

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

---

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

«ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΗΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

---

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Καρνάρης Ανδρέας

Σπουδάστρια:

Ζουμή Παναγιώτα

Πτυχιακή εργασία για την λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1995



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1587
----------------------	------



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω:

- Τους γονείς μου για την κατανόησή τους και την στήριξή τους, κατά τη διάρκεια της φοιτήσεώς μου.
- Όλους τους δασκάλους μου κατά τη φοίτησή μου για τη βοήθειά τους.
- Όλους όσους με βοήθησαν για την συγκέντρωση των στοιχείων για τη σύνταξη αυτής της εργασίας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: Ανατομία του γεννητικού συστήματος	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Φυσιολογία της κύησης	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: Τοξιναιμία κύησης: ορισμός, συχνότητα, αιτιολογία, παθογένεια	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: Συμπτώματα νόσου και κλινική εικόνα	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: Κλινική, εργαστηριακή, διαφορική διάγνωση	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: Επιπλοκές	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο: Θεραπεία	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο: Πρόγνωση	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο: Πρόληψη	40

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: Νοσηλευτικές ενέργειες και ευθύνες(γενικά)	43
1Α: Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη φάση της εκλαμψίας	45
1Β: Νοσηλευτική παρέμβαση μετά τη φάση της εκλαμψίας	46

---

1Γ: Ιδιαίτερη φροντίδα και παρακολούθηση του εμβρύου	47
1Δ: Εκτίμηση κατάστασης	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Παρακλινικός έλεγχος, ρόλος της νοσηλεύτριας	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Νοσηλευτική παρέμβαση στον φυσιολο- γικό τοκετό	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: Νοσηλευτική παρέμβαση στην καισαρική τομή	55
4Α: Προεγχειρητικά	55
4Β: Μετεγχειρητικά	56
4Γ: Μετεγχειρητικές επιπλοκές	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: Εξατομκευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο νοσηλευτικής διεργασίας	60
- Κλινική περίπτωση Α'	68
- Κλινική περίπτωση Β'	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: Ψυχολογική υποστήριξη	73
- ΕΠΙΛΟΓΟΣ	76
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78

---

## 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.

Με την εργασία μου αυτή, προσπαθώ να δώσω κάποια εξήγηση και περιγραφή της έννοιας «Τοξιναιμίας κύησης», να εξετάσω τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της επιπλοκής αυτής και τέλος να ανφερθώ στον τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας.

Η Τοξιναιμία είναι μια επιπλοκή σοβαρή και πολύπλοκη και μάλιστα άγνωστης ακόμα αιτιολογίας.

Η εργασία μου είναι χωρισμένη σε δύο μέρη: το ιατρικό και το νοσηλευτικό. Από τη μια μεριά η νοσηλευτική αποτελεί ξεχωριστή επιστήμη, με τη 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.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η δραματική αυτή επιπλοκή, που εμφανίζεται στις έγκυες γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι γνωστή από 2.000 περίπου χρόνια, στους αρχαίους Κινέζους και Αιγύπτιους. Εξίσου θαυμάσια, περιέγραψε την επιπλοκή αυτή, ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης.

Ο όρος «Τοξιναιμία Κύησης», εισάχθηκε στα Ιατρικά συγγράμματα το 1906, ως μορφή δηλητηρίασης του οργανισμού της εγγύου. Ο όρος αυτός ήταν απόρροια της επικρατούσας, τότε αντιλήψεως, ότι η όλη κλινική συνδρομή προκαλείται από διάφορες τοξίνες που κυκλοφορούσαν στο αίμα της εγγύου. Ειδικότερα, ως τοξίνες θεωρούνται: ή τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού του εμβρύου, ή παράγονται από το ήδη νεκρό έμβρυο, ή τέλος από το έντερο της εγγύου.

Το 1897 με την ανακάλυψη σφυγμομανόμετρου οι VAQVEZ και NOBECAVRT παρατήρησαν και τόνισαν ότι, η Α.Π. αυξάνεται στις έγκυες γυναίκες, πριν προσβληθούν από το σύνδρομο της εκλαμψίας. Έτσι προέκυψε ο όρος: προεκλαμψία της κύησης που καθορίζει την κλινική συνδρομή, η οποία προηγείται της εκλαμψίας και διαγνώνεται πριν την αύξηση της Α.Π. και λευκοματουρίας.

Την παρουσία λευκόματος στα ούρα σε έγκυες γυναίκες «πάσχουσες» από εκλαμψία, επεσήμανε το 1943 ο LEVEC.

**«ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ»**

---



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ 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.

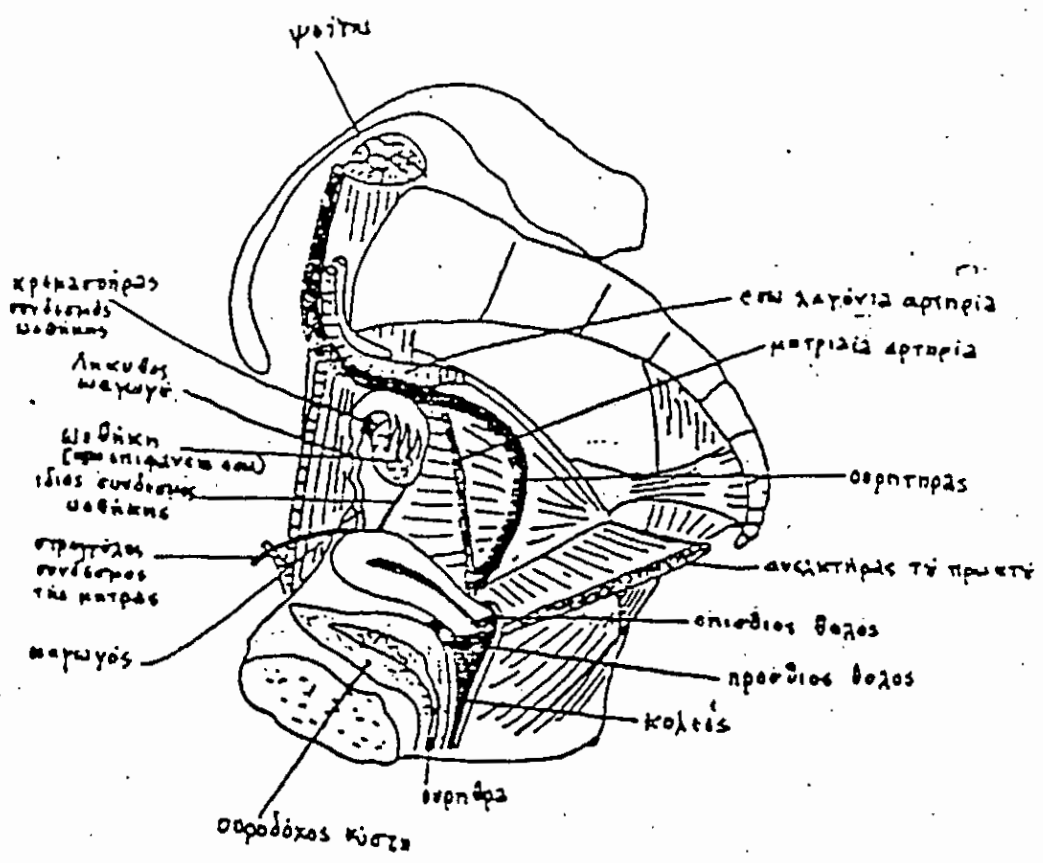
Τα γυναικεία γεννητικά όργανα διακρίνονται σε: εξωτερικά και εσωτερικά.

Τα έξω γεννητικά όργανα είναι: το εφήβαιο, τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, η κλειτορίδα, τα μικρά χείλη του αιδοίου, ο πρόδρομος (με τους αδένες του) και η ουρήθρα. Πιο αναλυτικά:

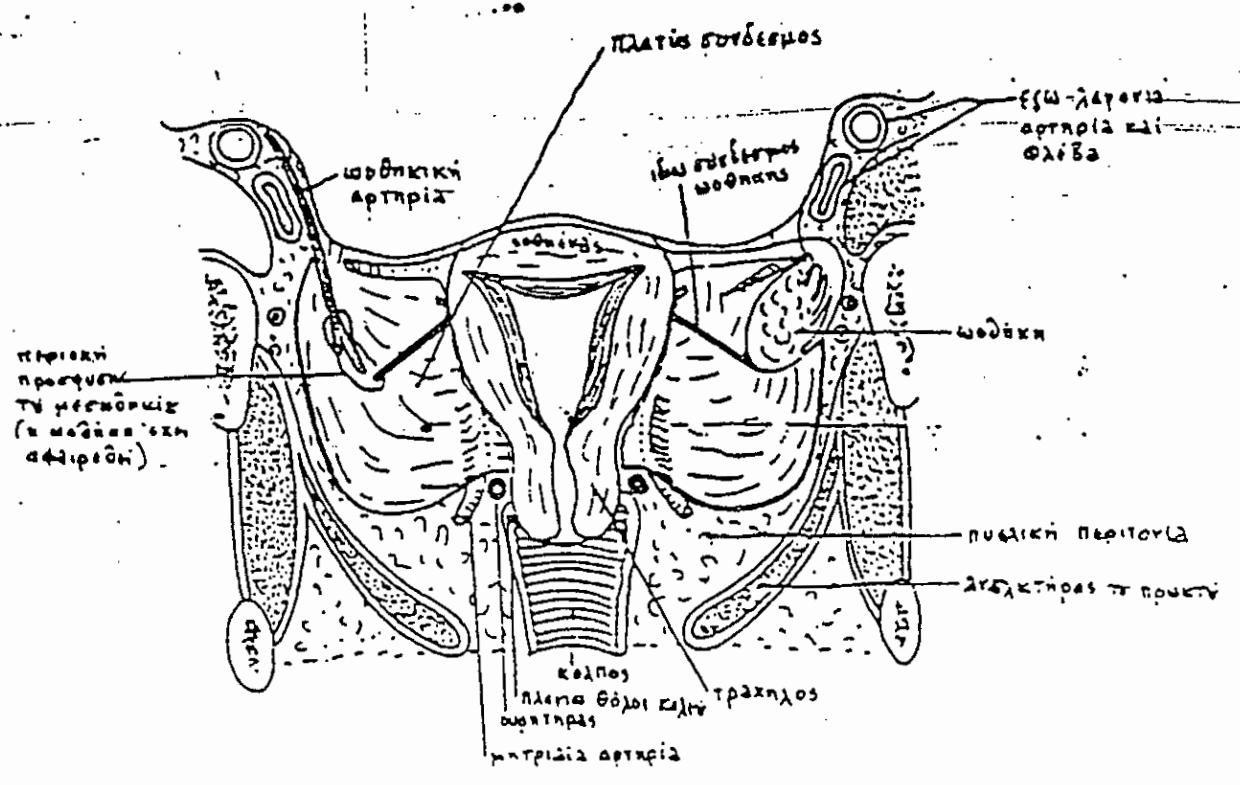
- Το εφήβαιο: είναι μια υποστρόγγυλη τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα και η πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Δύο χρόνια, περίπου, πριν από την εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως αρχίζει να παρουσιάζεται η χαρακτηριστική τρίχωση του.

- Τα μικρά χείλη του αιδοίου: Είναι δύο δερματικές πτυχές που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και συνήθως 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. Το δέρμα τους είναι πολύ λεπτό και μοιάζει με βλεννοϋμένα, έχει δε μόνο σμηγματογόνους αδένες.

- Η κλειτορίδα: αποτελείται από δύο σπαραγγώδη σώματα, που αρχίζουν από τους ηβοϊσχιανούς κλάδους των ηβικών οστών και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και



ΔΕΞΙΟ ΗΜΙΣΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ



ΜΕΤΕΠΙΣΤΡΑΦΙΑ ΤΟΜΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ

αριστερό σκέλος στην πορεία τους, προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στη μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της που καταλήγει σε μια πάχυνση, το 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 επιφάνει της και κατά τη μέση γραμμή βρίσκεται ο χαλινός της.

Η κόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας είναι η προς τα πάνω κατάληξη των μικρών χειλέων του αιδοίου.

- Ο πρόδρομος: είναι 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 στόμο της ουρήθρας, περιβάλλεται από τους παραουρηθρικούς αδένες, ενώ οι εκφοριτικοί πόροι των Bartholinείων αδένων εκβάλλουν στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων. Στην περιοχή αυτή βρίσκεται και ο παρθενικός υμένας, που φράζει μερικά, μόνο στην είσοδο του κόλπου.

Τα έσω γεννητικά όργανα είναι: οι ωοθήκες, οι σαγωγοί, η μήτρα και ο κόλπος και βρίσκονται μέσα στην πύελο. Αναλυτικά:

- Οι ωοθήκες: είναι όργανα που παράγουν τα γεννητικά κύτταρα του θήλεος 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 μεσοαθήκιο, βρίσκονται μέσα στη μικρή πύελο και ο επιμήκης άξονάς τους φέρεται συνήθως κατακόρυφα. Έχουν μήκος 3 εκ., πλάτος 1,5 ως 3 εκ., πάχος 0,5 ως 1,5 εκ. και βάρος ως 14 γραμμάρια.

Περιβάλλονται από λεπτή υάδη κάψα. Εξωτερικά η κάψα αυτή περιβάλλεται από ένα στίχο κυβικών επιθηλιακών κυττάρων που αποτελούν το βλαστικό επιθήλιο. Η ωοθήκη εμφανίζει μια εξωτερική ζώνη που λέγεται φλοιώδης ουσία και μια εσωτερική ζώνη που λέγεται μυελώδης ουσία.

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

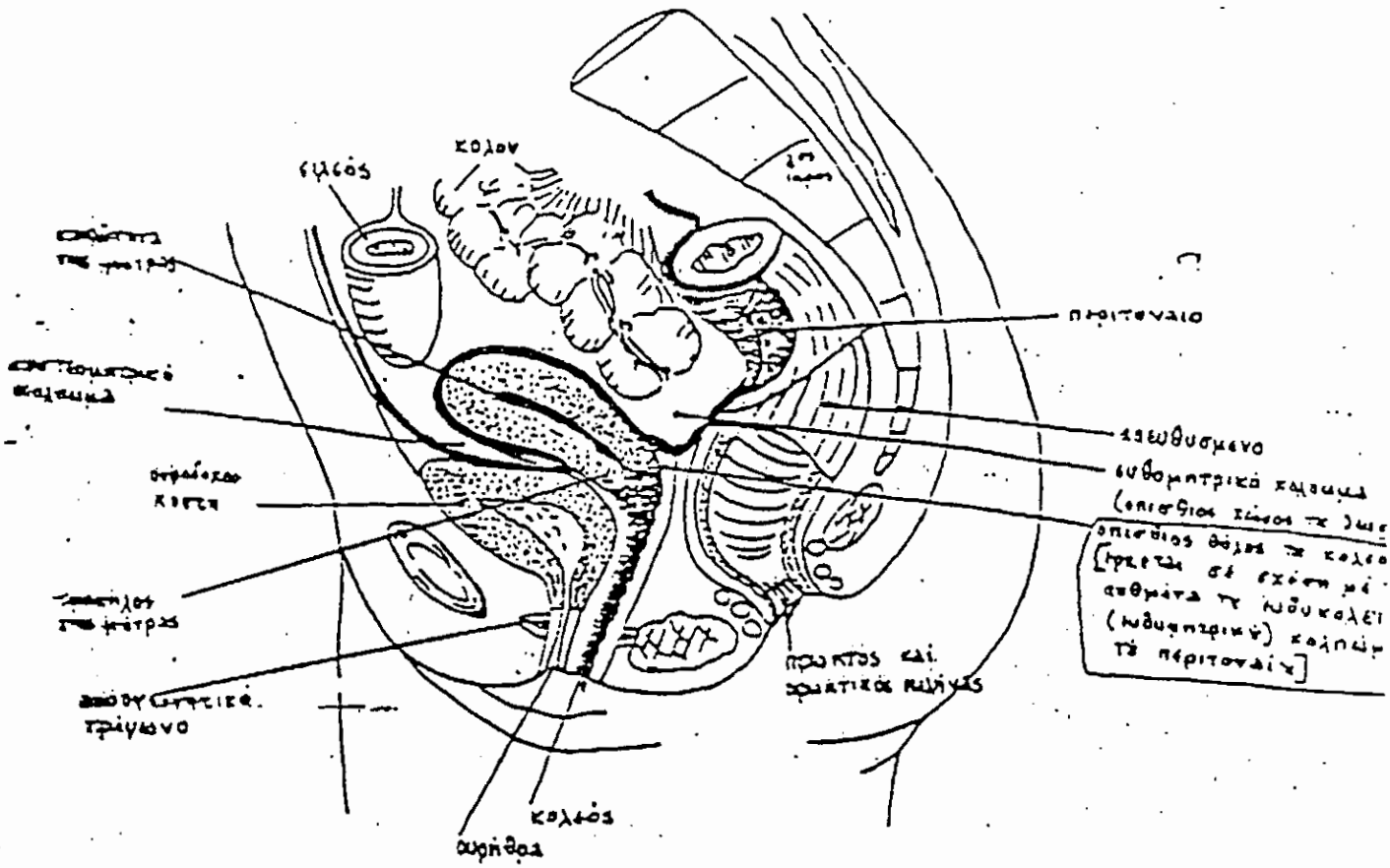
- Οι Σάλπιγγες: είναι δύο μώδεις σωλήνες μήκους περίπου 10 εκ., οι οποίοι εκτείνονται από την περιοχή της ωοθήκης ως την μήτρα. Το ελεύθερο άκρο της σάλπιγγας είναι ανευρυσμένο σαν χωνί και βρίσκεται κοντά στην ωοθήκη.

Λέγεται μώδων ή χώνη και είναι ανοικτό προς την πυελική κοιλότητα. Το τοίχωμά του αποσχίζεται σε 12 με 15 λωρίδες, τους κροσσούς, που περιβάλλουν την ωοθήκη.

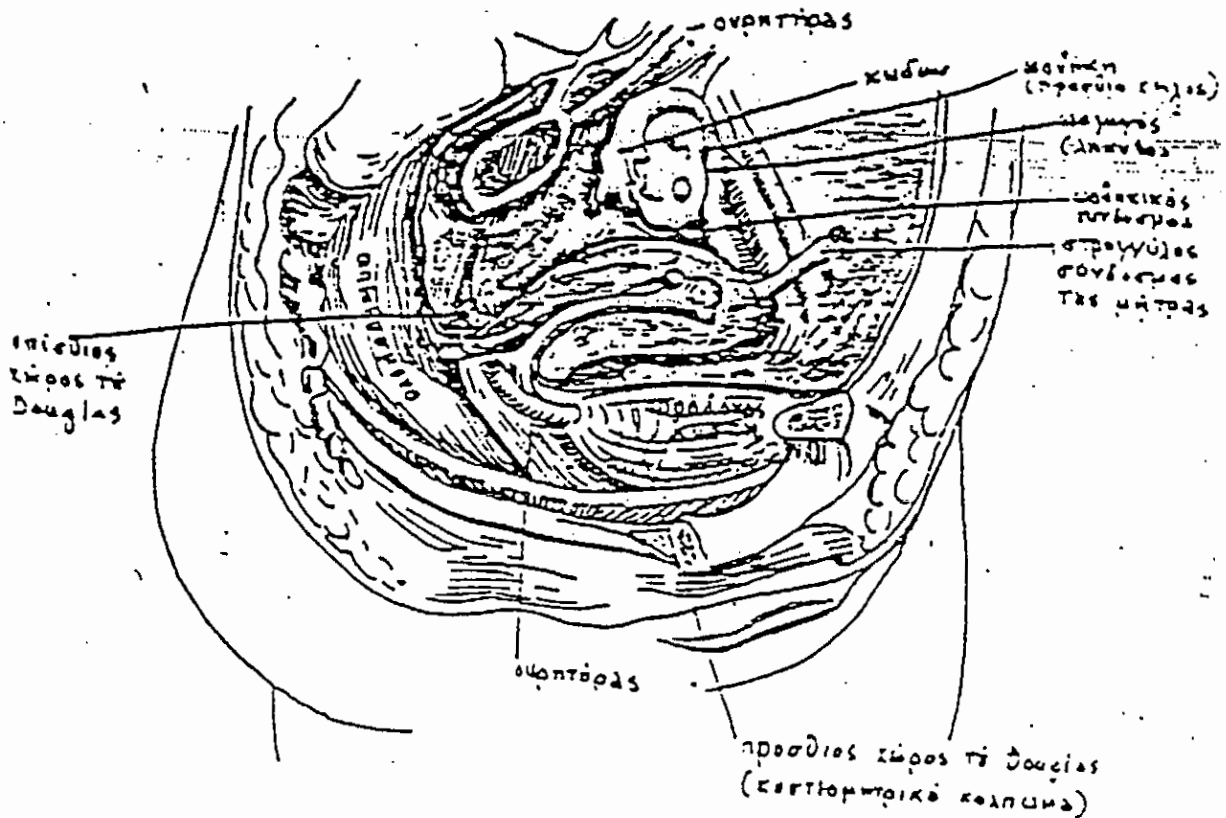
Η λήκυθος είναι μακρύτερη και φαρδύτερη μοίρα του ωαγωγού.

Ο ισθμός του ωαγωγού είναι το στενότερο τμήμα του και εκτείνεται από τη μήτρα ως το έσω πέραν της ληκύθου. Η μητριαία μοίρα του ωαγωγού είναι το τμήμα εκείνο που βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας.

Το τοίχωμα του ωαγωγού αποτελείται από 3 χιτώνες: το βλεννογόνο, το μυϊκό



ΘΕΛΙΑΙΑ ΤΟΜΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ



και τον ορογόνο χιτώνα.

Λειτουργία του ωαγωγού: Ο ωαγωγός υποδέχεται το ωάριο από την ωοθήκη και παρέχει το κατάλληλο περιβάλλον για να γίνει η γονιμοποίηση. Μέσα από τον ωαγωγό περνούν επίσης τα σπερματοζωάρια για να φθάσουν το ωάριο και να γονιμοποιηθούν.

Οι εκκρίσεις των κυττάρων του βλεννογόνου παρέχουν τις θρεπτικές ουσίες τόσο για τη διατροφή του γονιμοποιηθέντος ωαρίου, όσο και για τη διατροφή των σπερματοζωαρίων.

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

Το μεγαλύτερο μέρος της μήτρας καλύπτεται εξωτερικά από περιτόναιο

(ορογόνο χιτώνας). Εσωτερικά η μήτρα υπαλείφεται από βλεννογόνο που λέγεται ενδομήτριο.

- Ο κολεός: είναι διατετατός ινομώδης σωλήνας που εκτείνεται από το αιδοίο προς τα πάνω και πίσω. Έχει μήκος περίπου 8 εκ. και ο επιμήκης άξονάς του είναι κάθετος προς τον επιμήκη άξονα της μήτρας.

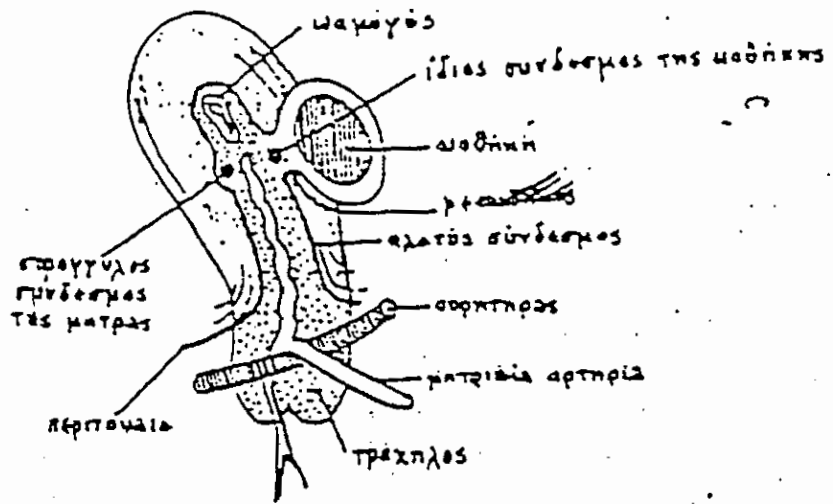
Η περιοχή του αυλού που περιβάλλει το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου χωρίζεται σε 4 μοίρες ή θόλους: ένα πρόσθιο, ένα οπίσθιο και δύο πλάγιους θόλους.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες: το βλεννογόνο, το μυϊκό και τον ινώδη.

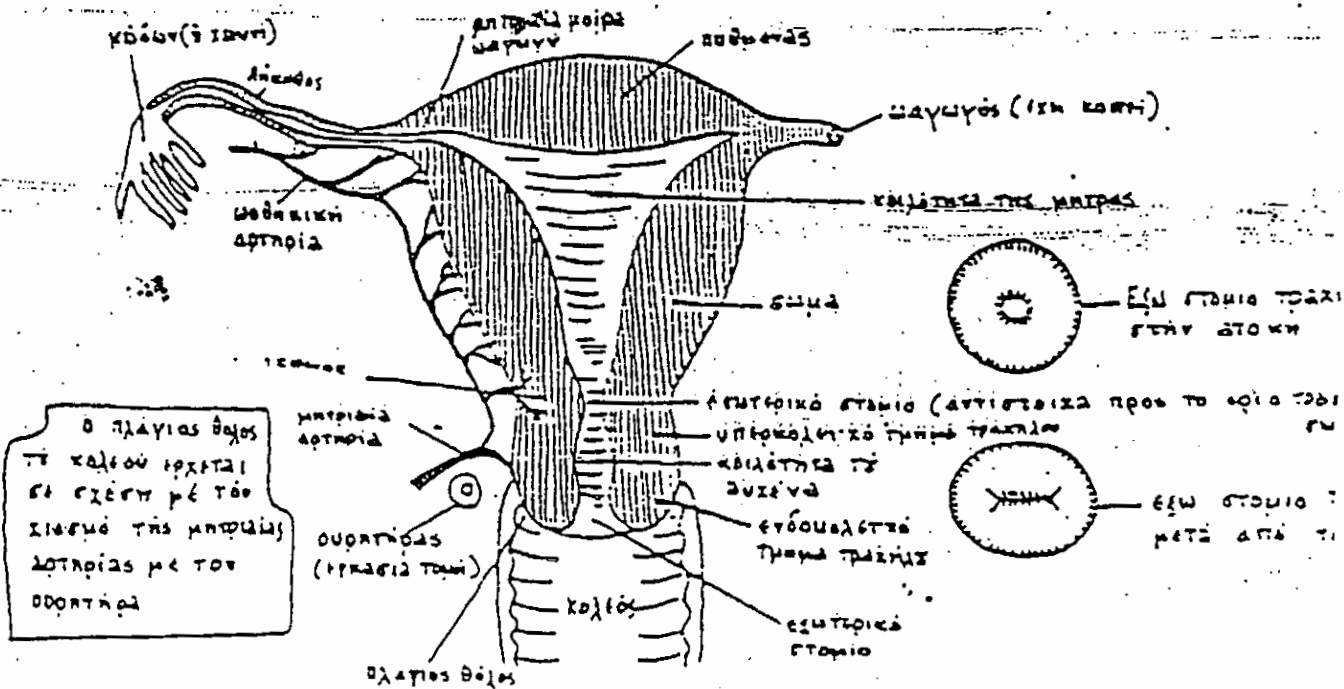
Κολπικό επίχρισμα: Η μικροσκοπική εξέταση επιχρίσματος των κυττάρων που βρίσκονται μέσα στον αυλό του κόλπου έχει σημαντική κλινική σημασία.

Τα κύτταρα αυτά προέρχονται από το ενδομήτριο του σώματος της μήτρας από το βλεννογόνο του τραχηλικού σωλήνα και από το επιθήλιο του βλεννογόνου του κολεού.

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



ΠΛΑΓΙΑ ΟΦΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η βιολογική αποστολή του γεννητικού συστήματος είναι η αναπαραγωγή του είδους. Η αναπαραγωγή στον άνθρωπο είναι εγγενής, δηλαδή το άτομο που παράγεται, δημιουργείται με πολ/σμό του ζυγωτού (γονιμοποιημένο ωάριο) που σχηματίζεται με την ένωση των δύο γαμετών (ωάριο και σπερματοζωάριο). Οι δύο αυτοί γαμέτες αποτελούν τα γεννητικά κύτταρα των δύο φύλλων.

Η λειτουργία του γεννητικού συστήματος στη γυναίκα συνίσταται: α) στην ωρίμανση και εκβολή ενός ώριμου ωαρίου, β) στην προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και γ) στην έμμηνη ρύση, που επέρχεται στην περίπτωση που δεν πραγματοποιείται γονιμοποίηση του ωαρίου.

Η περιοδικότητα της έκκρισης των γεννητικών ορμονών στη γυναίκα, συνεπάγεται παράλληλες περιοδικές μεταβολές που αφορούν την μορφολογία και την λειτουργία των γεννητικών οργάνων.

Η περιοδικότητα αυτή, που η μέση διάρκειά της είναι 28 μέρες λέγεται γεννητικός ή εμμηνορυσιακός κύκλος.

Ο γεννητικός κύκλος διακρίνεται σε 3 φάσεις: την έμμηνη ρύση, την υπερπλαστική και την εκκριτική φάση.

Έμμηνη ρύση: διαρκεί από την 1η μέχρι την 5η μέρα. Κατ' αυτή τη φάση, οι υπερπλασθείσες κατά την υπερπλαστική και εκκριτική φάση που προηγήθηκε, στοιβάδες του ενδομητρίου αποπίπτουν και αποβάλλονται από τον κόλπο, με αίμα.

Αυτό οφείλεται σε απότομη αναστολή της έκκρισης οιστρογόνου και προγεστερόνης, 48 πριν την έναρξη της έμμηνης ρύσης που συνεπάγεται έντονη αγγειοδιαστολή των αγγείων του ενδομητρίου που καταλήγει σε νέκρωση του ενδομητρίου και έξαγγείωση αίματος. Κατά τη φάση αυτή, το μωμήτριο επιτελεί συστολές με τις οποίες υποβοηθείται, η εκβολή αίματος με τον βλεννογόνο που αποπίπτει. Στο τέλος της φάσης το ενδομήτριο επικαλύπτεται από το νεοπλασματικό επιθήλιο.

**Υπερπλαστική φάση:** Διαρκεί από την 4η-5η μέρα έως την 14η μέρα περίπου. Στη φάση αυτή, προκαλείται με την επίδραση των οιστρογόνων, υπερπλασία και υπερτροφία, τόσο του υποστρώματος, όσο και του επιθηλίου και των αδένων του ενδομητρίου.

**Εκκριτική φάση:** Διαρκεί από την 14η μέρα μέχρι την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Στη φάση αυτή πραγματοποιείται η προετοιμασία του ενδομητρίου, για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Συνίσταται στη μεγάλη ανάπτυξη και λειτουργία των αδένων του ενδομητρίου, που οφείλονται στην επίδραση της προγεστερόνης που προέρχεται από το ωχρό σωμάτιο, καθώς και στην επίδραση των οιστρογόνων.

Επίσης στη φάση αυτή η κινητικότητα της μήτρας αναστέλλεται από την προγεστερόνη.

Οι φάσεις του γεννητικού κύκλου, μπορούν να διερευνηθούν με διαφορετικές μεθόδους, από τις οποίες οι σημαντικότερες είναι: βιοψία ενδομητρίου, εξέταση κοιλιακού επιχρίσματος,

- Γονιμοποίηση: Πραγματοποιείται συνήθως μέσα στη σάλπιγγα, με την είσοδο της κεφαλής ενός σπερματοζωαρίου μέσα στο ωάριο. Οι πιο κατάλληλες συνθήκες για την επίτευξη γονιμοποίησης υφίστανται για 4 περίπου 24ωρα (2 πριν και 2 μετά την ωορρηξία). Το ωάριο χάνει την ικανότητά του για γονιμοποίηση 24-48 ώρες μετά την εκσπερμάτωση.

- Ωριμη ηλικία: Μετά την εφηβική ηλικία, η γυναίκα περνά από τα 15 της χρόνια στην ώριμη ηλικία η 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 επιταχύνεται η έκπτωσή της.

Σε όλη τη διάρκεια της γεννητειακής ζωής, στην κάθε γυναίκα ωριμάζουν 500 ωοθηλάκια περίπου, ενώ τα περισσότερα από τα υπόλοιπα γίνονται ατρητικά, μέχρι την εμμηνόπαυση.

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

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

- Γεροντική ηλικία: η οποία αρχίζει από τα 60 περίπου και συμπληρώνεται στα 75 χρόνια της ζωής μιας γυναίκας, οπότε πια το άτομο χαρακτηρίζεται με τον όρο :

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

Κύηση: συνίσταται στην ανάπτυξη του εμβρύου μέσα στη μήτρα και τον πλακούντα μέχρι στην ωρίμανσή του σε τέτοιο σημείο, ώστε να μπορεί να υπάρξει σαν ανεξάρτητος οργανισμός. Στη μέση διάρκεια της κύησης, το αναπτυσσόμενο έμβryo λαμβάνει όλα τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά και το οξυγόνο από την κυκλοφορία της μητέρας με την μεσολάβηση του πλακούντα. Με την ίδια αλλά αντίστροφη οδό αποδίδονται στην κυκλοφορία της μητέρας όλα τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού της ύλης.

Τέλος, από τον πλακούντα, παράγονται και διοχετεύονται προς την κυκλοφορία της μητέρας και ορμονικοί παράγοντες που είναι απαραίτητοι για τη διατήρηση της κύησης και την προσαρμογή του οργανισμού της στον τοκετό και τη γαλουχία.

Ανάμεσα στις πολλές μεταβολές του οργανισμού που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής κύησης, είναι απαραίτητη η περιγραφή και των μεταβολών που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της τοξιναιμίας κύησης:

1. Αρτηριακή πίεση: κατά τη φυσιολογική κύηση, η μεν συστολική πίεση εμφανίζει μικρή πτώση, καθ' όλη τη διάρκεια αυτής, ενώ η διαστολική ελαττώνεται σημαντικά, σχεδόν από την έναρξη της κύησης και διατηρείται ελαττωμένη κατά τα δύο πρώτα τρίμηνα αυτής.

2. Νεφρική λειτουργία: εδώ οι μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας παρατηρούνται κατά τη διάρκεια φυσιολογικής κύησης: α) σπειραματική διήθηση: παρατηρείται αύξηση αυτής κατά 50-100% με μέγιστη τιμή περίπου 4 βδομάδες πριν τον τοκετό. Αυτή επανέρχεται ταχύτατα στα φυσιολογικά επίπεδα μετά τον τοκετό. β) νεφρική ροή πλάσματος ή νεφρική ροή αίματος. Παρατηρείται αύξηση αυτής μέχρι 25% περίπου αλλά μόνο κατά τα 2 πρώτα τρίμηνα της κύησης. Η αύξηση αυτή υποχωρεί σταθερά και εκλείπει πλήρως κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης. γ) κλασματική διήθηση: είναι ο λόγος της σπειραματικής διήθησης προς τη νεφρική ροή του πλάσματος. Κατά την κύηση αυξάνεται περισσότερο η πρώτη παρά τη δεύτερη.

3. Καρδιακή λειτουργία: κατά την κύηση παρατηρείται αύξηση του κατά λεπτού όγκου αίματος κατά 1.500 κ.εκ. (φυσιολογική τιμή:4.500 κ.εκ.), η οποία ανέρχεται από την 10η βδομάδα της κύησης και διατηρείται μέχρι το τέλος αυτής. Η αύξηση αυτή είναι συνέπεια αύξησης, τόσο της καρδιακής συχνότητας όσο και του όγκου παλμού που ανέρχεται σε 71 κ.εκ. (φυσιολ. τιμή 64κ.εκ.)

4. Ισορροπία ύδατος και νατρίου: κατά την κύηση παρατηρείται αύξηση του ολικού ύδατος της εγκύου που η τιμή του ανέρχεται στα 7,5 λίτρα περίπου και αυξάνεται αργότερα με την εμφάνιση τοπικού γενικευμένου ύδατος.

Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ μέχρι την 30ή βδομάδα της κύησης η κατακρατούμενη ποσότητα ύδατος είναι η αναμενόμενη, εν τούτοις κατά το τέλος της κύησης παρατηρείται πρόσθετη κατακράτηση (2,5-3 lit), η οποία είναι δυνατόν να ανέλθει στα 5 lit με την εμφάνιση γενικευμένου οιδήματος.

Το μέγιστο της κατακρατούμενης αυτής ποσότητας του ύδατος αφορά το εξωκυττάριο υγρό, που η αύξηση ανέρχεται σε 6,3 lit.

Από το ποσό αυτό εξωκυττάριου υγρού τα 4 lit ανευρίσκονται σε γνωστές περιοχές (έμβρυο, πλακούντα, μήτρα, μαστοί, πλάσμα), ενώ το υπόλοιπο φαίνεται να συσσωρεύεται στη θεμέλιο ουσία του συνδετικού ιστού της εγκύου.

#### 5. Βιοχημικές μεταβολές:

α) Ουρία και κρεατινίνη αίματος, λόγω των μεταβολών της νεφρικής λειτουργίας, παρατηρείται ελάττωση της ουρίας και της κρεατινίνης του αίματος.

β) Γλυκοζουρία και γαλακτοζουρία: είναι δυνατό να παρατηρηθεί, κατά τη διάρκεια φυσιολογικής κύησης. Ειδικότερα η γαλακτοζουρία, παρατηρείται στο 70% των εγκύων με αποβολή των εγκύρων, 100 γρ. σακχάρου ημερησίως.

Η γαλακτόζη παραγόμενη στους μαστούς και εισερχόμενη στην κυκλοφορία διηθείται δια του σπειράματος και αποβάλλεται εξ' ολοκλήρου από τα ούρα. Η γαλακτοζουρία είναι συχνότερη από γλυκοζουρία κατά την κύηση. Πάντως η γαλακτοζουρία είναι συχνότερη και πιο έντονη κατά την περίοδο της λοχείας.

γ) Αμινοξέα: παρατηρείται ελάττωση των αμινοξέων στο αίμα και αύξηση αυτών στα ούρα.

δ) Ορθοστατική λευκωματουρία: είναι συχνή κατά την κύηση και ανέρχεται σε ποσοστό 20% με ποσότητα λευκώματος άνω των 250 mg %. Για την διάκριση της ορθοστατικής λευκωματουρίας από την λευκωματουρία, άλλης αιτίας (προεκλαμψία, λοίμωξη ουροφόρων) απαιτείται επιμελής συλλογή των ούρων σε όλο το χρονικό διάστημα που η έγκυος παραμένει κατακεκλισμένη σε πλάγια θέση.

ε) Ουρικό οξύ: η κάθαρση του ουρικού οξέος σε φυσιολογική κύηση παραμένει φυσιολογική καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Σε περίπτωση όμως αποβολής ουρικού οξέος, το οποίο έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την κύηση, παρατηρείται αύξηση αυτού στο αίμα επί προεκλαμψίας και εκλαμψίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

#### ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος «Τοξιναιμία» από κλινική άποψη μπορεί καλύτερα να αποδοθεί με τα σημερινά δεδομένα ως οξεία και χρόνια υπέρταση της εγκυμοσύνης, αφού πρόκειται για μια κατάσταση, που εκδηλώνεται με αύξηση της αρτηριακής πίεσης της εγκύου.

Μία έγκυος γυναίκα για να χαρακτηριστεί υπερτασική, θα πρέπει η συστολική πίεση να είναι 140 mmHg και η διαστολική 90 mmHg ή και παραπάνω, όταν την προσδιορίζουμε περισσότερες από δύο φορές και σε χρονικά διαστήματα, που απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον 6 ώρες.

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

#### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Ευτυχώς, οι περισσότερες γυναίκες δεν αναπτύσσουν υπέρταση κατά τη διάρκεια της κύησης. Η αναλογία από μετρήσεις δίνει ποσοστό που κυμαίνεται από 5-7%.

Λόγω της ποικιλίας των διαφόρων διαγνωστικών κριτηρίων, δεν έχει κατορθωθεί η επίτευξη συγκρισίμων στοιχείων ως προς την συχνότητα της τοξιναιμίας.

Ο συσχετισμός πάντως μεταξύ υψηλής θνησιμότητας και χαμηλού εισοδήματος είναι εντυπωσιακός. Ο λόγος είναι ότι οι γυναίκες χαμηλού

εισοδήματος στερούνται έγκαιρης και συστηματικής παρακολούθησης κατά την εγκυμοσύνη. Η τοξιναιμία κύησης παρατηρείται πιο συχνά σε χοντρές και κοντές γυναίκες, υπερήλικες, γυναίκες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, νοσήματα των νεφρών και σε γυναίκες όπου το βάρος του πλακούντα κατά την κύηση είναι μεγάλο.

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η αιτιολογία της τοξιναιμίας της κύησης, παρά την καταπληκτική εξέλιξη της επιστήμης, έχει παραμείνει μέχρι στιγμής τελείως άγνωστη, γι' αυτό και λέγεται «νόσος των θεωριών».

Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία των επινεφριδίων, σε υπερπαραγωγή χοριακής γοναδοτροπίνης, ανώμαλο μεταβολισμό οιστρογόνων και προγεστερόνης καθώς επίσης και σε αυξημένη παραγωγή αντιδιουρητικής ορμόνης κατά την κύηση.

Άλλοι πάλι ερευνητές αποδίδουν την πάθηση αυτή σε διαταραχές αιμάτωσης της μήτρας και σε ισχαιμία του μωμητρίου, και του πλακούντα.

Βασικό όμως αίτιο της τοξιναιμίας φαίνεται να είναι η διαταραχή της λειτουργίας των κυτταρικών στοιχείων του πλακούντα επί των οποίων παρατηρήθηκαν χαρακτηριστικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις. Πράγματι η ανεύρεση πολλών εμφράκτων και νεκρωτικών εστιών σε περιοχές του πλακούντα αλλά στην σκέψη ότι οι τοξιναιμικές εκδηλώσεις θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα εισόδου στη μητρική κυκλοφορία προϊόντων από τους ιστούς στον πλακούντα.

Εκτός από τα παραπάνω, φαίνεται πολύ πιθανό, ότι στην αιτιολογία της τοξιναιμίας επιδρά προδιαθεσικά: το είδος της διατροφής και κυρίως η λήψη χλωριούχου νατρίου, το οποίο παρατηρείται στο αίμα των εγκύων γυναικών με τοξιναιμία κύησης.

Επίσης, κατά την περίοδο της κατοχής της Ελλάδας, παρατηρήθηκε με ειδική μελέτη, ότι όχι μόνο η εκλαμψία αλλά και γενικά τα προεκλαμπτικά συμπτώματα είχαν τελείως εξαφανιστεί λόγω του έντονου υποσιτισμού και κυρίως του ποιοτικού, εφ' όσον το ζωικό λίπος είχε σχεδόν εξαφανιστεί από το διαιτολογικό του πληθυσμού.

Πέρα από όλα αυτά, σήμερα, όλοι δέχονται ότι η τοξιναιμία της κύησης προκαλείται από τη μεγάλη σύσπαση των αγγείων.

Τέλος αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται οι ψυχογενείς και κληρονομικοί παράγοντες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

### **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η τοξιναιμία κύησης εμφανίζεται συνήθως την 32η βδομάδα. Πιο σπάνια μπορεί να εμφανισθεί πριν την 32η εβδομάδα, γεγονός που παρατηρείται κυρίως σε σπάνιες περιπτώσεις που η αρτηριακή υπέρταση και η νεφρική νόσος προϋπάρχουν της εγκυμοσύνης και ακόμα πιο σπάνια μπορεί να εμφανισθεί 1-7 μέρες μετά τον τοκετό.

Η τοξιναιμία εμφανίζεται συνήθως με την μορφή προεκλαμψίας και εκλαμψίας.

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

1. Αρτηριακή συστολική πίεση, μεγαλύτερη από 160 mmHg και διαστολική μεγαλύτερη από 110 mmHg.
2. Λεύκωμα ούρων 24ώρου περί τα 4gr.
3. Ολιγουρία.
4. Εγκεφαλικές και οπτικές διαταραχές.

Τα κριτήρια για να χαρακτηρίσουμε μια κατάσταση ως μέσης βαρύτητας

προεκλαμψία, είναι η εμφάνιση ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα μετά την 24η βδομάδα της κύησης.

1. Συστολική πίεση αίματος 140mmHg ή μια αύξηση κατά 30mmHg ή και περισσότερο από τα συνηθισμένα επίπεδα.

2. Διαστολική πίεση από 90mmHg και πάνω ή μια αύξηση κατά 15mmHg από τα συνηθισμένα επίπεδα.

3. Πρωτεϊνουρία.

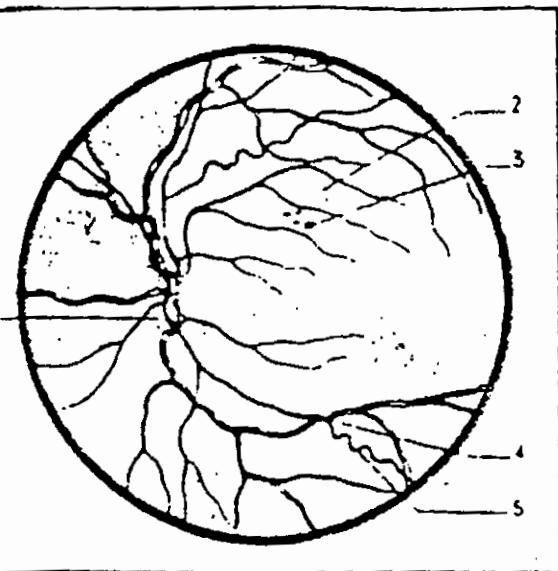
4. Οίδημα προσώπου ή χεριών.

- Στην προεκλαμψία:

Η προεκλαμψία κατά την έναρξή της είναι ασυμπτωματική, ενώ η εμφάνιση ενοχλημάτων εκ μέρους της εγκύου αποτελεί ένδειξη βαριάς μορφής προεκλαμψίας. Πριν από την τυπική εκδήλωση της νόσου, η έγκυος παραπονείται για έντονη κεφαλαλγία, η οποία δεν υποχωρεί με αναλγητικά φάρμακα, εμβοές των αυτιών, θάμβος της όρασης, η οποία μπορεί να φθάσει μέχρι προσωρινή απώλεια αυτής, λιποθυμικές κρίσεις και τέλος ναυτία, εμέτους και πόνο στο επιγάστριο, που θεωρούνται πρόδρομα της προσβολής.

Στη συνέχεια εκδηλώνεται η τυπική προσβολή, που χαρακτηρίζεται από αρτηριακή υπέρταση, λευκωματουρία, οίδημα, σπασμούς και κόμα:

1. Υπέρταση: είναι το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου. Από το ύψος της συστολικής και κυρίως της διαστολικής πίεσης εκτιμάται η βαρύτητα της προσβολής.



Αλλοιώσεις βυθού  
 1. Οίδημα, 2. Ξέλιξη, 3. Αίμορραγία,  
 4. Σημείο χιασμού, 5. Αγγειοσύσπασση.



Εκλαμπτικός παροξυσμός  
 (Netter)



Εκτίμηση οίδημάτων  
 (Netter)



Οίδημα προσώπου  
 (Wilson)

2. Λευκωματουρία: προκαλείται από μορφολογικές βλάβες των νεφρών. Οι βλάβες στα νεφρά παρατηρήθηκαν σε μικρό ποσοστό πολυτόκων (14%) και σε μεγάλο ποσοστό πρωτοτόκων (71%) τοξιναιμικών γυναικών. Με το ίδιο ποσοστό παρατηρήθηκε η λευκωματουρία στις δύο παραπάνω κατηγορίες τοξιναιμικών γυναικών.

3. Οίδημα: παρατηρήθηκε σε ποσοστό (25-80%). Το οίδημα, και κυρίως το εντοπισμένο, στα κάτω άκρα, αν και μπορεί να είναι ενδεικτικό τοξιναιμίας δεν έχει πάντοτε παθογνωμονική σημασία. Μπορεί να δημιουργείται από την πίεση που ασκείται στην κάτω κοίλη φλέβα από την διογκωμένη μήτρα, καθώς επίσης και από τη χαμηλή κολοειδοσμητική πίεση που υπάρχει κυρίως στο 3ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Το γενικευμένο όμως οίδημα, και μάλιστα όταν συνυπάρχει με αυξημένη αρτηριακή πίεση, είναι γνώρισμα τοξιναιμίας.

Το οίδημα, στην περίπτωση αυτή οφείλεται στη μεγάλου βαθμού κατακράτηση Na, γεγονός που κατά κανόνα παρατηρείται στην κατάσταση αυτή και που αποδίδεται στην ελάττωση της σπειραματικής διήθησης.

Πέρα απ' αυτά, τα χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα από το βυθό του οφθαλμού και συγκεκριμένα οι υπερβολικά στενές αρτηρίες και ο υγρός και οιδηματικός αμφιβληστροειδής χιτώνας.

Επίσης στο βυθό του οφθαλμού μπορεί πιο σπάνια και κυρίως μετά από σπασμούς να παρατηρηθούν εξιδρώματα και αιμορραγίες, καθώς και ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς.

**- Στην εκλαμψία:**

Η λέξη «εκλαμψία», αυτή καθ' αυτή, σημαίνει ξαφνική έναρξη ή λάμψη. Στην κατάσταση της τοξιναιμίας όμως ο ορισμός αυτός είναι λάθος, γιατί η εκλαμψία δεν αναπτύσσεται ξαφνικά σε μια φυσιολογική έγκυο γυναίκα.

Κατ' αρχήν, προηγούνται συνήθως μικρές συσπάσεις των μυών του προσώπου και του στόματος, ως και διαστολή των κορών των οφθαλμών της εγκύου. Στη συνέχεια, η ασθενής πέφτει αναίσθητη και ακολουθούν κρίσεις σπασμών, τύπου μείζονος επιληψίας, διάρκειας 1 λεπτού και στη συνέχεια επαναλαμβάνονται και σπασμοί που διαρκούν 5-15 λεπτά. Τελικά η ασθενής πέφτει σε βαθύ κώμα διαφόρου διάρκειας.

Υπάρχουν περιπτώσεις, που η μετάπτωση της προεκλαμψίας σε εκλαμψία εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο. Η έγκυος στην αρχή παραπονείται για ελαφρά ενοχλήματα από το πεπτικό σύστημα, κυρίως για ναυτία και εμμέτους. Εμφανίζει αιφνίδιο, έντονο άλγος από το επιγάστριο, το οποίο υποδηλώνει προσβολή του ήπατος με τη δραματική εξέλιξη προς την εικόνα της οξείας κίτρινης ατροφίας του ήπατος. Η μορφή αυτή της εκλαμψίας, χαρακτηρίζεται ως «εκλαμψία άνευ σπασμών». Η εκλαμψία είναι δυνατόν να συμβεί πριν τον τοκετό, κατά τη διάρκεια του τοκετού, καθώς και κατά τη λοχεία, αλλά σε βραχύ χρόνο μετά τον τοκετό.

Πάντως στην εμφάνιση των εκλαμπτικών παροξυσμών φαίνεται ότι συμβάλλουν εξωγενείς και μετεωρολογικοί παράγοντες μεταξύ των οποίων ιδιαίτερη σημασία έχουν οι απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην κλινική διάγνωση ανήκουν:

1. Βάρος σώματος και οίδημα: σαν οίδημα της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζουμε τη γενικευμένη συγκέντρωση υγρού, σε βαθμό που να σχηματίζει εκτύπωμα, όταν με το δάκτυλό μας πιέσουμε την έγκυο, ύστερα από 12ωρη κλινήρη ανάπαυση ή όταν αυξάνεται το βάρος της κατά 2 κιλά ή περισσότερο τη βδομάδα.

Σήμερα, πιστεύεται, ότι η παρουσία μικρού βαθμού οιδήματος στα κάτω άκρα, σε έγκυες που δεν κάνουν καθιστική ζωή, δεν είναι παθολογικό σημείο.

Το παθολογικό οίδημα είναι πλέον έντονο και εντοπίζεται: στα βλέφαρα και στους δακτύλους, πριν όμως από την εμφάνισή του, παρατηρείται αιφνίδια μεγάλη αύξηση του σωματικού βάρους πέρα από το φυσιολογικό. Πάντως το οίδημα, παύει να χαρακτηρίζεται ως φυσιολογικό, εφόσον, η έγκυος εμφανίζει και άλλα σημεία της τοξιναιμίας, και κυρίως εμφανίζει υπέρταση.

1. Βιοχημικές μεταβολές του αίματος: σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της προεκλαμψίας-εκλαμψίας «παίζουν» και ορισμένες βιοχημικές μεταβολές του αίματος: - ουρία και κρεατινίνη αίματος: Λόγω της ελάττωσης της ουρίας και της κρεατινίνης του αίματος σε φυσιολογική κύηση, οι φυσιολογικές τιμές ή και οι μεγαλύτερες αυτών θα πρέπει να αξιολογούνται με μεγάλη προσοχή, γιατί μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή επιπλοκή κατά την κύηση και κυρίως προεκλαμψία ή νεφρική νόσο. Τα ίδια ισχύουν και στην περίπτωση ελάττωσης της κάθαρσης της

ενδογενούς κρεατινίνης, της οποίας οι τιμές δεν συγκρίνονται με τις αναμενόμενες της φυσιολογικής κύησης.

- Λευκώματα του αίματος: δεδομένου, ότι η λευκωματουρία επί προεκλαμψίας δεν είναι τόση, ώστε να προκαλέσει μεταβολή των λευκωμάτων του αίματος, εν τούτοις όμως η σχέση λευκωμάτων προς σφαιρίνες παραμένουν στα φυσιολογικά επίπεδα. Εξ' άλλου επί εκλαμψίας, συνέπεια της ελάττωσης του όγκου του πλάσματος και του ολικού όγκου του αίματος, καθώς και της εμφάνισης της αιμοσυμπύκνωσης, παρατηρείται παράλληλα προς την αύξηση του αιματοκρίτη και αύξηση των ολικών λευκωμάτων του αίματος. Αντίθετα, η έξοδος της εγκύου από τη φάση αυτή, συνοδεύεται από την επάνοδο των ανωτέρω μεταβολών στα φυσιολογικά όρια.

- Τρανσαμινάσες: υποστηρίζεται ότι οι τρανσαμινάσες, οξαλομική και πυροσταφυλική, αυξάνονται σε περίπτωση εκλαμψίας, λόγω ισχαιμίας των ηπατικών κυττάρων του γενικευμένου αγγειοσπασμού.

- Ουρικό οξύ: επί προεκλαμψίας παρατηρείται σταθερή αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος, με περαιτέρω αύξηση αυτού, αμέσως μετά από κάθε κρίση εκλαμπτικών σπασμών.

- Πηκτικότητα του αίματος : ελάττωση των αιμοπεταλίων, παρατηρείται μόνο σε περιπτώσεις βαριάς τοξιναιμίας. Ο χρόνος προθρομβίνης που είναι αυξημένος σε όλες τις εγκύους δεν εμφανίζει, περαιτέρω αύξηση επί τοξιναιμίας, ενώ ο χρόνος πήξεως είναι ελαττωμένος επί εκλαμψίας (1 λεπτό).

- Αλκαλική φωσφατάση: αυτή αυξάνεται σταθερά κατά τη φυσιολογική κύηση λόγω του παραγόμενου στον πλακούντα πλάσματος αυτής. Σε πολλές περιπτώσεις τοξιναιμίας παρατηρείται αύξηση αυτής, πολύ νωρίς, καθώς και η σταθερά παραμονή της σε υψηλά επίπεδα.

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

4. Λήψη θερμοκρασίας σώματος: αυξημένη θερμοκρασία μετά από τη λύση εκλαμπτικού παροξυσμού αποτελεί σοβαρό προγνωστικό στοιχείο.

5. Οφθαλμολογικός έλεγχος: αυτός θα μας δείξει οίδημα, σπασμό ή αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του ματιού που παρατηρούνται σε σοβαρές περιπτώσεις προεκλαμψίας και εκλαμψίας.

6. Προσδιορισμός του μεγέθους της μήτρας: είναι δυνατόν το μέγεθος της μήτρας να παρουσιάζεται μικρότερο από την κλινία της εγκυμοσύνης γιατί το έμβρυο δεν αναπτύχθηκε φυσιολογικά από βλάβες της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας.

7. Εκτίμηση παροξυσμών: μετά από τον τοκετό, είναι δυνατόν οι παροξυσμοί να συνεχιστούν. Τότε η κατάσταση της λεχωίδας έχει επιβαρυνθεί και αν η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν αποδώσει, επέρχεται ο θάνατός της. Μερικές φορές οι παροξυσμοί σταματάνε, ο τοκετός δεν εκλύεται και η άρρωστη συνέρχεται τόσο,

ώστε να αφήνουμε να προχωρήσει η εγκυμοσύνη της.

### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Γενική εξέταση ούρων: σε αυτή, περισσότερο μας ενδιαφέρει η ύπαρξη λευκώματος, που είναι δυνατό να φτάσει τα 10-20 gr στο λίτρο 24ώρου από βλάβη του νεφρικού σπειράματος. Επίσης αναζητάμε την ύπαρξη ερυθρών αιμοσφαιρίων.

2. Γενική εξέταση αίματος: μας ενδιαφέρει περισσότερο, ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων και η τιμή της αιμοσφαιρίνης. Στις βαριές μορφές τοξιναιμίας, τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι αυξημένα και η αιμοσφαιρίνη περισσότερη από αιμοσυμπίεση.

3. Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών: Κυρίως Κάλιο και Νάτριο.

4. Ορμονικοί προσδιορισμοί: Κυρίως μας ενδιαφέρουν:

- οι τιμές της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης (που αυξάνεται σε ανερχόμενη εγκυμοσύνη).

- οι τιμές της προγεστερόνης (που εμφανίζονται ελαττωμένες).

- οι τιμές της πλακουντιακής γαλακτογόνου ορμόνης (που εμφανίζονται ελαττωμένες από βλάβες της πλακουντιακής λειτουργίας).

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

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

7. Προσδιορισμός κρεατινίνης: Η κρεατινίνη στη διάρκεια 24ώρου, εμφανίζει διακυμάνσεις.

8. Άλλοι προσδιορισμοί: στην προεκλαμψία οι τιμές των τρανσαμινασών της γαλακτικής δεϋδρογονάσης και της αλκαλικής φωσφοτάσης αυξάνονται.

#### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αυτή αφορά την προεκλαμψία, της οποίας η διάκριση μπορεί να γίνει σε όλες τις επιπλοκές, που εμφανίζονται κατά την κύηση, με ολική ή μερική συμπτωματολογία της τοξιναιμίας της κύησης:

1. Αρτηριακή υπέρταση: ιδιοπαθείς και δευτεροπαθείς.

2. Νεφρικές παθήσεις: οξεία σπειραματονεφρίτης, χρόνια, νεφρωτικό σύνδρομο, οξεία πυελονεφρίτης, χρόνια πυελονεφρίτης, πολυκυστικοί νόσοι νεφρού.

3. Νοσήματα κολλαγόνου: βελγιοφροδίτις, διάσπαρτος ερυθρηματώδης λύκος.

4. Άλλες παθήσεις: σακχαρώδης διαβήτης, ερυθροβλάτωση των νεογνών.

Η προσοχή όμως, επικεντρώνεται περισσότερο στην αρτηριακή υπέρταση, όπου εκτιμάται και αιτιολογείται ιδιαίτερα. Αυτή διακρίνεται σε ιδιοπαθή και δευτεροπαθή μορφή:

Η ιδιοπαθής υπέρταση είναι συνήθως γνωστή πριν την κύηση ή διαπιστώνεται πριν την 2η βδομάδα της κύησης. Εάν δεν επιπλακεί με την τοξιναιμία κατά την κύηση, δεν συνοδεύεται με παθολογικό οίδημα, ούτε με λευκοματουρία. Χαρακτηριστικό είναι ότι το ουρικό οξύ του αίματος είναι φυσιολογικό.

Η δευτεροπαθής μορφή υπέρτασης είναι σπάνια, αφορά τα άτομα νεαρής ηλικίας και δυνατόν να είναι γνωστή προ της κύησης. Εξάλλου στις γυναίκες με

υπέρταση ιδιοπαθή ή δευτεροπαθή είναι δυνατόν να παρατηρηθούν κατά την κύηση τα εξής:

- Επί 20% των υπερτασικών εγκύων παρατηρείται αύξηση της αρτηριακής πίεσης, κατά το 3ο τρίμηνο, χωρίς αυτό να θεωρείται καθ' αυτό σημείο προεκλαμψίας.

- Επί σημαντικού αριθμού υπερτασικών γυναικών, παρατηρείται, αντίθετα, ελάττωση της αρτηριακής πίεσης κατά την κύηση, ιδίως κατά το 2ο τρίμηνο αυτής, με συνέπεια την ελάττωση της δόσης ή και διακοπή των αντιυπερτασικών φαρμάκων προ της κύησης.

- Τέλος, επί το πλείστον, σε όλες τις υπερτασικές γυναίκες κατά την κύηση, η υπέρταση επιπλέκεται με τοξιναιμία (11% των υπερτασικών γυναικών).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

#### Α. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ;

1. Αποκόλληση του πλακούντα: φαίνεται να είναι περισσότερο συχνή σε ασθενείς με υπέρταση κατά την κύηση και είναι κοινό φαινόμενο στην προεκλαμψία.

2. Ινωδογονοπενία: η ένδειξη ινωδογόνου μικρότερη των 100 mg, είναι σπάνια και αφορά μόνο βαριάς μορφής προεκλαμψία.

3. Αιμόλυση: ορισμένες φορές, σε έγκυο με βαριά προεκλαμψία είναι δυνατόν να εμφανισθεί αιμόλυση, που δεν είναι γνωστό, αν οφείλεται σε ηπατική βλάβη, ή σε καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή σε άλλες αιτίες.

4. Εγκεφαλική αιμορραγία: είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στην τοξιναιμία. Είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή στην οξεία υπέρταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

5. Ηπατική νέκρωση: η παραπυλαία νέκρωση του ήπατος σχετίζεται με το γενικευμένο αγγειακό σπασμό. Αυτό θεωρήθηκε ότι αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της εκλαμψίας και αργότερα παρατηρήθηκε και σε άλλες παθήσεις.

6. Νεφρικές βλάβες: η χαρακτηριστική βλάβη των νεφρών αναφέρεται σαν σπειραματοενδοθελίωση. Οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι η βλάβη συνίσταται σε μια εξοίδηση του ενδοθηλιακού κυτταροπλάσματος χωρίς άλλες καταστροφές, που είναι τελείως ανατρέψιμη.

## **B. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ.**

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

Ο πλακούντας εμφανίζει έναν αυξημένο αριθμό από έμφρακτα, που φαίνεται πως ελαττώνουν τη λειτουργικότητά του. Αποτέλεσμα της μειωμένης λειτουργίας είναι η κακή διατροφή της εγκύου και η συχνή πρόκληση ενδομητρίου θανάτου του εμβρύου ή στην καλύτερη περίπτωση, ο πρόωρος τοκετός που το νεογέννητο έχει υπολειπόμενο βάρος.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των μορφών της τοξιναιμίας της κύησης συνίσταται στην πρόληψη αυτής, στην ανάπαυση, στην δίαιτα, στη χορήγηση φαρμάκων και στην πρόκληση τοκετού ή εκτέλεση καισαρικής τομής.

Όλες βέβαια οι θεραπείες της προεκλαμψίας-εκλαμψίας είναι περισσότερο εμπειρικές, εφόσον η ακριβής αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη.

Ας τα δούμε όμως αναλυτικά:

Ι. Για την προφύλαξη και την έγκαιρη αντιμετώπιση της τοξιναιμίας θα πρέπει να τηρούνται κάποιοι κανόνες:

α) Κανονική παρακολούθηση της εγκύου κυρίως από τους πρώτους μήνες κύησης. Αυτή παρέχει τη δυνατότητα της έγκυρης διαπίστωσης οποιασδήποτε μεταβολής, που είναι δυνατό να οφείλεται στην ανάπτυξη προεκλαμψίας. Η παρακολούθηση αυτή επιβάλλεται:

- στις γυναίκες που ανέπτυξαν τοξιναιμία σε προηγούμενες κυήσεις.
- στις γυναίκες που πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή υπέρτασεως.
- στις γυναίκες που έχουν ιστορικό νεφρικής παθήσεως.
- στις διαβητικές και παχύσαρκες γυναίκες.
- στις γυναίκες με πολλαπλές κυήσεις (δίδυμα, τρίδυμα που εμφανίζουν

διαστολή της μήτρας) και

- στις νεαρές (κάτω των 29 ετών), πρωτότοκες.

β) Άμεση εισαγωγή της εγκύου στο νοσοκομείο με την εμφάνιση οποιουδήποτε σημείου τοξιναιμίας, προκειμένου να υποστεί πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο και για να καθοριστεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Η επίτοκος με τοξιναιμικά φαινόμενα (υπέρταση, λευκωματουρία, οιδήματα), πρέπει απαραίτητα να νοσηλεύεται:

- σε θάλαμο σκοτεινό και ήρεμο, γιατί τα διάφορα φωτεινά και ακουστικά ερεθίσματα αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες των σπασμών.

- το δωμάτιο πρέπει να είναι ειδικά ετοιμασμένο με τα απαραίτητα αντικείμενα που είναι: συσκευή οξυγόνου, μάσκα οξυγόνου, αναρροφητήρα, για την αναρρόφηση των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας.

- στοματοδιαστολέας, για την πρόληψη του τραυματισμού της γλώσσας σε περίπτωση σπασμών.

- πιεσόμετρο για τη συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης.

- δίσκος νοσηλείας, ο οποίος να περιέχει φάρμακα υποτασικά, ηρεμιστικά και ορούς.

Η νοσηλεύτρια, οπουδήποτε και αν ασκεί το έργο της, είτε στο γενικό νοσοκομείο είτε στο Μαιευτήριο πρέπει επί 24ώρου βάσεως να βρίσκεται στο πλευρό της ασθενούς και να διαθέτει γνώσεις, προκειμένου να αντιμετωπίσει περιστατικό τοξιναιμίας και να προσφέρει την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα στην έγκυο.

Η απόλυτη ανάπαυση και το ήρεμο περιβάλλον αποτελούν βασικά στοιχεία για την πρόληψη και θεραπεία της τοξιναιμίας. Η ανάπαυση και η ηρεμία εξασφαλίζονται περισσότερο με την εισαγωγή και την παραμονή της κυοφορούσας στο νοσοκομείο. Αν τα συμπτώματα υποχωρήσουν τότε ακολουθεί μερική ανάπαυση.

γ) Η διαίτα της εγκύου (ασθενούς) θα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα, σε σίδηρο, βιταμίνες και ασβέστιο. Η κατανάλωση των λιπών και των υδατανθράκων θα πρέπει να είναι μέτρια, ανάλογα βέβαια με τις περιπτώσεις, με την προϋπόθεση όμως να καλύπτονται όλες οι θερμιδικές ανάγκες.

Επίσης για το χλωριούχο νάτριο είναι απαραίτητη η στέρηση του άλατος σε κάθε περίπτωση τοξιναιμίας. Γι' αυτό συνίσταται κανονική ή τουλάχιστον μικρός μετριασμός στη λήψη του. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι έγκυες που πάσχουν από βαλβιδική πάθηση της καρδιάς.

δ) Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται στη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και ηρεμιστικών για την καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Όταν συνυπάρχει οίδημα δίνουμε διουρητικά φουρσεμίδη ή χλωροθεταζίνη. Αποφεύγουμε τους β' αναστολείς γιατί μπορεί να προκαλέσουν στο βρέφος υπογλυκαιμία ή βραδυκαρδία και ακόμη γιατί οι μεγάλες δόσεις τους χορηγούμενες για αρκετό διάστημα μπορεί να προκαλέσουν επιβράδυνση στην ανάπτυξη του εμβρύου.

Χορηγείται ορός Γλυκοζέ, κατόπιν, ιατρικής εντολής, γιατί συντελεί στην

αύξηση της ωσμωτικής πίεσης του αίματος, με αποτέλεσμα την αύξηση της διούρησης και την καταστολή πιθανού οιδήματος του εγκεφάλου.

Τέλος χορηγείται θειικό μαγνήσιο με ικανοποιητικά αποτελέσματα, γιατί ρίχνει την πίεση του αίματος, βοηθάει την οξυγόνωση του εγκεφάλου και αποκαθιστά τα αυξημένα αντανακλαστικά.

ε) Σε περίπτωση που η εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή δεν αποδώσει, συνίσταται διακοπή της κύησης. Η διακοπή της κύησης θα εκτελεσθεί είτε φυσιολογικά, εφόσον αυτό είναι δυνατό, είτε με καισαρική τομή.

Τοκετό, θα πρέπει να προκαλέσουμε όταν η κατάσταση της εγκύου επιβαρύνεται. Δηλαδή, όταν η πίεση ανέβει ξαφνικά σε υψηλά επίπεδα, η λευκωματουρία είναι μεγάλη και συνυπάρχει ολιγουρία. Αν δεν διακόψουμε την εγκυμοσύνη με πρόκληση τοκετού, εκτός από την επιβάρυνση της εγκύου, θα συμβεί και ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου, που θα τον ακολουθήσουν η βαθμαία πτώση της πίεσης, η εμφάνιση των οιδημάτων και η υποχώρηση της λευκωματουρίας.

Υπάρχει όμως και περίπτωση να επιβαρύνεται η κατάσταση του εμβρύου, ενώ να ελέγχεται η κατάσταση της εγκύου. Η περίπτωση αυτή, θα εκτιμηθεί με τις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους, δηλ. αμνιοπαρακέντηση, προσδιορισμός της οιστριόλης, της πλακουντιακής γαλακτογόνου ορμόνης, της αλκαλικής φωσφατάσης.

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

Σε περιπτώσεις, όπως:

- όταν ο τοκετός που ξεκίνησε μόνος του, ή που εμείς προκαλέσαμε, καθυστερεί και το έμβρυο δυσφορεί,
- όταν διαπιστωθεί πως υπάρχει κίνδυνος η έγκυος να πάθει εγκεφαλική αιμορραγία ή καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια, από επιβάρυνση της κατάστασής της και το έμβρυο είναι βιώσιμο,
- όταν εκδηλωθούν εκλαμπτικοί παροξυσμοί και πρέπει να απαλλαχθεί η έγκυος από το κύημα, που θεωρείται υπεύθυνο για την κατάστασή της τότε, θα προτιμήσουμε την εκτέλεση της καισαρικής τομής.

Η εκλαμπτική κρίση χαρακτηρίζεται από 3 φάσεις:

**A. ΦΑΣΗ ΕΙΣΒΟΛΗΣ;** Η φάση αυτή διαρκεί 20 λεπτά της ώρας και χαρακτηρίζεται από: συσπάσεις των μωών του προσώπου, τρόμο των βλεφάρων και των οφθαλμών κατόπιν μωδρίασης, τρόμου των μασιτήριων μωών και από έξοδο της γλώσσας με ταχεία επαναφορά αυτής. Το πρόσωπό της είναι ωχρό. Στη συνέχεια εμφανίζεται τρόμος μωών του κορμού και των άκρων.

**B. ΦΑΣΗ ΤΟΝΙΚΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ;** Η φάση αυτή διαρκεί περίπου 30 λεπτά της ώρας. Είναι συνέχεια της προηγούμενης φάσεως και χαρακτηρίζεται από γενική σύσπαση των μωών, καθηλωμένων οφθαλμών, έντονου κλειστού στόματος. Έντονη είναι η κυάνωση του προσώπου και κυρίως των χειλέων.

**Γ. ΦΑΣΗ ΚΛΟΝΙΚΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ;** Αυτή διαρκεί 45'' έως 1 λεπτό της ώρας και χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη εισπνοή και ελαφρά εκπνοή και από την έξοδο

από το στόμα και εναπόθεση πάνω στα χείλη: αιμορραγικού αφρώδους υγρού.

Τα βλέφαρα ανοιγοκλείνουν έντονα και η κεφαλή φέρεται συνεχώς δεξιά και αριστερά. Η αναπνοή γίνεται άρυθμη, ρογχώδης, η γλώσσα πίπτει προς τα έξω, με τραυματισμό ή αποκοπή αυτής. Τέλος, εμφανίζονται μικροαιμορραγίες στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Για την αποφυγή του τραυματισμού της γλώσσας θα πρέπει να τοποθετείται ελαστικό τεμάχιο μεταξύ των δοντιών.

Τέλος ακολουθεί λύση του σπασμού, με βραδεία επαναφορά της συνείδησης ή κώμα με αναπνοή Cheyne-Stokes πρόσωπο οίδηματώδες και κυρίως οίδηματώδη αιμορραγικά χείλη.

Η εξέλιξη του παροξυσμού εμφανίζεται με δύο μορφές: ή η ασθενής ανέρχεται από το κώμα ή ενώ βρίσκεται στο κώμα επανεμφανίζονται κατά διαστήματα αλληπάλληλοι παροξυσμοί, με αποτέλεσμα οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια και θάνατο.

Συνίσταται απαλλαγή του εμβρύου από τη μήτρα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Εκτός από την αιμορραγία, τη λοίμωξη και τα αιχμηρά <sup>Α.Η.</sup> των εγκύων γυναικών υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση της τοξιναιμίας της κύησης, όπως είναι η γέννηση νεκρών εμβρύων.

Περίπου 30.000 παιδιά γεννιούνται νεκρά ή πεθαίνουν τις πρώτες μέρες της γέννησής τους. Ειδικότερα οι συνέπειες της τοξιναιμίας για το κύημα και τη μητέρα είναι οι εξής:

#### α) Βρεφική θνησιμότητα:

Κατά την τοξιναιμία κύησης το κύημα διατρέχει αυξημένους κινδύνους, είτε ενδομητρίως, είτε σε βραχύ διάστημα μετά τον τοκετό (εντός της 1ης εβδομάδας).

Το κύριο αίτιο θανάτου, από τη μεριά του κυήματος, είναι η ενδομήτρια ασφυξία κατά τη διάρκεια του τοκετού, ενώ, από τη μεριά του γεννηθέντος βρέφους, είναι οι διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας και η έκδηλη υπογλυκαιμία.

Το κυριότερο, όμως, αίτιο της βρεφικής θνησιμότητας είναι η ανωριμότητα του βρέφους, που οφείλεται στον πρόωρο τοκετό.

Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι στα 10.000 γεννημένα βρέφη, τα 4 πεθαίνουν λόγω της τοξιναιμίας, ενώ ο αριθμός των ενδομητρίων θανάτων είναι δεκαπλάσιος.

Επίσης, υψηλά είναι τα ποσοστά της βρεφικής θνησιμότητας στη Μεγάλη Βρετανία.

Πάντως, υποστηρίζεται ότι στη βρεφική θνησιμότητα, μεγάλη σημασία έχει η

διάρκεια, παρά, η βαρύτητα της προεκλαμψίας, καθώς και η ύπαρξη λευκοματουρίας που είναι ιδιαίτερας προγνωστικής σημασίας.

β) Συνέπειες για τη μητέρα (Μητρική θνησιμότητα)

Στις Η.Π.Α. η μητρική συχνότητα ανέρχεται στα 10-15%. Ως αίτια θανάτου αναφέρονται: η οξεία κυκλοφοριακή ανεπάρκεια, η καρδιακή ανεπάρκεια (με τη μορφή οξέος πνευμονικού οιδήματος) και η εγκεφαλική αιμορραγία.

Άλλες δύο, εξίσου, σημαντικές συνέπειες της μητρική θνησιμότητας είναι: α) η επανεμφάνιση ή όχι υπέρτασης στις επόμενες κυήσεις, β) η εγκατάσταση ή όχι στο απότερο μέλλον μόνιμης υπερτάσεως. Βέβαια παρά τις αντίθετες αντιλήψεις που υπάρχουν, δεν δικαιολογείται καμιά ανησυχία γι' αυτήν.

**ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ**

Για τη μητέρα: οι σοβαρότεροι κίνδυνοι είναι, η εκλαμψία και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα (συμβαίνει σε ένα 8% των περιπτώσεων).

Για το έμβρυο: είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξή του, ο θάνατός του, λόγω της κακής λειτουργίας του πλακούντα και ανοξία κατά τον τοκετό.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

### ΠΡΟΛΗΨΗ

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

Το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στην έγκαιρη ανακάλυψη της υπέρτασης.

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

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

Από στατιστικά δεδομένα, προκύπτει, ότι η εκλαμψία εμφανίζεται κυρίως σε νεαρές πρωτότοκες. Όταν υπάρχει έγκαιρη αναγνώριση της συμπτωματολογίας κατά την κύηση και η έγκυος παρακολουθείται σε συχνά χρονικά διαστήματα, είναι δυνατόν με ειδική διαιτητική φροντίδα, να έχουμε ουσιαστική πρόληψη.

**«ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ»**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η τοξιναιμία, απαιτεί ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, που με βάση το σεβασμό της προσωπικότητας του αρρώστου, θα οδηγήσει στην γρήγορη αποκατάστασή του.

Δεν ξεχνούμε πως η νοσηλεύτρια, στην κατάσταση αυτή νοσηλεύει δύο άτομα: την έγκυο και το έμβρυο. Πρέπει να είναι συνέχεια στο πλευρό τους, για να παρακολουθεί κάθε εξέλιξη, είτε προς το καλύτερο, είτε προς το χειρότερο.

Η νοσηλευτική αποβλέπει στο να βοηθήσει την έγκυο, να αποκτήσει τις δυνάμεις της ξανά, να ακολουθήσει τη θεραπευτική αγωγή όπως έχει καθορισθεί, να την ανακουφίσει από τα συμπτώματα, να την στηρίξει ψυχολογικά.

Η συμβολή της νοσηλεύτριας, φτάνει σε ικανοποιητικό βαθμό όταν γνωρίζει καλά και εφαρμόζει πιστά τις θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής.

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

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ**

### **ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ**

Εξασφαλίζεται ένα ήσυχο περιβάλλον. Απομακρύνονται οι πηγές θορύβου, το τηλέφωνο, το κουδούνι κ.λ.π. Οι επιφάνειες όλων των επίπλων του δωματίου καλύπτονται με ύφασμα, ώστε ότι ακουμπά επάνω να μην κάνει θόρυβο.

Ο φωτισμός του δωματίου δεν πρέπει να είναι «μεγάλος» ή να αυξομειώνεται απότομα. Η έντασή του είναι τέτοια, ώστε η νοσηλεύτρια-ής να μπορεί να κάνει σφυστά τη νοσηλεία και ταυτόχρονα να παρακολουθεί την έγκυο (πρέπει να φαίνονται οι αλλαγές στο χρώμα, καθώς και οι συσπάσεις του προσώπου).

Σε περιπτώσεις, όπου η διαστολική Α.Π. είναι πάνω από 90mmHg, και δεν υπάρχει πρωτεϊνουρία, μπορεί να νοσηλευτεί και στο σπίτι. Σε αυτή την περίπτωση, η έγκυος είναι απαραίτητο να μένει στο κρεβάτι περισσότερο από 12 ώρες το 24ωρο. Η καλύτερη θέση στο κρεβάτι, είναι ημπρυνής ή πλάγια (δεξιά ή αριστερά), γιατί έτσι διευκολύνεται η λειτουργία των νεφρών. Βέβαια, επισκέπτεται το γιατρό σε τακτά χρονικά διαστήματα (που ορίζονται από τον ίδιο, ανάλογα με την κατάστασή της). Γίνονται κάποιες βασικές εξετάσεις και γράφονται στον ατομικό της φάκελο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο και συγκεκριμένα στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης ή σε μονόκλινο δωμάτιο, εξοπλισμένο ειδικά για τη νοσηλεία τοξιναιμίας ή εκλαμψίας.

Η διαίτα της εγκύου, είναι πλούσια σε λευκώματα, σε σίδηρο, σε βιταμίνες και ασβέστιο, με περιορισμένα τα λίπη και τα άλατα.

Η σπουδαιότερη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η ηρεμία και η ξεκούραση της εγκύου, η οποία επιτυγχάνεται με την αποφυγή επισκέψεων, συγκινήσεων και γενικά επεισόδια ψυχοσωματικής κόπωσης.

Όλα αυτά, επιδρούν θετικά στα συμπτώματα της τοξιναιμίας: ελαττώνεται η Α.Π., το οίδημα υποχωρεί, επιτυγχάνεται καλή κυκλοφορία του αίματος στη μήτρα.

Αφού περάσει κάποιο διάστημα (7-8 ημερών), απόλυτης ξεκούρασης και ηρεμίας και η κατάσταση έχει κάπως βελτιωθεί, η έγκυος μπορεί να σηκώνεται κατά διαστήματα για τις πρώτες ανάγκες (τουαλέτα, λουτρό κ.λ.π.). Η νοσηλεύτρια είναι πάντα δίπλα της, για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστεί.

- Καθημερινά, στέλνονται ούρα στο εργαστήριο, για τον προσδιορισμό λευκώματος, για έλεγχο παρουσίας πνοσφαιρίων και σε μερικές περιπτώσεις για ουρία και κρεατινίνη.

- Κάθε 4 ώρες γίνεται λήψη Α.Π. Οποιαδήποτε μείωση ή αύξηση αυτής καταγράφεται και αναφέρεται στο γιατρό.

- Το βάρος της ελέγχεται κάθε δύο ή τρεις μέρες και καταγράφεται.

- Τρεις φορές τη μέρα, τουλάχιστον, μετριοούνται οι αναπνοές, καθώς και η θερμοκρασία.

- Μετριοούνται και καταγράφονται καθημερινά, τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.

- Βοηθούμε την κένωση του εντέρου, είτε με φάρμακα, είτε με υποκλυσμό (αποφεύγεται ο υψηλός υποκλυσμός).

#### **1 Α. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΛΑΜΨΙΑΣ;**

- Στα πλάϊνά του κρεββατιού τοποθετούνται κάγκελα και γύρω-γύρω μαξιλάρια.

- Μόλις η νοσηλεύτρια διαπιστώσει τα προειδοποιητικά σημεία του σπασμού, αμέσως τοποθετεί ελαστικό στοματοδιαστολέα (ή σπάτουλα τυλιγμένη με γάζα, που βρίσκεται πάντα στο κομοδίνο της), ανάμεσα στα δόντια, για αποφυγή τραυματισμού της γλώσσας. Δεν χρησιμοποιούνται αντικείμενα αιχμηρά ή σκληρά, υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού.

- Η έγκυος είναι συνδεδεμένη με συσκευή συνεχιζόμενης παρακολούθησης σφύξεων και αναπνοών.

- Τοποθετείται μόνιμα πιεσόμετρο στο χέρι της εγκύου.

- Στο δωμάτιο υπάρχει, δίσκος, με όλα τα απαραίτητα για τραχειοστομία, για τοκετό κ.λ.π., καθώς και φάρμακα, ηρεμιστικά και υποτασικά. Φάρμακα δίνονται πάντα μετά από εντολή γιατρού. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο χορήγησης καθώς και στη δόση. Μετά τη χορήγησή τους η έγκυος χάνει τις αισθήσεις της. Αφού περάσουν 48 ώρες μετά την κρίση των σπασμών, πρέπει να διακόπτεται η χορήγηση ηρεμιστικών, ώστε σιγά-σιγά να αποκτήσει η έγκυος τις αισθήσεις της.

Είναι πιθανό, να υπάρχουν για μερικές μέρες, κάποιες ανωμαλίες στην όραση ή και πνευματική σύγχυση. Αυτό θεωρείται φυσιολογικό, λόγω των ηρεμιστικών.

Μετά από 8-10 μέρες, θα επέλθει στην φυσιολογική της κατάσταση.

Προσοχή δίνεται, και στην χορήγηση υποτασικών φαρμάκων. Ένας τρόπος χορήγησής τους (ο πιο συνηθισμένος) είναι μέσα στον ορό. Απαιτείται όμως συχνή λήψη της Α.Π. και αυτό γιατί η πίεση «πέφτει» απότομα.

#### 1 Β. ΜΕΤΑ ΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΛΑΜΨΙΑΣ:

- Χορηγείται O<sub>2</sub> (ειδικά όταν η κυάνωση επιμένει).
- Ελευθερώνεται η αναπνευστική οδός από εκκρίσεις. Κάθε 8 ώρες καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα και οι ρόθωνες.
- Απαγορεύεται η χορήγηση υγρών από το στόμα, γιατί δεν υπάρχουν αντανακλαστικά κατάποσης και η ελάχιστη ποσότητα υγρών από το στόμα, πηγαίνει στην τραχεία.
- Κάθε μισή ώρα ελέγχεται η Α.Π. , ενώ κάθε μία ώρα οι καρδιακοί εμβρυϊκοί παλμοί.

1 Γ. Στην τοξιναιμία, ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι διπλός. Εδώ έχει να κάνει με δύο ζωές: της εγκύου και του εμβρύου. Είναι λοιπόν απαραίτητο, να γίνουν κάποιες εξετάσεις για τον έλεγχο ανάπτυξης του εμβρύου. Συγκεκριμένα:

- Ελέγχονται οι εμβρυϊκοί παλμοί. Ο έλεγχος αυτός γίνεται τουλάχιστον δύο φορές τη μέρα. Βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις που ο γιατρός κρίνει απαραίτητο, να ελέγχονται κάθε δύο ή τρεις ώρες.
- Γίνεται μέτρηση της κεφαλής του εμβρύου, με τη βοήθεια υπερήχων.

- Υπολογίζεται η οίετιβίβλη στα ούρα, κάθε 10-15 μέρες (για δύο συνεχόμενες μέρες), την 30ή βδομάδα της κύησης. Με αυτόν τον τρόπο υπολογίζεται ο βαθμός εμβρυοπλακουντιακής λειτουργίας και ο γιατρός αποφασίζει, αν πρέπει ή όχι να γίνει πρόκληση τοκετού.

Τέλος, σημαντικό μέρος στην νοσηλευτική φροντίδα, καταλαμβάνει η ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας. Εάν δεν νιώσει ασφάλεια, τότε σίγουρα, δεν πρόκειται να συνεργαστεί ούτε με το γιατρό αλλά ούτε και με τη νοσηλευτική ομάδα. Επόμενο είναι να μην έχουμε το αποτέλεσμα που θέλουμε: μα όσο το δυνατόν γρήγορη και ανώδυνη ανάρρωση.

Η ψυχολογική υποστήριξη, είναι ένα μεγάλο κεφάλαιο, το οποίο θα αναπτύξω παρακάτω.

1 Δ. Σίγουρα, τόσο η νοσηλεύτρια-ής, όσο και ο γιατρός ή η μαία, για να φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, θα πρέπει να δώσουν μια σωστή εκτίμηση της κατάστασης της εγκύου. Για να γίνει όμως αυτό, θα πρέπει η υπεύθυνη νοσηλεύτρια ή ο γιατρός να συλλέξουν κάποιες πληροφορίες από πολλές και διαφορετικές πηγές. Αξίζει να αναφέρω μερικές:

#### **- ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ:**

Είναι πολύ σημαντικό ο θεράπων ιατρός να γνωρίζει το ιατρικό παρελθόν της



γυναίκας, δηλαδή: αν έχει περάσει κάποιες παιδικές αρρώστιες και ποιές, αν πάσχει από κάποια ασθένεια, όπως: σακχαρώδης διαβήτης, κάποιο καρδιακό νόσημα, κάποια πάθηση νεφρών, αλλεργία, υπέρταση κ.λ.π. και χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή γι' αυτά.

Επίσης αν στο παρελθόν έχει νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο και γιατί, όπως και αν έχει υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση ή όχι.

Πέρα βέβαια από το ιατρικό ιστορικό της γυναίκας είναι εξίσου σημαντικό, να είναι γνωστά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ο τρόπος ζωής της. Δηλαδή: η ηλικία, το βάρος, το ύψος της, όπως και το κοινωνικό, μωρφωτικό και επαγγελματικό της επίπεδο.

Στην γενικότερη αξιολόγηση της κατάστασης, σημαντικό ρόλο κατέχει και ο τρόπος ζωής της. Δηλαδή: οι καθημερινές δραστηριότητές της (επαγγελματικές ή μη), οι προσωπικές προτιμήσεις της και γενικότερα οι συνήθειές της.

- **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ:** Σημαντικό είναι, ο θεράπων ιατρός να γνωρίζει και το ιατρικό παρελθόν των μελών της οικογένειάς της, καθώς επίσης και τις συνθήκες διαβίωσής τους.

Η συγκέντρωση όσο και η ικανότητα σύνθεσης και αξιολόγησης των πληροφοριών αυτών, σε συνδυασμό με τα κλινικά συμπτώματα της εγκύου, θα είναι σε θέση να μας δώσουν μια πλήρη εικόνα της κατάστασης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ - ΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

#### 1. ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ:

Ο νοσηλευτής-τρια είναι ανάγκη να καθησυχάσει και να εξηγήσει στην ασθενή, το λόγο λήψης αίματος. Ο σκοπός της εξέτασης είναι η μέτρηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, της αιμοσφαιρίνης και των αιμοπεταλίων.

Επίσης, εξετάσεις γίνονται για τον προσδιορισμό του ιωδογόνου, προσδιορισμοί ορμονών και περισσότερο μας ενδιαφέρει η τιμή της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, η τιμή της οιστριόλης, η τιμή της προγεστερόνης και η τιμή της πλακουντιακής γαλοκτογόνου ορμόνης.

Τέλος, προσδιορισμός των πρωτεϊνών της χοληστερόλης, της ουρίας και της κρετινίνης.

#### 2. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ:

Κυρίως του Κ και Να (καλίου και νατρίου).

#### 3. ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ

Η νοσηλεύτρια-τής, είναι αυτή που θα συλλέξει και θα αποστείλει για εξέταση τα ούρα (τα πρώτα πρωινά). Πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για το σκοπό της εξέτασης καθώς επίσης να συστήσει να γίνεται καθαρισμός των γεννητικών οργάνων, πριν την ούρηση, με άφθονο σαπούνι και νερό. Το αποστελλόμενο δείγμα ούρων δεν πρέπει να είναι λιγότερο από 100 κ.εκ.

#### 4. ΒΙΟΨΙΑ ΝΕΦΡΩΝ:

Η εξέταση είναι ιστολογική: ένα πολύ μικρό τμήμα νεφρού παίρνεται και εξετάζεται. Η βιοψία γίνεται: ή με ειδική βελόνα η οποία εισάγεται κατευθείαν δια

του δέρματος και προωθείται μέχρι το νεφρό, ή με χειρουργική αποκάλυψη του νεφρού και στη συνέχεια προβαίνουμε σε παρακέντηση αυτού.

Για να είναι συνεργάσιμη η ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με την όλη εξέταση που θα υποστεί. Τι ακριβώς θα γίνει και ποιός ο σκοπός.

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να είναι έτοιμη να απαντήσει σε όλα τα ερωτήματα και τις απορίες της ασθενούς, να την κάνει να νιώθει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.

Μόνο τότε θα έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Κάθε βιοψία συνοδεύεται από κάποιες επιπλοκές, γι' αυτό και η άρρωστη πρέπει να παρακολουθείται συνέχεια, για τυχόν εμφάνισής τους και για έγκαιρη αντιμετώπισή τους.

Μετά την εξέταση, χρειάζεται η άρρωστη να μείνει στο κρεβάτι για 20 ώρες τουλάχιστον, ενώ ταυτόχρονα παρακολουθούνται τα ούρα της, για πιθανή μακροσκοπική αιματουρία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ

#### 3 ΣΤΑΔΙΑ

Ο τοκετός εμφανίζει 3 στάδια: το στάδιο της διαστολής, της εξώθησης και της υστεροτοκίας.

Ας δούμε όμως αναλυτικά τα 3 στάδια, καθώς και τη στάση της νοσηλεύτριας στο καθένα από αυτά:

**Α. ΣΤΑΔΙΟ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ:** Το στάδιο αυτό, αρχίζει με «τις ωδίνες» (συστολές μήτρας), ο τράχηλος αρχίζει να διαστέλλεται, μέχρι να συντελεσθεί τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας. Εδώ το στάδιο αυτό τελειώνει.

Η νοσηλεύτρια-τής στο στάδιο αυτό θα πρέπει:

- να παρακολουθεί και να καταγράφει την συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των ωδινών.
- να παρακολουθεί τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου, με τη βοήθεια του κοιλιοσκοπίου. Μετά από κάθε ωδίνα είναι υποχρεωμένη να ακούει τους παλμούς και να παρατηρεί για τυχόν αλλοίωσή τους. Στην περίπτωση αυτή ειδοποιεί αμέσως το γιατρό.
- δίνει συχνά στην επίτοκο, δοχείο για να ουρήσει και ελέγχει αν ούρησε ή όχι. Όταν η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη από ούρα, εμποδίζει την κάθοδο του εμβρύου και κατά συνέπεια καθυστερεί τον τοκετό.

Βέβαια, υπάρχουν και περιπτώσεις που η επίτοκος, για κάποιους λόγους (κυρίως ψυχολογικούς), δεν μπορεί να ουρήσει. Στην περίπτωση αυτή μετά από εντολή

γιατρού, γίνεται καθετηριασμός της κύησης, για αποβολή των ούρων.

- φροντίζει για την άνεση και την καθαριότητα της επιτόκου (συχνή αλλαγή ).

- την συμβουλεύει πως κατά τη διάρκεια των ωδινών θα τη βοηθήσει πολύ να αναπνέει βαθιά, ενώ κατά την διάρκεια της παύλας να ξεκουράζεται.

Επίσης μετά από κάθε ωδίνα, θα πρέπει να κρατά τα πόδια της άλλοτε με τους μηρούς και άλλοτε από τα γόνατα, να τα έλκει προς τα εμπρός και παρατεταμένα να σφίγγεται.

Με αυτό τον τρόπο και η διαστολή του τραχήλου της μήτρας προχωρεί και το έμβρυο οξυγώνεται κανονικά.

**Β.ΣΤΑΔΙΟ ΕΞΩΘΗΣΗΣ:** Αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία γίνεται τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας, μέχρι της εξόδου του εμβρύου.

- Η λήψη των ζωτικών σημείων και καρδιακών παλμών του εμβρύου, γίνεται συχνότερη.

- Η επίτοκος παίρνει θέση ύπτια (προετοιμασία για τον τοκετό).

Η νοσηλεύτρια αφαιρεί τα κλινοσκεπάσματα και αφήνει σκεπασμένη την επίτοκο με ένα σεντόνι.

- Τοποθετεί ειδική σκοραμίδα τοκετού.

- Φροντίζει να είναι έτοιμα, τα εξής: α) δύο λεκάνες αποστειρωμένες (η μία για πλύση των χεριών του προσωπικού και η άλλη για την τοποθέτηση του πλακούντα).

β) Ένας κουβάς για τα ακάθαρτα. γ) Ένα δοχείο με αποστειρωμένο νερό, για την πλύση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. δ) Ένα ειδικό τραπέζι για την

τοποθέτηση του απαραίτητου χειρουργικού υλικού (λαβίδες, βελονοκάτοχο, γάζες, μεγάλα και μικρά τετράγωνα, αποστειρωμένες ρόμπες και γάντια, ψαλίδια, ράμματα κ.λ.π.).

Όσον αφορά το νεογνό πρέπει να ετοιμάσει:

- μια κούνια, με κατάλληλα τοποθετημένη, αποστειρωμένη πετσέτα και αδιάβροχο.
- απαραίτητο είναι να έχει κολλύριο νιτρικού αργύρου, για την συστάλαξη στα μάτια του νεογνού μετά τον τοκετό (για πρόληψη χρονοκαιμινώσοφθαλμίας).

Γ.ΣΤΑΔΙΟ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ: Αρχίζει από την έξοδο του εμβρύου, μέχρι του τοκετού του πλακούντα και των υμένων του. Στο στάδιο αυτό την κύρια θέση καταλαμβάνει ο γιατρός που με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας προβαίνουν στα εξής:

- στον καθαρισμό των ανωτέρω αναπνευστικών οδών με ειδικό καθετήρα απορροφήσεως
- διαπιστώνεται το φύλο του νεογνού και τοποθετείται η ταυτότητα στο δεξί του χέρι
- απολινώνεται και περιδέεται ο ομφάλιος λώρος
- ενσταλάζεται κολλύριο νιτρικού αργύρου
- ο γιατρός προβαίνει σε γενική επισκόπηση του νεογνού για να διαπιστωθεί η αρτιμέλειά του
- παρακολουθείται: το χρώμα του, η συχνότητα των αναπνοών του (η οποία φυσιολογικά μετά τον τοκετό είναι ακανόνιστη)
- ο γιατρός προβαίνει σε επισκόπηση της κεφαλής (για τυχόν υδροκεφαλία, μικροκεφαλία κ.λ.π.), σε επισκόπηση του προσώπου και του στόματος, σε εξέταση

της ράχης, της κοιλίας, των άκρων καθώς και των εξωτερικών γεννητικών του οργάνων

- μετά την αποκόλληση και την αποβολή του πλακούντα, ελέγχεται με προσοχή η ακεραιότητά του
- γίνεται επισκόπηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της λεχвіδας καθώς και καθαρισμός αυτών
- η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τη λεχвіδα για τυχόν επιπλοκές (π.χ. εμφάνιση σπασμών κ.λ.π.)
- φροντίζει για την εξασφάλιση της άνεσης και της καθαριότητας της γυναίκας γενικά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ο φυσιολογικός τοκετός, αν αποτελεί, για κάποιους λόγους, κίνδυνο για τη ζωή της μάνας ή του παιδιού, αντικαθίσταται με την καισαρική τομή. Ένας λόγος που προβαίνουμε σε καισαρική τομή είναι και η τοξιναιμία σε οποιαδήποτε μορφή της.

Η καισαρική τομή είναι μία χειρουργική επέμβαση γι' αυτό και αντιμετωπίζεται όπως όλες οι επεμβάσεις με προεγχειριστική και μετεγχειριστική φροντίδα.

#### Α.ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:

Περιλαμβάνει:

1. την καθαριότητα και ετοιμασία της εγκύου. Πιο συγκεκριμένα: καθαρίζεται ο εντερικός σωλήνας (ή με τη βοήθεια καθαρτικών φαρμάκων ή με καθαρτικό υποκλυσμό) και εκκενώνεται η ουροδόχος κύστη.

Η έγκυος υποβάλλεται σε λουτρό καθαριότητας μέχρι και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας για αποφυγή μόλυνσης από το αναπνευστικό.

Το διαιτολόγιο της εγκύου είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες και σε βιταμίνες, ενώ είναι φτωχό σε λίπη. Την ημέρα πριν την επέμβαση η ασθενής τρέφεται ελαφρά.

Έξι ώρες πριν από το χειρουργείο απαγορεύεται η λήψη οτιδήποτε από το στόμα (υπάρχει κίνδυνος για εμμέτους και μετεωρισμού κοιλίας).

Λόγω της μεγάλης ανησυχίας, η έγκυος δεν μπορεί να κοιμηθεί. Για την



αποφυγή αϋπνίας χορηγείται κάποιο ηρεμιστικό ή υπνωτικό με εντολή γιατρού.

Στη φροντίδα που παρέχει η νοσηλεύτρια, περιλαμβάνεται και η ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου. Είναι κοντά στην έγκυο και της απαντά όλα τα ερωτήματα και τις απορίες που έχει, δείχνοντας έτσι ότι κατανοεί τη θέση της.

2. Ετοιμασία του εγχειριτικού πεδίου. Ετοιμάζεται το μέρος, στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση: καθαρίζεται, αποτριχώνεται, για την αποφυγή μολύνσεων.

Η ετοιμασία αυτή γίνεται την προηγούμενη μέρα της επέμβασης.

3. Μισή ώρα πριν από την επέμβαση: φορά την χειρουργική ρόμπα (αφού πρώτα έχει ουρήσει και έχει βγάλει όλα τα ρούχα και τα κοσμήματά της καθώς και τις τεχνικές οδοντοστοιχές της). Τα νύχια ξεβάφονται (και των ποδιών και των χεριών) και αυτό για να παρακολουθείται η κυκλοφορία του αίματος.

Μισή ώρα πριν την επέμβαση γίνεται επίσης και η προνάρκωση. Αυτή αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος στην ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος.

Το είδος και η δόση αυτής καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο.

Σημαντικό είναι πριν από την επέμβαση να γίνει έλεγχος των ζωτικών σημείων και να καταγραφούν στο διάγραμμα.

## B. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:

Περιλαμβάνει:

1. Την κατάλληλη τοποθέτηση της λεχωίδας στο κρεβάτι. Τοποθετείται ύπτια, με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι. Το κρεβάτι πρέπει να είναι ζεστό (κίνδυνος μετεγχειρητικής πνευμονίας) και χωρίς μαξιλάρι, (κίνδυνος πνιγμού, λόγω ειρρόφυβις ερεθιάτων).
2. Παρακολουθείται η ασθενής συνέχεια (λήψη ζωτικών σημείων) καθώς επίσης ελέγχεται η κατάσταση του τραύματος.
3. Όπως μετά από όλες τις χειρουργ. επεμβάσεις και στην καισαρική τομή, ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι η εισρόφηση εμεσμάτων. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και προφυλάσσει την άρρωστη.
4. Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που φροντίζει για την καθαριότητα της λεχωίδας: των γεννητικών οργάνων, κυρίως, καθώς και των θηλών του στήθους. Απαιτείται συχνή αλλαγή νυχτικού και ιματισμού, συνεχείς πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.
5. Η διαίτα της χειρουργημένης, είναι αρχικά υγρή. Βαθμαία προχωρεί σε πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη.
6. Η νοσηλεύτρια εξηγεί και βοηθά την λεχωίδα να αδειάζει τους μαστούς, με μαλακτικές κινήσεις για πρόληψη μαστίτιδας. Σε περίπτωση που εμφανιστεί μαστίτιδα, διακόπτεται ο θηλασμός και χορηγούνται αντιβιοτικά και διενεργείται τεχνητή απογαλακτοποίηση των μαστών, μετά από εντολή γιατρού.

### Γ. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ:

1. Πνευμονική εμβολή
-

2. Ενδομητρίτιδα
3. Ειλεός (μετά από 24-48 ώρες)
4. Ατονία μήτρας
5. Επέκταση τομής
6. Τραυματισμός ουροδόχου κύστης
7. Διάσπαση τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων
8. Δημιουργία ενδομήτριων συμφύσεων και
9. Ρήξη της αυλής της μήτρας σε μελλοντική εγκυμοσύνη.

Τόσο ο γιατρός όσο και η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένοι να ενημερώσουν την λεχвіδα και να της δώσουν κάποιες οδηγίες, κατά την έξοδό της από τη Μαιευτική κλινική. Τόσο για την ατομική της καθαριότητα και ιδιαιτέρως στην περιοχή της τομής, όσο και για την περιποίηση του νεογνού (τη διατροφή του, την τακτική εξέτασή του από τον παιδίατρο, καθώς και τα στάδια ανάπτυξης).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

**ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

---

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1) ΑΥΞΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ : (πάνω από 150 mm Hg)	Μείωση της Α.Π., στα φυσιολογικά επίπεδα (120 mm Hg)	Συνεχής λήψη Α.Π. ανά 15'	Γίνεται η λήψη της Α.Π. και καταγράφεται στο διάγραμμα.	Η Α.Π. επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα και η κατάσταση της εγκύου βελτιώθηκε.
2) ΟΙΔΗΜΑΤΑ:	Αποχώρηση οιδημάτων	<p><b>α)</b> Εξασφάλιση ζυγαριάς κοντά στην έγκυο, για συχνή μέτρηση του βάρους της</p> <p><b>β)</b> Προετοιμασία δίσκου χορήγησης διουρητικών φαρμάκων</p> <p><b>γ)</b> Συχνή λήψη εργαστηριακών εξετάσεων</p> <p><b>δ)</b> Εντοπισμός, τυχόν, διαταραχών στο ισοζύγιο των υγρών</p>	<p><b>α)</b> Συνεχή μέτρηση βάρους και σωστή καταγραφή στο διάγραμμα</p> <p><b>β)</b> Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων, κατόπιν εντολής γιατρού</p> <p><b>γ)</b> Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων K,Na, για τυχόν κατάρτηση Na, και ανάλογα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων ρυθμίζεται η χορήγηση ηλεκτρολυτών.</p> <p><b>δ)</b> Έλεγχος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και ακριβής καταγραφή αυτών, στο διάγραμμα.</p>	Τα οίδηματα υποχωρούν σε μεγάλο βαθμό και αποφεύγονται οι συνέπειες αυτών (όπως η δυσλευτούργια του πλακούντα).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3) ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ:	Πρόληψη της λευκοματουρίας και η έγκαιρη διάγνωσή της	<p><b>α)</b> Εργαστηριακές εξετάσεις (γενική ούρων, καλλιέργεια ούρων)</p> <p><b>β)</b> Προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης</p> <p><b>γ)</b> Προγραμματισμός ειδικού διαιτολογίου</p>	<p><b>α)</b> Λήψη ούρων για έλεγχο λευκωμάτων και έλεγχο νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη, ουρία, ουρικό οξύ)</p> <p><b>β)</b> Λήψη της Α.Π. κατά τακτικά χρονικά διαστήματα, γιατί η λευκωματουρία παρουσιάζεται σχεδόν πάντα με υπέρταση.</p> <p><b>γ)</b> Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγείται η ανάλογη ποσότητα λευκώματος με ειδικό διαιτολόγιο προς αντικατάσταση αυτού που χάθηκε</p>	Έγκαιρη διάγνωση της λευκωματουρίας και σωστή αντιμετώπιση αυτής
4) ΟΛΙΓΟΥΡΙΑ:	Πρόληψη της ανουρίας και η υποχώρηση της ολιγουρίας	<p><b>α)</b> Τήρηση διαγράμματος για τις μετρήσεις των υγρών</p> <p><b>β)</b> Φαρμακευτική αντιμετώπιση</p>	<p><b>α)</b> Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, αλλά και των ούρων (υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθεί η κατάσταση σε ανουρία).</p> <p><b>β)</b> Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων (Lasix), κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	Τηρήθηκαν όλες οι νοσηλευτικές διαδικασίες και το ισοζύγιον των προσ - λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ρυθμίστηκε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5) ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΟ ΑΛΓΟΣ:	Προσπάθειες για την ανακούφιση της εγκύου από τον πόνο	<p><b>α)</b> Εντοπισμός του πόνου</p> <p><b>β)</b> Προετοιμασία δίσκου χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων</p>	<p><b>α)</b> Ο πόνος εντοπίζεται στο επιγάστριο.</p> <p><b>β)</b> Χορηγούνται αναλγητικά φάρμακα, κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	Ήρμη έκφραση του πόνου, ελαττωμένη κόπωση, δηλώσεις που δείχνουν ότι ο πόνος λιγόστεψε ή ότι απουσιάζει εντελώς
6) ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ :	Προσπάθειες για την ανακούφιση της εγκύου από τον πόνο	<p><b>α)</b> Απομάκρυνση θορύβων και συγκινήσεων.</p> <p><b>β)</b> Ενημέρωση γιατρού</p>	<p><b>α)</b> Εξασφάλιση ηρεμίας</p> <p><b>β)</b> Χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων, κατόπιν ιατρικής εντολής</p> <p>Εισαγωγή της εγκύου σε ήρεμο περιβάλλον, μακριά από ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα</p>	Η εγκύος αισθάνεται ανακούφιση από τις κεφαλαλγίες
7) ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ :	Σωστή λειτουργία του εντέρου	<p><b>α)</b> Προετοιμασία κατάλληλου διαιτολογίου με τροφές πλούσιες σε ίνες</p> <p><b>β)</b> Προετοιμασία δίσκου καθαρτικού υποκλύσμού ή καθαρτικών φαρμάκων, σε περίπτωση που το διαιτολόγιο δράσει αρνητικά</p>	<p><b>α)</b> Τηρήθηκε το διαιτολόγιο</p> <p><b>β)</b> Χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων, ή υποκλύσμου με ιατρική εντολή, εάν το διαιτολόγιο δεν αποδώσει</p>	Αποκαταστάθηκε η λειτουργία του εντέρου

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
8) ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ	Πρόληψη οφθαλμολογικών επιπλοκών	Προγραμματίζεται οφθαλμολογικός έλεγχος	Έγιναν οι απαραίτητες οφθαλμολογικές εξετάσεις	Πρόληψη οφθαλμολογικών επιπλοκών
9) ΠΑΡΟΥΣΥΣΜΟΙ ΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ (ΣΠΑΣΜΟΙ)	Προσπάθειες για την ανακούφιση της εγκύου	Συνεχής παρακολούθηση της εγκύου για τα συμπτώματα των παροξυσμών	Εκτίμηση συμπτωμάτων, και διαχωρισμός των τριών φάσεων του παροξυσμού της εκκλαμψίας	Η έγκαιρη και σωστή εκτίμηση των συμπτωμάτων, φέρει την κατάλληλη και γρήγορη αντιμετώπιση
10) ΥΨΗΛΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΚΚΛΑΜΠΤΙΜΟΥ ΠΑΡΟΥΣΥΣΜΟΥ : (39° -40° C)	Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα (36° C)	<p>α) Προγραμματίζεται τρίωρη θερμομέτρηση.</p> <p>β) Φαρμακευτική αντιμετώπιση</p>	<p>α) Γίνονται οι μετρήσεις της θερμοκρασίας κάθε τρεις ώρες και καταγράφονται στο διάγραμμα.</p> <p>β) Κατόπιν ιατρικής εντολής, δίνονται αντιπυρετικά και αναλγητικά.</p> <p>Τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα</p>	Επίτευξη σταθερής θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
11) ΤΟΝΩΣΗ ΗΘΙΚΟΥ	Μείωση του φόβου και της αγωνίας της εγκύου	Διατήρηση στενής επαφής με τον γυναικότυπο, της νοσηλεύτριας και του γιατρού	<p>Η νοσηλεύτρια συζητά με την εγκύο και απαντά όλα της τα ερωτήματα, με σκοπό να απομακρύνει κάθε φόβο και αγωνία.</p> <p>Την ενθαρρύνει να εκφράσει όλα τα συναισθήματά της. Ικανοποιεί τις προσωπικές της ανάγκες.</p> <p>Χορηγούνται πρεμιστικά, για την καταπολέμηση του άγχους κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	Η ψυχολογική υποστήριξη της τονώνει το ηθικό, αλλάζοντας σιγά-σιγά την ψυχολογική της διάθεση.
12) ΕΞΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ	Σωστή ενημέρωση της εγκύου, πριν από την έξοδό της από την κλινική.	Ελεγχεται η κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου και ενημερώνεται ο γιατρός	<p>Η κατάσταση τόσο του εμβρύου όσο και της γυναίκας είναι ικανοποιητική, μετά τη θεραπεία.</p> <p>Ενημερώνεται η εγκύος για τυχόν συμπτώματα που μπορούν να εμφανισθούν και να την οδηγήσουν ξανά σε εκλαμψία.</p>	Μετά το τέλος των εξετάσεων, και την πλήρη ενημέρωση της εγκύου, γίνεται η έξοδος της από την κλινική.

### Α' ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:

Στις 15/1/92 προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα», μητέρα 30 ετών με κύηση 30 βδομάδων. Ανέφερε επίπονες κεφαλαλγίες και κοιλιακούς πόνους. Κατά την εξέτασή της από το γιατρό διαπιστώθηκε υπέρταση 150/80 mmHg, γενικευμένα οιδήματα και παρουσία λευκώματος στα ούρα.

Στη συνέχεια πάρθηκε το ιστορικό της, όπου περιλαμβάνει: κληρονομικότητα : καλή. Παλιό Ιατρικό ιστορικό: έχει κάνει αμυγδαλεκτομή, υπέστη κύστη κόκκυγος και λαπαροσκόπηση το 1990. Όλα φυσιολογικά. Το γυναικολογικό ιστορικό της: σε ηλικία 12 χρόνων άρχισε η έμμηνος ρύση με κύκλο 28 μέρες. Έχει κάνει test Π.Α.Π. Δεν έχει υποστεί άμβλωση.

Εισήχθη στη μαιευτική κλινική, όπου τοποθετήθηκε σε μονόκλινο ήσυχο δωμάτιο. Ξάπλωσε στο κρεβάτι, σε θέση ανάρροπη. Καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία (αναπνοές Α.Π., σφύξεις και θερμοκρασία), στον ατομικό της φάκελο. Έγινε προσεκτική ακρόαση των πνευμόνων της.

Διατηρείται ανοικτή φλέβα με ορό γλυκοζέ 5%. Καταγράφηκαν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά (έχει τοποθετηθεί καθετήρας).

Πριν τοποθετηθεί ο ορός, λαμβάνεται αίμα, για γενική αίματος, SGOT, SGPT.

Υποβάλλεται σε οφθαλμολογική εξέταση.

Καθορίζεται και δίνεται η φαρμακευτική αγωγή.

Την επομένη στις 16/1/92, η κλινική εικόνα της εγκύου παραμένει η ίδια. Η

νοσηλεύτρια βρίσκεται στο πλευρό της συνέχεια. Λαμβάνει την Α.Π. κάθε μια ώρα, προσέχει τη θέση της στο κρεβάτι καταγράφει σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία ανά 3 ώρες. Μετρά τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά - σωστή καταγραφή στο διάγραμμα. Αξιολογεί τα συμπτώματα και προγραμματίζει κάθε ενέργειά της για την υποστήριξη και ανακούφιση της ασθενούς.

Η έγκυος υποβάλλεται ξανά σε test εργαστηριακών εξετάσεων, όπως και το έμβρυο.

Η διαίτα της μητέρας είναι πλούσια σε βιταμίνες, σίδηρο και λευκώματα. Τα φάρμακα της δίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Για την καταστολή του οιδήματος δίδεται Lasix, μετά από εντολή γιατρού.

Η νοσηλεύτρια ζυγίζει καθημερινά την έγκυο και ελέγχει για την υποχώρηση των οιδημάτων. Φροντίζει για την ηρεμία και ξεκούραση, ελέγχει τις επισκέψεις, αποφεύγει τις συγκινήσεις. Την ενθαρρύνει και την παρηγορεί για να μπορέσει να ξεπεράσει αυτήν τη δύσκολη κατάσταση.

Η ανησυχία της μητέρας συνεχίζεται και αυξάνεται με τις καθημερινές εξετάσεις. Η κατάσταση της εγκύου δεν έχει ιδιαίτερες αλλαγές.

Η Α.Π. κυμαίνεται στα 150/80 - 170/60mmHg. Η φαρμακευτική αγωγή συνεχίζεται η ίδια.

Μετά από απόφαση γιατρών δίδεται εντολή για πρόωρο τοκετό. Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει ψυχολογικά την έγκυο, της χορηγεί ηρεμιστικά, αντιυπερτασικά και αντισπασμωδικά φάρμακα, μετά από εντολή γιατρού.

Αφού ολοκληρωθεί όλη η προεγχειρητική φροντίδα, η έγκυος οδηγείται στο χειρουργείο. Ο αναισθησιολόγος καθορίζει τη δόση και το είδος του αναισθητικού.

Κατά τη διαδικασία του τοκετού, η νοσηλεύτρια λαμβάνει συχνά τα ζωτικά σημεία της εγκύου. Μόλις γίνεται η έξοδος του εμβρύου, καθορίζεται το φύλο και το βάρος του σώματός του.

Στο συγκεκριμένο περιστατικό, η έγκυος γέννησε αγόρι, βάρους 1490 γρ. με καισαρική τομή.

Το αγοράκι, τοποθετήθηκε αμέσως στην εντατική παρακολούθηση. Η μητέρα οδηγήθηκε στο δωμάτιό της. Η νοσηλεύτρια συνεχίζει να παρέχει τις κατάλληλες νοσηλευτικές φροντίδες και την ανάλογη ψυχολογικά υποστήριξη, για την γρήγορη ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας της εγκύου.

## **B. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:**

Στις 25/3/94, εισήλθε μετέρα 38 ετών με ηλικία κύησης 35 βδομάδων, στα εξωτερικά ιατρεία, με οίδημα των κάτω άκρων και Α.Π. 160/90mmHg.

Το ιστορικό της μητέρας, που πάρθηκε από το γιατρό, αναφέρει: αρχή εμμήνου ρύσεως σε ηλικία 12 ετών, με διάρκεια περιόδου 27 μέρες. Αναφέρει τρεις εκτρώσεις.

Μετά τη λήψη ιστορικού διαγνώστηκε από το γιατρό, τοξιναιμία και η έγκυος μεταφέρθηκε στη Μαιευτική κλινική, σε ένα ήσυχο και φωτεινό δωμάτιο.

Στη συνέχεια προγραμματίστηκαν και πάρθηκαν οι πρώτες εξετάσεις: γενική αίματος, γενική ούρων, ουρικό οξύ, ομάδα RHESUS αίματος, πυθμενικός πλακούντας και καρδιακοί παλμοί. Τα αποτελέσματα δεν ήταν και τόσο ικανοποιητικά. Οι εξετάσεις συνεχίζονται αλλά η κλινική εικόνα της εγκύου παραμένει η ίδια. Η νοσηλεύτρια είναι στο πλάι της και της απαντά όλα τα ερωτήματά της και τις απορίες της. Σε τακτά χρονικά διαστήματα λαμβάνει και καταγράφει τα ζωτικά της σημεία. Προσέχει τη θέση της εγκύου στο κρεβάτι (ημπρινής ή πλάγια), παρακολουθεί και καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Τέλος, βοηθά τη γυναίκα ψυχολογικά, για να μπορέσει να ξαναβρεί το κουράγιο της και να στηριχθεί στη ζωή.

Στις 30/3/94, η έγκυος παρουσιάζει εντονότατα άλλη δυσφορία και μια μικρή καρδιακή ανεπάρκεια.

Μετά από 15'-20' , αρχίζει να κάνει σπασμούς. Οδηγείται στο χειρουργείο, μετά από απόφαση γιατρού. Με γενική αναισθησία γίνεται, η καισαρική τομή. Η μητέρα σώζεται αλλά δυστυχώς το έμβρυο ήταν νεκρό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η γυναίκα που έρχεται αντιμέτωπη με την Τοξιναιμία , βρίσκεται κάτω από συναισθηματικό επηρεασμό.

Η σοβαρή αυτή επιπλοκή της κύησης, που η αιτιολογία της δεν είναι ακόμα γνωστή στο ευρύ κοινό και το κυριότερο, υπάρχει άγνοια για την σοβαρότητά της, χαρακτηρίζεται από έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, αβεβαιότητα για το μέλλον και αδιαφορία και εγκατάλειψη μερικές φορές από το άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Είναι λοιπόν δύσκολο, η έγκυος που πάσχει από τοξιναιμία κύησης να αντιμετωπίσει με αισιοδοξία και ψυχραιμία την κατάσταση της και κυρίως όταν οι δικοί της δεν μπορούν να κρύψουν τον πανικό και την απελπισία τους μπροστά της.

Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-τής, είναι αυτοί που πρέπει να σταθούν δίπλα στην έγκυο τη στιγμή που τους χρειάζεται, να την παρηγορήσουν, να την ενθαρρύνουν, να την συμβουλέψουν και να της μεταδώσουν ζωή, από τη ζωή τους και ελπίδα από την ελπίδα τους, για να μπορέσει η έγκυος να απαλύνει τον πόνο της, είτε αυτός είναι φυσικός, είτε είναι ψυχολογικός.

Από τη στιγμή που η έγκυος θα μάθει για την κατάστασή της, διακατέχεται από φόβο και πανικό και συγχρόνως από ένα σωρό ερωτηματικά: πόσο σοβαρή είναι η κατάστασή μου; θα υποφέρω; έχω ελπίδες; θα ζήσω; θα πεθάνω; το παιδί μου τι θα γίνει;

Αξίζει να αναφέρω πόσο τραγική είναι η θέση της εγκύου, ειδικά, όταν είναι ακόμα νέα και πολύ περισσότερο όταν ακόμα δεν έχει κάνει παιδιά.

Η νοσηλεύτρια αποτελεί τη θέση «κλειδί» για την ψυχική ισορροπία της εγκύου σ' αυτό το σημείο.

Οφείλει να προβλέπει κάθε αντίδρασή της, θα είναι συνέχεια στο πλευρό της, προλαμβάνοντας κάθε επιθυμία της, να την συμβουλεύει και να την ενημερώνει σωστά, σχετικά με την κατάστασή της, πάντα σε συνεννόηση με το γιατρό και τέλος να τη βοηθήσει να ξεπεράσει τους φόβους της και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον.

Η νοσηλεύτρια, πρέπει να στέκεται δίπλα της, να παρατηρεί τη συμπεριφορά και τις κινήσεις της, γιατί μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή της από το γιατρό.

Μετά την άρνηση εμφανίζεται συνήθως ο θυμός ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς της, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.λ.π., και εκδηλώνεται συνήθως με αντίδραση και απαιτητική συμπεριφορά. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να θυσιάζεται ώστε να εκπληρώσει όλες τις επιθυμίες της.

Η έγκυος ισχυρίζεται πως για την κατάστασή της ευθύνονται οι δικοί της. Τους κατηγορεί για πράγματα, τα οποία δεν υφίστανται. Αλοίμονο αν τολμήσουν να δείξουν μπροστά της τον οίκτο τους.

Όταν η έγκυος αρχίζει να συνειδητοποιεί την κατάστασή της, είναι διατεθειμένη να μάθει ό,τι της πουν, αρκεί να γίνει καλά και να ξαναβρεί τον εαυτό



της.

Αν σε περίπτωση, χάσει μόνο το παιδί της και καλύτερεύσει η υγεία της, τότε η νοσηλεύτρια συζητά μαζί της όλα τα προβλήματα και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της, λέγοντάς της, ότι πρέπει να θεωρεί τον εαυτό της τυχερό που ξέφυγε τον μεγάλο αυτό κίνδυνο και ότι μπορεί να συνεχίσει με θάρρος τη ζωή της. Της τονίζει ότι υπάρχουν και άλλα ενδιαφέροντα στη ζωή: ο άντρας της και τα παιδιά της (αν έχει), που έχουν έντονα την ανάγκη της.

Η δουλειά της έχει μεγάλη σημασία γι' αυτήν και γενικά υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ανάγκη τη βοήθειά της, είτε στον επαγγελματικό, είτε στον κοινωνικό και οικογενειακό χώρο. Η συμμετοχή της εγκύου σε καινούριες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα θα την βοηθήσουν να ηρεμήσει και να ξεχάσει το πρόβλημά της.

Ειδικότερα για το σύζυγο, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τον συμβουλέψει να φερθεί με κατανόηση στην γυναίκα του, να μην απομακρυνθεί από κοντά της, γιατί τώρα τον έχει πιο πολύ ανάγκη, να της δίνει κουράγιο και ελπίδα ότι σύντομα θα γίνει καλά.

Βλέπουμε λοιπόν πόσο σημαντικά επηρεάζει την ψυχολογική κατάστασή της, η σοβαρή αυτή επιπλοκή της κύησης, και πόσο σημαντικό είναι το έργο της νοσηλεύτριας, για την γρήγορη ανάρρωσή της.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο επίλογος αυτής της εργασίας είναι ταυτόχρονα και μια διαπίστωση και συμπέρασμα που βγαίνει από όλη τη μελέτη της: η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή θεραπεία και τέλος η σωστή ενημέρωση, θα καταστήσουν το πρόβλημα της τοξιναιμίας της κύησης μικρότερο και σε συχνότητα και σε βαθμό κινδύνου.

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής στο θέμα «Τοξιναιμίας της κύησης» είναι τόσο σοβαρός και σπουδαίος, όσο είναι και ο ρόλος της Ιατρικής στην θεραπεία του.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να έχει τις κατάλληλες γνώσεις και την ανάλογη πείρα στη νοσηλεία της τοξιναιμίας και να ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα, όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχολογικών ανωγκών της εγκύου.

Οι ευθύνες του Νοσηλευτή-τριας, δεν περιορίζονται και δεν αφορούν μόνο το χώρο του Νοσοκομείου, αλλά επεκτείνεται και στο σπίτι όπου πραγματοποιείται η ουσιαστική αποκατάσταση και διαφώτιση της εγκύου, καθώς και η πλήρης διαφώτιση του οικογενειακού και γενικότερα του άμεσου περιβάλλοντός της, σχετικά με την κατάστασή της και τον τρόπο αντιμετώπισης και γενικά του τρόπου συμπεριφοράς τους απέναντί της.

Οποιαδήποτε γυναίκα που σκέπτεται να φέρει παιδί στον κόσμο και ιδίως τις πρωτότοκες, τις ηλικιωμένες και αυτές που είναι παχύσαρκες ή έχουν πολύπλοκη κύηση ή πάσχουν από σάκχαρο, πρέπει να ενημερώνονται ιδιαίτερα.

Πρέπει να επισκέπτονται τακτικά το γιατρό όχι μόνο όταν παρατηρήσουν κάποιο ύποπτο σύμπτωμα κατά την εγκυμοσύνη τους. Η επίσκεψη πρέπει να γίνεται για προληπτικούς λόγους, επειδή είναι δυνατόν να εμφανισθεί τοξιναιμία χωρίς επικίνδυνα συμπτώματα.

Κάθε μήνα πρέπει να γίνονται οι κατάλληλες εξετάσεις όπου μπορούν να φυλάξουν την έγκυο από πολλούς και μεγάλους κινδύνους.

Η έγκυος πρέπει να αντιμετωπίζει την κατάσταση με ψυχραιμία και να συνεργάζεται για ένα καλό τέλος.

Τόσο εμείς σαν νοσηλευτές, όσο και η υγεινομική ομάδα γενικότερα, οφείλουμε, να διατηρήσουμε και να βελτιώσουμε την υγεία και να παρατείνουμε όσο μπορούμε το όραμα της ελπίδας για μια καλύτερη ζωή, εφαρμόζοντας όλες τις γνώσεις και τις εμπειρίες μας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ - ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ Ρ., “Στοιχεία Φυσιολογίας”, επίτομος, έκδοση 17η, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ, “Φυσιολογία της Γυναίκας”, τόμος Α’, έκδοση 11η, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982
- ΖΟΥΡΛΑΣ ΠΑΝΤ. ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ, “Μαθήματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας”, επίτομος, έκδοση 13η, εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1986.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Ι., “Βασική Μαιευτική - Περιγεννητική Ιατρική Γυναικολογία”, τόμος Α’, έκδοση 21η, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1984.
- ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., “Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική”, Μέρος 1ο, τόμος Β’, εκδόσεις “Η Ταβιθά”, Σ.Α., Αθήνα 1989
- ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., “Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική”, Μέρος 2ο, τόμος Β’, εκδόσεις “Η Ταβιθά”, Σ.Α., Αθήνα 1989
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ ΑΔ., Σημειώσεις γυναικολογίας και μαιευτικής για τους σπουδαστές Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρας, σελ. 33, Πάτρα 1993.
- ΝΕΣΤΟΡΟΣ ΙΝ., Σημειώσεις συνοπτικής μαιευτικής και γυναικολογίας, έκδοση Α’, σελ. 45, Αθήνα 1980.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν., “Μαιευτική και Γυναικολογία”, εκδόσεις Παπανικολάου Ν., Θεσσαλονίκη 1985
- ΠΕΤΡΟΥ Π., Σημειώσεις Ανατομίας για τους σπουδαστές του ΤΕΙ Πάτρας, σελ. 56, Πάτρα 1992

ΠΟΥΓΓΟΥΡΑΣ Θ., “Μαιευτική - Γυναικολογία”, εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1986

ΣΑΧΙΝΗ ANNA - ΚΑΡΔΑΣΗ ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ, “Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική”, τόμος Ιος, εκδόσεις “ΕΒΙΤΑ”, Αθήνα 1985

HARRISON. Εσωτερική Παθολογία, τόμος Β', έκδοση 10η. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1987