να μπορέσει να διατηρήσει τη σωματική και ψυχική της υγεία (είναι γνωστά άλλωστε τα φαινόμενα μελαγχολίας και εκνευρισμού που παρατηρούνται σε πολλές γυναίκες μετά τη γέννα).

Τα θέματα που πρέπει να συζητήσει η νοσηλεύτρια με την λεχώνα αφορούν :

α) Το διαιτολόγιο της : μια ισορροπημένη διατροφή βοηθάει τόσο το νεογνό να παίρνει τις απαραίτητες για την ανάπτυξη του, μέσω του μητρικού γάλακτος, βιταμίνες όσο και την νέα μητέρα να αποκτήσει γρήγορα το ιδανικό σωματικό βάρος της.

β) Εργασία, κίνηση, γυμναστική ξεκούραση και ψυχαγωγία.

γ) Σωστή ατομική καθαριότητα, ιδιαίτερα των μαστών και των γεννητικών οργάνων.

δ) Περιποίηση νεογέννητου.

ε) Θηλασμός ή τεχνική διατροφή.

στ) Σχέσεις ιδιαίτερα τις σεξουαλικές με το σύζυγο.

ζ) Αντισύλληψη.

Οποιοδήποτε άλλο θέμα απασχολεί τη νέα μητέρα το συζητάει μαζί της και δεν διστάζει να ζητήσει τη βοήθεια του ιατρού μαιευτήρα, ψυχολόγου, κοινωνικής λειτουργού ή άλλου ειδικού ανάλογα με την περίπτωση.

Γ5. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΕ ΕΠΙΤΟΚΟ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1ο

Στις 11/6/1994 στα εξωτερικά ιατρεία του Στρατιωτικού Νοσοκομείου 409 στις 6.00 π.μ. στην Πάτρα στο μαιευτικό τμήμα με πόνους χαμηλής έντασης στο υπογάστριο.

**Α. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

ΕΠΩΝΥΜΟ : ΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΟΝΟΜΑ : ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΕΤΩΝ : 20

ΒΑΡΟΣ : 80 Kgr

ΥΨΟΣ : 1,65

ΤΟΚΟΣ : 1ος

Η επίτοκος είχε κληρονομικό ιστορικό ελεύθερο.

**Β. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η επίτοκος είχε κανονική έμμηνο ρύση. Η επίτοκος βρίσκεται ήδη στον 9ο μήνα εγκυμοσύνης. Η πιθανή ημερομηνία τοκετού απ' ότι έχει σημειωθεί είναι 12/6/94.

Το θηλάκιο είναι άρρηκτο και η διαστολή που έχει είναι τρία εκατοστά.

Μετά την εξέταση οδήγησα την επίτοκο στη αίθουσα τοκετού, όπου της εφαρμόσθηκε ο καρδιογράφος για τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου. Συγχρόνως πάρθηκαν ζωτικά σημεία της επιτό-



κου με τιμή Α.Π. 110/80 mmHg, σφύξεις 78/min και θερμοκρασία 37 °C.

Μέχρι την ώρα του τοκετού η επίτοκος παρουσίασε ορισμένα προβλήματα που μαζί με την αντιμετώπιση τους δίνονται στον επόμενο πίνακα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Αρρηκτο θυλάκιο.	Πρώθηση ρήξης θυλακίου ώστε να επιτευχθεί πρόοδος στην εξέλιξη του τοκετού.	Ρήξη του θυλακίου τεχνητά κατόπιν εντολής γιατρού.	Εφαρμογή ρήξης θυλακίου με αποστειρωμένο αμνιο κούκ.	Με την εφαρμογή της τεχνητής ρήξης υπήρξε πρόοδος στην εξέλιξη του τοκετού και προχώρησε ομαλά.
2. Ωδίνες μέτριας εκτάσεως.	Ενίσχυση των διασταλτικών ωδινών της επιτόκου, ώστε να υπάρξει πλήρης διαστολή του τραχηλικού στομίου.	Χορήγηση ωδονοποικικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική εντολή.	Χορήγηση ωοκυττίνης σε ορό Dextroze 5% 1000 cc.	Με την χορήγηση της ωοκυττίνης η οποία δρα στο μυομήτριο αυξάνοντας τις συσπάσεις του, οι διασταλτικές ωδίνες γίνονται εντονότερες και συχνότερες.
3. Ακαμψία τραχηλικού στομίου.	α) Η χαλάρωση του τραχηλικού στομίου με αποτέλεσμα την ομαλή εξέλιξη του τοκετού. β) Πρόληψη οιδήματος του τραχήλου.	- Χορήγηση σπασμολυτικών φαρμάκων με ιατρική εντολή. - Ανώδυνος τοκετός.  Πρόληψη του πρόωρου σφίξιματος της επιτόκου γιατί προκαλείται έτσι οίδημα τραχήλου.	Χορήγηση σπασμολυτικού φαρμάκου μέσω της ενδοφλέβιας χορήγησης.  Συμβουλές στην επίτοκο να σφίγγεται μόνο στη διάρκεια των ωδινών και ποτέ πρόωρα αφού πάρει βαθιά εισπνοή.	Ο συνδυασμός των μέτρων απέδωσε και υπήρξε καλή πρόοδος του τραχηλικού στομίου και με την ενέργεια των διασταλτικών ωδινών η διαστολή του τραχηλικού στομίου κατέστη τέλεια.
4. Υγρά - ηλεκτρολύτες.	Σωστό ισοζύγιο υγρών.	Παρακολούθηση του χρώματος των ούρων. Προετοιμασία δίσκου για την χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών αν χρειαστεί.	Ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.	Αποφυγή διαταραχών στο ισοζύγιο των υγρών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Κεφαλαλγία.	Ανακούφιση από τον πόνο.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απομάκρυνση θορύβων.</li> <li>- Ενημέρωση του γιατρού.</li> </ul>	Εξασφάλιση ηρεμίας χορήγηση παυσπονών μετά από ιατρική εντολή.	Υποχώρηση του πόνου.
6. Λόξυγας	Η ανακούφιση της λεχαιδός από τον ενοχλητικό λόξυγγα που εμφανίστηκε.	Ανεύρεση της αιτίας.	<p>Ο λόξυγας είναι διαλείπων σπασμός του διαφράγματος, οφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου σε οποιοδήποτε σημείο από την αρχή ως τις απολήξεις. Είναι αντανακλαστικό από λήψη πολύ ζεστού υγρού. Προκαλεί ανησυχία στην λεχαιδα.</p> <p>Εγιναν :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Λήψη μισού ποτηριού νερού με ένα κουταλάκι σόδα διαλυμένο.</li> <li>- Κατάποση κομματιών πάγου.</li> <li>- Λήψη κρύου νερού.</li> </ul>	Μετά την εφαρμογή των θεραπευτικών μέτρων, ο λόξυγας σταμάτησε μετά από λίγο.

Η επίτοκος γέννησε στις 11 μ.μ. ένα αγόρι βάρους 3.500 Kgr. Η επίτοκος εξήλθε από το Μαιευτικό τμήμα τέσσερις ημέρες αργότερα σε καλή κατάσταση υγείας.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΑ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2ο

Στις 22/4/94 προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Μαιευτηρίου Αλεξάνδρα εγκυμονούσα σε καλή κατάσταση με πιθανή ημερομηνία τοκετού 1/5/94.

Κατά την τελευταία εξέταση από τον μαιευτήρα το έμβρυο παρουσίασε ισχιακή προβολή και κρίθηκε απαραίτητο να γίνει καισαρική τομή.

Ο γιατρός που την εξέτασε πήρε το ιστορικό της επιτόκου που περιλαμβάνει :

**A. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

ΕΠΩΝΥΜΟ : ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

ΟΝΟΜΑ : ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΤΩΝ : 19

ΒΑΡΟΣ : 76 Kgr

ΥΨΟΣ : 1,69

ΤΟΚΟΣ : 1ος

**B. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Σε ηλικία 12 χρονών άρχισε η έμμηνος ρύση με κύκλο 28 ημερών. Έχει κάνει test Παπανικολάου. Δεν έχει κάνει καμιά αποβολή ή έκτρωση.

Εγινε λήψη ζωτικών σημείων. είχε αποφασιστεί να υποβληθεί

η μέλλουσα μητέρα σε καισαρική τομή. Η επέμβαση προγραμματίστηκε για την επόμενη ημέρα 23/4/94.

Η επέμβαση πήγε καλά και η Χριστίνα γέννησε ένα υγιέστατο αγοράκι βάρους 3.900 Kgr. Μετά τον τοκετό παρουσίασε πυρετό και γίνονταν συχνά θερμομετρήσεις κάθε 3ωρο.

Η λεχвіδα παρουσίασε αρκετά προβλήματα, που μαζί με τη νοσηλευτική δραστηριότητα δίνονται στον επόμενο πίνακα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Πόνος.	Ανακούφιση από τον πόνο αφού συνέλθει από τη νάρκωση.	Να ανακουφιστεί η λεκωίδα από τον πόνο στην αρχή με μηχανικά μέσα και αν αυτά δεν αποδώσουν να δοθεί φαρμακευτική αγωγή π.χ. paracetamol ύστερα από ιατρική εντολή.	Τίθεται σε ύπια θέση, της γίνεται διδασκαλία πως να κρατά το τραύμα όταν βήχει να ελαττώνεται ο πόνος. Ακόμη της γίνεται εντριβή με απαλές κινήσεις. Αν ο πόνος συνεχιστεί ύστερα από ιατρική εντολή της γίνεται μια παύσιμη ένεση.	Ανιμετωπίζεται ο πόνος. Η λεκωίδα ηρεμεί και κοιμάται.
2. Πυρετός.	Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> <li>α) Διάγραμμα για την αναγραφή θερμομετρήσεων.</li> <li>β) Προετοιμασία δίσκου αντιπυρετικών και αναλγητικών φαρμάκων.</li> <li>γ) Προετοιμασία επιθεμάτων.</li> <li>γ) Προετοιμασία δίσκου για λήψη αίματος και αιμοκαλλιέργειας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>α) Συχνή λήψη θερμοκρασίας ανά 3ωρο και καταγραφή αυτής στο διάγραμμα.</li> <li>β) Ακριβής τήρηση και εφαρμογή των καθορισμένων από το γιατρό αντιπυρετικών και αναλγητικών φαρμάκων.</li> <li>γ) Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.</li> <li>δ) Λήψη αίματος για αιμοκαλλιέργεια.</li> </ul>	Επίτευξη σταθερής θερμοκρασίας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3. Μετεωρισμός κοιλιάς.	Απομείκρυνση των αερίων από το έντερο και ανακούφιση της λεχωίδας.	<p>Ανεύρεση της αιτίας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακολούθηση συμπτωμάτων.</li> <li>- Ανακούφιση της λεχωίδας.</li> </ul>	<p>Η επίδραση του ναρκωτικού προκαλεί υποτονία μυών και αδράνεια του εντέρου. Η μείωση της κινητικότητας μετά την επέμβαση. Τα συμπτώματα που πιθανόν να εμφανιστούν είναι φούσκωμα κοιλιάς, κωλικόι πόνοι που προέρχονται από την κυκλοφορία και δεν μπορεί να αποβλήθει. Καταπολέμηση των αιτιών που προκάλεσαν τον μετεωρισμό. Ελαφρά στροφή της λεχωίδας προς το πλάι. Τοποθέτηση σωλήνα αερίων στο απευθύσμένο με το οποίο δοθείται η αποβολή των αερίων. Δεν πρέπει να παραμένει πάνω από 20 - 30 λεπτά. Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο που αυξάνει τον όγκο των αερίων καθώς και την περισταλτικότητα του εντέρου με συνέπεια την αποβολή αερίων. Εγερση της λεχωίδας για την ανακούφιση της.</p>	<p>Η λεχωίδα ανακουφίζεται και ηρεμεί.</p>
4. Δυσκοιλιότητα της λεχωίδας.	Φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διαπίστωση της αιτίας.</li> <li>- Εκτέλεση υποκλιτισμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο φόβος της λεχωίδας να σπκώνεται από το κρεβάτι τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες είναι αιτία αδράνειας του εντέρου.</li> <li>- Αν η δυσκοιλιότητα επιμένει γίνεται καθαρισμός υποκλιτισμός.</li> </ul>	<p>Μετά την εφαρμογή του προγράμματος γίνεται η κένωση του εντέρου και ανακουφίζεται η λεχωίδα.</p>



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Επιμόλυνση καισαρικής τομής.	Ταχεία επούλωση του τραύματος.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Φροντίδα τραυματικής περιοχής.</li> <li>- Επίδεση τραύματος.</li> </ul>	<p>Καθαρίζεται το τραύμα με φυσιολογικό ορό. Απολυμαίνεται με αντισηπτικό διάλυμα και γίνεται αντησπια δέρματος γύρω από το τραύμα. Όταν βγάζουμε τα λευκόπαστα αφαιρούμε παράλληλα και όχι κάθετα με το δέγμα.</p> <p>Με την επίδεση του τραύματος πετυχαίνουμε την πρόφυλαξη του από μόλυνση, την απορρόφηση εκκρίσεων, τον περιορισμό των κινήσεων, την αμύσηση και τέλος την κάλυψη του τραύματος. Κατά την αλλαγή προφυλάσσουμε την λεκώδα από τα βλέμματα των άλλων και τηρούμε όρους ασπής.</p>	<p>Η επούλωση του τραύματος γίνεται γρήγορα και αφαιρούνται τα ρήματα.</p>
6. Θρομβοφλεβίτιδα.	<p>Παρεμπόδιση της μετακίνησης του θρόμβου από την περιοχή της πνευμονικής εμβολής.</p> <p>Θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανεύρεση της αιτίας.</li> <li>- Παρακολούθηση συμπτωμάτων</li> <li>- Θεραπεία συμπτωματική και φαρμακευτική.</li> </ul>	<p>Η πιθανή αιτία που η λεκώδα εμφανίζει θρομβοφλεβίτιδα είναι η επιβράδυνση της κυκλοφορίας μετά την επέμβαση εξαιτίας του μειωμένου μεταβολισμού και ακόμα η άρνηση της να σκωθεί από το κρεβάτι επειδή φοβάται για ρήξη τραύματος.</p> <p>Τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι πόνος και σύσπαση της κνήμης.</p> <p>Η θεραπεία αποσκοπεί σε απόλυτη ακινησία του άκρου για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος. Ελαφρά πιεστική επίδεση από τα δάκτυλα προς τις βουβώνες με ελαστικό επίδεσμο που εμποδίζει την λίμναση του αίματος στα κάτω άκρα και μειώνει τον πόνο. Επίσης τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.</p>	<p>Μετά την έναρξη της θεραπείας αρχίζουν να υποχωρούν τα συμπτώματα και σε λίγες μέρες διαλύεται ο θρόμβος. Η λεκώδα μπορεί να σκωθεί μετά από λίγες ημέρες.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
7. Εξοδος της λεχωίδος και του νεογνού.	Προετοιμασία της λεχωίδος και του νεογνού για την αποχώρηση από την κλινική.	Ελεγχος νεογνού.  Ελεγχος της λεχωίδος και ενημέρωση της σχετικά με την επιστροφή στο σπίτι της.	Προγραμματίστηκε εξέταση του νεογνού από τον παιδίατρο την παραμονή της εξόδου για την διαπίστωση της καλής του κατάστασης.  Εγινε εργαστηριακός έλεγχος για την εξακρίβωση της παθολογικής κατάστασης. Της δόθηκε ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικό με την φροντίδα του νεογνού και της ίδιας μετά την επιστροφή στο σπίτι που δίδεται η κλινική και της έγινε σύσταση να πηγαίνει συχνά στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής για εξέταση. Λίγο πριν φύγει την εξέτασε ο μαιευτήρας που είχε κάνει την επέμβαση.	Μετά την εξέταση ο παιδίατρος έκρινε κατάλληλη την έξοδο του νεογνού από την κλινική αφού πριν ελήφθει αίμα για την εξέταση φαιτυλοκετονουρίας και έλειψη ενζύμου GEPD.  Μετά το φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο, την εξέταση από τον μαιευτήρα και την σχετική ενημέρωση της λεχωίδος ήταν έτοιμη να αναχωρήσει από την κλινική.

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην εργασία μου αυτή προσπάθησα με τρόπο απλό να περιγράψω ένα από τα μεγαλύτερα θαύματα του κόσμου μας που είναι η σύλληψη, ανάπτυξη και η γέννηση ενός νέου ανθρώπου στον κόσμο.

Βήμα - βήμα είδαμε την εξέλιξη αυτής της θαυμαστής διαδικασίας και κατανοήσαμε με πόση σοφία συντελείται και ολοκληρώνεται αυτό το θαύμα.

Αυτό που παρατηρείται σήμερα στις γυναίκες είναι ότι μπροστά στο γιατρό νιώθουν ντροπή, δειλία, αμηχανία και μερικές μπερδεύουν συμπτώματα που τις ενοχλούν. Οι περισσότερες ανεξάρτητα από την ηλικία, μόρφωση, κοινωνική τάξη, δεν έχουν καμιά ενημέρωση πάνω σε θέματα που τις απασχολούν. Η πληροφόρηση γύρω από τη φυσιολογία της γυναίκας είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Όμως 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 αυτοποπεποίθηση και σιγουριά.

Κατανοήσαμε ακόμη ότι το έργο της Νοσηλεύτριας - τη είναι η επίβλεψη, φροντίδα και συμβουλή στις γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας και με υπευθυνότητα να φροντίζει το βρέφος.

Η Νοσηλεύτρια - της 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, η μητέρα θα πρέπει με την βοήθεια της Νοσηλεύτριας και του γιατρού, να είναι ενημερωμένη για τα πάντα γύρω από τον εαυτό της, γύρω από την σύλληψη, την γονιμοποίηση και τον τοκετό ώστε με αυτοπεποίθηση να μπορεί να ανταπεξέλθει στο έργο της.