

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

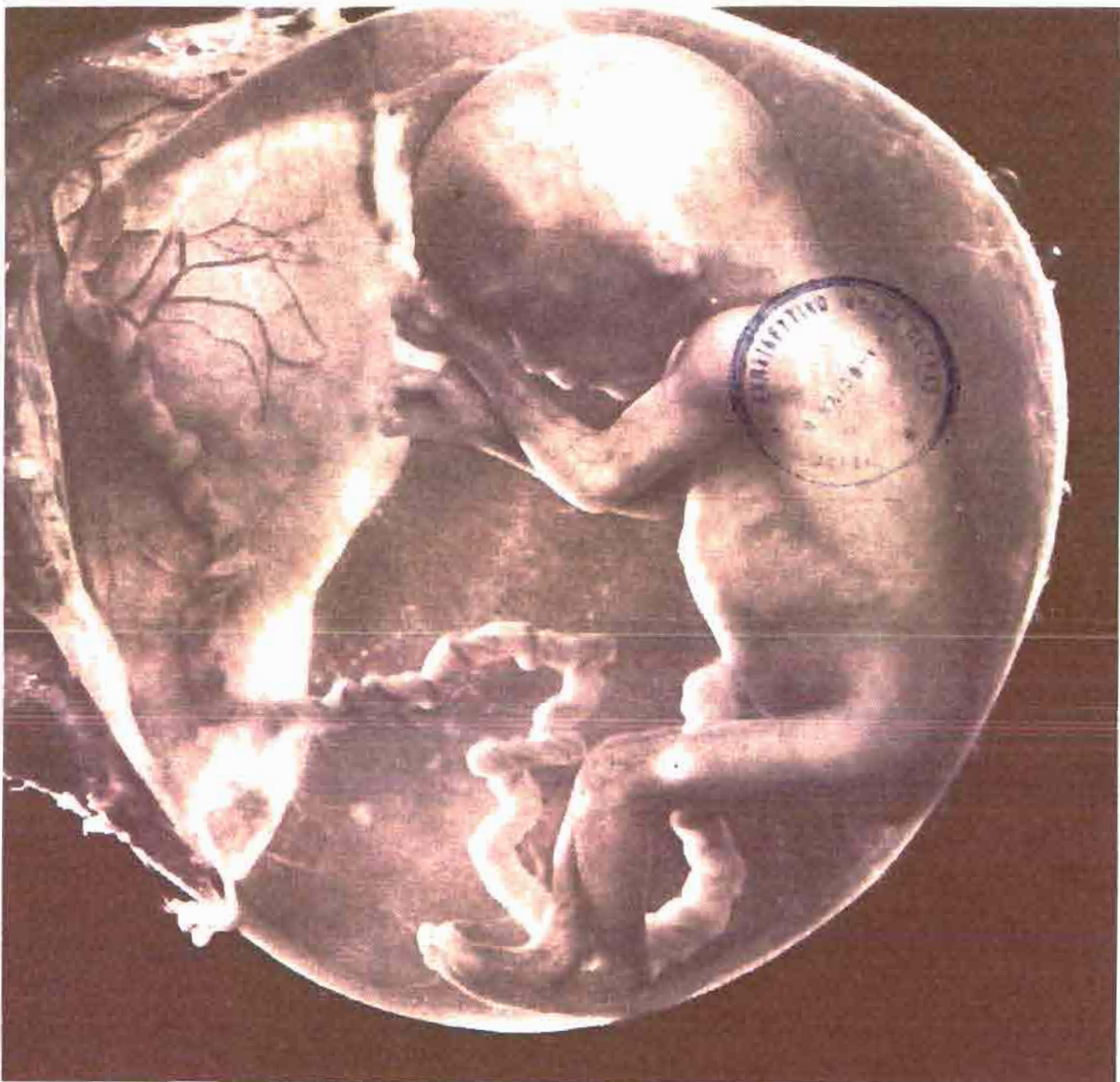
## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ  
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2000

*Ευχαριστώ πολύ την κα Βαρβάρα Λέφα για την πολύτιμη βοήθειά της.*

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 3047

*Την πτυχιακή μου εργασία, την αφιερώνω στους  
γονείς μου.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ιστορική αναδρομή.....	7
------------------------	---

### ΜΕΡΟΣ Α' ΓΕΝΙΚΟ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Στοιχεία ανατομίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και των οργάνων που έχουν σχέση με την αναπαραγωγή.....	9
1.1 Ανατομία του γεννητικού συστήματος.....	9
1.1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα.....	9
1.1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα.....	11

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Στοιχεία φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.....	13
2.1 Ηλικίες της γυναίκας.....	13
2.2 Ωοθηκικός κύκλος.....	14
2.3 Ενδομήτριος κύκλος.....	15
2.4 Τραχηλικός κύκλος.....	16
2.5 Σαλπγγικός κύκλος.....	16
2.6 Κολπικός κύκλος.....	17

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Γονιμοποίηση και ανάπτυξη του εμβρύου.....	18
3.1 Γονιμοποίηση.....	18
3.2 Ανάπτυξη του εμβρύου.....	20

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Εγκυμοσύνη.....	23
4.1 Ορισμός.....	23
4.2 Διάγνωση της κύησης.....	23
4.2.1 Εργαστηριακά βοηθήματα.....	25
4.2.2 Αβέβαια ή πιθανά σημεία κύησης.....	25
4.2.3 Βέβαια διαγνωστικά σημεία κύησης.....	26
4.3 Παρακολούθηση της κύησης.....	26
4.4 Συχνότητα επισκέψεων.....	30
4.5 Διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	30

#### Κεφάλαιο 5

Φυσιολογία της κύησης.....	31
----------------------------	----

**Κεφάλαιο 6**

<b>Η εμβρυοπλακουντιακή μονάδα</b> .....	32
6.1 Πλακούντας.....	32
6.2 Ομφάλιος λώρος.....	33
6.3 Εμβρυϊκοί υμένες.....	33
6.4 Αμνιακό υγρό.....	33

**Κεφάλαιο 7**

<b>Προγεννητικός έλεγχος</b> .....	35
7.1 Αμνιοπαρακέντηση.....	36
7.2 Εμβρυοσκόπηση.....	36
7.3 Αιμοληψία από το έμβρυο.....	37
7.4 Βιοψία του δέρματος του εμβρύου.....	37
7.5 Υπερηχογραφία.....	37
7.6 Ακτινογραφία, αμνιογραφία, εμβρυογραφία.....	40

**Κεφάλαιο 8**

<b>Φυσιολογικός τοκετός</b> .....	41
8.1 Έναρξη του τοκετού.....	42
8.2 Αίθουσα τοκετών.....	42
8.3 Διεξαγωγή του φυσιολογικού τοκετού.....	43
8.3.1 Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού.....	43
8.3.2 Πρώτο στάδιο του τοκετού ή στάδιο της διαστολής.....	46
8.3.3 Δεύτερο στάδιο του τοκετού ή στάδιο της εξώθησης.....	46
8.3.4 Τρίτο στάδιο του τοκετού ή στάδιο της υστεροτοκίας.....	47
8.4 Παρακολούθηση του τοκετού.....	48
8.4.1 Εμπειρική παρακολούθηση.....	48
8.4.2 Ηλεκτρονική παρακολούθηση.....	48
8.4.3 Βιοχημική παρακολούθηση του τοκετού.....	51
8.5 Φυσιολογία της λοχείας.....	52

## ΜΕΡΟΣ Β'

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

**Κεφάλαιο 9**

<b>Υγιεινή της εγκυμοσύνης</b> .....	55
9.1 Συνθήκες διαβίωσης.....	55
9.2 Εργασία.....	56
9.3 Διατροφή.....	56
9.4 Αλκοόλ.....	59
9.5 Κάπνισμα.....	61
9.6 Ναρκωτικά.....	62
9.7 Φάρμακα.....	62
9.8 Εμβόλια.....	63
9.9 Ακτινοβολία-υπέρηχοι.....	64
9.10 Καθαριότητα του σώματος.....	64

9.11 Στοματική κοιλότητα.....	65
9.12 Φροντίδα των μαστών.....	65
9.13 Φροντίδα των κοιλιακών τοιχωμάτων.....	66
9.14 Ταξίδια.....	67
9.15 Γενετησιακές σχέσεις.....	67
9.16 Επισκέψεις-ψυχαγωγία.....	67
9.17 Προφύλαξη από πτώση.....	70
9.18 Ασκήσεις.....	70
9.19 Ψυχοπροφυλακτική αγωγή.....	74

## Κεφάλαιο 10

<b>Νοσηλευτική φροντίδα κατά τα στάδια εξέλιξης του τοκετού.....</b>	<b>76</b>
10.1 Παραλαβή της επιτόκου-νοσηλευτική φροντίδα.....	76
10.2 Νοσηλευτική φροντίδα στο πρώτο στάδιο του τοκετού.....	77
10.3 Νοσηλευτική φροντίδα στο δεύτερο στάδιο του τοκετού.....	79
10.4 Περίθαλψη νεογνού.....	81
10.4.1 Άμεση περίθαλψη του νεογνού.....	81
10.4.2 Φυσική εξέταση του νεογνού.....	82
10.5 Νοσηλευτική φροντίδα στο στάδιο του τοκετού.....	84
10.6 Νοσηλευτική φροντίδα της λοχείας.....	84

## ΜΕΡΟΣ Γ΄

### Κεφάλαιο 11

<b>Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....</b>	<b>89</b>
10.1 Περιστατικό Α΄.....	89
10.2 Περιστατικό Β΄.....	99
Βιβλιογραφία.....	111



Εικόνα 1



## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.

Η ειδικότητα εκείνη της ιατρικής, η οποία έχει ως αποκλειστικό αντικείμενο μελέτης όσα έχουν σχέση με την αναπαραγωγή του ανθρώπινου είδους και με την εξέλιξη του τοκετού της γυναίκας ειδικότερα, είναι η μαιευτική. Η μαιευτική μαζί με τη γυναικολογία είναι, πιστεύεται, οι παλιότερες ειδικότητες της ιατρικής επιστήμης. Και αυτό γιατί ο πρώτος άνθρωπος του πλανήτη μας πριν ακόμη αντιμετωπίσει τις ασθένειες, τα τραύματά του, τη φθορά του ανθρώπινου σώματος και τον θάνατο εν τέλει, όπως είναι φυσικό, κλήθηκε να αντιμετωπίσει την γέννηση του παιδιού του-τον ερχομό στη ζωή, των απογόνων του.

Σύμφωνα με τα γραπτά κείμενα της Εκκλησίας μας, όλα ξεκίνησαν όταν οι πρωτόπλαστοι εξορίστηκαν από τον παράδεισο και «καταδικάστηκαν» να γεννούν τα παιδιά τους με πόνο. Ο πρωτόγονος άνθρωπος επικαλούνταν τους θεούς του με θυσίες και προσφορές για την απόκτηση παιδιών που του ήταν απαραίτητα σαν εργατικά χέρια. Στην αρχαία Ελλάδα όμως αποκτήθηκαν οι πρώτες γνώσεις γύρω από το θέμα της γονιμοποίησης. Ο Αριστοτέλης πίστευε πως ο ζυγώτης προέρχεται από την ένωση του ανδρικού σπέρματος με το συγκεντρωμένο από την εμμηνορρυσία μέσα στη μήτρα αίμα. Η επίτοκος τοποθετούνταν πάνω σε μία πλίνθη καρέκλα για να γεννήσει, ενώ ο Ιπποκράτης χρησιμοποιούσε τον «ελκυστήρα» για να βγάζει τα νεκρά έμβρυα. Ο Ιπποκράτης, επίσης, πρωτοπαρατήρησε τον «επιλόχειο πυρετό» στη Θάσο, στη γυναίκα του Φιλίνου.

Στην συνέχεια οι γνώσεις, όσον αφορά τον τοκετό, αυξήθηκαν. Ο έλεγχος της οστέινης πυέλου από τον Rontgen και τις ακτίνες του, ο εμβρυολόγος του Chamberlen και η υφολική υστεροεκτομία του Ρογο είναι ενδεικτικά μερικά επιτεύγματα-σταθμοί στην πορεία προόδου της γυναικολογικής και μαιευτικής ιατρικής.

Σήμερα, φτάσαμε στην εποχή του οικογενειακού προγραμματισμού, των θεωριών περί τα αίτια έκλυσης του τοκετού και των βιοχημικών φαινομένων που συμβαίνουν σ' αυτόν, της παρακολούθησης του εμβρύου καθώς αυτό ωριμάζει με τη βοήθεια των υπερήχων, της προγεννητικής παρακολούθησης και των επεμβάσεων πάνω στο έμβρυο, του ανώδυνου τοκετού με τη βοήθεια αναλγητικών και ψυχοπροφυλακτικών μεθόδων και της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Οι εξελίξεις γύρω από τις ειδικότητες αυτές αλλά και όσον αφορά τη γενετική και μοριακή βιολογία μας επιτρέπουν όχι μόνο να κάνουμε προβλέψεις για το τι μέλλει γενέσθαι αλλά και να μιλάμε για εκλεκτική επιλογή χαρακτηριστικών και φύλου του εμβρύου και για κλωνοποίηση κυττάρων.

## Α'. ΜΕΡΟΣ ΓΕΝΙΚΟ.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### *Στοιχεία ανατομίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και των οργάνων που έχουν σχέση με την αναπαραγωγή.*

##### 1.1 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 την παρεμβολή του παρθενικού υμένα. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο, ενώ τα εσωτερικά απαρτίζονται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

##### 1.1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.

Το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελεί το αιδοίο, που εμφανίζει σχήμα τριγωνικό. Η βάση του αντιστοιχεί στην ηβική πτυχή, οι πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και η κορυφή στο περίνεο.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τον παρθενικό υμένα, το έξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρηθρικούς αδένες και τους βαρθολινείους αδένες.

Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης είναι μια υποστρόγγυλη τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα ή πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.<sup>1,10</sup>

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο μεγάλες δερματικές πτυχές. Μπροστά ενώνονται για να σχηματίσουν το εφήβαιο και πίσω τον οπίσθιο δεσμό. Τα μεγάλα χείλη αφορίζουν την αιδιοική σχισμή, που οδηγεί στον πρόδρομο του αιδοίου. Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι τριχωτή και έχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.<sup>2</sup>

Τα μικρά χείλη είναι λεπτές δερματικές πτυχές, που αφορίζουν τον πρόδρομο του κολεού. Προς τα εμπρός τα μικρά χείλη αποσχίζονται σε δύο πτυχές, από την κάθε μεριά. Οι δύο έσω πτυχές συνδέονται με την βάλανο της κλειτορίδας, ενώ οι δύο έξω σχηματίζουν την πόσθη της κλειτορίδας.

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος, από το οποίο διαφέρει ως προς το μέγεθος και γιατί δεν έχει σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Αρχίζει με δύο σκέλη, τα οποία κάτω από την ηβική σύμφυση συνενώνονται και σχηματίζουν το σώμα της κλειτορίδας (μήκους 3-4 cm), που καταλήγει στη βάλανο της κλειτορίδας. Η κλειτορίδα αποτελείται από τα δύο σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας, (αντίστοιχα του πέους) και έχει πλούσια αισθητική νεύρωση.<sup>3</sup>

Ο πρόδρομος του κόλπου αποτελεί άνοιγμα ανάμεσα στα μικρά χείλη του αιδοίου. Στο πίσω τμήμα του βρίσκεται η είσοδος του κόλπου που στις παρθένες καλύπτεται από τον παρθενικό υμένα, ο οποίος ρήγνυται κατά την πρώτη συνουσία και μετά τον τοκετό παραμένουν τα ουλώδη υπολείμματα (τα μύρτα).

Η περιοχή μεταξύ της εισόδου του κόλπου και του πρωκτού λέγεται περίνεο. Το στόμιο της ουρήθρας βρίσκεται ανάμεσα στην κλειτορίδα και τον κόλπο. Πίσω από το στόμιο της ουρήθρας, δεξιά και αριστερά, αλλά δεν είναι ορατοί. Οι ίδιοι οι Βαρθολίνειοι αδένες βρίσκονται βαθύτερα.<sup>4</sup>

Οι βολβοί του προδρόμου είναι στυτικά σώματα, αποτελούμενα από φλεβώδη πλέγματα που καλύπτονται από τους βολβοσηραγγώδεις μυς.<sup>3</sup>

### 1.1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.

Ο **κόλπος** είναι ένας πολύ διατατός ινομυώδης σωλήνας. Φέρεται λοξά προς τα πάνω και πίσω σε γωνία 45° περίπου. Το κάτω στόμιο του εκβάλλει στον πρόδομο του αιδοίου από τον οποίο χωρίζεται με τον παρθενικό υμένα, ενώ το άνω στόμιο προσφύεται κυκλικά γύρω στον τράχηλο. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου σχηματίζει με τον κόλπο μια κυκλωτερή αύλακα, τον θόλο, ο οποίος διακρίνεται στον πρόσθιο, τον οπίσθιο, που είναι και ο πιο βαθύς, και τους πλάγιους. Το μήκος του κόλπου, που ποικίλλει στα διάφορα άτομα, ανέρχεται στο μεν πρόσθιο τοίχωμα στα 7.5 cm στο δε οπίσθιο στα 8-9 cm. Το εύρος του είναι μικρότερο στις άτοκες (3-4 cm) και μεγαλύτερο στις πολύτοκες (7cm). Ο κόλπος στηρίζεται στη θέση του από τα παρακείμενα όργανα με τα οποία συμφύεται. Στη σταθερή του όμως στήριξη συντελούν κυρίως οι μυς του πυελικού εδάφους (περινέου) και μάλιστα ο ανεκκτήρας του πρωκτού, ο οποίος περιβάλλει και συγκρατεί τον κόλπο.

Η **μήτρα** είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, με παχιά τοιχώματα και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου. Εμφανίζει σχήμα αχλαδιού, έχει μήκος 7.5 cm, πλάτος 5 cm, πάχος 2.5 cm και ζυγίζει 45-60 gr. Η μήτρα διαιρείται σε τρία μέρη:(α) στον πυθμένα, το πάνω κυκλωτερές τμήμα, (β) στο σώμα το μέσο κύριο μέρος και (γ) στον τράχηλο, το κατώτερο λεπτό μέρος που χωρίζεται από το σώμα με τον ισθμό. Η μήτρα βρίσκεται φυσιολογικά σε πρόσθια κάμψη και πρόσθια κλίση και στηρίζεται στη θέση κυρίως δια του κόλπου πάνω στο περίνεο, γι' αυτό και τυχόν ρήξη του περινέου μπορεί να προκαλέσει πρόπτωση της μήτρας. Επίσης στη στήριξη της μήτρας συμβάλλουν τον περιτόναιο, οι ιερομητρικοί ή ευθυμητρικοί σύνδεσμοι, οι πλατείς σύνδεσμοι, το παραμήτριο και οι στρογγύλοι σύνδεσμοι της μήτρας.

Οι **σάλπιγγες** ή **ωαγωγοί**, είναι δύο μυώδεις σωλήνες, που χρησιμεύουν για τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη λήκυθο, στη μήτρα. Κάθε αγωγός έχει μήκος 10-12 cm και είναι κλεισμένος μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου. Διακρίνουμε τέσσερις μοίρες του αγωγού από μέσα προς τα έξω: Την μηριαία ή ενδοτοιχική μοίρα, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα. Ο κώδωνας είναι το τελικό τμήμα του αγωγού, περιβάλλεται από κροσσούς και ακουμπά στην

ωοθήκη. Με τους κροσσούς παραλαμβάνεται το ωάριο από την ωοθήκη και φέρεται στους αγωγούς.

Οι ωοθήκες βρίσκονται στην πίσω επιφάνεια του πλατέος συνδέσμου, πίσω και κάτω από τους αγωγούς, και κρέμονται στη θέση τους αυτή δια του μεσοωοθηκίου, που αποτελεί πτυχή του περιτονέου. Έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου, μήκος 2.5-4 cm, εύρος 2 cm περίπου και πάχος 1.25 cm. Οι ωοθήκες αντιστοιχούν προς τους όρχεις του άνδρα, είναι δηλαδή οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Η λειτουργία τους είναι η παραγωγή ωαρίου για την αναπαραγωγή και η έκκριση ορμονών (οιστρογόνων από τα αναπτυσσόμενα ωοθηλάκια και προγεστερόνης από τα κύτταρα του ωχρού σωματίου) στο αίμα, για τη ρύθμιση του κύκλου.<sup>2</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### *Στοιχεία φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.*

#### 2.1 ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.

**Προεφηβική ηλικία:** Κατά την προεφηβική ηλικία, δηλαδή από το έβδομο (7ο) ως το ένατο (9ο) έτος της ζωής του κοριτσιού, φαίνεται να ενεργοποιείται ο υποθάλαμος-υποφυσιακός άξονας, όταν άγνωστα ερεθίσματα επιδράσεων στον υποθάλαμο, για να προκαλέσουν την έκκριση των εκλυτικών του ορμονών.

**Εφηβεία:** αρχίζει περίπου στα εννέα (9) χρόνια και συμπληρώνεται με την εμφάνιση της πρώτης περιόδου, χαρακτηρίζεται από τις μεταβολές εκείνες του ανώριμου και χωρίς αναπαραγωγική λειτουργία παιδιού, που έχουν ως σκοπό να το μεταβάλλουν σε γενετησιακά ώριμο.

**Εμμηναρχή:** Η πρώτη εμφάνιση δηλαδή της έμμηνης ρύσης, για το κορίτσι αποτελεί μια μεγάλη στιγμή της ζωής του και μπορεί να γίνει το ενωρίτερο στα δέκα (10) ή το αργότερο στα δεκαέξι (16) του χρόνια.<sup>1,10</sup>

Από κλινική άποψη η έμμηνη ρύση μπορεί να χαρακτηριστεί ως η αιμορραγική φάση των κυκλικών μεταβολών που συμβαίνουν στο ενδομήτριο της γυναίκας και χαρακτηρίζεται από την περιοδική αιματηρή απέκκριση, η οποία επαναλαμβάνεται σε κανονικά διαστήματα από την ήβη μέχρι την εμμηνόπαυση εκτός από την κύηση και τη λοχεία.<sup>9</sup>

**Ωριμη ηλικία:** Μετά την εφηβική ηλικία, η γυναίκα περνά από τα δεκαπέντε (15) της χρόνια στην ώριμη ηλικία ή γενετησιακή εποχή, που χαρακτηρίζεται από την πλήρη ετοιμότητα των γεννητικών οργάνων να ανταποκριθούν στον προορισμό τους, που κατά κύριο λόγο είναι η αναπαραγωγή.

**Κλιμακτήριο:** Είναι η περίοδος εκείνη της ζωής, που αρχίζει όταν παρουσιάζεται η έκπτωση της ωοθητικής λειτουργίας και τελειώνει με την πλήρη εγκατάσταση της ωοθητικής γήρανσης. Χρονικά καλύπτει τις πέμπτη (5η) και έκτη (6η) δεκαετία της ζωής, αρχίζει δηλαδή στα σαράντα (40) περίπου και συμπληρώνεται στα εξήντα (60) χρόνια της γυναίκας. Ο χρόνος εγκατάστασης του κλιμακτηρίου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η φυλή, το κλίμα, η κληρονομικότητα, η διατροφή, η ανατομική ιδιοσυστασία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Για περιγραφικούς λόγους είναι σκόπιμος ο διαχωρισμός του κλιμακτηρίου, με βάση την εμμηνόπαυση, σε δύο περιόδους, την προεμμηνοπαυσιακή και τη μετεμμηνοπαυσιακή.<sup>1,10</sup>

## 2.2 ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ.

Κατά την διάρκεια ενός φυσιολογικού κύκλου εικοσιοκτώ (28) ημερών, πραγματοποιείται μια διαδοχική μεταβολή στην ωοθήκη, με σκοπό την παραγωγή ενός ώριμου ωαρίου ικανό να γονιμοποιηθεί. Αυτή η διαδοχική μεταβολή ελέγχει επίσης την ποσότητα των στεροειδών, που είναι απαραίτητα για την προετοιμασία της μήτρας να δεχτεί το ωάριο. Οι μεταβολές της ωοθήκης ελέγχονται κυρίως από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης που παράγει τρεις (3) ορμόνες:

α) την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη (FSH): που προκαλεί την ανάπτυξη των ωοθυλακίων.

β) την ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH): που προκαλεί την ωορρηξία και την ωχρινοποίηση των κυττάρων της κοκκώδους στιβάδας μετά την απελευθέρωση του ωαρίου.

γ) την προλακτίνη: που σχετίζεται τόσο με την γαλακτοφορία όσο και με την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου.<sup>7</sup>

### Στάδια ωοθυλακικής ανάπτυξης:

1. Αρχέγονο ωοθυλάκιο: Το ωάριο περιβάλλεται από στιβάδα επιπέδων ωοθηκικών κυττάρων.

2. Πρωτογενές ωοθυλάκιο: Τα ωοθυλακικά κύτταρα μετατρέπονται σε κυβοειδή.



3. Δευτερογενές ωοθυλάκιο: Τα ωοθυλακικά κύτταρα διατάσσονται το ένα επάνω στο άλλο σε περισσότερες στιβάδες.
4. Τριτογενές ωοθυλάκιο (κυστικό ωοθυλάκιο): Μεταξύ των ωοθυλακικών κυττάρων σχηματίζεται κοιλότητα που γεμίζει με υγρό.
5. Ωριμο ωοθυλάκιο: Το ωοθυλάκιο είναι ώριμο προς ωοθυλακιορρηξία

#### **Ωοθυλακιορρηξία:**

Το ώριμο προς ωοθυλακιορρηξία ωοθυλάκιο έχει διάμετρο 1-2 cm περίπου. Προβάλλει στην επιφάνεια της ωοθήκης. Μέσα στην κοιλότητα του ωοθυλακίου εκκρίνεται διαρκώς υγρό, έτσι ώστε αυξάνεται η πίεση μέσα στο ωοθυλάκιο. Το ωοθυλάκιο διατείνεται όλο και περισσότερο. Τελικά επέρχεται ρήξη της ελεύθερης επιφάνειας της ωοθήκης.

**Ωχρο σωματίο:** Ύστερα από την έκχυση του υγρού της κοιλότητας του ωοθυλακίου, το ρηχθέν ωοθήκιο συμπιέζεται από τους γειτονικούς ιστούς. Η κοκκώδης στιβάδα και το περίβλημα από συνδετικό ιστό παχύνονται και παίρνουν σταδιακά ωχροκίτρινο χρώμα (εξαιτίας της εναπόθεσης λιποειδών). Το ωχρο σωματίο τελικώς μετατρέπεται σε ενδοκρινή αδένα, ο οποίος εκκρίνει προγεστερόνη και μερικά οιστρογόνα.<sup>5</sup>

### 2.3 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΚΛΟΣ.

Όσα συμβαίνουν στο ενδομήτριο κατά τη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου, αναφέρονται ως ενδομήτριος κύκλος. Στον κύκλο αυτό διακρίνουμε τρεις φάσεις: την παραγωγική, την εκκριτική και την εμμηνορροσία.

**Παραγωγική φάση.** Η φάση αυτή βρίσκεται κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών των ωοθηκών. Αρχίζει μετά τη λήξη της εμμηνορροσίας και τελειώνει με την ωοθυλακιορρηξία.

Η παραγωγική φάση διακρίνεται στην αρχόμενη (από την 4η-9η ημέρα) και στην προχωρημένη (από την 9η-13η ημέρα).

**Εκκριτική φάση.** Η φάση αυτή βρίσκεται ουσιαστικά κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης του ωχρού σωματίου, αλλά και κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, που εξακολουθούν να παράγονται.

Η εκκριτική φάση αρχίζει με την ωοθυλακιορρηξία και τελειώνει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τη διακρίνουμε στην αρχόμενη (14η-19η ημέρα) και την προχωρημένη (25η-27η ημέρα) εκκριτική φάση.

**Εμμηνορρυσία.** Στην περίπτωση, που δεν συμβεί εγκυμοσύνη, τότε το ενδομήτριο της εκκριτικής φάσης χάνει την υποστήριξη του από το ωχρό σώματιο, που υποστρέφεται και την υποστήριξη των οιστρογόνων ορμονών, με αποτέλεσμα να ρικνωθεί. Έτσι, αυτό αποσπάται και πέφτει με τη μορφή αιμορραγίας. Την απόπτωση αυτής της λειτουργικής στιβάδας τη χαρακτηρίζουμε ως εμμηνορρυσία.<sup>6</sup>

#### 2.4 ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ.

Ο τράχηλος της μήτρας κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού γυναικείου κύκλου, παρουσιάζει κανονικές μεταβολές, από ανατομική και λειτουργική άποψη. Συγκεκριμένα τα κύτταρα του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις που αφορούν τη λειτουργική τους δραστηριότητα, που εκφράζεται με τις κανονικές, κυκλικές μεταβολές της ποσότητας, καθαρότητας, ρευστότητας νηματωειδούς εκτασιμότητας, κρυστάλλωσης και σύστασης της τραχηλικής βλέννης.<sup>1,10</sup>

#### 2.5 ΣΑΛΠΙΓΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ.

Οι σάλπιγγες, όπως η μήτρα, ο κόλπος και οι ωθήκες, υφίστανται κυκλικές μεταβολές στη διάρκεια του γυναικείου κύκλου, ως αποτέλεσμα της δράσης των γεννητικών στεροειδών ορμονών, για τις οποίες αποτελούν όργανα-στόχους.

Οι κυκλικές μεταβολές των σαλπίγγων αποσκοπούν στην εξασφάλιση των συνθηκών εκείνων, που αποβλέπουν στη δημιουργία των προϋποθέσεων που χρειάζονται για την παραλαβή του ωαρίου από την ωθήκη, τη συνάντησή του με τα σπερματοζώαρια, τη διατροφή των γαμετών και του ωού και τη μεταφορά του στην ενδομητρική κοιλότητα.<sup>1,10</sup>

## 2.6 ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ.

Στη διάρκεια του γυναικείου κύκλου, ο κόλπος παρουσιάζει ορισμένες κυκλικές μεταβολές, που αφορούν το pH του, τη μορφολογία και προέλευση των κυττάρων που αποφολιδώνονται, καθώς επίσης το pH του πρωτοπλάσματος τους και το βαθμό πύκνωσης των πυρήνων τους.<sup>1,10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### *Γονιμοποίηση και ανάπτυξη του εμβρύου.*

Η ανάπτυξη αρχίζει στη γονιμοποίηση όταν ένα σπερματοζωάριο ενώνεται με ένα ωάριο και σχηματίζει το ζυγώτη το πρώτο κύτταρο από το νέο ανθρώπινο οργανισμό. Ο ζυγώτης διαιρείται μιτωτικά και πολλές πολύπλοκες αλλαγές γίνονται προτού το αναπτυσσόμενο ανθρώπινο έμβρυο μπορεί να ζήσει μοναχό του.

Το ωάριο που ελευθερώνεται στην ωορρηξία διατηρεί τη δυνατότητα να γονιμοποιηθεί μέχρι και δώδεκα (12) ώρες αργότερα. Σπερματοζωάρια που είναι στο θηλυκό γεννητικό σύστημα διατηρούν την ικανότητά τους να γονιμοποιούν ωάρια μέχρι και σαράντα οκτώ (48) ώρες από τη στιγμή που αφήνονται εκεί. Επομένως η γόνιμη περίοδος κατά τη διάρκεια του γυναικείου εμμηνορρυσιακού κύκλου είναι περίπου εξήντα (60) ώρες. Αυτή η περίοδος διαφέρει σε κάθε γυναίκα αλλά γενικά ο πιο γόνιμος χρόνος είναι περίπου η 14η ημέρα μετά την αρχή της έμμηνου ρύσης σε ένα κανονικό κύκλο εικοσιοκτώ (28) ημερών.

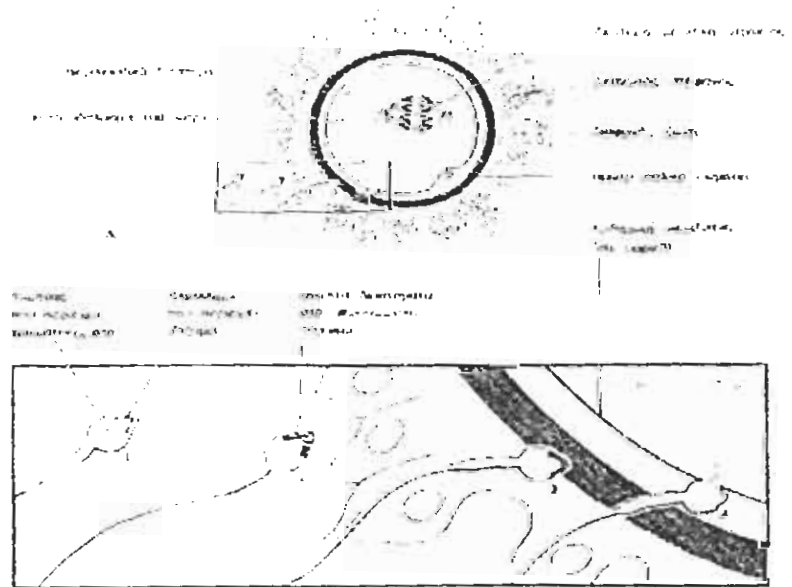
#### 3.1 ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.

Η γονιμοποίηση συνήθως γίνεται στο μέσο διεσταλμένο μέρος του ωαγωγού που ονομάζεται λήκυθος και είναι αποτέλεσμα από την ένωση ενός σπερματοζωαρίου με το ωάριο. Προτού γίνει η διεργασία αυτή το σπερματοζωάριο πρέπει να υποστεί μια φυσιολογική αλλαγή ή τροποποίηση που λέγεται ενεργοποίηση και μία δομική αλλαγή που λέγεται ακροσωμιακή αντίδραση. Η ενεργοποίηση μπορεί να είναι αποτέλεσμα από την αφαίρεση ενός προστατευτικού καλύμματος που περιβάλλει το σπερματοζωάριο. Κατά τη διάρκεια της ακροσωμιακής αντίδρασης μικρά ανοίγματα δημιουργούνται στο τοίχωμα του

ακροσώματος που είναι μία δομή σαν περίβλημα που σκεπάζει το μπροστινό μισό από το κεφάλι του σπερματοζωαρίου. Αυτά τα ανοίγματα επιτρέπουν να διαφεύγουν ένζυμα τα οποία ανοίγουν για το σπερματοζωάριο ένα μονοπάτι ανάμεσα από τον ακτινωτό στέφανο και τη διαφανή ζώνη που είναι γύρω από το ωάριο.

Η γονιμοποίηση μπορεί να συνοψιστεί στα ακόλουθα στάδια:

1. Το σπερματοζωάριο περνάει ανάμεσα από τον ακτινωτό στέφανο (τα κύτταρα που περιβάλλουν το ωάριο).
2. Το σπερματοζωάριο διέρχεται τη διαφανή ζώνη φτιάχνοντας ένα μονοπάτι με τη δράση ενζύμων που ελευθερώνονται από το ακρόσωμα.
3. Το κεφάλι του σπερματοζωαρίου κολλάει στην επιφάνεια του ωαρίου.
4. Το ωάριο αντιδρά στο σπερματοζωάριο που έρχεται σε επαφή μαζί του με δύο τρόπους: (α) η διαφανής ζώνη και η κυτταρική μεμβράνη του ωαρίου αλλάζουν ώστε να παρεμποδίζεται η είσοδος σε άλλα σπερματοζωάρια και (β) το δευτερογενές ωοκύτταρο τελειώνει τη δεύτερη μειωτική διαίρεση του και διώχνει το δεύτερο πολικό σώμα. Το ωάριο είναι τώρα εντελώς ώριμο και ο πυρήνας του καλείται θηλυκός προπυρήνας
5. Το κεφάλι του σπερματοζωαρίου μεγεθύνεται και σχηματίζει τον αρσενικό προπυρήνα. Η ουρά του σπερματοζωαρίου εκφυλίζεται
6. Ο αρσενικός και θηλυκός προπυρήνας ενώνονται στο κέντρο του ωαρίου όπου έρχονται σε επαφή, χάνουν τις πυρηνικές τους μεμβράνες και τα χρωματοσώματά τους ανακατεύονται.<sup>8</sup>



Εικόνα 2

Β. Διαγράμματα που δείχνουν την γονιμοποίηση. φαίνονται οι ακροσωματική αντίδραση και η διείσδυση του σπερματοζωαρίου στο ωάριο. Η λεπτομέρεια της περιοχής Α σχεδιάστηκε στο Β διάγραμμα: (1) σπερματοζωάριο κατά διάρκεια της ενεργοποίησής του, (2) σπερματοζωάριο υφιστάμενο την ακροσωματική αντίδραση, (3) σπερματοζωάριο που ανοίγει μόνο του ένα μονοπάτι με την δράση των ενζύμων που απελευθερώνονται από το ακρόσωμα, (4) κεφάλι του σπερματοζωαρίου που συνενώνεται με το ωάριο

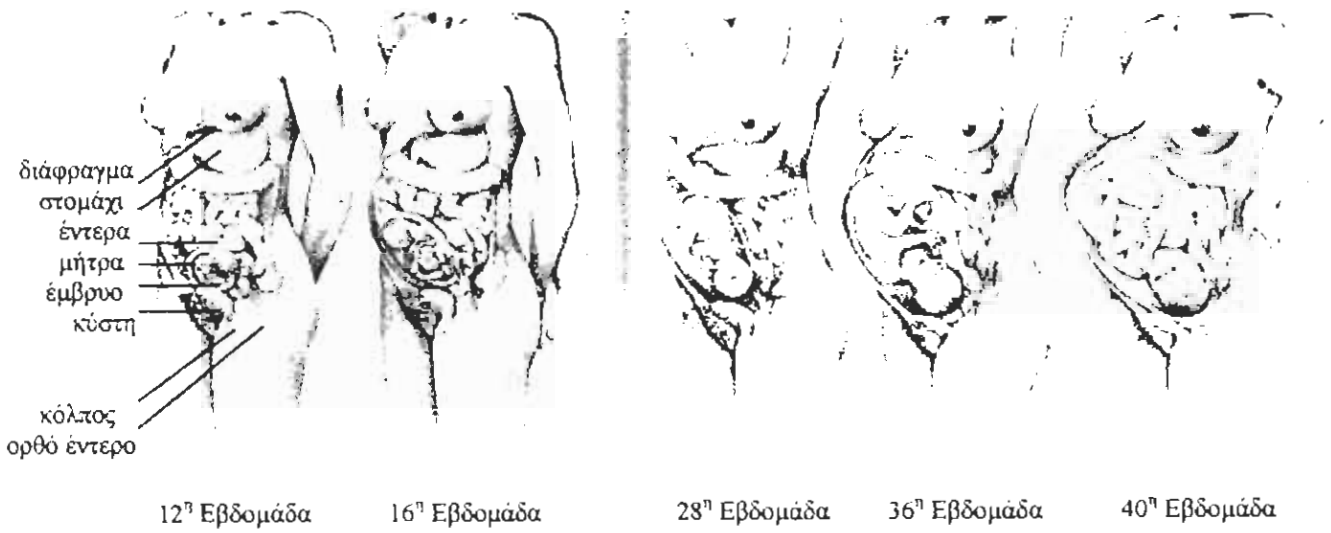
3.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ.<sup>6</sup>

Ηλικία της κύησης.	Αδρή περιγραφή της σωματικής διάπλασης του εμβρύου.
3η εβδομάδα	Σύλληψη, προοδευτική διαίρεση κυττάρων, μορίδιο, βλαστίδιο. Εμβρυϊκός δίσκος: τρεις στιβάδες- εξώδερμα- μεσόδερμα, ενδόδερμα. Η τροφοβλάστη εισχωρεί στο ενδομήτριο. Πρώιμη διαφοροποίηση αρχικών στιβάδων.
4η εβδομάδα	Ο εμβρυϊκός σάκος έχει διάμετρο 2-3 εκατοστά. Ξεχωρίζει η καρδιά του εμβρύου, τα πόδια και τα χέρια του.
6η εβδομάδα	Η κεφαλή του εμβρύου είναι μεγαλύτερη από το σώμα του. Ξεχωρίζουν καλύτερα τα άκρα του και εμφανίζονται τα αφτιά του
9η εβδομάδα	Διακρίνεται καλύτερα η κεφαλή του, τα κλειστά μάτια του, το στόμα του, τα χείλη του και τα γεννητικά του όργανα. Η κεφαλή του, τότε, είναι όσο το μισό έμβρυο. Ύστερα, η αύξησή της ελαττώνεται σημαντικά σε σύγκριση με το υπόλοιπο σώμα του. Τα κάτω άκρα του είναι κοντά.
12η εβδομάδα	Έχουν σχηματισθεί τα νύχια του, διακρίνεται το φύλο του, τα άνω άκρα φτάνουν στο κανονικό τους για την ηλικία μήκος, ενώ τα κάτω είναι βραχύτερα, το δέρμα του είναι λεπτό και κάτω από αυτό διαγράφονται τα αγγεία του.
14η εβδομάδα	Η κεφαλή του ορθώνεται και τα κάτω άκρα μακραίνουν περισσότερο.
16η εβδομάδα	Εμφανίζονται τρίχες στην κεφαλή του, τα αφτιά του απομακρύνονται από αυτή, τα κάτω άκρα του μακραίνουν, ώστε να είναι στην ίδια σχέση με τα πάνω, και ξεχωρίζει καλά το φύλο του. Ανάμεσα στην 14η ως τη 16η εβδομάδα η ανάπτυξη του εμβρύου είναι πιο γρήγορη.
18η εβδομάδα	Μεγαλώνουν τα νύχια του και τα δάχτυλα των ποδιών του.

20ή εβδομάδα	Σκεπάζεται με χνούδι και με σμήγμα, ακούγονται οι καρδιακοί παλμοί και, κάποτε, διακρίνονται οι αναπνευστικές κινήσεις του, κλωτσάει, γεννιέται ζωντανό, αλλά δεν κλαίει, ούτε είναι βιώσιμο. Ανάμεσα στην 18η ως την 20ή εβδομάδα η ανάπτυξη του εμβρύου επιβραδύνεται.
24η εβδομάδα	Μεγαλώνουν τα νύχια του, το λίπος απλώνεται σ'όλη την επιφάνεια του σώματός του, γίνεται πιο λεπτό και το δέρμα του είναι κοκκινωπό και ρυτιδωμένο. Αν γεννηθεί, κινείται, αναπνέει, αλλά δεν είναι βιώσιμο.
28η εβδομάδα	Τα μάτια του ανοίγουν και έχει βλεφαρίδες, φαίνονται τα χείλη του αιδοίου, αν είναι κορίτσι, και οι όρχεις στους βουβωνικούς πόρους, αν είναι αγόρι. Τα μαλλιά στην κεφαλή του μεγαλώνουν, το δέρμα του είναι λιγότερο ρυτιδωμένο, ρόδινο και, αν γεννηθεί, αναπνέει, κινείται, κλαίει, ανοίγει τα μάτια του και είναι δυνατό να ζήσει, αν και ο κίνδυνος θανάτου είναι μεγάλος.
32η εβδομάδα	Τα νύχια του έχουν φτάσει ως τις κορυφές των δαχτύλων, το δέρμα του είναι ρόδινο και μαλακό και το σώμα του στρογγυλεύει.
36η εβδομάδα	Το χνούδι του δέρματος εξαφανίζεται, το δέρμα γίνεται ωχρό, ο ομφαλός του βρίσκεται στο κέντρο της κοιλιάς, γεννιέται ζωντανό, αλλά έχει ανάγκη από φροντίδες, για να επιζήσει.
38η εβδομάδα	Το στήθος του προβάλλει, οι μαστοί του διαγράφονται, οι όρχεις κατεβαίνουν στο όσχεο ή βρίσκονται ακόμη στο βουβωνικό πόρο και τα νύχια του ξεπερνάνε τις άκρες των δαχτύλων. Ανάμεσα στην 30ή ως την 38η εβδομάδα τα περισσότερα έμβρυα παχαιίνουν και χάνουν τις ρυτίδες του δέρματος.
40ή εβδομάδα	Το δέρμα του είναι ρόδινο, φέρνει άφθονο σμήγμα, η κεφαλή του καλύπτεται από σκούρες τρίχες και έχει χνούδι μόνο στους ώμους και στις ωμοπλάτες. Η διάπλαση των διαφόρων συστημάτων έχει συμπληρωθεί.



Εικόνα 3  
Έκτη Εβδομάδα



Εικόνα 4



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### *Εγκυμοσύνη.*

#### 4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.

Εγκυμοσύνη είναι το χρονικό διάστημα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας που αρχίζει με την γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Λέγεται και κύηση ή κυοφορία.<sup>6</sup>

#### 4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.

**Αμηνόρροια.** Το πρώτο σημάδι της εγκυμοσύνης είναι σχεδόν πάντοτε η απουσία περιόδου ή αμηνόρροια. Ύστερα από τη γονιμοποίηση του ωαρίου, η γυναίκα σταματά να δημιουργεί νέα ωάρια και αυτό γίνεται με ορμονική ρύθμιση.<sup>16</sup>

**Ναυτία και έμετοι.** Η αύξηση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης δημιουργεί γαστρεντερικές διαταραχές, όπως ανορεξία, ναυτία και εμετό. Τα συμπτώματα αυτά, βέβαια σε ελαφριά μορφή, παρουσιάζονται και σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά δισκία. Παρ'όλο ό'τι αυτή η συμπτωματολογία κλασικά περιγράφεται ως πρωινή αδιαθεσία, επειδή γίνεται αντιληπτή το πρωί με το σήκωμα από το κρεβάτι, μπορεί να παρουσιαστεί και τις απογευματινές ώρες. Τα ενοχλήματα είναι πιο εμφανή στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και υποχωρούν ή εξαφανίζονται με την πρόοδο της εγκυμοσύνης.<sup>9</sup>

**Μεταβολές των μαστών.** Συνήθως, οι μεταβολές στους μαστικούς αδένες εμφανίζονται μετά την έκτη(6η) εβδομάδα.

- α) Βαθμιαία και ομοιόμορφη αύξηση του όγκου των μαστικών αδένων.
- β) Οι μαστοί προοδευτικά αποκτούν σύσταση συμπαγή, τα επιπολής φυσιολογικά αγγεία του δέρματος αυτών γίνονται περισσότερο ευδιάκριτα.
- γ) Κυκλικά γύρω από τη θηλή του μαστού, εναποτίθεται μελαγχρωστική, σε έκταση περίπου ταλίρου, παρουσιάζει χροιά καστανή και έτσι ονομάζεται άλως.

δ) Διόγκωση των λεγόμενων «φυματίων» του MONTGOMERY. Αυτά είναι μικρές προεξοχές του δέρματος γύρω από τη θηλή και διογκώνεται περίπου την δέκατη έκτη (16η) εβδομάδα της κύσεως.<sup>13</sup>

**Μεταβολές στην ούρηση.** Οι μεταβολές στην ούρηση γίνονται αισθητές από την αρχή της εγκυμοσύνης με τη μορφή συχνουρίας και εξηγούνται από το γεγονός, ότι η ουροδόχος κύστη υφίσταται πίεση από τη μήτρα που μεγαλώνει.

**Σκιρτήματα.** Η έγκυος αισθάνεται τις κινήσεις του εμβρύου γύρω στην 22η εβδομάδα, αν είναι πολυτόκος. Στην αρχή αισθάνεται μικρές κινήσεις, που δεν αναγνωρίζονται εύκολα. Πολλές έγκυες τις περιγράφουν χαρακτηριστικά σαν φτερούγισμα πουλιού.

**Ψυχοσωματικά συμπτώματα.** Παρατηρούνται αρκετά συχνά στην αρχή της εγκυμοσύνης συμπτώματα που χαρακτηρίζονται ως ψυχοσωματικά, όπως εύκολη κόπωση, διάχυτοι πόνοι, αϋπνία και εκνευρισμός.

**Εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός.** Με τη χρησιμοποίηση του κλασσικού μαιευτικού κοιλιοσκοπίου ο καρδιακός ρυθμός του εμβρύου γίνεται αντιληπτός μεταξύ 20ής-24ης εβδομάδας της κύησης.

**Διόγκωση της μήτρας.** Είναι δυνατή η διάγνωση της εγκυμοσύνης με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση περίπου την έκτη (6η) εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Με τη μαλακότητα και τη διόγκωση, που παρουσιάζει. Επίσης είναι δυνατό να διαπιστωθεί μια ασύμμετρη ανάπτυξη στο σώμα της, εκεί που αντιστοιχεί η εγκατάσταση του εμβρύου (σημείο Dickinson). Λίγο αργότερα περίπου την όγδοη (8η) εβδομάδα εμφανίζεται η μαλακότητα κατά τον ισθμό της μήτρας (σημείο Hegar), ενώ η σφαιρικότητα της μήτρας γίνεται αντιληπτή κατά τη δωδέκατη (12η) εβδομάδα (σημείο Noble) και, τέλος, η μεγάλη πα ασύμμετρη διόγκωση γίνεται φανερή κατά τη 14η εβδομάδα (σημείο Piscasek).<sup>9</sup>

#### **Μεταβολές της κοιλιάς και του δέρματος.**

α) Αύξηση της διαμέτρου αυτής, λόγω μεγενθύσεως της μήτρας, η οποία προέρχεται από τη συνεχή και καθημερινή ανάπτυξη του εμβρύου.

β) Εμφάνιση ραβδώσεων στα κοιλιακά τοιχώματα. Αυτές δημιουργούνται λόγω συνέπειας της προοδευτικής αύξησης του όγκου της κοιλιάς, έτσι τα τοιχώματα της

κοιλιάς να μεγαλώνουν, με αποτέλεσμα να επέρχεται κατά τόπους ρήξη ελαστικών ινών του δέρματος και σχηματισμός ελαστικών ραβδώσεων. Αρχικά αυτές έχουν χρώμα ρόδινο και κατόπι γίνονται λευκές.

γ) Εναπόθεση χρωστικής επί της λευκής γραμμής και γύρω από τον ομφαλό. Αυτή συνήθως εμφανίζεται στις πρωτότοκες και αποτελεί διαγνωστικό σημείο κύησης.<sup>13</sup>

#### 4.2.1 Εργαστηριακά βοηθήματα.

α) Υπέρηχοι. Συσκευές υπερήχων υψηλής τεχνολογίας με έμπειρους χειριστές μπορεί να διαγνώσουν τη κύηση με την ανεύρεση του εμβρυϊκού σάκου από την έκτη (6η) εβδομάδα, την ύπαρξη εμβρυϊκής ζωής, το μήκος και την ανάπτυξη του εμβρύου.<sup>9</sup>

β) ανοσοβιολογικές δοκιμασίες. Αυτές βασίζονται στο ανοσοβιολογικό φαινόμενο της αναστολής αιμοσυγκολλησεως σε παρουσία γονοδοτρόπων ορμονών (hCG), στα ούρα. Χρησιμοποιούνται έτοιμα ερυθρά αιμοσφαίρια ειδικά επεξεργασμένα με γοναδοτρόπους ορμόνες τα οποία αναμιγνύονται με τα ούρα που είναι για εξέταση και με αντισώματα γοναδοτρόπων ορμονών. Σε θετική αντίδραση στο πυθμένα του σωληναρίου μετά 24ωρον σχηματίζεται δακτύλιος από τα καθιζάνοντα ερυθρά αιμοσφαίρια.

Οι ανοσοβιολογικές δοκιμασίες δίδουν θετικά αποτελέσματα της κύησης μετά την 21ην ημέρα αυτής, δηλαδή μια εβδομάδα μετά την καθυστέρηση της έμμηνης ρύσης, ενώ οι βιολογικές δοκιμασίες δίδουν θετικό αποτέλεσμα μια εβδομάδα αργότερα δηλαδή δύο εβδομάδες μετά την καθυστέρηση της έμμηνης ρύσης.<sup>13</sup>

#### 4.2.2 Αβέβαια ή πιθανά σημεία κύησης.

- Αμηνόρροια μπορεί να οφείλεται και σε άλλες διαταραχές του ωθητικού κύκλου.
- Μεταβολή στο σχήμα και στο μέγεθος της μήτρας μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων.
- Ναυτία και έμετος μπορεί να οφείλονται σε ψυχογενή ή άλλα αίτια.
- Το μητρικό χλόασμα μπορεί να οφείλεται σε διαταραχές των επινεφριδίων και του συκωτιού.
- Η διόγκωση των μαστών μπορεί να οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές.

Η διόγκωση του υπογαστρίου μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων.

#### 4.2.3 Βέβαια διαγνωστικά σημεία κύησης.

- Τα σκιρτήματα του εμβρύου.
- Οι καρδιακοί παλμοί.
- Η υπερηχογραφική απεικόνισή του.
- Η ψηλάφηση των μελών του.
- Η ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου.
- Το μητρικό φύσημα και το φύσημα της ομφαλίδας.
- Η εσωτερική και εξωτερική αντιτυπία.<sup>4</sup>

#### 4.3 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.

**Ιστορικό.** Στην πρώτη συνάντηση του γιατρού με την έγκυο είναι απαραίτητη η λήψη ενός λεπτομερειακού ιστορικού. Η σημασία του ιστορικού αυτού είναι καθοριστική για την παραπέρα σωστή παρακολούθηση και αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης.<sup>9</sup>

Στην αρχή της εξέτασης πρέπει να καταγράφονται με λεπτομέρεια τα στοιχεία που αναφέρονται στο όνομα, την ηλικία, τη συζυγική κατάσταση και το επάγγελμα. Το ιστορικό πρέπει να αναφέρεται λεπτομερώς στην παρούσα εγκυμοσύνη, στο προηγούμενο παθολογικό μαιευτικό και γυναικολογικό ιστορικό, καθώς και στο προηγούμενο παθολογικό και χειρουργικό ιστορικό. Πρέπει να σημειώνεται κάθε προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, όπως και η πρόσφατη μέθοδος αντισύλληψης. Ερωτήσεις επίσης, που συνήθως ξεχνιούνται, είναι όσες αναφέρονται στην κοινωνική κατάσταση, το κάπνισμα και την κατανάλωση οινόπνευματων ποτών.<sup>17</sup>

Όλες αυτές οι πληροφορίες, αφού αξιολογηθούν κατάλληλα, θα διευκολύνουν τη σωστή αντιμετώπιση των διάφορων προβλημάτων που τυχόν θα εκδηλωθούν στη διάρκεια της κύησης, ενώ παράλληλα θα βοηθήσουν στη σωστή εκλογή του τρόπου και χρόνου διεξαγωγής του τοκετού.<sup>9</sup>

- **Παρούσα μαιευτική κατάσταση:** Προσδιορίζεται η πιθανή ημερομηνία τοκετού από την τελευταία εμμηνορρυσία, και καταγράφονται τα κυριότερα συμπτώματα της εγκυμοσύνης (δευτεροπαθής αμηνόρροια, ναυτία και έμετοι, πύρωση του στομάχου, κεφαλαλγίες, μαστοί ευαίσθητοι με αυξημένη χρώση της περιθλαϊας άλω, συχνουρία και δυσκοιλιότητα, αύξηση βάρους και οιδήματα)
- **Μαιευτικό ιστορικό:** Καταγράφονται πληροφορίες από προηγούμενες εγκυμοσύνες και τοκετούς, σχετικές προς την μητέρα και το έμβρυο.
- **Παθολογικό ιστορικό:** Σημειώνονται οι παθήσεις της μητέρας, που μπορούν να επηρεάσουν την ίδια και το έμβρυο στην παρούσα εγκυμοσύνη.
- **Χειρουργικό ιστορικό:** Κυρίως κύστεις ωοθηκών, ινομύωματα, καρκίνος τραχήλου (δυσκολίες στη διάγνωση και τη θεραπεία).<sup>17</sup>

**Κλινική εξέταση.** Η έγκυος στην πρώτη επίσκεψη εξετάζεται κατά συστήματα και στη συνέχεια εκτελείται η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση. Επίσης γίνεται επισκόπηση του τραχήλου και λήψη κολπικού επιχρίσματος για κυτταρολογική εξέταση και μικροβιολογικό έλεγχο. Παρέκκλιση από τον κανόνα οδηγεί πολλές φορές σε διαγνωστικές παραλείψεις, που μπορεί να αποκαλυφθούν στο τέλος της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού με δυσάρεστες συνέπειες. Παραδείγματα τέτοιων παραλείψεων αποτελούν οι διάφοροι ενδοπυελικοί όγκοι, οι ανωμαλίες διάπλασης του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας κ.ά.

Μετά τον τρίτο (3ο) μήνα η μήτρα ψηλαφείται από τα κοιλιακά τοιχώματα, απ' όπου μπορεί να ελεγχθεί η σύσταση και το μέγεθός της. Ακόμη ελέγχονται η διαμόρφωση της οστέινης πυέλου και οι διαστάσεις της με εξωτερική πυελομέτρηση, που γίνεται με το απλό πυελόμετρο του Martin και τη γυναικολογική εξέταση.

Σε κάθε επίσκεψη παρακολουθείται η αρτηριακή πίεση, το σωματικό βάρος της μητέρας και οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου. Επίσης με την ψηλάφηση της κοιλιάς μετά τη τριακοστή (30ή) εβδομάδα καθορίζονται το σχήμα και η προβολή του εμβρύου (χειρισμοί Leopold). Παράλληλα συζητούνται τα διάφορα προβλήματα της εγκύου και ελέγχεται η εφαρμογή των διαφόρων οδηγιών, που έχουν δοθεί σ' αυτήν.<sup>9</sup>

**Εργαστηριακές εξετάσεις.** Ο εργαστηριακός έλεγχος της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει:

**Εξέταση ούρων.** Με τη γενική εξέταση ούρων διερευνάται η ύπαρξη λευκώματος, ζαχάρου, ουροχολίνης και παθολογικών μικροσκοπικών στοιχείων, όπως πυοσφαιρίων, ερυθρών αιμοσφαιρίων, κυλίνδρων κ.λ.π.

Με την καλλιέργεια των ούρων διερευνάται η ύπαρξη λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος. Η παρουσία παθογόνων οργανισμών σε αναλογία μεγαλύτερη από 100.000 ανά κυβικά εκατοστά είναι ενδεικτική σημαντικής βακτηριουρίας. Η εξέταση ούρων, ακόμη και όταν είναι φυσιολογική, επιβάλλεται να εκτελείται σε κάθε επίσκεψη της εγκύου, ως εξέταση ρουτίνας.<sup>6,17</sup>

**Καταμέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων, προσδιορισμός αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης.** Οι εξετάσεις αυτές είναι απαραίτητες από τις πρώτες επισκέψεις για την αποκατάσταση αναιμιών πριν από το τέλος της εγκυμοσύνης

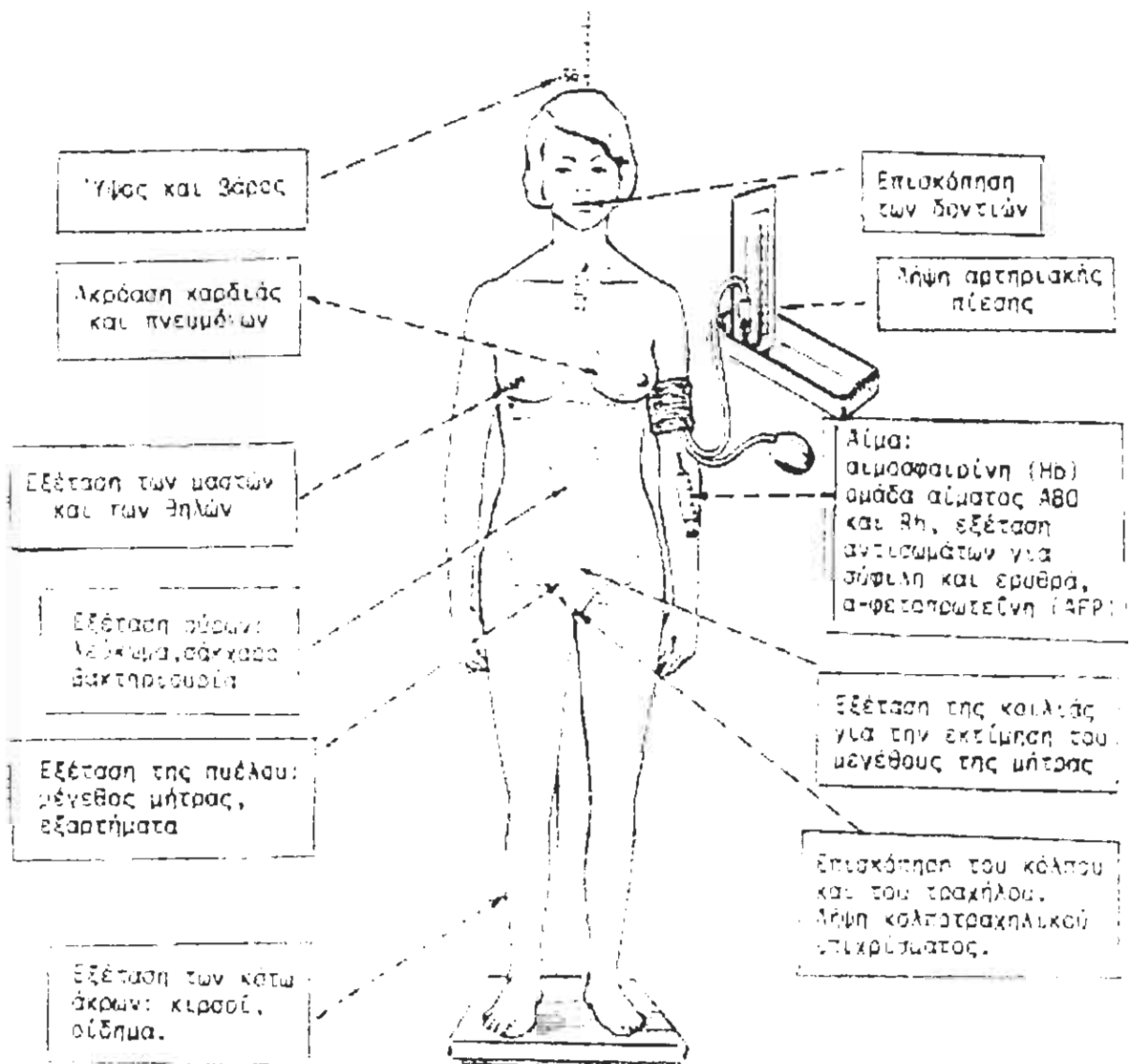
**Προσδιορισμός ομάδας αίματος.** Αυτός κρίνεται απαραίτητος από την πρώτη επίσκεψη για την έγκαιρη αντιμετώπιση έκτακτων αιμορραγικών επιπλοκών της εγκυμοσύνης και του τοκετού, και γίνεται μόνο μία φορά.

**Προσδιορισμός παράγοντα Rhesus.** Ο προσδιορισμός αυτός είναι απαραίτητος από την αρχή της εγκυμοσύνης και γίνεται μόνο μία φορά. Σε περίπτωση, που η έγκυος βρεθεί Rhesus αρνητική και ο σύζυγός της Rhesus θετικός, επιβάλλεται η εκτέλεση έμμεσης αντίδρασης Coombs.

**Αντίδραση κατά Wasserman-Kahn.** Η αντίδραση είναι απαραίτητη στην εγκυμοσύνη, για τον έλεγχο υπάρχουσας σύφιλης και για την έγκαιρη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Συστήνεται από τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και επαναλαμβάνεται σε περίπτωση, που θα βγει θετική και ακολουθήσει θεραπεία της πάθησης για τον έλεγχο της πορείας της.

**Άλλες ειδικές εξετάσεις.** Άλλες εξετάσεις, που πρέπει να εκτελούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η αναζήτηση αυστραλιανού αντιγόνου και αντισωμάτων ερυθράς, η ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης και σε ειδικές περιπτώσεις: α) η τριπλή δοκιμασία (προσδιορισμός AFP, οιστριόλης και β-HCG), για την ανίχνευση ανωμαλιών του νοτιαίου σωλήνα ή σύνδρομο Down, που πρέπει να

γίνεται την δέκατη έκτη (16η) ως την εικοστή δεύτερη (22η) εβδομάδα, β) ο υπερηχογραφικός έλεγχος για τη διάγνωση συγγενών ανωμαλιών (18η-22η εβδομάδα), γ) η καμπύλη ζαχάρου στις αρχές της εγκυμοσύνης σε παχύσαρκες, σε εγκύους ηλικίας πάνω από τριάντα (30) ετών, σε τοκετό προηγούμενου υπέρβαρου νεογνού, σε προηγούμενο εμβρυϊκό θάνατο και σε επιβαρημένο κληρονομικό αναμνηστικό, δ) ο έλεγχος για HIV (AIDS) μετά ενημέρωση της εγκύου και εφ' όσον αυτή ανήκε στην ομάδα υψηλού κινδύνου και ε) άλλες ειδικές εξετάσεις σε περίπτωση επιπλοκών της εγκυμοσύνης.<sup>6</sup>



Εικόνα 5

#### 4.4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ.

Η έγκυος θα πρέπει να παρακολουθείται από το γιατρό κάθε τριάντα (30) ημέρες μέχρι την εικοστή έκτη (26η) εβδομάδα, κάθε δεκαπέντε (15) ημέρες μέχρι την τριακοστή έκτη (36η) εβδομάδα και κάθε εβδομάδα μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης.

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

- Αιμορραγία από τον κόλπο (απειλούμενη έκτρωση).
- Απώλεια υγρών (πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων).
- Πόνοι στην οσφύ και το υπογάστριο.
- Ολιγουρία (πιθανή προεκλαμψία).
- Πονοκέφαλοι.
- Οίδημα στα χέρια, τα πόδια (πιθανή εκλαμψία).<sup>6</sup>

#### 4.5 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.

Η μέση διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 266 ημέρες με ανώτατο όριο 293 και κατώτατο 230. Πρακτικά, για να βρούμε την ημερομηνία του τοκετού προσθέτουμε οκτώ (8) ημέρες στην πρώτη ημέρα της εμμηνορρυσίας και ένα έτος και αφαιρούμε τρεις μήνες. Αν π.χ. η έγκυος αναφέρει ως πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας την τετάρτη (4η) Δεκεμβρίου, θα περιμένουμε τον τοκετό ως τη δωδεκάτη (12η) Σεπτεμβρίου της άλλης χρονιάς. Άλλος τρόπος προσδιορισμού της διάρκειας της εγκυμοσύνης είναι ο νόμος του Nagele, που προσθέτει επτά (7) ημέρες στην πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας.<sup>6</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### *Φυσιολογία της κύησης.*

Από την εγκατάσταση του ωαρίου μέχρι το τέλος της κύησης η επίτοκος παρουσιάζει μεταβολές τόσο κατά την μορφολογία του σώματος όσο και κατά την λειτουργία των διαφόρων συστημάτων της. Με σειρά εμφάνισης οι μεταβολές είναι: α) επώδυνη διόγκωση μαστών, ευαισθησία θηλών β) άλγος στο υπογάστριο όπως σε αναμενόμενη έμμηνη ρύση γ) αμηνόρροια, τάση προς έμετο, έμετος, σπανιότερη αύξηση της όρεξης, δ) αίσθημα μετεωρισμού, τόσο ο μετεωρισμός όσο και οι έμετοι οφείλονται σε αντίδραση από το νευροφυτικό σύστημα, ενώ η διόγκωση των μαστών οφείλεται σε υπεροιστρογοναιμία. Με την πρόοδο της κύησης παρουσιάζεται ε) υπέρχρωση των θηλών των μαστών, της λευκής γραμμής κάτω του ομφαλού των μικρών χειλέων, στ) αύξηση του βάρους του σώματος από κατακράτηση ύδατος, ζ) αύξηση της διαμέτρου της κοιλιάς, που οφείλεται σε αύξηση του μεγέθους της μήτρας.<sup>20</sup>

Η μήτρα κατά την 12η εβδομάδα πάνεται πάνω από την ηβική σύμφυση. Τη 16η εβδομάδα ο πυθμένας της βρίσκεται μεταξύ ηβικής σύμφυσης και ομφαλού. Την 28η εβδομάδα ο πυθμένας της βρίσκεται τρία δάχτυλα πάνω από τον ομφαλό. Την 36η εβδομάδα ο πυθμένας της βρίσκεται κάτω από την ξιφοειδή απόφυση. Στο σημείο αυτό παραμένει ως την εμπέδωση. Ύστερα, ψηλαφάται δύο δάχτυλα κάτω από την ξιφοειδή απόφυση.<sup>6</sup>

Από τα άλλα συστήματα είναι δυνατόν να παρουσιασθούν διαταραχές της όρασης από διόγκωση της υπόφυσης, διόγκωση του θυροειδούς, επιδείνωση κίρσικου συνδρόμου, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, συχνουρία από πίεση της ουροδόχου κύστης από τη μήτρα της εγκύου, οσφυαλγία ή και λόρδωση της σπονδυλικής στήλης.<sup>20</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### *Η εμβρυοπλακουντιακή μονάδα.*

#### 6.1 ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Ο πλακούντας είναι το μέρος του κυήματος που αναλαμβάνει τη διατροφή του εμβρύου. Αποτελεί πάχυνση του εμβρυοθυλακίου που περιβάλλει το έμβρυο.<sup>6</sup>

Δημιουργείται από μητρογενείς και εμβρυογενείς υμένες. Το σχήμα του πλακούντα είναι δισκοειδές, με δύο επιφάνειες την έσω (εμβρυϊκή) και έξω (μητρική) και μια περιφέρεια. Ο πλακούντας σχηματίζεται από την ένατη (9η) έως την δέκατη τρίτη (13η) εβδομάδα και τελειοποιείται στο τέλος του τρίτου μήνα. Η διάμετρος ενός ώριμου πλακούντα είναι δεκαοκτώ (18) έως είκοσι δύο (22) εκατοστά, το πάχος του τρία με τέσσερα (3-4) εκατοστά και το βάρος του 500 έως 1000 γραμμάρια.

Η έσω επιφάνεια καλύπτεται από το άμνιο και είναι λεία. Η έξω έρχεται σε επαφή με το τοίχωμα της μήτρας και διαχωρίζεται σε κοτυλιδόνες (περίπου 20). Η κάθε κοτυλιδόνη αποτελείται από δώδεκα με είκοσι (12-20) λάχνες. Κάθε κοτυλιδόνη έχει δικό της αγγειακό μίσχο από μητροπλακούντιες αρτηρίες και φλέβες. Μεταξύ της εμβρυογενούς και μητρογενούς μούρας του πλακούντα σχηματίζεται η αιμολίμνη.

Η κυκλοφορία του πλακούντα διακρίνεται σε εμβρυϊκή και μητρική, οι δύο αυτές κυκλοφορίες είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους και το αίμα τους δεν αναμιγνύεται. Οι κυριότερες λειτουργίες που επιτελεί ο πλακούντας είναι σχετικές με:

- Την αναπνοή του εμβρύου: όταν μειωθεί η αναπνευστική λειτουργία του τότε επακολουθεί ο τοκετός.
- Την απεκκριτική λειτουργία: συγκεντρώνει βιταμίνες, πρωτεΐνες, λιπίδια και γλυκερίδια για το έμβρυο. Επίσης ο πλακούντας καλύπτει και τις ανάγκες σε ένζυμα.<sup>20</sup>

## 6.2 ΟΜΦΑΛΙΟΣ ΛΩΡΟΣ.

Ο ομφάλιος λώρος είναι ο αγγειακός μίσχος που συνδέει τον πλακούντα με το έμβρυο για να του εξασφαλίσει τη διατροφή του. Περιέχει τις δύο ομφαλικές αρτηρίες και την ομφαλική φλέβα. Ανάμεσα στα αγγεία παρεμβάλλεται η βαρθώνειος ουσία, η οποία παρεμποδίζει τη συμπίεση των αγγείων. Το μήκος του ομφάλιου λώρου κυμαίνεται από πέντε (5) εκατοστά μέχρι εκατόν πενήντα (150) εκατοστά, κατά μέσο όρο είναι πενήντα (50) εκατοστά και η διάμετρος του 1-3 εκατοστά.<sup>9</sup>

## 6.3 ΕΜΒΡΥΪΚΟΙ ΥΜΕΝΕΣ.

Αυτοί αποτελούν σάκους μέσα στους οποίους περικλείεται το κύημα. Οι σάκοι αυτοί σχηματίζουν το εμβρυοθυλάκιο και επειδή προέρχονται από το γονιμοποιημένο ωάριο λέγονται εμβρυογενείς υμένες, σε αντίθεση με το φθαρτό που λέγεται μητρογενής υμένας. Τους διακρίνουμε σε:

- Χόριο που είναι το εξωτερικό κάλυμμα του εμβρυοθυλακίου.
- Άμνιο που αποτελεί το εσωτερικό κάλυμμα του εμβρυοθυλακίου και η εσωτερική του επιφάνεια έρχεται σε επαφή με το αμνιακό υγρό.

Οι λειτουργίες που επιτελούν οι εμβρυϊκοί υμένες είναι

- Παράγουν και διατηρούν το αμνιακό υγρό.
- Αποθηκεύονται σ' αυτούς εκκρίματα και απεκκρίματα του εμβρύου.
- Επιτρέπουν τη διόδο ύδατος ανάμεσα στο αμνιακό υγρό και τη μητέρα.<sup>6</sup>

## 6.4 ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ.

Λέγεται το περιεχόμενο της αμνιακής κοιλότητας. Μέσα σε αυτό κολυμπάει το έμβρυο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η παραγωγή του αρχίζει τέσσερις (4) έως πέντε (5) ημέρες μετά τη γονιμοποίηση και στην δέκατη έκτη (16η) εβδομάδα το έμβρυο μπορεί να περιστρέφεται άνετα μέσα σ' αυτό. Μετά την εικοστή (20ή) εβδομάδα προσθέτονται και τα ούρα του εμβρύου. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης η ποσότητα του είναι ένα (1) λίτρο. Όταν η ποσότητα του αυξηθεί τότε έχουμε

πολύαμνιο, στην αντίθετη περίπτωση ολιγάμνιο. Η σύσταση του είναι: 98% από νερό, 1% από ανόργανα άλατα και 1% από οργανικά άλατα.

Το αμνιακό υγρό:

- Προστατεύει το έμβρυο και τον ομφάλιο λώρο από εξωτερικές μηχανικές επιδράσεις.
- Επιτρέπει την ανάπτυξη και την άνετη κίνηση του εμβρύου.
- Διατηρεί σταθερή τη θερμοκρασία στο έμβρυο.
- Προστατεύει το έμβρυο από ενδομήτριες λοιμώξεις.
- Συμβάλλει στην εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας στον τοκετό και στην ομαλή διαστολή του τραχυλικού στομίου.
- Αποτελεί θρεπτικό υλικό για το έμβρυο.
- Υφηνγραινεί μετά τη ρήξη των υμένων το γεννητικό σωλήνα για την εύκολη έξοδο του εμβρύου.
- Έχει μεταβολικές και ανοσοποιητικές ιδιότητες.<sup>6</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### *Προγεννητικός έλεγχος.*

Με τον προγεννητικό έλεγχο επιτυγχάνεται με ασφάλεια και αποτελεσματικές μεθόδους, η έγκαιρη ενδομήτρια διάγνωση ορισμένων γενετικών παθήσεων του εμβρύου. Η έγκαιρη αυτή διάγνωση προσφέρει τη δυνατότητα στους γονείς να αποκτήσουν ένα υγιές παιδί, ενώ παράλληλα τους προφυλάσσει από 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 οικογενειακά 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 στέρωση.<sup>10</sup>

#### Μέθοδοι εφαρμογής του προγεννητικού ελέγχου.

##### **A.** Άμεσες (στο έμβρυο)

1. Αμνιοπαρακέντηση.
2. Εμβρυοσκόπηση.
3. Αιμοληψία από 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) εμβρυϊκά κύτταρα.

β) ανίχνευση και ποσοτικός προσδιορισμός αντισωμάτων.

γ) προσδιορισμός ορμονών.

δ) προσδιορισμός διαφόρων ουσιών.

2. Στα ούρα

Προσδιορισμός διαφόρων ουσιών.

3. Στην τροφοβλάστη.

### 7.1 ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ.

Η αμνιοπαρακέντηση γίνεται για την λήψη αμνιακού υγρού. Από το αμνιακό υγρό μπορούμε να πάρουμε πολλές πληροφορίες όσον αφορά την ύπαρξη χρωματοσωματικών ανωμαλιών στο έμβρυο, την ύπαρξη συγγενών διαταραχών του μεταβολισμού ή και ανωμαλιών κατά την διάπλαση του εμβρύου. Επίσης μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες όσον αφορά την ωριμότητα του εμβρύου ή την κατάσταση του, μετρώντας την χολερυθρίνη, σε περιπτώσεις ασυμβατότητας Rh.<sup>11</sup>

Οι κίνδυνοι από την αμνιοπαρακέντηση, για το έμβρυο είναι: τραυματισμός ζωτικού οργάνου, αιμορραγία μετά από τρώση του ομφάλιου λώρου, λοίμωξη και πρόκληση πρόωρου τοκετού.<sup>12</sup>

### 7.2 ΕΜΒΡΥΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Η εμβρυοσκόπηση τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται για τον έλεγχο του εμβρύου όσον αφορά μορφολογικές ανωμαλίες αυτού αλλά κυρίως στην λήψη εμβρυϊκού αίματος για την διάγνωση νόσων του αίματος όπως είναι η θαλασσαιμία και η δρεπανοκυτταρική αναιμία. Επίσης με το εμβρυοσκόπιο είναι δυνατή η λήψη βιοψιών από το έμβρυο, η χορήγηση ενδοφλεβίως διαφόρων φαρμάκων στο έμβρυο

καθώς και η χορήγηση αίματος κατ'ευθείαν στην κυκλοφορία του εμβρύου επί περιπτώσεων Rhesus αρνητικών εμβρύων. Η τοποθέτηση του εμβρυοσκοπίου στην αμνιακή κοιλότητα γίνεται δια μέσου των κοιλιακών τοιχωμάτων μετά από αντισηψία και τοπική νάρκωση και με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος.<sup>11</sup>

### 7.3 ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ.

Η λήψη του εμβρυϊκού αίματος γίνεται δια μέσου του αμνιοσκοπίου εφ'όσον υπάρχει διαστολή του τραχήλου και ρήξη των υμένων. Στο αίμα που λαμβάνεται μετράται το pH, το PCO<sub>2</sub> και το PO<sub>2</sub>. Αναφέρεται ως κριτικό όριο το pH 7.20 για την διάγνωση σοβαρής εμβρυϊκής δυσφορίας.<sup>11</sup>

### 7.4 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.<sup>11</sup>

### 7.5 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ.

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

1. Αποκλείει ή επιβεβαιώνει την ύπαρξη διδυμης ή πολυδιδυμης 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 εμβρυϊκής 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.
7. Συμβάλλει στη διάγνωση της ενδομήτριας εγκυμοσύνης.
8. Ελέγχει τη λειτουργία της καρδιάς του εμβρύου.

9. Προσδιορίζει τυχόν ύπαρξη παλίνδρομης κύησης.
10. Αναγνωρίζει πιθανό ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου.
11. Συμβάλλει στη διάγνωση της έκτοπης κύησης.
12. Συμβάλλει στη διάγνωση της μύλης κύησης.
13. Προσδιορίζει το βάρος του εμβρύου.
14. Καθορίζει το σχήμα, την προβολή και τη θέση του εμβρύου.
15. Καθορίζει το φύλο του εμβρύου.
16. Παρακολουθεί την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου.
17. Προσδιορίζει την θέση του πλακούντα στη μήτρα και το βαθμό ωριμότητάς του.
18. Αποκλείει ή επιβεβαιώνει συνύπαρξη κύησης και ινομυώματος.
19. Αποκλείει ή επιβεβαιώνει συνύπαρξη κύησης και όγκων των ωοθηκών (κυστικοί-συμπαγείς).
20. Προσδιορίζει τη θέση τυχόν υπάρχοντος ενδομητρίου σπειράματος στην κύηση.
21. Τέλος, οι υπέρηχοι είναι απαραίτητοι για την εκτέλεση της εμβρυοσκόπησης.

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 διέγερσή 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.<sup>1,10</sup>





Εικόνα 6

## 7.6 ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ, ΑΜΝΙΟΓΡΑΦΙΑ, ΕΜΒΡΥΟΓΡΑΦΙΑ.

Λόγω του κινδύνου της καρκινογένεσης και τερατογένεσης, η ακτινογραφία χρησιμοποιείται λιγότερο σήμερα ιδιαίτερα μετά την επέκταση των δυνατοτήτων της υπερηχοδιαγνωστικής

Κατά την αμνιογραφία και την εμβρυογραφία τοποθετούνται στην αμνιακή κοιλότητα ακτινοσκιερές ουσίες για τον έλεγχο του περιγράμματος του εμβρύου και του γαστρεντερικού του συστήματος.<sup>11</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### **Φυσιολογικός τοκετός.**

Ο φυσιολογικός τοκετός είναι το σύνολο των φυσιολογικών εκείνων λειτουργιών, που αποσκοπούν στην αυτόματη έξοδο του εμβρύου με τους υμένες του, τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα, από τον πυελογεννητικό σωλήνα.<sup>1,10</sup>

Τον τοκετό χαρακτηρίζει έξοδος βιώσιμου εμβρύου, δηλαδή ηλικίας μεγαλύτερης των είκοσι οκτώ (28) εβδομάδων.

Η μήτρα συσπάται με αποτέλεσμα τη διαστολή του τραχήλου, τον σχηματισμό του γεννητικού σωλήνα και την κάθοδο του εμβρύου μέσω της πυέλου.

Ο φυσιολογικός τοκετός στην εξέλιξη του, περνάει τρία στάδια: το στάδιο της διαστολής του τραχήλου ή πρώτο στάδιο, το στάδιο της εξώθησης ή δεύτερο στάδιο και το στάδιο της αποκόλλησης και της εξόδου του πλακούντα, δηλαδή της υστεροτοκίας ή τρίτο στάδιο.<sup>4</sup>

Ο τοκετός λέγεται: *Αυτόματος*, όταν αρχίσει μόνος του. *Προκαλούμενος*, όταν εμείς προκαλέσουμε την έκλυσή του. *Προγραμματισμένος*, όταν τον εκτελέσουμε προγραμματισμένα και χωρίς παθολογική ένδειξη. *Φυσιολογικός*, όταν εξελιχθεί χωρίς τη βοήθειά μας. *Κατευθυνόμενος*, όταν εξελιχθεί ύστερα από φαρμακευτική αγωγή. *Τεχνητός*, όταν τον προκαλέσουμε με κολπική ή κοιλιακή επέμβαση. *Οξύς*, όταν στην πρωτότοκο εξελιχθεί σε χρονικό διάστημα μικρότερο των τριών ωρών. *Παρατεινόμενος*, όταν εξελιχθεί σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δεκαοχτώ (18) ωρών. *Πρόωρος*, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 28η-37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. *Πρώιμος*, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 20ή-27η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Τη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού την ονομάζουμε ευτοκία και την ανώμαλη εξέλιξή του δυστοκία.

Όταν η εγκυμοσύνη διακοπεί πριν από την 20ή εβδομάδα, τότε δεν χρησιμοποιούμε τον όρο «τοκετός», αλλά τον όρο αυτόματη έκτρωση ή αποβολή.

Η έγκυος, που βρίσκεται κάτω από την εξέλιξη του τοκετού, λέγεται επίτοκος, κι αυτή, που γέννησε φυσιολογικά ή με καισαρική τομή, τεκούσα. Η γυναίκα, που δεν γέννησε, λέγεται άτοκος. Όταν η γυναίκα γεννήσει ένα έμβρυο

μεγαλύτερο των είκοσι (20) εβδομάδων, λέγεται πρωτότοκος και όταν περισσότερα από ένα, πολυτόκος.<sup>6</sup>

## 8.1 ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

Κατά την περίοδο της κήσεως η επίτοκος πρέπει να έχει διδαχθεί, κάθε τι το οποίο αφορά, γενικά, την κύηση, το τοκετό και την λοχεία.

Ειδικά για το τοκετό, πρέπει να γνωρίζει ποια είναι τα σημεία ή συμπτώματα, τα οποία θα οδηγήσουν αυτή στο νοσοκομείο.

Τα σημεία ή συμπτώματα αυτά είναι τα εξής:

**Πόνος στην οσφύ.** Ο οποίος είναι χαρακτηριστικός, η επίτοκος είναι σε θέση να τον διακρίνει από τους συνηθισμένους πόνους της οσφύος.

**Πόνους στο κάτω ήμισυ της κοιλιάς.** Είναι και αυτοί έντονοι και χαρακτηριστικοί ενάρξεως του τοκετού και οφείλονται στην έναρξη των συστολών του τοιχώματος της μήτρας, δηλαδή στην έναρξη του τοκετού. Οι ωδίνες επαναλαμβάνονται κάθε δέκα με δεκαπέντε (10-15) λεπτά της ώρας, στην αρχή. Ύστερα γίνονται πιο συχνές.

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

**Απώλεια υγρών.** Απώλεια υγρών από το κόλπο, σημαίνει ρήξη των εμβρυϊκών υμένων και πρέπει να θεωρηθεί σημάδι έναρξης του τοκετού, που επβάλλει την είσοδο της εγκύου στην κλινική.<sup>13</sup>

## 8.2 ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΩΝ

Ο χώρος στον οποίο θα γίνει ο τοκετός, σύμφωνα με τις σημερινές επιταγές της επιστήμης, πρέπει να διαθέτει απαραίτητα τον κάτωθι εξοπλισμό:

- Μαιευτική κλίνη, που έχει την ιδιότητα να κόβεται στη μέση και να επιτρέπει την εφαρμογή ειδικών στελεχών για την τοποθέτηση των μηρών της επίτοκου σε γυναικολογική θέση, στο δεύτερο στάδιο του τοκετού.

-Καρδιογράφο, για την εκτίμηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου και της συχνότητας, της διάρκειας και της έντασης των ωδίνων.

-Μηχάνημα αναισθησίας με τα απαραίτητα εργαλεία για πιθανή από αναισθησιολόγο γενική νάρκωση.

-Μηχάνημα αναλγησίας, για εισπνοές της επιτόκου κατά την διάρκεια των ωδίνων.

-Μηχάνημα ανάνηψης νεογνού με τον απαραίτητο εξοπλισμό όπως αναρρόφηση, οξυγόνωση του νεογνού, συσκευής που εκπέμπει θερμότητα, υλικά για την περιδέση του ομφάλιου λώρου κ.λ.π.

-Μηχάνημα καταγραφής των ζωτικών σημείων της επιτόκου.

-Ειδικό περιστρεφόμενο κάθισμα.

-Επαρκή φωτισμό, πλάγιο και κάθετο.

-Επαρκή ρουχισμό, (αποστειρωμένες χειρουργικές μπλούζες, μάσκες, ποδονάρια κ.λ.π.).

-Επάρκεια υλικών, όπως γάντια, γάζες, τολύπια, ράμματα, φάρμακα κ.λ.π.

-Τράπεζες εργαλείων.

Σε μια τράπεζα σε απόσταση χεριού από το γιατρό, διαμορφώνουμε αποστειρωμένο πεδίο με τα εξής εργαλεία: τρεις με τέσσερις (3-4) λαβίδες Kocher, ένα βελονοκάτοχο, ένα κυρτό ψαλίδι, μια χειρουργική λαβίδα, βελόνες κυρτές, αμβλείες και οξείες, σε διάφορα μεγέθη, ράμματα, τολύπια και γάζες.

Σε δεύτερη τράπεζα, στο άλλο πλευρό του μαιευτήρα, πρέπει να υπάρχουν δύο αποστειρωμένες λεκάνες, η μία με αντισηπτική διάλυση για το ξέπλυμα του περινέου όταν λερώνεται, ή των χεριών του μαιευτήρα, και η άλλη για να υποδεχθεί τον πλακούντα.

Σε τρίτο τραπέζι και έτοιμα σε πρώτη ζήτηση, πρέπει να υπάρχουν εργαλεία για μαιευτική επέμβαση, δηλαδή εμβρουολκός, μαιευτικοί κολποδιαστολεις, θυριδωτές λαβίδες κ.λ.π.<sup>4</sup>

### 8.3 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

#### 8.3.1 Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού.

Το κεφάλι του εμβρύου εμπεδώνεται στο φυσιολογικό τοκετό συνήθως σε αριστερή πρόσθια ή αριστερή εγκάρσια θέση, και η δίοδος του από τον

πυελογεννητικό σωλήνα ακολουθεί μια ορισμένη διαδικασία. Ο μηχανισμός του τοκετού αναφέρεται σε αυτήν ακριβώς τη διαδικασία, κατά την οποία η κεφαλή του εμβρύου προσαρμόζεται στα διάφορα τμήματα της πυέλου, κατά τη διάρκεια της καθόδου, με τις παρακάτω συγκεκριμένες κινήσεις.

**1. Κάθοδος** - επέρχεται κατά το χρόνο που η κεφαλή προσαρμόζεται και εισέρχεται στη μικρή πύελο, σε αριστερή πρόσθια ή αριστερή εγκάρσια θέση. Η οβελιαία ραφή είναι παράλληλη με την αριστερή λοξή ή την εγκάρσια διάμετρο της εισόδου.

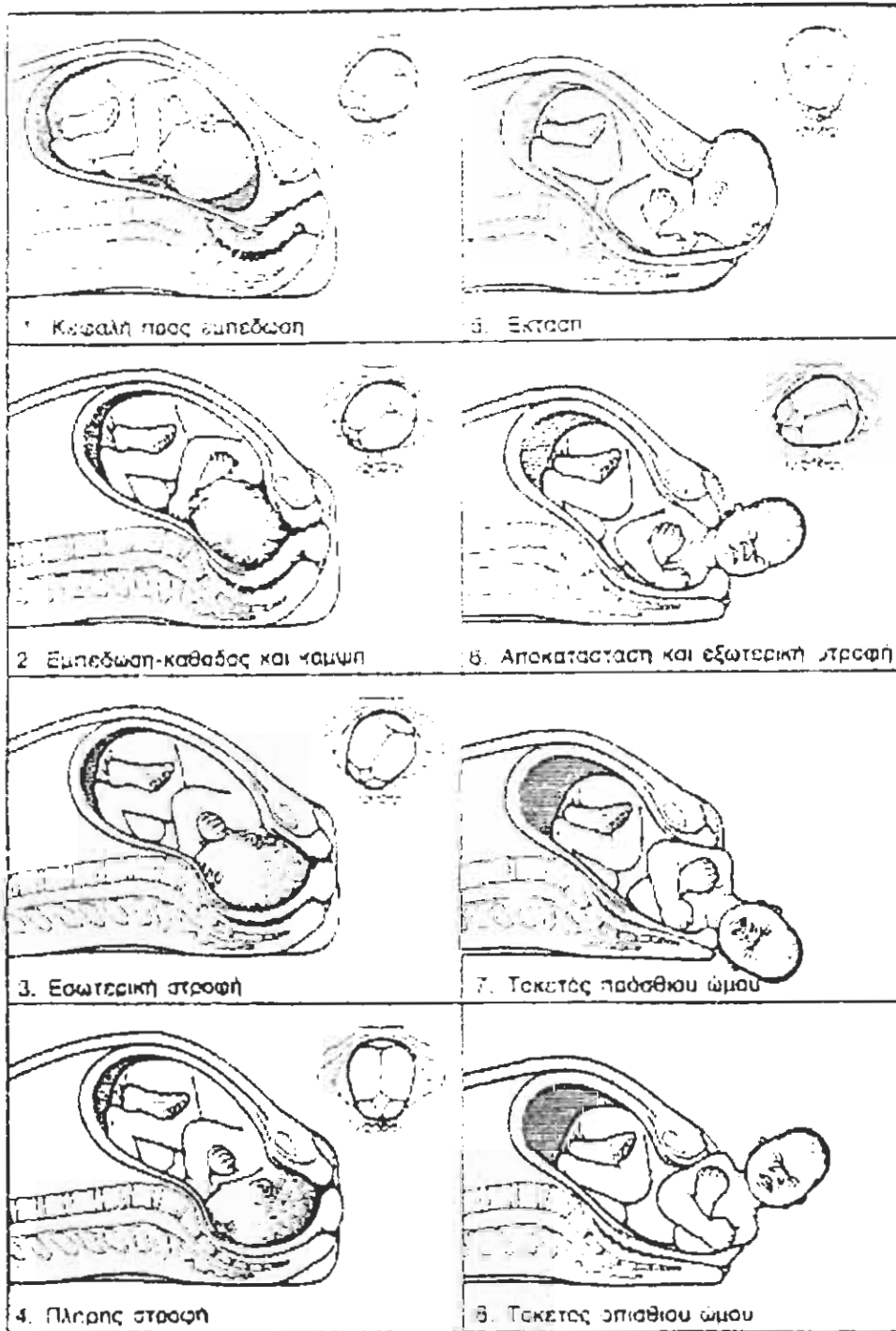
**2. Κάμψη** - επέρχεται κατά το χρόνο που συντελείται η κάθοδος. Με την κάμψη η κεφαλή προβάλλει με μικρότερη διάμετρο, μετακινούμενη από την ινιομετωπική σε υπνιοβρεγματική διάμετρο.

**3. Εσωτερική στροφή** - επέρχεται στο ύψος των ισχιακών ακανθών, όταν το κεφάλι προσκρούει στο πυελικό έδαφος, και οφείλεται στην κοίλη διαμόρφωση των ανελκτήρων του πρωκτού σε «σχήμα σκάφης». Το ινίο μετακινείται βαθμιαία από την αρχική πλάγια σε πρόσθια θέση (προς την ηβική σύμφυση), με στροφή 45-90 μοιρών. Ταυτόχρονα η κάμψη της κεφαλής αυξάνει ακόμη περισσότερο.

**4. Έκταση** - η κεφαλή αρχίζει να εκτείνεται με υπομόχλιο τη βάση του ινιακού οστού, που καθηλώνεται για λίγο στους κάτω κλάδους του ηβικού οστού, όταν έχει ήδη κατέλθει σε πλήρη κάμψη μέχρι το αιδοίο. Από τη στιγμή αυτή, μέχρι και την έξοδο, η κεφαλή συνεχίζει να εκτείνεται.

**5. Αποκατάσταση** - μετά την έξοδο η κεφαλή στρέφεται προς τα αριστερά, στην αρχική της θέση σε σχέση με τους ώμους, οι οποίοι κατέρχονται με την αμφιακρωμιακή διάμετρο παράλληλη προς την δεξιά λοξή διάμετρο της πυέλου.

**6. Εξωτερική στροφή** - οι ώμοι στρέφονται από τους ανελκτήρες του πρωκτού, όταν φθάσουν στο πυελικό έδαφος, και η αμφιακρωμιακή διάμετρος προσαρμόζεται στην προσθιοπίσθια διάμετρο της πυέλου. Η στροφή των ώμων ακολουθείται από στροφή της κεφαλής προς τον αριστερό μηρό της εγκύου (στην αριστερή πρόσθια θέση της ινιακής προβολής), σε αντίθετη δηλαδή κατεύθυνση από την εσωτερική της στροφή, κατά τρόπο που το πρόσωπο βλέπει πλαγίως προς τον δεξιό μηρό.<sup>17</sup>



Μηχανισμός φυσιολογικού τοκετού /Wikimedia

Εικόνα 7

### 8.3.2 Πρώτο στάδιο του τοκετού ή στάδιο της διαστολής.

Η εκτίμηση του εύρους της τραχηλικής διαστολής γίνεται με κολπική εξέταση κατά την παραλαβή της επιτόκου και, εάν είναι αναγκαίο, κάθε δύο (2) περίπου ώρες κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού. Η διαστολή προσδιορίζεται σε εκατοστά του μέτρου και αποδίδεται γραφικώς με την καμπύλη του Friedman, που εμφανίζει δύο σαφείς φάσεις, την «λανθάνουσα» και την «ενεργό».

Η λανθάνουσα φάση αρχίζει με την έναρξη του τοκετού και με αρχόμενη διαστολή, και περατώνεται όταν η διαστολή φθάσει τα τρία (3) εκατοστά περίπου. Η φάση αυτή καταλαμβάνει τα δύο τρίτα σχεδόν του συνολικού χρόνου του τοκετού και η γραφική καμπύλη εμφανίζει μια ελάχιστη προς τα άνω απόκλιση. Ακολουθεί στη συνέχεια η ενεργός φάση, που διαρκεί μέχρι και την έναρξη της εξώθησης του εμβρύου. Ο ρυθμός της διαστολής αυξάνει γρήγορα κατά την ενεργό φάση (φάση μέγιστης απόκλισης), αλλά επιβραδύνεται όταν η διαστολή πλησιάζει να γίνει τελεία (φάση επιβράδυνσης).

Το επίπεδο ή ύψος της προβάλλουσας μοίρας καθορίζεται μερικώς με τον τρίτο (3ο) χειρισμό του Leopold και πληρέστερα με την εξέταση από το ορθό ή και με την κολπική εξέταση, αλλά και με την επισκόπηση του περινέου.

Η θέση της προβάλλουσας μοίρας (σχέση του καθοδηγητικού σημείου προς τα διάφορα τεταρτημόρια της πυέλου) προσδιορίζεται με την κολπική εξέταση.<sup>17</sup>

### 8.3.3 Δεύτερο στάδιο του τοκετού ή στάδιο εξώθησης.

Το στάδιο αυτό διαρκεί λιγότερο από δύο (2) ώρες στην πρωτότοκο και μία (1) ώρα στην πολύτοκο. Η έναρξή του γίνεται αντιληπτή από την επιθυμία της επιτόκου να εξωθήσει και από την αυξημένη τάση για εμετό, αλλά η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την κολπική εξέταση. Η πρόοδος της εξώθησης ελέγχεται από τον βαθμό διάτασης του περινέου και του πρωκτού.

Η προετοιμασία και η παρέμβαση του μαιευτήρα για την εξώθηση αρχίζουν από την στιγμή αυτή. Η γυναίκα τοποθετείται σε γυναικολογική θέση. Με το αριστερό χέρι ελέγχεται κατά τη διάρκεια της συστολής της μήτρας η αιφνίδια προς τα κάτω ώθηση της κεφαλής του εμβρύου, κατά τρόπο που να διατηρείται η κάμψη του ινίου, ενώ ταυτόχρονα το περίνεο συγκρατείται με το δεξί χέρι για να προληφθεί η ρήξη του. Η έκταση της κεφαλής επιτρέπεται από την στιγμή που «στεφανώνεται»,



οπότε εμφανίζονται τα μάτια και το υπόλοιπο πρόσωπο του εμβρύου. Εάν διαφανεί ότι το περίνεο προχωρεί στη ρήξη, γίνεται πλάγια τομή.

Μετά την έξοδο της κεφαλής εμφανίζεται ο πρόσθιος ώμος, ο οποίος ελευθερώνεται με ελαφρά ώθηση της κεφαλής προς την κατεύθυνση του πρωκτού, ενώ ο οπίσθιος ώμος ελευθερώνεται με ελαφρά ώθηση της κεφαλής προς την ηβική σύμφυση.

Ο ομφάλιος λώρος πάνεται με δύο λαβίδες, μεταξύ των οποίων και διατέμνεται. Η κατάσταση του νεογνού ελέγχεται με το Apgar Scoring System.<sup>17</sup>

#### 8.3.4 Τρίτο στάδιο του τοκετού ή στάδιο της υστεροτοκίας.

Μετά την έξοδο του εμβρύου η επίτοκος μπαίνει στην τελική φάση του τοκετού, την υστεροτοκία, που δε διαρκεί πολύ, αλλά είναι αρκετά επικίνδυνη. Στην περίοδο αυτή γίνεται ο διαχωρισμός του πλακούντα από την εύθυπη σπογγώδη στιβάδα του φθαρτού. Ο διαχωρισμός αυτός του πλακούντα γίνεται με τις συστολές της μήτρας με δύο μηχανισμούς, δηλαδή με κεντρική αποκόλληση ή με περιφερική. Στην κεντρική αποκόλληση ο πλακούντας ξεκολλά αρχικά στο κέντρο του, από το αίμα που μαζεύεται πίσω του, που τον εκστρέφει έτσι, ώστε να προβάλλει από τα γεννητικά όργανα με την εμβρυϊκή του επιφάνεια (μηχανισμός του Schultze). Αντίθετα, με την περιφερειακή αποκόλληση ξεκολλάει ο πλακούντας από αιμάτωμα, που αρχίζει από την περιφέρειά του και επεκτείνεται προς το κέντρο, έτσι ώστε, όταν εξέρχεται να προβάλλει με τη μητριαία του επιφάνεια (μηχανισμός του Duncan). Μετά την έξοδό του ο πλακούντας και οι υμένες ελέγχονται σχολαστικά για να διαπιστωθεί η ακεραιότητά τους, όπως επίσης να αποκλεισθεί η ύπαρξη παραπλακούντα. Σε περίπτωση που θα διαπιστωθεί οποιαδήποτε ανωμαλία του πλακούντα, που υποδηλώνει παραμονή τμήματός του μέσα στη μήτρα, πρέπει να ερευνηθεί η κοιλότητα της μήτρας με την εισαγωγή του χεριού μέσα σ' αυτή. Η ενέργεια αυτή αποτελεί μια μαιευτική επέμβαση, που γίνεται κάτω από γενική νάρκωση και ονομάζεται δακτυλική επισκόπηση της μήτρας. Σε περίπτωση όμως, που η υστεροτοκία καθυστερεί ή υπάρχει μεγάλη απώλεια αίματος κατά την περίοδο του τοκετού, πρέπει να αφαιρεθεί ο πλακούντας με μία άλλη μαιευτική επέμβαση, τη δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα.

Η σύσπαση αυτή του μυομητρίου, που ακολουθεί την έξοδο του πλακούντα, προκαλεί τη βιολογική απολίνωση των αγγείων της πλακουντιακής άλω, έτσι ώστε

να γίνει αυτόματος έλεγχος της αιμορραγίας. Η ολική απώλεια αίματος κατά την υστεροτοκία υπολογίζεται σε εκατόν πενήντα (150) ml περίπου.<sup>9</sup>

#### 8.4 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

##### 8.4.1 Εμπειρική Παρακολούθηση.

Η εμπειρική παρακολούθηση του τοκετού αναφέρεται στην εκτίμηση των μεταβολών των βιοφυσικών παραμέτρων της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας και βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση, με την ψηλαφητική εκτίμηση των συστολών και την ανά δεκαπέντε (15') λεπτά ακρόαση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συλλογή αξιόπιστων πληροφοριών, αποτελεί η υψηλού βαθμού κλινική εμπειρία και εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Παράλληλα η εγγενής αδυναμία της μεθοδολογίας αυτής να δώσει πληροφορίες για βασικής και ζωτικής σημασίας παραμέτρους του τοκετού, την καθιστά σε μεγάλο βαθμό ανεπαρκή και πολλές φορές επικίνδυνη, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις τοκετού υψηλού κινδύνου. Τα σπουδαιότερα μειονεκτήματα της εμπειρικής παρακολούθησης του τοκετού είναι:

- α) η απαραίτητη συνεχής παρακολούθηση από καλά εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,
- β) η αδυναμία εκτίμησης των ζωτικών παραμέτρων της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, και
- γ) η αδυναμία μελέτης των μεταβολών του βασικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού σε σχέση με τις συστολές του μυομητρίου.<sup>10</sup>

##### 8.4.2 Ηλεκτρονική Παρακολούθηση.

Η ηλεκτρονική παρακολούθηση του τοκετού και πιο συγκεκριμένα της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας (Fetal Electronic Monitoring) αποτελεί τη σημαντικότερη πρόοδο στον τομέα της αντικειμενικής παρακολούθησης του τοκετού και της προσδίδει την επιστημονική της βάση.

Με την ηλεκτρονική παρακολούθηση του τοκετού γίνεται δυνατή η άντληση έμμεσων και άμεσων πληροφοριών από την εμβρυοπλακουντιακή μονάδα και διασφαλίζεται έτσι το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Επί πλέον ο συνδυασμός της ηλεκτρονικής παρακολούθησης του τοκετού με την παρακολούθηση σε επιλεγμένες

περιπτώσεις των τιμών του pH, της  $pO_2$ , της  $pCO_2$  και του γαλακτικού οξέος του αίματος του εμβρύου, εξασφαλίζει τις απαραίτητες εκείνες άμεσες πληροφορίες για την εμβρυοπλακουντιακή μονάδα, οι οποίες θα καθορίσουν τα χρονικά πλαίσια και την επιλογή της μεθόδου μαιεύσης σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Η ηλεκτρονική παρακολούθηση του τοκετού είναι δυνατή με την εφαρμογή έμμεσων και άμεσων μεθόδων, ενώ ο προσδιορισμός των αερίων και της οξεοβασικής ισορροπίας του αίματος του εμβρύου περιλαμβάνει την αιμοληψία από το τριχωτό της κεφαλής ή τη συνεχή μέτρησή τους με ειδικά τοποθετημένα ηλεκτρόδια στην προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου.

Η εξωτερική καρδιοτοκογραφία. Οι χρησιμοποιούμενοι καρδιοτοκογράφοι , στηρίζουν τη λειτουργία τους στις αρχές των εφαρμογών της υπερηχογραφίας, για την ανίχνευση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου, ενώ για την εκτίμηση της μυομητρικής δραστηριότητας, παρακολουθείται η μεταβολή της προσθιοπισθίας διαμέτρου της μήτρας.

Η εσωτερική καρδιοτοκογραφία. Η εσωτερική καρδιοτοκογραφία χαρακτηρίζεται και σαν άμεση, λόγω της άμεσης λήψης των πληροφοριών που αναφέρονται στα χαρακτηριστικά του βασικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού και της μυομητρικής δραστηριότητας. Η κύρια συσκευή του καρδιοτοκογράφου είναι η ίδια με εκείνη της εξωτερικής καρδιοτοκογραφίας, οι συνδέσεις όμως που εφαρμόζονται για τη λήψη των πληροφοριών είναι άμεσες: στο τριχωτό της κεφαλής ή στα ισχία, για την εγγραφή των μεταβολών του βασικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού και στην ενδοαμνιακή κοιλότητα, για την εγγραφή των μεταβολών της ενδοαμνιακής πίεσεως εκφρασμένης σε mmHg.<sup>1,10</sup>

Οι παρακάτω πίνακες αναφέρουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εσωτερικής και της εξωτερικής καρδιοτοκογραφίας:

---

## ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ.

---

### *Για την εγγραφή του βασικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού.*

---

- Δεν είναι εγχειρητική μέθοδος.
- Εκπέμπει ευρεία δέσμη υπερήχων και εντοπίζει εύκολα την εστία των καρδιακών παλμών του εμβρύου.
- Κίνδυνος καταγραφής των αγγειακών κινήσεων.
- Η εγγραφή των καρδιακών παλμών του εμβρύου είναι αξιόπιστη μόνο όταν κυμαίνονται μεταξύ ενενήντα (90) έως εκατόν ογδόντα (180) ανά λεπτό.
- Αδυνατεί να καταγράψει με ακρίβεια την παλμό-προς παλμό διακύμανση του βασικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού.
- Καταγράφει ψευδή αυξημένη διακύμανση του βασικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού.

---

### *Για την εγγραφή της μυομετρικής δραστηριότητας.*

---

- Ως ένα βαθμό επιτρέπει τη μελέτη των μεταβολών του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού σε σχέση με τις συστολές του μυομητρίου.
  - Δεν είναι σε θέση να καταγράψει με ακρίβεια την ένταση και διάρκεια της συστολής, ούτε και τον τόνο του μυομητρίου.
  - Μπορεί να καταγράψει μόνο τη συχνότητα των συστολών, ως ένα βαθμό.
-

---

## ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΙΑ.

---

### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

### ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

---

#### *Για την εγγραφή του βασικού εμβρυϊκού ρυθμού.*

---

- Καταγράφει με μεγάλη ακρίβεια την παλμό-προς παλμό διακύμανση του βασικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού.
  - Είναι εγχειρητική μέθοδος.
  - Δεν καταγράφει θορύβους ή παράσιτα.
  - Σπάνιες αλλά σοβαρές επιπλοκές (Διάτρηση μήτρας, φλεγμονή του εμβρύου, τραυματισμός του εμβρύου, αιμορραγία, θάνατος του εμβρύου).
- 

#### *Για την εγγραφή της μυομητρικής δραστηριότητας.*

---

- Καταγράφει με ακρίβεια τον τόνο του μυομητρίου, τη συχνότητα, διάρκεια, και ένταση των μυομητρικών συστολών.<sup>10</sup>
- 

### 8.4.3 Βιοχημική παρακολούθηση του τοκετού.

Ο προσδιορισμός της οξεοβασικής ισορροπίας και των αερίων του εμβρυϊκού αίματος αποτελούν τον αμεσότερο δείκτη, ο οποίος θα καθορίσει με μεγάλη ακρίβεια τη διευθέτηση του τοκετού, ώστε να περιορισθούν στο ελάχιστο δυνατό οι δυσμενείς επιπτώσεις στο έμβryo, από τον τρόπο διεξαγωγής του.

Οι ενδείξεις εκτέλεσης αιμοληψίας από το έμβryo, προς την κατεύθυνση αυτή, επιγραμματικά είναι:

- Όψιμες επιβραδύνσεις σε > 30 % των συστολών.
- Μέτριες και βαριές μεταβαλλόμενες επιβραδύνσεις.
- Μικτής μορφής επιβραδύνσεις.
- Μεταβολή του βασικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού.

- Απώλεια της παλμό-προς παλμό μεταβλητότητας.
- Παρουσία μηκωνίου με ανωμαλίες του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού.<sup>10</sup>

## 8.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ.

**Λοχεία:** Χαρακτηρίζεται το διάστημα από το τέλος του τοκετού μέχρι την επάνοδο του γεννητικού συστήματος, αλλά και των άλλων συστημάτων στο φυσιολογικό. Αυτό το διάστημα κρατάει συνήθως έξι (6) με επτά (7) εβδομάδες και στη διάρκειά του συμβαίνουν πολλές ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές.<sup>9</sup>

Από το γεννητικό σύστημα έχουμε την της μήτρας στις φυσιολογικές της διαστάσεις έχουμε, δηλαδή την παλινδρόμηση της μήτρας.

Για μία έως δύο (1-2) εβδομάδες μετά τον τοκετό τα κοιλιακά τοιχώματα είναι χαλαρά και δεν έχουν την ικανότητα να συσπαστούν.<sup>4</sup>

**Συστολές της μήτρας:** Τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό η λεχωίδα αισθάνεται τις συσπάσεις της μήτρας, είτε με τη μορφή πόνου στο υπογάστριο, είτε με εκδήλωση πόνου στην οσφύ. Αυτοί οι πόνοι λέγονται υστερόπονοι και είναι πιο έντονοι σε πολύτοκες και σε γυναίκες που θηλάζουν.

**Λόγια:** Τα λόγια είναι η απέκκριση της μήτρας μετά τον τοκετό. Διαρκούν περίπου έξι (6) εβδομάδες και έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά. Αμέσως μετά τον τοκετό είναι αιματηρά, ενώ από την τέταρτη (4η) ή Πέμπτη (5η) ημέρα γίνονται οροαιματηρά λόγω πρόσμιξης τους με ορό. Βαθμιαία τα συστατικά του αίματος αραιώνουν, ενώ αυξάνονται τα λευκοκύτταρα και τα λόγια αποκτούν λευκωπό χρώμα για να σταματήσουν οριστικά μετά από τρεις (3) έως έξι (6) εβδομάδες. Η οσμή τους στην αρχή είναι ιδιάζουσα, που μοιάζει με εκείνη του νωπού αίματος, ενώ η παρουσία δυσοσμίας υποδηλώνει ύπαρξη φλεγμονής. Ο μικροβιολογικός έλεγχος θα δείξει το αίτιο της φλεγμονής, αλλά μια συχνή αιτία, που προκαλεί δύσοσμα λόγια είναι μία γάζα, που ξεχάστηκε μέσα στον κόλπο κατά τον τοκετό. Εκτός απ' αυτό, άλλα προδιαθεσικά αίτια για φλεγμονή είναι συνήθως η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, ο παρατεταμένος τοκετός, η αναιμία, η απώλεια αίματος, το τραύμα και η αφυδάτωση.

**Θερμοκρασία:** Μετά τον τοκετό η θερμοκρασία δεν πρέπει να υπερβαίνει τους τριάντα επτά (37°C) βαθμούς κελσίου. Μια μικρή άνοδος μπορεί να εμφανιστεί μετά από παρατεταμένο τοκετό ή σε περίπτωση αφυδάτωσης της μητέρας. Επίσης μια μικρή άνοδος της θερμοκρασίας, που έχει σχέση με την παραγωγή του γάλακτος, δεν πρέπει να αξιολογείται. Μετά όμως είκοσι τέσσερις (24) ώρες από τον τοκετό κάθε άνοδος της θερμοκρασίας, που είναι ανεξάρτητη από τους παραπάνω παράγοντες είναι ενδεικτική επιλόχειας φλεγμονής.

**Συχνότητα του σφυγμού:** Στις πρώτες ημέρες της λοχείας είναι συχνή η εμφάνιση μιας βραδυκαρδίας με σαράντα (40) έως πενήντα (50) σφύξεις ανά λεπτό και αυτό εξηγείται ως αιτιολογική αντίδραση στις οξείες αιμοδυναμικές αλλαγές, που συμβαίνουν αμέσως μετά τον τοκετό. Είναι δυνατό επίσης να εμφανιστεί ταχυκαρδία, που είναι αποτέλεσμα ανόδου της θερμοκρασίας.

**Αίμα:** Στην πρώτη εβδομάδα της λοχείας επανέρχονται στο φυσιολογικό οι όγκοι πλάσματος και ολικού αίματος.<sup>9</sup>

**Ούρα:** Χαρακτηριστικό φαινόμενο της λοχείας είναι η αυξημένη διούρηση που παρατηρείται μεταξύ δεύτερης (2ης) και πέμπτης (5ης) ημέρας και οφείλεται στην αποβολή του αυξημένου εξωκυττάριου υγρού που παρατηρείται στην κύηση.

**Απώλεια βάρους:** Με τον τοκετό η επίτοκος χάνει περίπου πέντε (5) με έξι (6) κιλά. Η απώλεια υγρών με την εφίδρωση, αλλά κυρίως με την αυξημένη διούρηση των πρώτων ημερών προκαλεί απώλεια βάρους κατά δύο (2) με τρία (3) κιλά επί πλέον.<sup>11</sup>

### Επανεμφάνιση της εμμηνορρυσίας και της ωορρηξίας.

Στη λοχεία αρχίζει να δραστηριοποιείται πάλι ο άξονας υποθάλαμος, υπόφυση, ωοθήκες. Η έμμηνη ρύση επανεμφανίζεται σε ποσοστό 25% μετά την έκτη (6η) εβδομάδα και σε ποσοστό 61% στο τέλος της εικοστής τέταρτης (24ης) εβδομάδας. Σ' αυτούς τους αριθμούς υπάρχουν σημαντικές διαφορές χρόνου εμφάνισης της έμμηνης ρύσης ανάμεσα στις πρωτότοκες και πολύτοκες και στις θηλάζουσες και στις μη θηλάζουσες μητέρες. Σε μια μελέτη που αφορούσε σε 626 ενδομήτριες βιοψίες από 285 φυσιολογικές λεχωίδες, αποδείχθηκε ότι καμιά δεν είχε

ωορρηξία τις πρώτες έξι (6) εβδομάδες, ενώ στις επόμενες έξι (6) παρατηρήθηκε ωορρηξία σε ποσοστό 56% και μέσα σε έξι (6) μήνες σε ποσοστό 86%.<sup>9</sup>



## Β'. ΜΕΡΟΣ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ. 9

#### *Υγιεινή της εγκυμοσύνης.*

Την υγιεινή της εγκυμοσύνης αποτελεί το σύνολο των φροντίδων, των συμβουλών και των προσταγμάτων που έχουν σκοπό να εξασφαλίσουν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, την επιτυχία φυσιολογικού τοκετού και τη γέννηση γερού νεογνού.

Στοχεύει στη διατήρηση της υγείας της μητέρας και του παιδιού σε όσο το δυνατό καλύτερη κατάσταση, με την αναγνώριση των προβλημάτων, θεωρητικών ή πραγματικών, στα αρχικά τους στάδια και την κατάλληλη αντιμετώπισή τους.

Επίσης στόχος της θα λέγαμε είναι η εκπαίδευση της μητέρας και του συντρόφου της για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και την εξάλειψη του φόβου και της άγνοιας.

Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι υπόλοιποι φορείς υγείας που ασχολούνται με την έγκυο γυναίκα έχουν χρέος να συμβάλλουν στην υγιεινή της εγκυμοσύνης.

#### 9.1 ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση ομαλής εξέλιξης της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα υγιεινό σπίτι.

Υγιεινό είναι το σπίτι που μας προστατεύει από καιρικές συνθήκες, που είναι ευάερο, ευήλιο, έχει θέρμανση, ύδρευση και αποχέτευση.

Επίσης πρέπει να παρέχει ψυχική ανάπαυση και θαλπωρή. Ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της εγκύου πρέπει να διαμορφωθεί έτσι που να αποτελεί πραγματική εστία γι' αυτή και για το αναμενόμενο νεογνό.<sup>4</sup>

## 9.2 ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχουν επαγγέλματα που εκθέτουν την έγκυο σε μεγάλη δραστηριότητα ή κόπωση όπως επαγγέλματα που υποχρεώνουν την έγκυο στο σήκωμα βαριών αντικειμένων, σε ανώμαλες αναβάσεις κ.λ.π. με αποτέλεσμα πολλές φορές να έχουν δυσάρεστες συνέπειες στην έγκυο όπως αυτόματη αποβολή ή πρόωρο τοκετό.

Επίσης επαγγέλματα που έχουν βλαπτική επίδραση στο έμβρυο και στην έγκυο όπως εργάτριες κατεργασίας μολύβδου, εργοστασίων χρωμάτων, θειούχου άνθρακα, καπνού, καουτσούκ, τυπογράφοι, καθρεπτοποιοί, εργάτριες κατασκευής παιχνιδιών.

Δεν πρέπει να παραλείψουμε και τις βλαπτικές συνέπειες που έχει η ακτινοβολία στην έγκυο.

Λογικό και ανθρώπινο είναι οι εργάτριες βιομηχανιών και άλλων κοπιαστικών επαγγελμάτων από τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης να εφοδιάζονται με τη σχετική βεβαίωση και να τους δίδεται άδεια ή να απασχολούνται σε ελαφρότερη εργασία ή να απομακρύνονται από την επίδραση άλλων τοξικών ουσιών.

Οι έγκυες που η εργασία τους περιορίζεται μόνο στις δουλειές του σπιτιού θα πρέπει απλά να μην κουράζονται.

## 9.3 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Είναι γνωστό ότι η εξέλιξη της εγκυμοσύνης μπορεί να επηρεασθεί από την διαιτητική αγωγή. Η κακή διατροφή μπορεί να οδηγήσει σε επιβράδυνση της ενδομήτριας ανάπτυξης, αναιμία, προωρότητα και εμβρυϊκή δυσπλασία. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η συνολική αύξηση του βάρους της εγκύου δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 12-13 Kgr, γιατί η υπερβολική του αύξηση φαίνεται να σχετίζεται με συχνότερη εμφάνιση προεκλαμψίας. Για τον ίδιο λόγο η αύξηση του σωματικού βάρους δεν επιτρέπεται να γίνεται απότομα. Μια αποδεκτή κατανομή του προσλαμβανόμενου βάρους από την έγκυο είναι δύο κιλά (2 Kgr) για το πρώτο (1ο) τρίμηνο, τέσσερα κιλά (4 Kgr) για το δεύτερο (2ο) και έξι (6 Kgr) για το τρίτο. Η

αντίληψη που υπάρχει στον πολύ κόσμο ότι η έγκυος γυναίκα πρέπει να υπερτρέφεται, είναι λαθεμένη.

Η διαιτητική αγωγή, που πρέπει να ανέρχεται στις 2000 έως 2500 θερμίδες ημερησίως, καλόν είναι να περιλαμβάνει όλα τα είδη των τροφών, όπως πρωτεΐνες, λίπη και υδατάνθρακες, αλλά και μέταλλα και βιταμίνες.

**Πρωτεΐνες:** Είναι αζωτούχες τροφές, απαραίτητες για την ανάπτυξη του σώματος του εμβρύου. Πρέπει να λαμβάνονται σε ποσότητα περίπου 75 έως 120 γραμμάρια ημερησίως, είτε με τη μορφή της ζωτικής πρωτεΐνης (60 έως 80 γραμμ. κρέας, πουλερικά, ψάρια, συκώτι, αυγά και τυρί) ή και φυτικής πρωτεΐνης (δημητριακά, καρύδια, φακές, κουκιά και μπιζέλια).

**Υδατάνθρακες:** Είναι αμυλώδεις τροφές (πατάτες, ρύζι, δημητριακά, κουκιά, μπιζέλια κ.τ.λ.) που αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή θερμίδων και ενέργειας για το έμβρυο, εάν ληφθεί υπόψη ότι υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στα επίπεδα της μητρικής και της εμβρυϊκής γλυκόζης. Οι συνιστώμενες ποσότητες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 200 γραμμ. ημερησίως.

**Λίπη:** Αποτελούν μαζί με τους υδατάνθρακες πηγή θερμίδων για το έμβρυο και παρέχουν τις λιποδιαλυτές βιταμίνες Α, D και Κ. Περιέχονται στο κρέας, τα αυγά και τα γαλακτοπροϊόντα όπως και σε ορισμένα φυτικά προϊόντα. Πρέπει να τρώγονται φειδωλά.

**Μέταλλα:** Στα μέταλλα, που είναι απαραίτητα στην έγκυο γυναίκα, περιλαμβάνονται ο σίδηρος, το ιώδιο, το ασβέστιο και ο φώσφορος, καθώς και ίχνη μαγνησίου και ψευδαργύρου.

Ο σίδηρος βρίσκεται στο κρέας, το συκώτι, στον κρόκο των αυγών, τα στρείδια, τα φρούτα και τα φυλλώδη λαχανικά (σπανάκι, μπρόκολα κ.λ.π.)<sup>17</sup>

Στις γυναίκες που έχουν έλλειψη σιδήρου όταν μένουν έγκυες ή που το φαινόμενο του παρουσιάζεται αργότερα, συνίσταται να κάνουν ενέσεις ή να παίρνουν ταμπλέτες σιδήρου, ώστε να αποτραπεί το ενδεχόμενο δημιουργίας αναιμίας.<sup>18</sup>

Το ιώδιο προσλαμβάνεται συνήθως σε επαρκή ποσότητα, εάν το διαιτολόγιο περιλαμβάνει θαλασσινή τροφή μια φορά την εβδομάδα. Το ασβέστιο και ο φώσφορος που περιέχονται στο γάλα, είναι απαραίτητα για την υγεία της μητέρας,

αλλά και για την ανάπτυξη του εμβρυϊκού σκελετού (και των δοντιών του εμβρύου). Η βιταμίνη D αποτελεί τον κύριο ρυθμιστή του μεταβολισμού του ασβεστίου και του φωσφόρου.

**Βιταμίνες:** Προσλαμβάνονται καλύτερα με τις τροφές παρά με τα δισκία. Η βιταμίνη A παρέχεται κυρίως με τα φυλλώδη λαχανικά και τα φρούτα, αλλά και με το γάλα, το βούτυρο, τα αυγά και τα δημητριακά. Η έλλειψη της παρεμβάλλεται στην ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου και προδιαθέτει σε εκτρώσεις και σε λοιμώξεις στη μητέρα. Η βιταμίνη D, που βρίσκεται στο συκώτι των ψαριών, στο γάλα και στον κρόκο των αυγών, αυξάνει την απορρόφηση από το έντερο του ασβεστίου και του φωσφόρου. Πλούσιες σε φυλλικό οξύ τροφές είναι τα πράσινα λαχανικά, τα καρύδια και η ζύμη. Η ανεπάρκεια σε φυλλικό οξύ συνδέεται με την ανάπτυξη μεγαλοβλαστικής αναιμίας στη μητέρα.<sup>17</sup>



Εικόνα 8

#### 9.4 ΑΛΚΟΟΛ.

Η κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες γυναίκες αποτελεί κύριο βλαπτικό παράγοντα για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης και για την υγεία του αναπτυσσόμενου εμβρύου.<sup>21</sup>

Συγκεκριμένα, τα αλκοολούχα θεωρούνται ως ένα από τα σημαντικότερα και σοβαρότερα τερατογόνα διότι μπορούν να προκαλέσουν ένα ευρύ φάσμα ανωμαλιών στο έμβρυο. Είναι γνωστά δε σαν το συχνότερο αίτιο πρόκλησης νοητικής καθυστέρησης στις αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>22,23</sup>

Το σύνολο των συγγενών ανωμαλιών που εμφανίζει το έμβρυο όταν η έγκυος καταναλώνει αλκοόλ, ονομάζεται «εμβρυϊκό σύνδρομο αλκοολισμού».<sup>24</sup>

Το σύνδρομο περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ανωμαλιών που κυμαίνονται από ελαφρές παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό μέχρι την πλήρη εμφάνιση του.

Η πλήρης εμφάνιση του συνδρόμου χαρακτηρίζεται από μορφολογικές διαταραχές, διαταραχές σωματικής ανάπτυξης καθώς και από διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος<sup>25,26</sup>

Στον ακόλουθο πίνακα φαίνονται οι κύριες αυτές διαταραχές του συνδρόμου.

---

#### Κύριες διαταραχές του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου

---

**ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ:** Μικρές βλεφαρικές σχισμές

Ανωμαλίες ανάπτυξης μέσου προσώπου

Καθίζηση ρίζης ρινός

Μεγάλη απόσταση στόματος-ρινός

Επιπέδωση φίλτρου

Λεπτό άνω χείλος

Προγναθισμός

**ΝΕΥΡΙΚΟΥ** Μικροκεφαλία

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:** Ήπια νοητική καθυστέρηση

Υπερκινητικότητα

**ΑΛΛΕΣ** Συγγενείς καρδιοπάθειες

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:** Μικροφθαλμία

Ωτίτιδα-Απώλεια ακοής

Διαταραχές

Υπερτρίχωση

---

**Πρόληψη και καθοδήγηση της εγκύου:** Σήμερα είναι παραδεκτό ότι το αλκοόλ δρα βλαπτικά στο έμβρυο αφού η τερατογόνος δράση του έχει αποδειχθεί ύστερα από πολλές μελέτες.

Παρ'όλο όμως που δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως οι μηχανισμοί πρόκλησης των βλαβών ούτε έχει καθοριστεί η «ασφαλής ποσότητα αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης» εν τούτοις όλοι οι ειδικοί επιστήμονες συμφωνούν στο ότι καμία ποσότητα αλκοόλ στην εγκυμοσύνη δεν πρέπει να θεωρείται ασφαλής.

Είναι φανερό ότι παρ'όλο που στη χώρα μας ο αλκοολισμός δεν έχει τις διαστάσεις που έχει λάβει σε άλλες χώρες είναι αναγκαίο λόγω των σοβαρών προβλημάτων που προκαλεί, να ενημερώνονται οι γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας για τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη. Οι υγειονομικοί φορείς της χώρας μας θα πρέπει να αναπτύξουν προγράμματα γενετικής καθοδήγησης για να ενημερώνεται το κοινό και ιδιαίτερα οι νέες γυναίκες και οι έγκυες για τις βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ στην εγκυμοσύνη. Παρατηρώντας λοιπόν τις βλαβερές συνέπειες του αλκοόλ στο έμβρυο κρίνεται επιτακτική η κάθε προσπάθεια καθοδήγησης της εγκύου.

Το σωστό βέβαια θα ήταν να συνιστάται στην έγκυο να αποφεύγει την πόση αλκοολούχων σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού καθώς δεν έχει καθοριστεί ασφαλές όριο στην ποσότητα που μπορεί να καταναλώσει η έγκυος.<sup>27</sup>

Πολλοί όμως επιστήμονες υποστηρίζουν ότι επειδή στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι γνωστή η ακριβής ημερομηνία σύλληψης είναι αναγκαίο για κάθε γυναίκα στην κατανάλωση αλκοόλ.

Γι'αυτό θεωρούν ότι πρέπει να συνιστάται στην έγκυο να πίνει εν ανάγκη μόνο, ένα ελαφρύ ποτό (μπύρα ή κρασί). Ποτέ όμως, ούτε και κατά περίπτωση, ποσότητα που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο το έμβρυο.<sup>28</sup>

Η αντιμετώπιση της εγκύου που πίνει σε υπερβολικό βαθμό είναι ξεχωριστή περίπτωση και απαιτεί την συνεργασία του γιατρού, του ψυχολόγου και του

κοινωνικού λειτουργού. Πρέπει να γίνει εκτίμηση της ποσότητας που καταναλώνει την ημέρα καθώς επίσης αξιολόγηση της προσωπικότητας της εγκύου και του οικογενειακού της περιβάλλοντος.<sup>29</sup>

Η έγκυος θα πρέπει να αντιληφθεί το νέο της ρόλο και να κατανοήσει τις σοβαρές βλαπτικές συνέπειες που προκαλεί το αλκοόλ στο έμβρυο.

Στις περιπτώσεις αυτές αρχίζει πρόγραμμα σταδιακής αποστέρησης του αλκοόλ μέσα σε ένα περιβάλλον ψυχολογικής υποστήριξης.<sup>30</sup>

Συμπερασματικά θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι παρ'όλο που στη χώρα μας ο αλκοολισμός δεν έχει την έκταση που έχει σε άλλες χώρες, η ανάγκη για συνεχή πληροφόρηση των εγκύων για τις βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ είναι επιτακτική.

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την υγεία του παιδιού και της εγκύου είναι σε θέση να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη προγραμμάτων γενετικής καθοδήγησης για την πρόληψη της εμφάνισης των τόσο σοβαρών συμπτωμάτων της κατανάλωσης αλκοόλ, τόσο για την μητέρα όσο για το έμβρυο.

## 9.5 ΚΑΠΝΙΣΜΑ.

Το κάπνισμα απαγορεύεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης γιατί ο καπνός και η νικοτίνη περνά τον πλακούντα και φθάνει στο έμβρυο. Μπορεί να προκαλέσει αλλοιώσεις στην καρδιά των εμβρύων. Επίσης η κατάχρηση καπνού μπορεί να προκαλέσει πνευματική καθυστέρηση και γέννηση πρόωρων και λιγότερων εμβρύων.<sup>19</sup>

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι καπνίστριες έχουν περισσότερες πιθανότητες ν'αποκτήσουν παιδιά με πάσης φύσεως συγγενείς δυσπλασίες, όπως κυρίως είναι το λυκόστομα, η λαγωχειλία και οι ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος.<sup>18</sup>

Αν δεν μπορούμε να πετύχουμε την τέλεια αποχή της εγκύου από το κάπνισμα. Θα συστήσουμε τη μέτρια χρήση του οκτώ ως δέκα τσιγάρα την ημέρα δεν προκαλούν βλάβη στον οργανισμό της. Αλλά και στη μέτρια χρήση δεν θα πρέπει να παραλείπει τα εξής:

- Ν'αποφεύγει, όσο το δυνατό την εισπνοή του καπνού.
- Να μεταχειρίζεται καπνοσύριγγα με ειδικό φίλτρο που κρατάει πολλά από τα βλαβερά προϊόντα του καπνού.
- Να προτιμάει το κάπνισμα μετά το φαγητό.

- Να μην καπνίζει ολόκληρο τσιγάρο, γιατί από τη μέση και κάτω είναι γεμάτο τοξικές ουσίες.
- Να προτιμάει τσιγάρα καλής ποιότητας.<sup>6</sup>

## 9.6 ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.

Η χρήση ναρκωτικών είναι δυνατόν να βλάψει το έμβρυο, να το εμποδίσει στην ανάπτυξή του και να του προκαλέσει το θάνατο μετά τη γέννησή του.<sup>6</sup>

Ο διακριτικός έλεγχος της για την ανεύρεση σημείων ενέσεων στο δέρμα της θα μας βοηθήσει στην ανακάλυψη της βλαβερής συνήθειας που συνήθως αποφεύγεται να αναφέρεται από την έγκυο.<sup>4</sup>

## 9.7 ΦΑΡΜΑΚΑ.

**Τερατογόνοι παράγοντες για το έμβρυο.** Ως τερατογόνος παράγοντας θεωρείται κάθε περιβαλλοντικός παράγοντας που δρα στο αναπτυσσόμενο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και προκαλεί δομικές και λειτουργικές αποκλίσεις.<sup>31</sup> Τερατογένεση είναι το σύνολο των μορφολογικών ανωμαλιών και των λειτουργικών διαταραχών με επιπτώσεις που γίνονται αντιληπτές είτε αμέσως μετά τη γέννηση ή σε απώτερο στάδιο της παιδικής ή ενήλικης ζωής.<sup>32</sup>

**Τερατογόνος δράση των φαρμάκων στην εγκυμοσύνη.** Οι παράγοντες που καθορίζουν το είδος, την έκταση αλλά και τη βαρύτητα της βλάβης που προκαλείται από τα φάρμακα στο έμβρυο είναι:

- α) Η δράση του φαρμάκου.
- β) Η δόση και η διάρκεια χορήγησης του φαρμάκου.
- γ) Ο χρόνος έκθεσης, η ηλικία της εγκυμοσύνης στην οποία χορηγήθηκε το φάρμακο.
- δ) Το γενετικό υλικό, δηλαδή ο γονότυπος της μητέρας και του εμβρύου.
- ε) Η συγκέντρωση του φαρμάκου στην εμβρυϊκή κυκλοφορία.<sup>10</sup>

Η δράση των διαφόρων τοξικών φαρμάκων πάνω στο έμβρυο, μπορεί να γίνει με τους παρακάτω μηχανισμούς:

1. Κατ'ευθείαν επίδραση στο έμβρυο.
2. Μέσω της αιμάτωσης και λειτουργίας του πλακούντα.
3. Μέσω της γενικότερης επίδρασης στον οργανισμό της μητέρας.



Η ευαισθησία του εμβρύου στους τερατογόνους παράγοντες εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την περίοδο οργανογένεσης κατά την οποία εκτέθηκε.<sup>33</sup>

*Η περίοδος γονιμοποίησης και εμφύτευσης από τη σύλληψη μέχρι και την δέκατη έβδομη (17η) ημέρα της εγκυμοσύνης. Στο διάστημα αυτό η ανάπτυξη αφορά βασικά εξω-εμβρυϊκούς ιστούς (τροφοβλάστης) ενώ τα εμβρυϊκά κύτταρα είναι ολιγάριθμα και αδιαφοροποίητα. Συνεπώς η δράση του φαρμάκου είτε θα προκαλέσει θάνατο του εμβρύου και αποβολή, είτε τα κατεστραμμένα κύτταρα θα αντικατασταθούν από αδιαφοροποίητα κύτταρα που θα εξελιχθούν σε φυσιολογικά.*

*Η περίοδος οργανογένεσης από την δέκατη όγδοη (18η) μέχρι την εξηκοστή (60ή) ημέρα ή από τη τρίτη μέχρι την όγδοη (3η-8η) εβδομάδα. Το έμβρυο στην περίοδο αυτή είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στη δράση των φαρμάκων με αποτέλεσμα, είτε την αποβολή του, είτε τη δημιουργία μεγάλων δομικών ανωμαλιών.<sup>34</sup>*

*Η εμβρυϊκή περίοδος από την πενήκοστή έκτη (56η) ημέρα μέχρι τον τοκετό. Στην περίοδο αυτή διαφοροποιούνται οι ιστοί (ιστογένεση) και αναπτύσσονται τα ήδη διαμορφωμένα όργανα. Η έκθεση στα φάρμακα δεν προκαλεί πια σοβαρές διαμαρτίες στη διάπλαση, αλλά μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και την λειτουργική εξέλιξη του εμβρύου ή να προκαλέσει τοξικές βλάβες των ιστών. Φάρμακα που χορηγούνται στο διάστημα της ανάπτυξης του εγκεφάλου μπορεί να επηρεάσουν τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των κυττάρων και να έχουν μόνιμα αποτελέσματα στη λειτουργική ικανότητά τους, δηλαδή στη συμπεριφορά.*

Στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης μπορεί να προκληθούν κυρίως λειτουργικές διαταραχές σε οποιοδήποτε όργανο ή βιολογικό σύστημα. Οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να γίνουν αμέσως μετά τη γέννηση ή αργότερα.<sup>35</sup>

Συμπερασματικά, κάθε έγκυος πρέπει να ενημερώνεται για τις βλαπτικές επιδράσεις των φαρμάκων στην εγκυμοσύνη και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προβαίνει στη λήψη κανενός φαρμάκου σε καμία μορφή του αν δεν συμβουλευτεί πρώτα τον γιατρό της.<sup>4</sup>

## 9.8 ΕΜΒΟΛΙΑ

Ο εμβολιασμός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να αποφεύγεται και κατά περίπτωση μόνο γίνεται αντισταθμίζοντας την ωφέλεια που θα προκύψει

από αυτό να είναι μεγαλύτερη, από την πιθανή βλάβη που μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο.<sup>4</sup>

#### 9.9 ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ-ΥΠΕΡΗΧΟΙ.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία αναγνωρίζεται σαν ένας βέβαιος βλαπτικός παράγων για το έμβρυο. Η κύρια βλαπτική της δράση στο στάδιο του μοριδίου και του βλαστιδίου είναι η πρόκληση του εμβρυϊκού θανάτου. Στην περίοδο της οργανογένεσης, η ιονίζουσα ακτινοβολία προκαλεί υπολειπόμενη ανάπτυξη και ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου. Οι πιο συχνές από τις ανωμαλίες της διάπλασης είναι εκείνες που αφορούν το κεντρικό νευρικό σύστημα και από αυτές η πιο συχνή η μικροκεφαλία και η πνευματική καθυστέρηση. Στην προχωρημένη κύηση, η ιονίζουσα ακτινοβολία φαίνεται να σχετίζεται με ένα αυξημένο ποσοστό εμφάνισης λευχαιμίας σε παιδιά που υποβλήθηκαν σε ακτινολογικές διαγνωστικές εκθέσεις. Άλλη βλαπτική επίδραση της ιονίζουσας ακτινοβολίας είναι η πρόκληση γονοδιακών μεταλλάξεων.

Ο προσδιορισμός μιας ελάχιστης ακίνδυνης δόσης ιονίζουσας ακτινοβολίας στο έμβρυο, είναι εξαιρετικά δύσκολος και οι γνώμες των διαφόρων ερευνητών διίστανται. Προς το παρόν, ως μέγιστη επιτρεπόμενη έκθεση του εμβρύου σε ιονίζουσα ακτινοβολία, έχει καθοριστεί το επίπεδο των πέντε (5) Rem, που πιστεύεται, ότι είναι μια αρκετά συντηρητική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η έκθεση του εμβρύου στους υπερήχους, που εφαρμόζονται για διαγνωστικούς σκοπούς, δεν φαίνεται να σχετίζεται με δυσμενείς επιδράσεις σ' αυτό. Επιπλέον με την ευρεία εφαρμογή των υπερήχων, έχει περιοριστεί η χρησιμοποίηση των διαφόρων ακτινολογικών μεθόδων και βελτιώθηκε η μαιευτική πράξη, σαν αποτέλεσμα της συμβολής τους στη διαγνωστική μεθοδολογία. Παρά το γεγονός, ότι ακόμα βρίσκεται στο στάδιο της αξιολόγησης η διερεύνηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή των υπερήχων, οι δύο παραπάνω παράγοντες καθιστούν την εφαρμογή τους, από άποψη πρακτικής και θεωρητικής, ως ένα βαθμό τουλάχιστο, όχι μόνο αποδεκτή αλλά και ασφαλή.<sup>10</sup>

#### 9.10 ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.

Η καθαριότητα του σώματος όπως είναι γνωστό προστατεύει το σώμα από διάφορες μολύνσεις ιδιαίτερα κατά την περίοδο της κύησης-βοηθά δε στη καλή

λειτουργία του δέρματος, με την οποία επιτυγχάνεται η απέκκριση του ιδρώτα και η αποβολή των αχρήστων ουσιών από το μητρικό οργανισμό. Η εφίδρωση κατά την περίοδο της κύησης, είναι αυξημένη, διότι ο μητρικός οργανισμός έχει να επιτελέσει διπλό έργο για αυτή, την αποβολή άχρηστων ουσιών δύο οργανισμών, της μητέρας και του εμβρύου.

Για αυτό συνίσταται καθημερινά λουτρό καθαριότητας. Μετά τον έβδομο (7ο) μήνα της κύησης είναι προτιμότερο το καταιωνιστικό λουτρό καθαριότητας για δύο λόγους. Αφ'ενός γιατί η χρήση του λουτήρα από την κυοφορούσα είναι δυσκολότερη, αφ'ετέρου διότι πιστεύεται ότι με το λουτρό μέσα στο λουτήρα, το όξινο περιβάλλον του κόλπου αλλοιώνεται και μεταβάλλεται σε αλκαλικό και έτσι δημιουργούνται συνθήκες που διευκολύνουν οποιαδήποτε μόλυνση.

Η συχνή αλλαγή εσωρούχων και η πλύση των χεριών από κάθε χρήση της τουαλέτας, θεωρούνται στοιχειώδη και απαραίτητα.<sup>13</sup>

#### 9.11 ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ.

Το πλύσιμο με βούρτσα μέτριας σκληρότητας και οδοντόπαστα τρεις φορές την ημέρα και μετά από κάθε γεύμα επιβάλλεται στην εγκυμοσύνη για περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.

Σε περίπτωση που η έγκυος δεν μπορεί να ανεχθεί την βούρτσα ή την οδοντόπαστα συστήνουμε πλύσιμο με αντισηπτική διάλυση.

Μορφή ουλίτιδας που ονομάζεται και ουλίτιδα της εγκυμοσύνης εμφανίζεται πολλές φορές κατά τον τρίτο (3ο) μήνα, εκδηλώνεται με αιμοραγική τάση των ούλων, οίδημα και υπερτροφία, που οφείλεται πιθανά σε ορμονική επίδραση.

Παρατηρούνται επίσης διαταραχές του σάλιου και κάποια υπερπλασία των ούλων.

Οι επουλίδες που είναι καλοήθεις όγκοι και προέρχονται από το περίσσειο των φατνιακών αποφύσεων της γνάθου, οφείλονται σε ερεθισμό των ούλων ή πιθανό στις οιστρογόνες ορμόνες.<sup>4</sup>

#### 9.12 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ.

Η περιποίηση των μαστών αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες φροντίδες στην εγκυμοσύνη, γιατί αυτή θα της εξασφαλίσει κανονική γαλουχία και θα διατηρήσει την αισθητική εμφάνισή τους.

Αυτή συνίσταται στην εφαρμογή ειδικού στηθόδεσμου που φέρνει το στήθος στην κανονική του θέση χωρίς να το πιέζει καθόλου, στην καθαριότητα που εξασφαλίζεται με τακτικό πλύσιμο.

Η φροντίδα των θηλών θα πρέπει να είναι ιδιαίτερη. Για να τις προετοιμάσουμε για τον τοκετό και να προλάβουμε τις ραγάδες, πρέπει να γίνεται επάλειψη με βαζελίνη ή λανολίνη για να διατηρείται η επιδερμίδα τους μαλακή.

Προσοχή χρειάζεται στην αποβολή των ακαθαρσιών που είναι πάνω στις θηλές κολλημένες και προέρχονται από την ξήρανση των εκκρίσεων των μαστών κατά την εγκυμοσύνη.

Οι θηλές που είναι επίπεδες έχουν ανάγκη από μασάζ για να γίνουν κατάλληλες για το θηλασμό κι αυτό γίνεται με τον δείκτη και τον αντίχειρα σταυρωτά και με τράβηγμα προς τα έξω μετά τον έκτο (6ο) μήνα.

Με τη σωστή περιποίηση προλαμβάνουμε την δημιουργία ραγάδων που έχει σαν συνέπεια πολλές φορές να οδηγήσουν τη γυναίκα να μην θηλάσει ή ακόμη να χρησιμεύσουν σαν θύρα εισόδου μικροβίων με άμεσο αποτέλεσμα τη μαστίτιδα.

Τους δύο τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης οι μαστοί έχουν ανάγκη από μασάζ για την έξοδο του πύατος (πρωτόγαλα) και την αποφυγή της απόφραξης των γαλακτοφόρων πόρων.

Η θηλή και η άλωθ θα πρέπει να είναι μαλακή και να προεξέχει. Οι θηλές που εισέχουν μπορούν μερικές φορές να γίνουν κινητές με τη χρήση καλύπτρας του Woolwich (Waller) . Η καλύπτρα πιέζεται πάνω στο μαστό και η θηλή εξέρχεται μέσα στο άνοιγμα που βρίσκεται στη βάση της καλύπτρας.<sup>4</sup>

### 9.13 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΤΟΙΧΩΜΑΤΩΝ.

Στην επιφάνεια των κοιλιακών τοιχωμάτων της εγκύου λόγω ρήξης των ιστών του δέρματος εμφανίζονται ραβδώσεις.

Οι ραβδώσεις όταν είναι πρόσφατες έχουν χρώμα μελανό ενώ όταν είναι παλιές το χρώμα τους είναι λευκωπό.

Τόσο για την αισθητική χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων όσο και για την ανακούφιση της εγκύου θα πρέπει να παίρνονται ορισμένες φροντίδες από την έγκυο.

Η επάλειψη των κοιλιακών τοιχωμάτων με βαζελίνη ή λανολίνη κάθε βράδυ και σε όλη την έκταση της κοιλιάς, μαλακώνει το δέρμα και το βοηθάει να αποκτάει μεγαλύτερη ελαστικότητα.

Εκτός από τη δημιουργία ανώμαλων σχημάτων του εμβρύου που προκαλεί η χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων άλλες συνέπειες αυτής είναι η πτώση τους και ο σχηματισμός κοιλιοκήλη.

Γι' αυτό σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συσταθεί στη γυναίκα η χρήση ειδικής ζώνης εγκυμοσύνης που συγκρατεί τα κοιλιακά τοιχώματα από κάτω προς τα πάνω.<sup>4</sup>

#### 9.14 ΤΑΞΙΔΙΑ.

Οι κίνδυνοι ενός ταξιδιού στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης στους πρώτους μήνες και ο πρόωρος τοκετός στους τελευταίους.

Το ταξίδι με το αυτοκίνητο για διαδρομές 50-100 χιλιόμετρα μπορεί να επιτραπεί εφ' όσον και ο δρόμος είναι καλός, ο οδηγός κατάλληλος και το αυτοκίνητο άνετο.

Για διαδρομές πάνω από 200 χιλιόμετρα να προτιμάται ο σιδηρόδρομος εφ' όσον υπάρχει υπερσύγχρονη σιδηροδρομική συγκοινωνία.

Κανείς δεν μπορεί να πάρει την ευθύνη ενός ταξιδιού τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και κατά τον τελευταίο μήνα.

Η έγκυος που έχει πόνο στο υπογάστριο ή και ελάχιστες σταγόνες αίματος δεν επιτρέπεται να ταξιδεύει.<sup>4</sup>

#### 9.15 ΓΕΝΕΤΗΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ.

Οι γενετησιακές σχέσεις επιτρέπονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέχρι την 32η εβδομάδα, εφ' όσον η εξέλιξη της κύησης είναι ομαλή. Οι παρατεταμένες και ερεθιστικές γενετησιακές σχέσεις πρέπει να αποφεύγονται. Η έγκυος πρέπει να γνωρίζει, ότι η συνουσία μπορεί να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα για την πρόκληση αυτόματης έκτρωσης, πρόωρου τοκετού ή πρόωρης ρήξης των υμένων του εμβρύου. Η δράση αυτή της συνουσίας αποδίδεται στο μηχανικό ερεθισμό και τη δράση των προσταγλανδινών του σπέρματος.<sup>10</sup>

#### 9.16 ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ-ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ.

Την κοινωνική της ζωή, ως ένα σημείο, είναι δυνατόν να την συνεχίσει η έγκυος. Δεν είναι σωστό να της απαγορευθεί κάθε σχέση με τον έξω κόσμο σε όλη

τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι επισκέψεις της εγκύου πρέπει να είναι περιορισμένες. Επισκέψεις σε νοσοκομεία, άρρωστους συγγενείς, νεκροταφεία και σε κάθε μέρος, που είναι δυνατό να προκαλέσει σ'αυτή ψυχικό κλονισμό και λυπηρές εντυπώσεις, πρέπει να αποφεύγονται, γιατί την έγκυο τη διακρίνει ξεχωριστή ευαισθησία.

Οι κοινωνικές συγκεντρώσεις ιδίως το χειμώνα υποβοηθούν στη μετάδοση νοσημάτων, η δε ορθοστασία, η αναμονή, ο συνωστισμός κ.λ.π. αποτελούν παράγοντες που δεν ευνοούν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Οι περίπατοι στο ύπαιθρο, οι παραστάσεις με ευχάριστο θέμα σε ανοιχτούς χώρους, ο χορός (χωρίς πολύ έντονη δραστηριότητα). Η μουσική, αντίθετα ενδείκνυται και γενικά η έγκυος πρέπει να διασκεδάζει στο μέτρο του δυνατού, αποφεύγοντας τα ξενύχια.<sup>4</sup>



Εικόνα 9

### 9.17 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΠΤΩΣΗ.

Η αστάθεια του βαδίσματος ή άλλες αιτίες είναι δυνατό να προκαλέσουν την πτώση της εγκύου.

Τις περισσότερες φορές έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση μωλώπων. Το έμβρυο σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προστατεύεται και δεν είναι εύκολο να υποστεί βλάβη, παρά μόνο όταν χτυπηθεί με οξύ αντικείμενο η κοιλιά της εγκύου.

Σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, ίσως μετά την πτώση ή το ατύχημα το έμβρυο να πάψει τις κινήσεις του. Ύστερα όμως, αυτές επανεμφανίζονται. Αν σταματήσουν πάνω από τέσσερις με πέντε (4-5) ώρες, αυτό είναι ανησυχητικό σημείο.<sup>6</sup>

### 9.18 ΑΣΚΗΣΕΙΣ

Η άσκηση κατά την εγκυμοσύνη αποσκοπεί στην ενδυνάμωση, αλλά και στη χαλάρωση των ραχιαίων και κοιλιακών μυών και των μυών της πυέλου.

Η προπόνηση των ραχιαίων μυών, για να εξαιρεθεί η υπερλόνδωση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, γίνεται με διορθωτικές και χαλαρωτικές ασκήσεις. Για να επιτευχθεί η σωστή στάση του σώματος επιδιώκεται η ομοιόμορφη κατανομή του βάρους του σώματος, αρχίζοντας από την ποδοκνημική και φθάνοντας στο κεφάλι της εγκύου.

Η έγκυος υποβάλλεται σε προπόνηση με βάδισμα και ελαφρό τροχαδάκι με έμφαση στην ποδοκνημική άρθρωση, για να επιτευχθεί καλύτερη κυκλοφορία του αίματος στα κάτω άκρα. Τα κάτω άκρα δέχονται μεγάλες επιβαρύνσεις κατά την εγκυμοσύνη και οι ενοχλήσεις με τη μορφή της κράμπας, της εύκολης κόπωσης και του οιδήματος είναι συνηθισμένες. Στην επίτευξη του σκοπού αυτού σημαντικά βοηθούν και ανακουφίζουν και οι ασκήσεις των δακτύλων και της ποδοκνημικής από την ύπτια θέση.

Η προπόνηση των «εν τω βάθει» μυών του πυελικού εδάφους αποσκοπεί στην ενίσχυσή τους, για να αντέχουν το βάρος της συνεχούς μεγενθυνόμενης μήτρας κατά την εγκυμοσύνη. Η διάταση εξάλλου των μυών του πυελικού εδάφους κατά τον τοκετό μπορεί να επιφέρει τη λειτουργική ανεπάρκεια και τη μόνιμη χαλάρωσή τους, με τις γνωστές συνέπειες στην ούρηση. Η προπόνηση-ενίσχυση των μυών του περινέου γίνεται σε ύπτια θέση με το ένα πόδι πάνω στο άλλο με περιοδική σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους επί δέκα (10) συνεχή δευτερόλεπτα, με διαλείμματα



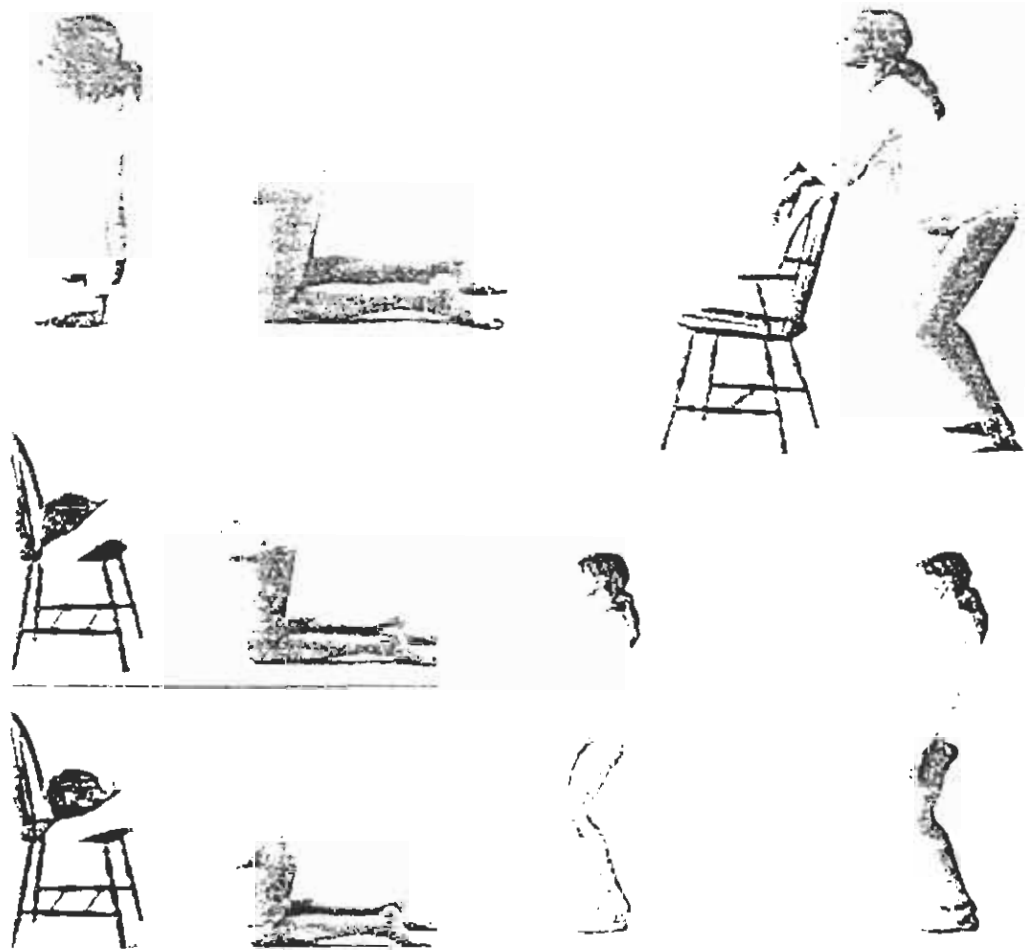
2-5 δευτερολέπτων. Η μυϊκή σύσπαση επαναλαμβάνεται οκτώ (8) με δέκα (10) φορές

Η προπόνηση επίσης των κοιλιακών μυών είναι αναγκαία, επειδή οι μύες αυτοί διατείνονται σταδιακά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ασκήσεις των κοιλιακών μυών βοηθούν στη διατήρηση της ελαστικότητας και της στηρικτικής ισχύς των μυών για να μπορούν μαζί με τους γλουτιαίους μύες να προστατεύουν τις παρακείμενες αρθρώσεις και να συγκρατούν πιο αποτελεσματικά την πύελο με το περιεχόμενό της, συμπεριλαμβανομένου και του κυήματος. Οι ασκήσεις αυτές περιλαμβάνουν χαλάρωση των προσαγωγών μυών από την ύπτια κατάκλιση, ενδυνάμωση των κοιλιακών μυών με την κίνηση των ποδιών όπως στην ποδηλάτηση, καθώς και με την σωστή τεχνική αναπνοής.<sup>17</sup>

Οι ασκήσεις συνοπτικά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

- **Προπόνηση ραχιαίων μυών:** ασκήσεις κάμψης και έκτασης του κορμού, σε όρθια στάση.
- **Προπόνηση κάτω άκρων:** βάδισμα και ελαφρό τροχαδάκι με έμφαση στην ποδοκνημική άρθρωση (καλύτερη κυκλοφορία του αίματος στα κάτω άκρα), ασκήσεις δακτύλων και ποδοκνημικής από την ύπτια θέση.
- **Προπόνηση των μυών του πυελικού εδάφους:** ασκήσεις σε ύπτια θέση, με περιοδική σύσπαση των μυών επί δέκα (10) συνεχή δευτερόλεπτα (εκ περιτροπής εφίπτευση του ενός ποδιού πάνω στο άλλο )
- **Προπόνηση των κοιλιακών μυών:** κάμψη του κορμού από την ύπτια θέση.<sup>17</sup>

Εικόνα 10



Κατασκευαστικές ασκήσεις για την εξάσκηση της αριστηκής υπεσφαιρόδεσης. Οι ασκήσεις αυτές έχουν ως στόχο την εκπαίδευση της θέλησης και γαλιάρωση των μυών του κορμού.



Άσκησης κάμψης και έκτασης του κορμού.

Εικόνα 11



Παροδική αναπνοή για 3-5 δευτερόλεπτα  
των ποδιών του πυελικού εδάφους επί 10 συντηρη δευτερόλεπτα  
σε ύπτια θέση.

Βαβάζα και ελαφρά προκλίση



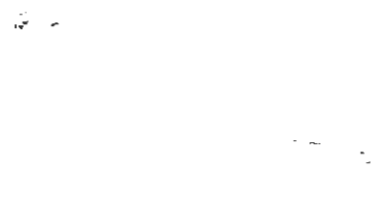
Χαλάρωση των προσγωγών ποδιών από την  
ύπτια κατακλίση



Ενδυνάμωση των κοιλιακών μυών με την ανα-  
ωση της κεφαλής



Ανοχή των ποδιών όπως στην ποδηλάτηση



Ανοχή των ποδιών όπως στην ποδηλάτηση

Ελάττωση του πόνου

Εικόνα 12

## 9.19 ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

Είναι γνωστό ότι όλες οι γυναίκες είναι επηρεασμένες από την ιδέα, ότι ο τοκετός είναι ένα γεγονός της ζωής, που συνδέεται με πόνους και κίνδυνο. Η αντίληψη αυτή, που είναι βαθιά ριζωμένη, βοηθάει στην αύξηση της ανησυχίας της γυναίκας, αλλά παράλληλα και την ευαισθησία της στον πόνο. Η συνεχής σκέψη, που απασχολεί την έγκυο στη διάρκεια της κύησης είναι γύρω από τους πόνους και τις ταλαιπωρίες του τοκετού και με τον τρόπο αυτό κρατάει το κέντρο του πόνου σε συνεχή διέγερση. Έτσι αργότερα στον τοκετό κάθε ερέθισμα που μεταβιβάζεται από τη μήτρα στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα η συστολή της μήτρας, συλλαμβάνεται από το κέντρο του πόνου και προβάλλεται σαν πραγματικός πόνος. Επίσης ο φόβος επιδρά στις λείες μυϊκές ίνες δια μέσου του φυτικού νευρικού συστήματος (Φ.Τ.Σ.), οπότε έχουμε αύξηση της κινητικότητας του εντέρου, κοκκίνισμα στο πρόσωπο ή άφθονη εφίδρωση, φαινόμενα δηλαδή που συχνά συνοδεύουν το φόβο. Η επίδραση όμως αυτού του φόβου στο φυτικό νευρικό σύστημα μεγαλώνει τον τόνο της μήτρας και έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή διέγερση της ακόμη και στη διάρκεια της φυσιολογικής χαλάρωσης της, δηλαδή στο χρόνο ανάμεσα σε δύο συστολές. Η σύσπαση όμως αυτή προκαλεί υποξία στο μητρικό μύ, που οδηγεί από τη μια πλευρά σε αύξηση του αισθήματος του πόνου και από την άλλη σε ακανόνιστες συστολές, με αποτέλεσμα την παράταση του τοκετού. Όλα αυτά βέβαια έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην οξυγόνωση του εμβρύου.

Η ψυχοπροφυλακτική λοιπόν μέθοδος έχει σκοπό να διακόψει με διάφορα μέσα αυτή την αλυσίδα των παραπάνω επιδράσεων, που δεν είναι τίποτα άλλο από εξαρτημένα αντανακλαστικά. Στην αρχή γίνεται διαφώτιση της γυναίκας σχετικά με το τι πρόκειται να συμβεί στον τοκετό, ώστε να παραμεριστεί ο παράγοντας της άγνοιας, που μεγαλώνει ακόμη πιο πολύ το φόβο. Η διαφώτιση αυτή γίνεται σε ομαδικά μαθήματα στα οποία εξηγείται, ότι ο τοκετός είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο, που δε δικαιολογεί άγχος και φόβο και που με τα σημερινά δεδομένα είναι ακίνδυνος. Γίνεται προσπάθεια να ανασκευαστούν λαθεμένες αντιλήψεις της εγκύου, που έχουν δημιουργηθεί σχετικά με τον τοκετό. Σε αυτά τα μαθήματα δεν πρέπει να υπερβάλλονται τα ευνοϊκά αποτελέσματα της μεθόδου στη γυναίκα, ενώ παράλληλα αυτά αποτελούν την κατάλληλη ευκαιρία για ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα σ'αυτήν και στην αδελφή, τη μαία ή το γιατρό που ασχολείται με την ψυχοπροφυλακτική. Εκτός από τα θεωρητικά μαθήματα για να

καταπολεμηθεί η μυϊκή σύσπαση γίνεται εκγύμναση των σκελετικών μυών κατά τη διάρκεια της κύησης με μια σειρά ασκήσεων, που οδηγούν αφ'ενός στη χαλάρωση των μυών και αφ'ετέρου στη σωστή χρησιμοποίηση τους κατά τον τοκετό (αναπνευστική και χαλαρωτική γυμναστική). Για να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στο φυσιολογικό γεγονός- τον τοκετό σε πολλά μαιευτικά κέντρα του εξωτερικού, τα μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής τα παρακολουθούν και οι σύζυγοι, οι οποίοι είναι παρόντες και συμπαραστέκονται στη γυναίκα τους στον τοκετό. Για την σωστή επιτυχία της παραπάνω μεθόδου χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικό παραϊατρικό προσωπικό και χωριστά δωμάτια ωδίνων και τοκετού για τις επίτοκες.

Η έγκυος είναι απαραίτητο να ενημερωθεί από την πρώτη κιόλας επίσκεψη στο γιατρό, για τη μεγάλη σημασία που έχει η προσωπική της συμβολή στην ομαλή εξέλιξη της κύησης, θα πρέπει να της τονιστεί η ανάγκη να αποφεύγει να εκτίθεται σε περιβάλλον με μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα, καθώς επίσης ότι πρέπει ν'αποφεύγει τη χρησιμοποίηση διαφόρων χημικών και βιολογικών ουσιών οικιακής ή άλλης χρήσης (εντομοκτόνα, απορρυπαντικά κ.λ.π.).

Η παρουσίαση όλων των παραπάνω οδηγιών στην έγκυο γυναίκα συμβάλλει στον περιορισμό των λαθεμένων εντυπώσεων και στην καταπολέμηση των προλήψεων για διάφορα σχετικά προβλήματα, έτσι ώστε να κερδίζεται η εμπιστοσύνη της από το γιατρό και το περιβάλλον του, να αποβάλλονται οι αδικαιολόγητοι φόβοι και η γυναίκα να ξαναβρίσκει τη χαμένη αυτοπεποίθησή της.<sup>9</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### *Νοσηλευτική φροντίδα κατά τα στάδια εξέλιξης του τοκετού.*

#### 10.1 ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Όταν η επίτοκος προσέλθει στα εξωτερικά ιατρεία και διαγνωσθεί η έναρξη τοκετού από τον μαιευτήρα προχωρούμε στην λήψη ορισμένων φροντίδων όπως:

1) Βρίσκουμε τον ατομικό φάκελο παρακολούθησης της επιτόκου για να ενημερωθούμε για την κατάσταση υγείας της, και για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, ή αν δεν υπάρχει παίρνουμε πλήρες ιστορικό της επιτόκου.

2) Γίνεται λήψη της αρτηριακής πίεσης των σφύξεων και της θερμοκρασίας, για τη διάγνωση πιθανής παθολογικής κατάστασης της εγκυμοσύνης.

3) Γίνεται λήψη αίματος και ούρων και στέλνονται για ανίχνευση λευκώματος στα ούρα και για διασταύρωση αίματος στην αιμοδοσία.

4) Προσδιορίζεται το σχήμα και η θέση του εμβρύου με τους χειρισμούς Leopold.

5) Ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών, της έντασης και διάρκειας των ωδίνων με τον καρδιοτοκογράφο.

6) Εκτιμάται η διαστολή του τραχήλου.

7) Εκτιμάται η ποιότητα του αμνιακού υγρού σε περίπτωση που έχουν ραγεί οι εμβρυϊκοί υμένες.

8) Γίνεται καταωνιστικό λουτρό καθαριότητας της επιτόκου.

9) Ζυγίζεται η επίτοκος.

10) Υποκλυσμός για τη αποφυγή εξόδου κοπράνων και ρύπανσης του περινέου κατά την εξώθηση και γιατί βοηθάει την πρόοδο του τοκετού.

11) Κένωση της ουροδόχου κύστης με ούρηση.

13) Ευπρεπισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Ξυρίζεται το τριχωτό του εφηβαίου, η εξωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων, η περιοχή του περινέου και του πρωκτού και γίνεται πλύση τους με αντισηπτική διάλυση.

14) Αφαιρούνται φακοί επαφής, οδοντοστοιχίες και ξεβάφονται τα νύχια της επιτόκου για την καλύτερη παρακολούθησή της.

15) Παραμένει η επίτοκος σε θάλαμο δίπλα στην αίθουσα τοκετών μέχρι να τελειώσει σχεδόν το πρώτο στάδιο τοκετού και μεταφέρεται στη συνέχεια στην αίθουσα τοκετού. Στον θάλαμο αυτό υπάρχει απαραίτητα κλίνη για την επίτοκο, παροχή οξυγόνου, καρδιοτοκογράφος και επαρκής πλάγιος και κάθετος φωτισμός, και φαρμακευτικός και υγειονομικός κάθετος φωτισμός, και φαρμακευτικός και υγειονομικός εξοπλισμός.<sup>4</sup>

## 10.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

Στο πρώτο στάδιο του τοκετού, επιτρέπουμε στην επίτοκο να παίρνει όποια θέση θέλει ή να σηκώνεται και να βαδίζει, αν ο χώρος το επιτρέπει. Η πλάγια θέση στη διάρκεια του πρώτου σταδίου θεωρείται η καλύτερη για την επίτοκο και το έμβρυο. Η ύπαρξη κατάλληλης μουσικής, σε χαμηλή ένταση, στο χώρο της αίθουσας τοκετού, έχει ευνοϊκή επίδραση στην πολύωρη κάποτε καταπόνησή της.

Επιτρέπουμε στην επίτοκο του πρώτου σταδίου τη λήψη υγράς μόνο τροφής και ποτέ στερεάς, για το ενδεχόμενο γενικής αναισθησίας της, και φροντίζουμε την κένωση της ουροδόχου κύστης, γιατί, όταν αυτή είναι γεμάτη, επιδρά στις ωδίνες. Όταν η κεφαλή εμπεδωθεί και η διούρηση είναι δύσκολη, εκτελούμε καθετηριασμό με ελαστικό καθετήρα.

Φροντίζουμε, ακόμη, για τη διατήρηση της αντισηψίας της περιοχής των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και του πρωκτού, με αντισηπτικές πλύσεις και με την κάλυψη με αποστειρωμένο οθόνιο, που αλλάζει κάθε φορά, που θα λερωθεί.

Στο στάδιο αυτό του τοκετού δεν επιτρέπουμε στην επίτοκο να σφίγγεται, αλλά, αντίθετα, να χαλαρώσει σε κάθε παύλα. Σε κάθε ωδίνη πρέπει να εκτελεί αναπνευστικές κινήσεις, που βοηθάνε αυτή και το έμβρυο. Το πρόωρο σφίξιμο της επιτόκου προκαλεί οίδημα του τραχήλου και αυτό ακαμψία του και εμπόδιο στη διαστολή του.<sup>6</sup>

Όσο για τη φαρμακευτική αγωγή σ' αυτό το στάδιο, χορηγούνται πάντα κατόπιν ιατρικής εντολής σπασμολυτικά (Buscopan) για την χαλάρωση του

τραχήλου, ενώ σε περίπτωση που οι ωδίνες δεν είναι ικανοποιητικές, για την ενίσχυσή τους χορηγούνται ωδινοποιητικά, όπως σκευάσματα ωκυτοκίνης (Oxytocine) μέσα σε Dextroze 1000 cc σε δόση 5-10 μονάδων με δεκαπέντε (15) σταγόνες το λεπτό και σταδιακή αύξησή τους αν ο τοκετός δεν προχωρεί.

Στο πρώτο στάδιο του τοκετού παρακολουθούνται η εξέλιξη και η κατάσταση τόσο της επιτόκου, όσο και του εμβρύου με:

- ♦ Την εκτίμηση των ωδίνων ως προς την συχνότητα, ένταση και την διάρκεια τους.<sup>13</sup>
- ♦ Την εκτίμηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου. Η ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου στη διάρκεια του πρώτου σταδίου πρέπει να γίνεται τουλάχιστον κάθε δέκα (10) λεπτά. Οι φυσιολογικοί καρδιακοί παλμοί κυμαίνονται ανάμεσα στους 120-160 στο λεπτό. Αναζητείται η εστία των καρδιακών παλμών, δηλαδή του σημείου που ακούγονται με πιο ευκρίνεια. Η μετατόπιση της εστίας προς τη μέση γραμμή και προς τα κάτω δείχνει την πρόοδο του τοκετού, γιατί η κάθοδος του εμβρύου έχει ως αποτέλεσμα την ανάλογη μετακίνηση της εστίας. Αν κατά το άκουσμα των παλμών σημειωθεί μεταβολή στη συχνότητα ή στην ποιότητά τους, γίνεται ενημέρωση του υπεύθυνου γιατρού και ανάλογα με τις δυνατότητες που υπάρχουν η επίτοκος συνδέεται με τον καρδιοτοκογράφο. Με την προσεκτική και συνεχή παρακολούθηση της επιτόκου είναι δυνατό να διαγνωσθούν έγκαιρα διάφορες παθολογικές καταστάσεις, που μπορεί να προκύψουν για την ίδια και το έμβρυο.<sup>9</sup>
- ♦ Την εκτίμηση της διαστολής του τραχήλου και τον καθορισμό του ύψους της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Η εξέταση της επιτόκου για τον έλεγχο της διαμέτρου της διαστολής και την εξακρίβωση του ύψους της προβάλλουσας μοίρας στον πυελογεννητικό σωλήνα γίνεται με εξέταση από τον ορθό ή τον κόλπο. Η κολπική εξέταση πρέπει να περιορίζεται και να γίνεται, όταν κριθεί απαραίτητο, ύστερα από προετοιμασία των γεννητικών οργάνων, δηλαδή πλύση με αντισηπτική διάλυση, επάλειψη με αντισηπτικό και χρησιμοποίηση αποστειρωμένου γαντιού, που δεν πρέπει να αγγίζει τα εξωτερικά γεννητικά όργανα, τη στιγμή που γίνεται η εισαγωγή των δακτύλων στον κόλπο.<sup>9</sup> 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 έλεγχο της κενώσεως της ουροδόχου κύστης. Η ουροδόχος κύστη ανατομικώς, βρίσκεται μπροστά από την μήτρα και σε επαφή με αυτή. Επομένως, όταν αυτή είναι γεμάτη από ούρα, εμποδίζει την κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου και συνεπώς καθυστερεί ο τοκετός. Η νοσηλεύτρια πρέπει να δίνει συχνά δοχείο στην επίτοκο και να ελέγχει αν ούρησε ή όχι. Σε περίπτωση κατά την οποία η επίτοκος δεν μπορεί να ουρήσει μόνη της στην αρχή εφαρμόζονται απλοί τρόποι βοήθειας, όπως το άνοιγμα της βρύσης για να τρέχει νερό και τέλος σε αποτυχία αυτών, ύστερα από εντολή γιατρού, ενεργείται καθετηριασμός της κύστεως για αποβολή των ούρων.<sup>13</sup>
- ◆ Την εκτίμηση των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα. Οι σφίξεις της επιτόκου στη διάρκεια των ωδίνων 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 ποσού του αίματος που περνάει στους πνεύμονες σε κάθε συστολή της καρδιάς, γιατί στην ωδίνη ελαττώνεται ο αριθμός των παλμών και αυξάνεται η πίεση του αίματος. Τέλος στην διάρκεια των ωδίνων η αναπνοή της επιτόκου γίνεται συχνότερη.
- ◆ Τον έλεγχο της αιμορραγίας από τον κόλπο από τυχόν ρήξη του τραχήλου ή προδρομικού πλακούντα ή πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα.<sup>6</sup>

### 10.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

Η νοσηλευτική φροντίδα στο δεύτερο στάδιο του τοκετού περιλαμβάνει τα εξής:

- ◆ Προετοιμασία της επιτόκου για τον τοκετό: Όταν διαπιστωθεί η έναρξη του δεύτερου σταδίου, δηλαδή όταν η διαστολή γίνει τέλεια, τότε η επίτοκος πρέπει να πάρει γυναικολογική θέση πάνω στο μαιευτικό κρεβάτι ή να στηρίξει τα πόδια της πάνω στα δύο ειδικά εξαρτήματα, που προσαρμόζονται σ' αυτό αφού αποχωρισθεί το κάτω μέρος του. Αφού πάρει την ορισμένη στάση, εφαρμόζονται αποστειρωμένες ποδοκνημίδες στα πόδια της, πλένονται τα εξωτερικά γεννητικά

όργανά της, στρώνεται αποστειρωμένο μεγάλο πανί κάτω από τους γλουτούς της και παίρνει στάση εξώθησης.

- ◆ Παρακολούθηση της προόδου της εξώθησεως: Για να εξωθήσει καλύτερα η επίτοκος και να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη γρηγορότερη εξέλιξη του τοκετού, τη συμβουλεύουμε τη στιγμή της ωδίνης να πιάνει τα πόδια της πίσω από τα γόνατά της, να φέρνει τους μηρούς στην κοιλιά της και με το σαγόνι ακουμπισμένο πάνω στο στέρνο της να σφίγγεται, όπως, όταν θέλει ν'αφοδεύσει, αφού πρώτα πάρει βαθιά εισπνοή. Αν δεν καταφέρνει μόνη της να κρατήσει το κεφάλι της πάνω στο στέρνο της, τη βοηθάει η νοσηλεύτρια. Την εξώθηση δεν θα συμβουλεύσουμε, αν η διαστολή δεν είναι τέλεια, γιατί είναι δυνατό να προκληθεί οίδημα του τραχήλου, που οδηγεί σε δυστοκία.
- ◆ Τακτική κένωση της ουροδόχου κύστης: Αν διαπιστωθεί, πως η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη, παραγγέλνουμε στην επίτοκο να ουρήσει. Αν δεν το κατορθώσει, γιατί η ουρήθρα πιέζεται από τη μοίρα του εμβρύου, που προβάλλει, τότε εκτελούμε καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης με μαλακό καθετήρα.
- ◆ Συνεχής αντισηψία των εξωτερικών γεννητικών οργάνων: Αν μετά από εξώθηση ακολουθεί αποβολή κοπράνων, η νοσηλεύτρια πλένει τα εξωτερικά γεννητικά όργανα με αντισηπτική διάλυση, σκουπίζοντας με τολύπιο αυτά, από πάνω προς τα κάτω.
- ◆ Εκτίμηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου-παρακολούθηση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου: Η ποιότητα των καρδιακών παλμών πρέπει να εκτιμάται μετά από κάθε εξωθητική ωδίνη, και μάλιστα όταν έχει ραγί το θυλάκιο, γιατί τότε πιο εύκολα συμβαίνουν αλλοιώσεις των παλμών του εμβρύου από πίεση του ομφάλιου λώρου. Η εκτίμηση των καρδιακών παλμών στο δεύτερο στάδιο είναι προβληματική, γιατί αυτοί συχνά πέφτουν σε χαμηλά επίπεδα κατά την διάρκεια της εξώθησης. Στην διάρκεια της παύλας πρέπει να επανέλθουν στο φυσιολογικό εύρος τιμών. Παράλληλα με την παρακολούθηση των καρδιακών παλμών, στο δεύτερο στάδιο του τοκετού, επιβάλλεται και η παρακολούθηση της καθόδου μέσα από τα επίπεδα της πυέλου (εισόδου, ευρυχωρίας, στενότητας, εξόδου). Απαραίτητη επίσης, είναι η συχνή λήψη και παρακολούθηση των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης της επίτοκου.<sup>6</sup>

Με την γέννηση του νεογνού τελειώνει το δεύτερο στάδιο του τοκετού και ασχολούμαστε με την ανάνηψη και περιποίηση του νεογέννητου.<sup>4</sup>

#### 10.4 ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΝΕΟΓΝΟΥ

##### 10.4.1 Άμεση περίθαλψη του νεογνού.

Μετά τον τοκετό κρατείται το νεογνό από τα πόδια με το κεφάλι προς τα κάτω, ώστε με την βαρύτητα και με ελαφρά κτυπήματα στη ράχη του να αποβάλλει τις βλέννες και το αμνιακό υγρό, που συνήθως εισροφεί. Έτσι ελευθερώνεται η αναπνευστική οδός και δεν παρεμποδίζεται η αναπνοή. Στην συνέχεια γίνεται αποκοπή του ομφάλιου λώρου και καλή περίδεση του ομφαλικού κολοβώματος του νεογνού προς αποφυγή επικίνδυνης γι' αυτού αιμορραγίας.

Η λειτουργία της αναπνοής διευκολύνεται ακόμη περισσότερο με επιμελή καθαρισμό της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας με αποστειρωμένη γάζα πρώτα και εν συνεχεία με ελαστικό αναρροφητήρα.

Εάν παρ' όλα αυτά το νεογνό δεν αρχίσει να αναπνέει, τότε πλέον γίνεται τεχνητή αναπνοή και προηγείται οξυγόνο με ελαστική προσωπίδα ή ακόμη και με ενδοτραχειακό σωλήνα.<sup>14</sup>

Μετά την αποκατάσταση της αναπνοής και της κυκλοφορίας του νεογνού, σκουπίζεται ελαφρά το νεογνό και τοποθετείται τυλιγμένο για λίγο πάνω στην κοιλιά της μητέρας. Η επαφή αυτή μητέρας και παιδιού έχει μεγάλη σημασία στην συναισθηματική σύνδεση και ψυχική υγεία και των δύο.<sup>4</sup>

Στη συνέχεια εφόσον η θερμοκρασία του νεογνού είναι φυσιολογική και η γενική του κατάσταση το επιτρέπει καθαρίζεται με ζεστό νερό και ουδέτερο σαπούνι το δέρμα του, που φυσιολογικά επικαλύπτεται από μια λευκωπή και λιπαρή ουσία: το σμήγμα. Κατόπιν ενσταλλάζεται στους οφθαλμούς του από μια σταγόνα διαλύματος 1% νιτρικού αργύρου για προφύλαξη του από την γονοκοκκική οφθαλμία.

Το βρέφος ζυγίζεται σε ειδική ζυγαριά και τοποθετείται στο χέρι του, πλαστικό βραχιόλι μιας χρήσης, στο οποίο γράφουμε τα στοιχεία ταυτότητας του παιδιού. Κατόπιν τοποθετείται σε λίκνο και σε ανάρροπο θέση (επί 2-4 ώρες ) με το κεφάλι, δηλαδή χαμηλότερα και τα πόδια ψηλότερα, ώστε με τη βαρύτητα να συμπληρωθεί η αποβολή της βλέννας από το αναπνευστικό σύστημα. Όταν όμως

υπάρχει υπόνοια ενδοκρανιακής αιμορραγίας επιβάλλεται η διατήρηση της κεφαλής σε ψηλότερο επίπεδο.<sup>14</sup>

Τέλος εάν το νεογνό είναι μικρό, ανώριμο, τραυματισμένο ή έχει δυσκολία στην εδραίωση επαρκούς αναπνοής, θα πρέπει να του δοθεί επιπλέον υποστήριξη και προστασία.<sup>15</sup>

#### 10.4.2 Φυσική εξέταση του νεογνού.

Μετά την άμεση περιθαλψη του νεογνού επιβάλλεται λεπτομερής εξέταση του νεογνού για να διαπιστωθεί η ακεραιότητα του και γενικά η φυσιολογική ή όχι κατάστασή του.

Η γενική κατάσταση του νεογνού, η στάση του σώματός του και ιδιαίτερα η έκφραση του προσώπου αποτελούν πολύτιμα διαγνωστικά στοιχεία, έτσι ώστε πολλές φορές να έχουμε διάγνωση παθολογικών καταστάσεων μόνο από την επισκόπηση αυτών.

Στάση ηρεμίας. Τα κάτω άκρα βρίσκονται σε κάμψη και παρουσιάζουν ελαφρά υπερτονία. Τα χέρια σχηματίζουν γροθιά σε φυσιολογικές καταστάσεις.

Το κλάμα του φυσιολογικού νεογνού είναι ζωνρό και έντονο, ενώ το υποτονικό ή έντονα οξύ κλάμα ή το βραχνό, είναι σημάδι παθολογικής κατάστασης.

Το δέρμα του νεογνού είναι ροδαλό και βελούδινο. Ελέγχουμε το νεογνό για κυανωτικό δέρμα που σημαίνει ανεπαρκή οξυγόνωση, για ωχροό δέρμα που σημαίνει αναιμία ή ανοξία, για κίτρινο δέρμα που σημαίνει νεογνικό ίκτερο για τοξικό ερύθημα, για σκληροίδημα, για πυοδερμία, αιμαγγειώματα κ.λ.π.

Το μέγεθος της κεφαλής είναι για τα τελειόμηνα 33-37 εκατοστά. Ελέγχουμε για προκεφαλή, κεφαλαιμάτωμα κ.λ.π.

Ελέγχεται το πρόσωπο για αποκλεισμό συνδρόμου, για πάρεση του προσωπικού νεύρου, ελέγχουμε τα μάτια, τα αυτιά, τη βατότητα των ρινικών χοανών, το στόμα για αποκλεισμό λαγόχειλου ή λυκοστόματος ή άλλων ανωμαλιών.

Ελέγχεται η αρτιότητα της κοιλιακής χώρας, της ράχης, η αρτιότητα των άκρων, (απουσία συνδακτυλίας πολυδακτυλίας κ.λ.π.)

Ελέγχεται ο θώρακας και η αναπνευστική λειτουργία με την εξέταση του θώρακα η επισκόπηση του οποίου μας δίνει σημαντικές πληροφορίες για την έγκαιρη αντιμετώπιση των αναπνευστικών προβλημάτων του νεογνού.

Εξετάζονται τα γεννητικά όργανα για να αποκλεισθούν καταστάσεις όπως ο ερμαφροδιτισμός, που δημιουργούν δυσκολίες στον καθορισμό του φύλλου. Στα αγόρια ελέγχεται τυχόν ύπαρξη υποσπαδία ή επισπαδία ή κρυπορχία κ.λ.π.

Το νευρικό σύστημα του νεογνού εξετάζεται με τα νεογνικά αντανακλαστικά από τα οποία τα σπουδαιότερα είναι του Moro, το τονικό του αυχένα, της σύλληψης, του θηλασμού, της αναζήτησης, της βάδισης, του Badinski.<sup>4</sup>



Εικόνα 13

## 10.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

Η παρακολούθηση της επιτόκου στο στάδιο της υστεροτοκίας πρέπει να είναι επισταμένη, γιατί πολλές και σοβαρές επιπλοκές μπορούν να συμβούν σ' αυτό.

Αρχικά επιβάλλεται αναμονή και καρτερικότητα, μέχρι να συμβεί η αποκόλληση του πλακούντα. Στο διάστημα αυτό προβαίνουμε στην συνεχή και προσεκτική παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της γυναίκας για σημεία αιμορραγίας. Παρατηρούμε λοιπόν την όλη συμπεριφορά της μήτρας για την διαπίστωση τυχόν αύξησης του όγκου της, που μπορεί να σημαίνει εσωτερική αιμορραγία. Αν η περινεοτομή αιμορραγεί, πιέζουμε με ένα τολύπιο την τραυματική της επιφάνεια ή πιάνουμε με αιμοστατική λαβίδα το αγγείο που αιμορραγεί.

Παράλληλα, επιβάλλεται η συχνή παρακολούθηση και λήψη της θερμοκρασίας, των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης, ενώ προβαίνουμε σε καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης, όταν αυτή είναι γεμάτη.<sup>6</sup>

Μετά την διαπίστωση της αποκόλλησης του πλακούντα (αιφνίδια αποβολή νοπού αίματος, κάθοδος ομφάλιου λώρου, ανύψωση πυθμένα μήτρας), γίνεται έλεγχος για την ακεραιότητά του.

Τέλος, βοηθούμε τον μαιευτήρα στην συρραφή μετά από περινεοτομή. Περιποιούμαστε και μεταφέρουμε την λεχωίδα σε απλή κλίνη που θα παραμείνει για παρακολούθηση μερικών ωρών, πριν μεταφερθεί στο θάλαμό της.

## 10.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ.

Η λοχεία αποτελεί μια ευαίσθητη μεταβατική περίοδο της αναπαραγωγικής λειτουργίας της γυναίκας και για το λόγο αυτό απαιτεί ιδιαίτερη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Τα κύρια αντικείμενα της νοσηλευτικής φροντίδας της λεχωίδας περιλαμβάνουν:

Αμέσως μετά τον τοκετό την εντατική παρακολούθηση της λεχωίδας για ένα χρονικό διάστημα μία (1) έως δύο (2) ωρών. Κατά το διάστημα αυτό ελέγχεται η ποσότητα του αποβαλλόμενου αίματος και η παλινδρόμηση της μήτρας, η ούρηση και η διούρηση, οι σφύξεις και η αρτηριακή πίεση, οι τυχόν παθολογικές αντιδράσεις από την τοπική ή στελεχιαία ή γενική αναισθησία και η κατάσταση του εγχειρητικού τραύματος και η απουσία σημείων εσωτερικής αιμορραγίας. Για μερικές ώρες μετά

τον τοκετό η θερμοκρασία και οι σφύξεις είναι αυξημένες με βαθμιαία αποκατάσταση στο φυσιολογικό, ενώ η συχνότητα των αναπνοών παρουσιάζεται εναλλασσόμενη. Μόνο εφ' όσον όλες αυτές οι παράμετροι είναι ομαλές, θα επιτραπεί η απομάκρυνση της λεχωίδας από την αίθουσα εντατικής παρακολούθησης. Η παρακολούθηση της λεχωίδας στη συνέχεια γίνεται κάθε τέσσερις (4) ώρες το πρώτο εικοσιτετράωρο (24ωρο) και τις επόμενες ημέρες δύο φορές ημερησίως, εκτός αν το επιβάλλει διαφορετικά η κατά περίπτωση κατάσταση της λεχωίδας.

**Έλεγχο της τακτικής και έγκαιρης ούρησης της λεχωίδας:** Η πρώτη ούρηση μετά τον τοκετό πρέπει να γίνεται μέσα στις τέσσερις (4) έως έξι (6) ώρες. Σε κάθε περίπτωση δυσκολίας, που παρατηρείται συνήθως κατά την πρώτη ούρηση, είναι σκόπιμο να αποφεύγεται η διευθέτηση με καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης, λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης φλεγμονής του ουροποιητικού συστήματος. Η υπομονή και ψυχολογική υποστήριξη της λεχωίδας τις περισσότερες φορές θα βοηθήσει την αυτόματη επίλυση του προβλήματος αυτού. Μεγαλύτερη καθυστέρηση της ούρησης είναι δυνατό να παρεμποδίσει την παλινδρόμηση της μήτρας και να οδηγήσει στη μεγαλύτερη απώλεια αίματος. Επί πλέον καθυστερήσεις στην ούρηση οδηγούν στην ευκολότερη ανάπτυξη φλεγμονών του ουροποιητικού συστήματος.

**Έλεγχο της καθημερινής έγερσης της λεχωίδας από το πρώτο εικοσιτετράωρο (24ωρο).** Η τακτική έγερση διευκολύνει την ομαλή ούρηση και την ταχύτερη κινητοποίηση του εντέρου, ενώ παράλληλα προφυλάσσει από τα διάφορα θρομβοεμβολικά επεισόδια, ιδιαίτερα στις ασθενείς εκείνες που πάσχουν από κρυσούς των κάτω άκρων, ή έχουν βεβαρημένο ατομικό ιστορικό. Επίσης είναι απαραίτητος ο έλεγχος των κάτω άκρων, ώστε να διαπιστωθεί έγκαιρα η ύπαρξη άλγους (αυτόματου ή προκλητού) στη γαστροκνημία και το μηρό, οιδήματος ή και τυχόν ύπαρξη διαφοράς στη θερμοκρασία των δύο σκελών. Παράλληλα με την πρώιμη κινητοποίηση ενθαρρύνεται η λεχωίδα να έχει το πρώτο της λουτρό στις πρώτες σαράντα οκτώ (48) ώρες.

Παράλληλα με την παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της λεχωίδας (καθημερινός σε τακτές ώρες έλεγχος της θερμοκρασίας, των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης) καταγράφεται η ποσότητα και η ποιότητα των λοχίων. Η απώλεια αίματος υπολογίζεται με τον αριθμό των μάκτρων, ενώ η ποιότητα τους με

τον προσδιορισμό της χροιάς, της υφής και της τυχόν ύπαρξης δυσσομίας. Ο έλεγχος των λοχιών συνοδεύεται πάντοτε και από τον έλεγχο του βαθμού παλινδρόμησης της μήτρας, ως και την τυχόν ύπαρξη ευαισθησίας στη μήτρα. Δύσσομα λόγια με ευαίσθητη μήτρα υποδηλώνουν την ύπαρξη μητρίτιδας, μιας φλεγμονής που αφορά το ενδομήτριο, το μυομήτριο και τον ορογόνο.

**Έλεγχος των κενώσεων της λεχωίδας:** Η αυτόματη κένωση του εντέρου σπάνια συμβαίνει προ του τρίτου 24ώρου από τον τοκετό, λόγω εντερικής πάρεσης. Για το λόγο αυτό θεωρείται σκόπιμη η χορήγηση υποβοηθητικών φαρμάκων, με τη μορφή υπακτικών σκευασμάτων από το στόμα ή το ορθό (υπόθετα ή υποκλυσμός).<sup>1</sup>

**Έλεγχος και περιποίηση του τραύματος και της περινεοτομίας:** Γίνονται πλύσεις μετά από κάθε κένωση, ούρηση, ή πίεση του πυθμένα της μήτρας για έξοδο λοχιών. Για την πλύση χρειάζεται χλιαρή αντισηπτική διάλυση, αποστειρωμένα τούλιπα γάζας, αποστειρωμένη τολυπολαβίδα, δοχείο και τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών. Η πλύση γίνεται με φορά από την ουρήθρα προς τον πρωκτό. Ύστερα από τον ευτρεπισμό του περινέου τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα και εφαρμόζουμε για τη συγκράτησή της επίδεσμο σε σχήμα T ή ειδική δικτυωτή περισκελίδα, που επιτρέπει τον έλεγχο του περινέου. Αν η περιοχή του τραύματος είναι οίδηματώδης και ερεθισμένη, χρησιμοποιούνται τοπικά αντιβιοτικά σε σπρέι, σκόνη κ.λ.π.

**Καθημερινό έλεγχο και περιποίηση των μαστών:** Ο έλεγχος των μαστών αποσκοπεί στην πρόληψη συμφόρησης γάλακτος ή ανάπτυξης μαστίτιδας, επίσης στην πρόληψη των ραγάδων. Γίνεται καθαριότητα των θηλών πριν και μετά τον θηλασμό για αποφυγή μολύνσεων. Μετά το καθάρισμα τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα και συστήνεται η χρήση κατάλληλου στηθόδεσμου που δεν πιέζει, αλλά σηκώνει ψηλότερα τους μαστούς. Σε περίπτωση ραγάδων γίνεται επάλειψη των θηλών με αλοιφή που περιέχει βιταμίνη Α ή παντοθεικό οξύ.<sup>4</sup>

**Διδασχία και παρότρυνση της λεχωίδας για καθημερινές σωματικές ασκήσεις:** Οι ασκήσεις αυτές αποσκοπούν στην τόνωση των χαλαρωμένων από την κύηση και τον τοκετό κοιλιακών τοιχωμάτων και μυών του περινέου.<sup>10</sup> Μερικές από τις ασκήσεις οι οποίες προτείνονται στη λεχωίδα είναι οι εξής:



- Να πιέζει με τα χέρια της τα κοιλιακά τοιχώματα και ν'αναπνέει, τότε με το θώρακα και τότε με την κοιλιά.
- Να τεντώνει τα πόδια της, να τα σταυρώνει και να σφίγγεται, όπως, όταν θέλει να συγκρατήσει την έξοδο των ούρων.
- Να ξαπλώνει ύπτια και να σηκώνει τότε το ένα πόδι και τότε το άλλο προς τα πάνω, ώστε να σχηματίζουν ορθή γωνία με το σώμα της.
- Να ξαπλώνει στην ίδια θέση και να κουνάει τα πόδια της, όπως, όταν τρέχει με ποδήλατο.
- Να κάθεται στην καρέκλα και να γέρνει αργά προς τα εμπρός, μέχρι να αγγίζουν τα δάχτυλα των χεριών της τα δάχτυλα των ποδιών της, και να ξανασηκώνεται.
- Να προσπαθεί ν'αντισταθεί στη βίαιη προσαγωγή ή απαγωγή των γονάτων της, όταν αυτή ασκείται από βοηθητικό προσωπικό.<sup>6</sup>

**Περιορισμό του επισκεπτηρίου της λεχωίδας:** Τις πρώτες ημέρες της λοχείας οι επισκέψεις της λεχωίδας πρέπει να περιορίζονται μέσα σε ένα αποδεκτό ωάριο, που θα της εξασφαλίζει αρκετό χρόνο για αυτοσυγκέντρωση και ηρεμία. Επίσης επιβάλλεται ο περιορισμός των επισκέψεων, ειδικά των μικρών παιδιών, εξαιτίας του κινδύνου μεταφοράς λοιμώξεων.<sup>1,4</sup>

**Έλεγχο του διαιτολογίου:** Όσον αφορά την διαίτα της λεχωίδας, τις πρώτες είκοσι τέσσερις (24) ώρες αποτελείται κυρίως από υγρά για την αντιρρόπηση της αφυδάτωσης από τον τοκετό και σταδιακά χορηγείται πλήρης διαίτα που πρέπει να περιέχει άφθονες πρωτεΐνες, φρούτα και γαλακτοκομικά προϊόντα.<sup>9</sup>

**Οικογενειακό προγραμματισμό:** Η κάθε λεχωίδα τώρα που βρίσκεται σε μια από τις πιο ευαίσθητες περιόδους της αναπαραγωγικής της ηλικίας, θα πρέπει με σχολαστικότητα και ηρεμία να ενημερωθεί για όλα όσα αφορούν τα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο προγραμματισμός για την επόμενη κύηση, αν θα χρειασθεί προγεννητικός έλεγχος, ή θα πρέπει να υποβληθεί σε ειδικές εγχειρητικές επεμβάσεις, όπως π.χ. σε περίδεση του τραχήλου. Ακόμη θα πρέπει να εξηγηθεί στη λεχωίδα αν υπάρχει κάποιος αυξημένος κίνδυνος για μια επόμενη κύηση ή κατά πόσο επιτρέπεται μια νέα. Για παράδειγμα αναφέρεται η σκοπιμότητα μιας τρίτης κύησης λόγω σακχαρώδους διαβήτη. Μετά

την ενημέρωση αυτή κρίνεται σκόπιμη η άμεση ρύθμιση μιας συνέντευξης σε ένα από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.<sup>1</sup>

## Γ' ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

#### *Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.*

##### 11.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α'

##### Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε πρωτότοκο με φυσιολογικό τοκετό.

Η επίτοκος Σ.Κ. προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του μαιευτικού τμήματος του Στρατιωτικού Νοσοκομείου 409 στις 15-1-2000 με πόνους μέτριας έντασης στο υπογάστριο και μας ανέφερε ότι άρχισε να αισθάνεται τους πόνους τρεις (3) ώρες προτού έλθει στο νοσοκομείο.

Κατά την παραλαβή της, έγινε λήψη του ιστορικού της. Η επίτοκος είχε ελεύθερο το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό της.

Η μαιευτική εξέταση που επακολούθησε από τον μαιευτήρα, έδωσε τα εξής αποτελέσματα: Η επίτοκος ήταν στον ένατο μήνα της εγκυμοσύνης της, το θυλάκιο της ήταν άρρηκτο και τέλος είχε διαστολή του τραχηλικού στομίου δύο εκατοστών. Κατόπιν ελήφθησαν με το κοιλιοσκόπιο οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου, οι οποίοι ήταν θετικοί.

Μετά την εξέταση από τον μαιευτήρα, η επίτοκος οδηγήθηκε στην αίθουσα των ωδίνων, όπου έγινε λήψη των ζωτικών της σημείων, κατά τα οποία η αρτηριακή πίεση ήταν 120/80 mm Hg και είχε 76 σφύξεις το λεπτό. Η θερμοκρασία της ήταν 36.6 °C.

Κατόπιν ακολούθησε καταιωνιστικό λουτρό καθαριότητας της επιτόκου, έγινε ευπρεπισμός των γεννητικών της οργάνων και μια σειρά από νοσηλευτικές παρεμβάσεις που περιγράφονται αναλυτικά στους παρακάτω πίνακες.

Η επίτοκος μετά από μια φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού, γέννησε ένα κοριτσάκι βάρους 3400 Kgr, όπου μετά από την άμεση περίθαλψη και φυσική εξέταση του νεογνού δεν διαπιστώθηκαν οποιεσδήποτε ανωμαλίες και θεωρήθηκε υγιές. Η μητέρα εξήλθε από το μαιευτικό τμήμα τρεις ημέρες αργότερα σε καλή κατάσταση υγείας, αφού της παρασχέθηκε η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα.

<p><b>ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b></p>	<p><b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b></p>	<p><b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>	<p><b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>	<p><b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b></p>
<p>- Αγωνία και φόβος της επιτόκου που σχετίζεται με την έκβαση του τοκετού.</p>	<p>-Ψυχολογική υποστήριξη της επιτόκου, αλλαγή από την αγωνία και τον φόβο.</p>	<p>- Ενημέρωση της επιτόκου-μας να τυχόν αποκαλύψει απορίες της. - Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης.</p>	<p>- Συζητήσαμε με την επιτόκο. Την ενημερώσαμε για την όλη διαδικασία του τοκετού ενώ συγχρόνως δείξαμε άμεσο ενδιαφέρον για ότι απορίες είχε. Της δόθηκαν διευκρινήσεις. Ενηφανώσαμε την επιτόκο να μας εκμυστηρευθεί την αγωνία , ενώ παράλληλα της ενισχύσαμε το ηθικό με το να είμαστε συνέχεια δίπλα της.</p>	<p>- Η επιτόκος αισθάνθηκε καλύτερα, πιο σίγουρη, ασφαλής και ενημερωμένη.</p>

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
<p>- Καταιωνιστικό λουτρό καθαριότητας.</p>	<p>- Καθαριότητα σώματος για υγιεινή, τόνωση της άδηλης αναπνοής.</p>	<p>- Να οδηγηθεί η επίτοκος στο λουτρό και να βοηθηθεί κατά την διαδικασία.</p>	<p>- Βοηθήσαμε την επίτοκο κατά το καταιωνιστικό λουτρό για να μην πέσει.</p>	<p>- Έγινε το λουτρό καθαριότητας</p>
<p>- Ευπρεπισμός των γεννητικών οργάνων.</p>	<p>- Εύρισμα του εφηβαίου και όλης της περιοχής μέχρι τον πρωκτό και αντισηψία για πρόληψη της επιμόλυνσης.</p>	<p>- Ετοιμάστηκε το υλικό για το ξύρισμα και την αντισηψία των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της επίτοκου.</p>	<p>- Έγινε ευπρεπισμός των γεννητικών οργάνων και πλύση με Betadine.</p>	<p>- Έτοιμη η περιοχή των γεννητικών οργάνων της επίτοκου.</p>

## -ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανάγκη ιακτικής κένωσης της ουροδόχου κύστης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πρόληψη τραυματισμού της ουροδόχου κύστης από πίεση και η παρεμπόδιση του τοκετού από την γεμάτη κύστη, φροντίδα σε τακτά διαστήματα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να παροτρύνουμε την επίτοκο να ουρίσει 2-4 φορές περίπου ως το πέρας του 1ου σταδίου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έγινε κένωση της ουροδόχου κύστης με φυσιολογική ούρηση τρεις φορές κατά το 1ο στάδιο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Άδεια ουροδόχος κύστη, χωρίς πιθανή πίεση και παρεμπόδιση του τοκετού.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πιθανή παρέκλιση από το φυσιολογικό των ζωτικών σημείων</li> <li>- Τακτική λήψη και καταγραφή αυτών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έγκαιρη διαπίστωση παρέκλισης από το φυσιολογικό των ζωτικών σημείων καθ'όλη τη διάρκεια του τοκετού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να συνδεθεί η επίτοκος με Monitor καταγραφής των ζωτικών σημείων ή να παίρνονται μεμονωμένα σε τακτά διαστήματα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συνδέθηκε η επίτοκος με Monitor καταγραφής των ζωτικών σημείων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συνεχής γνώση της πορείας των ζωτικών σημείων.</li> </ul>

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΔΙΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
- Πιθανό οίδημα τραχήλου που οφείλεται σε σφίξιμο κατά το 1ο στάδιο.	- Πρόληψη οιδήματος κατά το 1ο στάδιο.	- Σύσταση στην επίτοκο να παίρνει επιπλώσιες μικρές αναπνοές κατά το 1ο στάδιο και να μην σφίγγεται.	- Η επίτοκος συνεργάσθηκε με αποτέλεσμα να μην σφίγγεται στο 1ο στάδιο.	- Δεν παρατηρήθηκε οίδημα τραχήλου.
- Πλύση και αντισηψία των εξωτερικών γεννητικών της οργάνων μετά από αποβολή κοπράνων κατά το 2ο στάδιο.	- Πρόληψη επιμόλυνσης του τραύματος της πύλης περινεοτομίας και του νεογνού.	- Να γίνει καθαρισμός και πλύση με φυσιολογικό ορό και Betadine.	- Έγινε καλός καθαρισμός με άφθονο ορό και στην συνέχεια αντισηψία με Betadine.	- Απομάκρυνση των μικροβίων.



-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
<p>- Ανάγκη υποστήριξης της ρυθμικότητας και αναπνοών κατά το 2ο στάδιο.</p>	<p>- Η συνεργασία της επιτόκου με σκοπό την καλύτερη έκβαση του 2ου σταδίου.</p>	<p>- Διδασκαλία της επιτόκου.</p>	<p>- Την συμβουλευσαμε την στιγμή της ωδίνης να πιάνει τα πόδια της πίσω από τα γόνατά της, να φέρνει τους μηρούς στην κοιλιά και με το σαγόνι ακουμπισμένο πάνω στο στήρνο της, να σφίγγεται, όπως όταν θέλει ν'αφοδεύσει, αφού πρώτα πάρει βαθιά εισπνοή.</p>	<p>- Η επιτόκος συνεργάστηκε και μέσω της διδασκαλίας συνέβαλλε αποτελεσματικότερα στην εξέλιξη του τοκετού.</p>

## -ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
- Έλεγχος για αιμορραγία κατά το 3ο στάδιο, που μπορεί να οφείλεται σε αποκοπή τμήματος της μήτρας.	- Πρόληψη της αιμορραγίας με πιθανές απρόβλεπτες συνέπειες ακόμη για τη ζωή της επιτόκου.	- Να ελέγχεται κάθε δεκαπέντε (15) λεπτά για πιθανή αιμορραγία.	- Έγινε τακτικός έλεγχος για στοιχεία αιμορραγίας.	- Δεν υπήρξαν στοιχεία μη φυσιολογικής αιμορραγίας.
- Ανάγκη άμεσης οξυγόνωσης του νεογνού.	- Πρόληψη βλάβης των εγκεφαλικών κυττάρων λόγω μη έγκαιρης οξυγόνωσης.	- Να γίνει αναρρόφηση του αμνιακού υγρού και των βλεννών από πιθανή εισρόφηση.	- Έγινε αναρρόφηση της στοματικής κοιλότητας και το νεογνό έκλαψε - Σημάδι οξυγόνωσης.	- Φυσιολογική οξυγόνωση του νεογνού.
- Ανάγκη περίδεσης του ομφάλιου λώρου του νεογνού και έλεγχος αυτού.	- Πρόληψη αιμορραγίας	- Να γίνει περίδεση από τον μαιευτήρα και να ελέγχεται από το νοσηλεύτη για αιμορραγία.	- Έγινε περίδεση και συστηματικός έλεγχος για αιμορραγία.	- Σωστή περίδεση, χωρίς αιμορραγία.

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
<p>- Επίσχεση ούρων που οφείλεται στην πίεση που υφίσταται το ουροποιητικό, κατά το 2ο στάδιο του τοκετού ή σε ψυχρογενή αίτια.</p>	<p>- Φυσιολογική ούρηση-καθημερινή.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να οδηγηθεί η λεχίδα στην τουαλέτα.</li> <li>- Να ανοιχτεί η βρύση για ηχητική υποβοήθεια.</li> <li>- Να τοποθετηθεί λίγο Betadine στο στόμιο της ουρήθρας.</li> <li>- Να γίνει καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως σε περίπτωση μη φυσιολογικής ύψησης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επειδή τα υπόλοιπα μέτρα δεν απέδωσαν, έγινε της καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με άσηπτη τεχνική.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κένωση της ουροδόχου κύστεως.</li> </ul>

**-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-**

<b>ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.</b>	<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.</b>
<p>- Θερμοκρασία 38.8°C, που οφείλεται στη λοχεία ή σε πιθανή επλόχεια λοίμωξη.</p>	<p>- Φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος μετά από μισή ώρα.</p>	<p>- Να δοθεί αντιπυρετικό και να ενημερωθεί ο θεράπων ιατρός για πιθανή έναρξη επλόχειας λοίμωξης.</p>	<p>- Δόθηκε 1 Tabl Derop. - Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός και προγραμματίστηκαν εργαστηριακές εξετάσεις.</p>	<p>- Μετά από μισή ώρα η θερμοκρασία έπεσε στους 37°C.</p>
<p>- Δυσκοιλιότητα που πιθανώς να οφείλεται σε ατονία του εντέρου και ευαισθησία της περιοχής του πρωκτού από την περινεοτομία.</p>	<p>- Αποκατάσταση και διατήρηση φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.</p>	<p>- Εφαρμογή υπόθετου. - Εφαρμογή καθαρτικού υποκλύσμου, εάν η παραπάνω θεραπεία δεν αποδώσει.</p>	<p>- Τοποθέτηση του υπόθετου μισή ώρα πριν από το γεύμα.</p>	<p>- Επιτεύχθηκε φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.</p>

## 11.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β'

### Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε πολύτοκο με φυσιολογικό τοκετό.

Η επίτοκος Μ.Π. προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του μαιευτικού τμήματος του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών στις 1-2-2000 με πόνους μέτριας έντασης στο υπογάστριο και μας ανέφερε ότι άρχισε να αισθάνεται τους πόνους δύο (2) ώρες προτού έλθει στο νοσοκομείο.

Κατά την παραλαβή της, έγινε λήψη του ιστορικού της. Η επίτοκος είχε ελεύθερο το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό της.

Η μαιευτική εξέταση που επακολούθησε από τον μαιευτήρα, έδωσε τα εξής αποτελέσματα: Η επίτοκος ήταν στον ένατο μήνα της εγκυμοσύνης της, το θυλάκιο της ήταν άρρηκτο και τέλος είχε διαστολή του τραχηλικού στομίου δύο εκατοστών. Επίσης έγινε και ο καθορισμός του σχήματος, προβολής και θέσης του εμβρύου. Κατόπιν έγινε έλεγχος με το κοιλιοσκόπιο των καρδιακών του εμβρύου.

Μετά την εξέταση από τον μαιευτήρα, η επίτοκος οδηγήθηκε στην αίθουσα των ωδίνων, όπου έγινε λήψη των ζωτικών της σημείων, κατά τα οποία η αρτηριακή πίεση ήταν 125/85 mm Hg και είχε 80 σφύξεις το λεπτό. Η θερμοκρασία της ήταν 36.8 °C.

Στη συνέχεια, ακολούθησε καταιωνιστικό λουτρό καθαριότητας της επιτόκου, έγινε ευπρεπισμός των γεννητικών της οργάνων, εφαρμόστηκε καρδιοτοκογράφος για την λήψη των καρδιακών παλμών του εμβρύου και μια σειρά από νοσηλευτικές παρεμβάσεις που περιγράφονται αναλυτικά στους παρακάτω πίνακες.

Η επίτοκος μετά από μια φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού γέννησε ένα αγοράκι, βάρους 3500 Kgr, όπου μετά από την άμεση περίθαλψη και φυσική εξέταση του νεογνού δεν διαπιστώθηκαν οποιεσδήποτε ανωμαλίες και θεωρήθηκε υγιές. Η μητέρα εξήλθε από το μαιευτικό τμήμα τρεις ημέρες αργότερα σε καλή κατάσταση υγείας, αφού της παρασχέθηκε η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα.



-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ευπρεπισμός των γεννητικών οργάνων.</li> <li>- Πιθανή έξοδος των κοπράνων κατά την διάρκεια της εξώθησης, που οφείλεται στην πίεση που υφίσταται ο εντερικός σωλήνας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ψύρισμα του εφηβαίου και όλης της περιοχής μέχρι τον πρωκτό και αντισηψία για πρόληψη της επιμόλυνσης.</li> <li>- Κένωση του εντέρου κατά το 1ο στάδιο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ετοιμάστηκε το υλικό για το ξύρισμα των γεννητικών οργάνων της επιτόκου.</li> <li>- Να οδηγηθεί η επίτοκος στην τουαλέτα, εάν δεν αποδώσει να γίνει μικρός υποκλυσμός.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έγινε ευπρεπισμός των γεννητικών οργάνων και πλύση με Betadine.</li> <li>- Η επίτοκος δεν μπόρεσε να ενεργηθεί φυσιολογικά. Έγινε μικρός υποκλυσμός.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έτοιμη η περιοχή των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της επιτόκου.</li> <li>- Κένωση του εντέρου.</li> </ul>

**-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-**

<b>ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.</b>	<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.</b>
<p>- Ανάγκη εφαρμογής καρδιοτοκογράφου.</p> <p>- Πιθανή αιμορραγία από τον κόλπο. Έλεγχος για αιμορραγία που μπορεί να οφείλεται σε ρήξη του πλάκωντα, πρόωρη αποκόλληση του πλάκωντα κ.λ.π.</p>	<p>- Η καταγραφή του καρδιακού παλμού του εμβρύου και της ποιότητας των ωδίνων κατά τη διάρκεια του τοκετού.</p> <p>- Η άμεση επέμβαση σε περίπτωση αιμορραγίας.</p>	<p>- Να τοποθετηθεί η επίτοκος σε κλίση και να εφαρμοστεί η σύνδεση του καρδιοτοκογράφου στην κοιλιακή χώρα.</p> <p>- Να ελέγχεται η επίτοκος κάθε πέντε με δέκα (5-10) λεπτά για αιμορραγία.</p>	<p>- Τοποθετήθηκε ο καρδιοτοκογράφος.</p> <p>- Έγινε συστηματική παρακολούθηση.</p>	<p>- Παρακολοιυθήθηκε η πορεία της εξέλιξης του τοκετού και του καρδιακού παλμού του εμβρύου.</p> <p>- Δεν διαπιστώθηκε έναρξη αιμορραγίας.</p>

## -ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
- Ανάγκη προετοιμασίας για το 2ο στάδιο του τοκετού.	- Η συνεργασία της επτόκου με σκοπό την καλύτερη έκβαση του 2ου σταδίου.	- Να ενημερωθεί η επτόκος για την έναρξη του 2ου σταδίου.  - Να μεταφερθεί στην μαιευτική κλίνη και να προετοιμαστεί για τον τοκετό.	- Ενημερώθηκε η επτόκος και της υπενθυμίσαμε ότι κατά την ωδινή θα πρέπει να σφίγγεται παίρνοντας βαθιά εισπνοή και πέζοντας με τον αέρα του διαφράγματος.  - Τοποθετήθηκε στην μαιευτική κλίνη.  - Έγινε πλύση των εξωτερικών γεννητικών της οργάνων με αντισηπτικό διάλυμα.	- Η επτόκος γνώριζε την εξέλιξη του τοκετού και ήταν συνεργάσιμη.



				- Καλύφθηκαν τα πόδια της με αποστειρωμένες ποδοκνημίδες.	
--	--	--	--	---	--

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Πλύση και αντισηψία των εξωτερικών γεννητικών της οργάνων μετά από αποβολή κοπράνων κατά το 2ο στάδιο.	- Πρόληψη επιμόλυνσης του τραύματος της πιθανής περινεοτομίας και του νεογνού.	- Να γίνει καθαρισμός και πλύση με φυσιολογικό ορρό και Betadine.	- Έγινε καλός καθαρισμός με άφθονο ορρό και στην συνέχεια αντισηψία με Betadine.	- Απομάκρυνση των μικροβίων.
- Έλεγχος για αιμορραγία κατά το 3ο στάδιο που μπορεί να οφείλεται σε αποκοπή τμήματος της μήτρας.	- Πρόληψη αιμορραγίας.	- Να ελεγχθεί κάθε δεκαπέντε (15) λεπτά για πιθανή αιμορραγία.	- Έγινε τακτικός έλεγχος για σημεία αιμορραγίας.	- Δεν υπήρξαν σημεία μη φυσιολογικής αιμορραγίας.

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΔΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανάγκη σωματικής καθαριότητας του νεογνού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Καθαριότητα- πρόληψη μόλυνσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να γίνει καταϊωστικό λουτρό καθαριότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έγινε καταϊωστικό λουτρό καθαριότητας με νερό θερμοκρασίας σώματος και ουδέτερο σαπούνι.</li> <li>- Σκούπισμα με αποστειρωμένο τετράγωνο.</li> <li>- Έγινε περιποίηση του ομφαλού με οινόπνευμα και Betadine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Καθαρό νεογνό και περιποιημένος ομφαλός.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανάγκη περιποίησης οφθαλμού λάρου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πρόληψη μόλυνσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να γίνει αντισηπία οφθαλμικού κολοβώματος.</li> </ul>		

**-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-**

<b>ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.</b>	<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.</b>
<p>- Πιθανή εισρόφηση του νεογνού,</p> <p>- Θερμοκρασία 38°C που πιθανόν να οφείλεται στη λοχεία (παρατεταμένος τοκετός).</p>	<p>- Πρόληψη εισρόφησης του νεογνού.</p> <p>- Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>- Να τοποθετηθεί το νεογνό σε ανάρροπο θέση και πλάγια κατά το στάδιο σταθεροποίησης.</p> <p>- Να γίνει αναρρόφηση στη στοματική κοιλότητα και στο στομάχι.</p>	<p>- Τοποθετήθηκε το νεογνό σε ανάρροπο θέση και πλάγια.</p> <p>- Έγινε αναρρόφηση στοματικής κοιλότητας και στομάχου.</p>	<p>- Αποφυγή εισρόφησης.</p> <p>- Η θερμοκρασία επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα (36.8°C).</p>
	<p>- Χορήγηση άφθονων και δροσερών υγρών.</p> <p>- Εφαρμογή εξωτερικών μέσων.</p>	<p>- Χορήγηση άφθονων και δροσερών υγρών.</p> <p>- Χρησιμοποίηθηκαν ψυχρές περιτυλίξεις, έγινε λουτρό με δροσερό νερό.</p>	<p>- Χορηγήθηκαν άφθονο νερό και χυμοί φρούτων.</p> <p>- Χρησιμοποίηθηκαν ψυχρές περιτυλίξεις, έγινε λουτρό με δροσερό νερό.</p>	

**- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-**

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πιθανή επιμόλυνση του τραύματος της περινεοτομίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πρόληψη μόλυνσης του τραύματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να γίνεται περιποίηση του τραύματος τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα και πάντα μετά από αφόδευση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έγινε τακτική περιποίηση του τραύματος με πλύση και αντισηψία και χρησιμοποιήθηκαν αποστειρωμένες σεβιέτες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποφυγή μόλυνσης.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κεφαλαλγία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανακούφιση από τον πόνο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απομάκρυνση των θορυβών.</li> <li>- Ενημέρωση του θεράποντος ιατρού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση ηρεμίας.</li> <li>- Χορήγηση παυσίπνου (Deron 1 tabl Peros) μετά από ιατρική εντολή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Υποχώρηση του πόνου.</li> </ul>

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-

ΑΝΑΓΚΗ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
<p>- Ανάγκη έγερσης της λεχαιδας για πρόληψη θρομβοφλεβώσεως, κάμψη της μήτρας, πρόπτωση της μήτρας κ.λ.π.</p>	<p>- Πρόληψη εμφόλων, φυσιολογική επαναφορά της λειτουργικότητας της μήτρας.</p>	<p>- Να σηκώνεται η λεχαιδα από την κλίνη οπωσδήποτε μέσα στο πρώτο 24ωρο.</p>	<p>- Σηκώθηκε με υποστήριξη η λεχαιδα, δύο ώρες μετά το πέρας του τοκετού.</p>	<p>- Δεν παρουσιάσθηκαν σημεία θρομβώσεως.</p>



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Καρπάθιος Ε.** Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία. Μέρος Πρώτο & Δεύτερο. Επίτομος. Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος. Αθήνα 1998.
2. **Σαχίνη-Καρδάση Αν. Πάνου Μ.** Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Τόμος Πρώτος. Επανεκδοση Τέταρτη. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 1994.
3. **Ζήσης Θ.** Σημειώσεις Ανατομίας. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1999.
4. **Λέφα Β.** Σημειώσεις Μαιευτικής Νοσηλευτικής. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1999.
5. **Lippert H.** Ανατομική. Μετάφραση Νηφόρος Ν.Δ. Έκδοση Πέμπτη. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Διάδοχος: Παρισιάνου Μ. Αθήνα 1993
6. **Παπανικολάου Ν. Παπανικολάου Αλ.** Γυναικολογία. Τόμος Α,Β. Έκδοση Τρίτη. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Παρισιάνου Μ. Αθήνα 1994.
7. **Miller Al. Callander Rob.** Obstetrics Illustrated. Fourth Edition. Churchill Livingstone. Edinburgh London Melbourne and New York 1989.
8. **Κοντόπουλου Αλ. Καραβίτη Α.** Βασική Εμβρυολογία και Συγγενείς Ανωμαλίες. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
9. **Μανταλενάκης Σ.** Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1985.
10. **Καρπάθιος Σ.Ε.** Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική. Τόμος Α,Β. Έκδοση Δεύτερη. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1999.
11. **Ζούρλας Παντ. και Συνεργάτες.** Μαθήματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας. Εκδόσεις Λύχνος. Αθήνα 1986.
12. **Δελλαγραμμάτικας Η.Δ.** Manual Νεογνολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

13. Μούσουρα Αδ. Σημειώσεις Μαιευτικής Νοσηλευτικής. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας.
14. Μόρφης Α. Παιδιατρική. Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων. Αθήνα 1988.
15. Λαγγούσης Α. Σημειώσεις Παιδιατρικής. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1999.
16. Macy Chr. Falkner Fr. Εγκυμοσύνη και Γέννηση. Χαρές και Προβλήματα. Μετάφραση Ανδρέου Ιωάν. Εκδόσεις Ψυχογιός Αθ. Αθήνα.
17. Καλογερόπουλος Αχ. Μαιευτική. University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1992.
18. Stoppard M. Εσείς και η Εγκυμοσύνη-από τη Σύλληψη ως τον Τοκετό. Μετάφραση Αυγερινόπουλος Δ. Εκδόσεις ΑΚΜΗ. Αθήνα 1995.
19. Τσίκος Ν. Καραγεωργόπουλος Σ. Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ. Εκδοτικός Όμιλος ΙΩΝ-Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. Αθήνα 1996.
20. Πουγγουράς Παν. Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων. Αθήνα 1988.
21. Χανιώτης Δ.Ι. Αλκοόλ και Εμβρυϊκές Βλάβες. Ιατρική Επιθεώρηση Ι.Κ.Α. 1994.
22. Clarren S.K. Smith D.W. The Fetal Alcohol Syndrome. New England Journal of Medicine. 1978.
23. Seaver L.H. Hoyme H.E. Teratology in Pediatric Practice. Pediatric Clinics North America. 1992.
24. Streissguth A.P. Fetal Alcohol Syndrome. An Epidimiologic Perspective American Journal Epidimiology. 1978.
25. Shaywitz S.E. Cohen D.J. Shaywitz B.A. Behavior and Learning Difficulties in Children of Normal Intelligence Born by Alcoholic Mothers. The Journal of Pediatrics. 1980.
26. Hanson J.W. Stressguth A.P. Smith D.W. The Effects of Moderate Alcohol Consumptions During Pregnancy on Fetal Growth and Morphogenesis. The Journal of Pediatrics. 1978.



27. **Edwards G.** Alcohol and Advice to the Pregnant Woman. British Medical Journal. 1983.
28. **Little L.E. Streissguth A.P. Guzinski G.M.** Prevention of Fetal Alcohol Syndrome. A Modern Program. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1980.
29. **Weiner L. Rosett H.L. Edelin K.C.** Behavioral Evaluation of Fetal Alcohol Education for Physicians. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1982.
30. **Rosett H.L. Quellette E.M. Weiher L. Owens E.** Therapy of Heavy Drinking During Pregnancy. Obstetric Gynecology. 1978.
31. **Shepard T.H.** Definition of Congenital Defect Terms. In: Human Teratogenicity Advances in Pediatrics. 1986.
32. Πάπυρος-Larousse-Britannica. Τερατογένεση. 1993.
33. **Dicke J.M.** Principles and Practice. Medical Clinics of North America. 1983.
34. **Schardein J.L.** Chemically Induced Birth Deffects. Marcel Dekker INC New York 1985.
35. **Volhees C.V.** Handbook of Behavioral Teratology. New York: Plenum Press 1986.