

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΘΕΜΑ: ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
Πούλου Καλλιόπη

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ  
Δρ. Χασμάν Αμπέτ

ΠΑΤΡΑ 2003

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Πρόλογος</i> .....	5
<i>Εισαγωγή</i> .....	7

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄**

<b>Ορισμός</b> .....	<b>9</b>
----------------------	----------

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄**

Επιδημιολογία και περιγεννητική θνησιμότητα.....	11
--	----

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄**

<b>Παθοφυσιολογία</b> .....	<b>13</b>
-----------------------------	-----------

*α. Η θεωρία της προγεστερόνης*.....13

*β. Η θεωρία της οξυτοκίνης*.....13

*γ. Η θεωρία της επικοινωνίας των οργάνων*..... 14

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄**

Παράγοντες κινδύνου.....	15
--------------------------	----

*α. Δημογραφικοί* .....

.....	17
-------	----

*β. Μητρικοί (από την μητέρα)*..... 18

*γ. Μητριάιοι (από τη μήτρα)*..... 21

*δ. Εμβρυοπλακουντιακοί (εμβρυοπλακουντιακή μονάδα)*..... 23

*ε. Ιατρογενείς*.....25

*στ. Κίνδυνοι συμπεριφοράς*.....26

*ζ. Περιβαλλοντικοί*..... 28

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄**

Διάγνωση και συμπτωματολογία .....29

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄**

Καταστολή του απειλούμενου πρόωρου τοκετού.....33

Θεραπευτική αντιμετώπιση.....34

1. Κλινοστατισμός και ενυδάτωση της εγκύου.....34

2. Τοκολυτική αγωγή.....35

Αντιμετώπιση εγκύων με ερρηγμένους υμένες στον πρόωρο τοκετό.....50

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄**

Τρόπος τοκετού.....52

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄**

Πρόληψη.....55

**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄**

Η νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη του πρόωρου τοκετού.....60

α. νοσηλευτική εκτίμηση εγκύου και εμβρύου.....60

β. ενημέρωση και εκπαίδευση των εγκύων για τα σημεία

και τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού..... 61

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄**

Νοσηλευτική φροντίδα εγκύου με διάγνωση πρόωρου τοκετού.....64

-Ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου και της οικογένειας της.....64

-Κατάκλιση της εγκύου σε αριστερή πλάγια θέση και αύξηση της ενυδάτωσης.....	65
-Τοκολυτικά φάρμακα.....	65

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄**

Νοσηλευτική φροντίδα εγκύου κατά τη διάρκεια του τοκετού.....	71
α. Φυσιολογικός τοκετός.....	71
β. Καισαρική τομή.....	72

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄**

Νοσηλευτική φροντίδα μετά τον τοκετό.....	74
---	----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄**

Νοσηλευτική φροντίδα πρόωρων νεογνών.....	79
---	----

## **ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**

### **ΙΣΤΟΡΙΚΑ**

I. Ιατρικό ιστορικό.....	83
II. Νοσηλευτικό ιστορικό.....	86
III. Νοσηλευτική Διεργασία.....	89
Συζήτηση.....	92
<i>Επίλογος</i> .....	94
Βιβλιογραφία.....	95
Παράρτημα.....	99

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη, με τίτλο “Πρόωρος Τοκετός”, διαπραγματεύεται ένα από τα πιο περίπλοκα προβλήματα στο χώρο της σύγχρονης Μαιευτικής και έχει σαν στόχο να δώσει στον αναγνώστη μια όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη εικόνα του θέματος, τόσο από ιατρικής πλευράς, όσο και από νοσηλευτικής.

Η παρουσίαση της μελέτης χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο περιγράφει τα σύγχρονα δεδομένα του ιατρικού μέρους του θέματος και αναφέρεται στην παθοφυσιολογία του, στους παράγοντες κινδύνου, στη συμπτωματολογία, στην πρόληψή του, καθώς και στις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αναστολή του.

Το δεύτερο μέρος περιγράφει τα σύγχρονα δεδομένα του νοσηλευτικού μέρους του θέματος και αναφέρεται στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα πριν την εκδήλωσή του, κατά τη διάρκειά και μετά τον τοκετό. Επίσης, γίνεται και μια σύντομη περιγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας του πρόωρου νεογνού.

Στο τρίτο μέρος, παρατίθεται μια περίπτωση εγκύου η οποία γέννησε πρόωρα. Εδώ περιγράφεται το ιατρικό ιστορικό, το νοσηλευτικό ιστορικό καθώς και το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας που ακολουθήθηκε στην περίπτωση της.

Όπου ήταν αναγκαίο περιλήφθηκαν πίνακες για την καλύτερη κατανόηση των όσων γράφονται, ενώ παράλληλα, έγινε προσπάθεια ώστε η γλώσσα της εργασίας να είναι απλή, περιληπτική αλλά συγχρόνως επιστημονική.

Εισηγητής του θέματος είναι ο Δρ. Χασμάν Αμπέτ, Καθηγητής Γυναικολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, τον οποίο θα ήθελα να ευχαριστήσω για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθώς και για την επιστημονική καθοδήγηση, στην συγγραφή της παρούσης εργασίας.

Τις θερμές μου ευχαριστίες, θα ήθελα επίσης να εκφράσω και στον κ. Σκάγκο Λάζαρο, Διευθυντή της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Σπάρτης, για την πολύτιμη βοήθειά του καθώς με τη μεγάλη του εμπειρία με καθοδήγησε όπου χρειαζόταν.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να παραλείψω την έκφραση των θερμών μου συναισθημάτων για την οικογένειά μου, οι οποίοι μου συμπαραστάθηκαν ηθικά και οικονομικά καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, προσφέροντάς μου αγάπη και εμπιστοσύνη.

Εύχομαι η παρούσα μελέτη να αποτελέσει μια μικρή συμβολή στο χώρο του νοσηλευτικού κλάδου, παρέχοντας στο σύγχρονο νοσηλευτή τα κατάλληλα εφόδια, ώστε να μπορέσει να αντεπεξέλθει με αποτελεσματικότητα, σε συνεργασία με τους γιατρούς και τις έγκυες στην πρόληψη και την ουσιαστική αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο πρόωρος τοκετός παραμένει ακόμη και μέχρι σήμερα, ένα από τα πιο περίπλοκα προβλήματα στην μοντέρνα Μαιευτική, γιατί η παθογένειά του δεν έχει ακόμη ξεκαθαριστεί, η ορθότητα μερικών σχημάτων θεραπείας είναι αμφισβητήσιμη και το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής θεραπείας απέχει πολύ από το ιδανικό.

Αυτές οι παρατηρήσεις έκαναν τα τελευταία χρόνια, μεγαλύτερη την αξία της χρήσης ανασταλτικών φαρμάκων (τοκολυτικών) για τον πρόωρο τοκετό. Ωστόσο όμως, παρά την ευρεία εφαρμογή των φαρμάκων αυτών, η ελάττωση της προωρότητας έμεινε αμετάβλητη τα τελευταία είκοσι χρόνια.

Αυτό συμβαίνει ίσως γιατί ακόμη δεν γνωρίζουμε την πλήρη εικόνα του μηχανισμού με τον οποίο αρχίζει η δραστηριότητα της μήτρας. Δεν είμαστε βέβαιοι για το τι ακριβώς εμπλέκεται στην ωρίμανση του τραχήλου της μήτρας, που αποτελεί ένα απαραίτητο βήμα πριν η δραστηριότητα της μήτρας μπορέσει να οδηγήσει στην έναρξη του τοκετού.

Στο μέλλον πιστεύεται ότι η μεγαλύτερη γνώση του μηχανισμού έναρξης του τοκετού θα οδηγήσει σίγουρα σε περισσότερο αποτελεσματικές και ασφαλέστερες μεθόδους πρόληψης και αναστολής των πρόωρων ωδίνων και επομένως του πρόωρου τοκετού.

Με τα σημερινά δεδομένα ωστόσο, η επέμβασή μας στον πρόωρο τοκετό, είναι μια προσπάθεια που γίνεται, με τη χρήση των διαφόρων τοκολυτικών παραγόντων και αποβλέπει στην παρεμπόδιση μάλλον, παρά στην πρόληψη του πρόωρου τοκετού. (Μαμόπουλος, 1988)

**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄**

### **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Αν και υπάρχει πλήρης επιστημονική ομοφωνία σε σχέση με το ανώτερο χρονικό όριο με το οποίο ορίζεται ο πρόωρος τοκετός, εν τούτοις δεν έχει επέλθει ακόμη και μέχρι σήμερα, επιστημονική ομοφωνία σε σχέση με το κατώτερο χρονικό όριο.

Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), σαν πρόωρος τοκετός ορίζεται κάθε τοκετός που πραγματοποιείται μεταξύ 23<sup>ης</sup> και 37<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής όμως, σαν πρόωρος τοκετός ορίζεται κάθε τοκετός που πραγματοποιείται μεταξύ 20<sup>ης</sup> και 37<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης, ενώ στη χώρα μας, ο πρόωρος τοκετός οριοθετείται μεταξύ 24<sup>ης</sup> και 37<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης.

Προφανώς στον ορισμό του πρόωρου τοκετού λαμβάνεται υπ' όψη ότι ο καταμήνιος κύκλος είναι φυσιολογικός και ως εκ τούτου η ωοθηλακιορρηξία πραγματοποιείται γύρω στην 14<sup>η</sup> μέρα του κύκλου. (Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996)

Ωστόσο όμως ο ορισμός του πρόωρου τοκετού, δεν θα πρέπει να βασίζεται μόνο στο προσδιορισμό της ηλικίας της κύησης, κατά την οποία συμβαίνει, αλλά και στο βάρος του νεογνού κατά τη γέννησή του.

Έτσι λοιπόν, όταν ο τοκετός πραγματοποιείται πριν από την 37<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης και το νεογέννητο έχει βάρος λιγότερο από 2.499 γρ. τότε πρόκειται για πρόωρο τοκετό.

Τα πρόωρα νεογνά, ανάλογα με το βάρος τους, κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- A) Σε αυτά με χαμηλό βάρος γέννησης
- B) Σε αυτά με πολύ χαμηλό βάρος γέννησης και
- Γ) Σε αυτά με πάρα πολύ χαμηλό βάρος.

Δ) Σε αυτά με υπερβολικά χαμηλό βάρος. (Παπανικολάου, 1994)

**Ταξινόμηση πρόωρων νεογνών με βάση το βάρος γέννησής τους.**

---

<b>Κατηγορία</b>	<b>Βάρος(gr)</b>
Μικρό βάρος γέννησης (Low Birth Weight:LBW)	<2.500
Πολύ μικρό βάρος γέννησης (Very Low Birth Weight:VLBW)	<1.500
Πάρα πολύ μικρό βάρος γέννησης (Very Very or Extremely Low Birth Weight:VVLBW or ELBW)	≤1.000
Υπερβολικά μικρό βάρος γέννησης (Incredibly Low Birth Weight: ILBW)	≤750

---

*Πηγή: (Κρεατσάς, 1998)*

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄**

### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ**

Σύμφωνα με τις στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο πρόωρος τοκετός, ανέρχεται σε μια αναλογία του 12% του συνόλου των κυήσεων (Καρπάθιος, 1999), αναλογία που έχει παραμείνει σταθερή κατά τα τελευταία χρόνια, παρά τις βελτιώσεις που έχουν σημειωθεί στο μεταξύ στη μαιευτική φροντίδα και τη φαρμακευτική αγωγή.

Η συχνότητα του πρόωρου τοκετού αυξάνει στην ίδια τη γυναίκα από εγκυμοσύνη σε εγκυμοσύνη. Η γυναίκα που είχε πρόωρο τοκετό στην πρώτη εγκυμοσύνη έχει μια πιθανότητα περίπου 30% να επαναληφθεί η ίδια επιπλοκή και στη δεύτερη εγκυμοσύνη. Η πιθανότητα αυτή ανέρχεται στο 60% σε μια τρίτη εγκυμοσύνη, εάν έχει προηγηθεί και δεύτερος πρόωρος τοκετός. (Καλογερόπουλος, 1992)

Η συχνότητα του πρόωρου τοκετού, επηρεάζεται επίσης και από το φύλο του εμβρύου. Έτσι αν και τα αρσενικά έμβρυα είναι βαρύτερα, η αναλογία τους σε προωρότητα είναι μεγαλύτερη από τα θηλυκά.

Η πρόγνωση για την επιβίωση των πρόωρων νεογνών, που έχουν το ίδιο βάρος, είναι καλύτερη για τα θηλυκά, διότι χρονολογικά η ηλικία τους είναι μεγαλύτερη και η ωριμότητά τους περισσότερο προχωρημένη. (Παπανικολάου, 1994)

Ο πρόωρος τοκετός, αν και συμβαίνει σε ποσοστό 12% του συνόλου των κυήσεων, ευθύνεται για ένα πολύ μεγάλο ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας, που φθάνει τα 74% περίπου.

Η κατά τα τελευταία χρόνια αρτιότερη εξειδίκευση του προσωπικού, και η οργάνωση των μονάδων με τον απαραίτητο εξοπλισμό, για την αντιμετώπιση της προωρότητας έχει βελτιώσει σε σημαντικό βαθμό την επιβίωση των πρόωρων νεογνών.

Το γεγονός αυτό γίνεται άμεσα αντιληπτό από τη βελτίωση της επιβίωσης

των νεογνών με βάρος γέννησης 1.000 γρ, που σήμερα φτάνει τα 50%, ενώ μέχρι πριν 15 χρόνια ήταν πολύ χαμηλή. Στον πίνακα που ακολουθεί, αναφέρεται η συσχέτιση μεταξύ του βάρους γέννησης του νεογέννητου, της ηλικίας της κύησης και του ποσοστού επιβίωσης, σε καλά οργανωμένα κέντρα. Από τον πίνακα αυτόν φαίνεται ότι, μετά την 36<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης και εφόσον το βάρος των νεογέννητων ξεπερνά τα 2.499 g, το ποσοστό επιβίωσής τους δεν μεταβάλλεται μέχρι το πέρα της κηύσεως.(Καρπάθιος, 1999)

**Πίνακας. Επιβίωση των νεογνών σε συνάρτηση με την ηλικία της κύησης και το βάρος γέννησής τους.**

Ηλικία της κύησης (εβδομάδες)	20	24	28	32	36+
Βάρος νεογνών (g)		< 500	1.000	1.500	>2.499
Επιβίωση νεογνών (%)	0	15	75	97	99.7

Δυστυχώς όμως, παρά τις σημαντικές προόδους που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια στο ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, το ποσοστό της προωρότητας σχεδόν παραμένει το ίδιο, καθιστώντας τον πρόωρο τοκετό ακόμη και σήμερα ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα της κηύσεως.. (Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

### ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η παθοφυσιολογία του πρόωρου τοκετού παραμένει μέχρι στιγμής άγνωστη, όπως επίσης άγνωστος είναι και ο μηχανισμός έναρξης του τελειόμηνου τοκετού. Διάφορες θεωρίες έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς, σε μια προσπάθεια να ερμηνευτεί η αυτόματη έναρξη του τοκετού, εκ των οποίων οι πιο δημοφιλείς είναι:

#### *A. Η θεωρία της προγεστερόνης*

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η μείωση των επιπέδων της προγεστερόνης στο αίμα της εγκύου σε συνδυασμό με την αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων συντελεί στην αυτόματη έναρξη του τοκετού.

Ωστόσο στον άνθρωπο, η συγκεκριμένη θεωρία φαίνεται ότι δεν ευσταθεί, αφού κατά την έναρξη του τοκετού δεν παρατηρείται καμία ουσιώδης μεταβολή στη σχέση της προγεστερόνης με τα οιστρογόνα.

Παρ' όλα αυτά η θεωρία της προγεστερόνης σαν ένα βιολογικό φαινόμενο δεν είναι εύκολο να απορριφθεί επειδή:

(α) αυτό το φαινόμενο αποτελεί κυρίαρχο γεγονός κατά τον τοκετό πολλών θηλαστικών

(β) η αφαίρεση του ωχρού σωματίου στον άνθρωπο πριν από την 8<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης ακολουθείται κατά κανόνα από αυτόματη αποβολή, η οποία μπορεί να προκύψει και από τη χρήση διαφόρων αντιπρογεστρονικών φαρμάκων.

#### *B. Η θεωρία της οξυτοκίνης*

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η αύξηση των επιπέδων της οξυτοκίνης στο πλάσμα της εγκύου, αποτελεί το αίτιο της έναρξης του πρόωρου τοκετού, γι' αυτό και η τεχνητή έγχυση οξυτοκίνης μπορεί να οδηγήσει σε τοκετό.

Από την άλλη πλευρά όμως δεν είναι γενικά αποδεκτό ότι η αυτόματη έκκριση οξυτοκίνης αυξάνεται αμέσως πριν τον τοκετό, ενώ πιστεύεται ότι η

αύξηση των επιπέδων οξυτοκίνης παρατηρείται μόνο κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού και αμέσως μετά από αυτόν.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι κατά το τέλος της κύησης, αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός των υποδοχέων οξυτοκίνης στο μυομήτριο καθώς και ότι η οξυτοκίνη δρώντας στο επίπεδο του φθαρτού διευκολύνει την απελευθέρωση των προσταγλανδινών οι οποίες προάγουν τον τοκετό. (Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996)

Ωστόσο, η έκκριση της οξυτοκίνης δεν φαίνεται ότι αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα, αλλά μια απλή υποβοήθηση της μυομητρικής δραστηριότητας. (Κρεατσάς, 1998)

#### *Γ. Η θεωρία της επικοινωνίας των οργάνων.*

Κατά τη διάρκεια της κύησης υπάρχουν διάφοροι τοκολυτικοί κυτταρικοί μηχανισμοί (φωσφορυλίωση της μυοσίνης, χαμηλή συγκέντρωση ασβεστίου), οι οποίοι αναστέλλουν τον τοκετό, ενώ κατά τη διάρκεια του τοκετού υπάρχει στο αμνιακό υγρό και στο αίμα της εγκύου, συγκέντρωση πολλών ουσιών οι οποίες προκαλούν και προάγουν τον τοκετό (ελεύθερο αραχιδονικό οξύ, προσταγλανδίνες, κυτοκίνες), προσδιορίζοντας έτσι έμμεσα και τη μεγάλη διεργασία των βιολογικών διεργασιών οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε κυτταρικό επίπεδο.

Η ενεργοποίηση των κυττάρων του φθαρτού σχετίζεται άμεσα με την έναρξη του τοκετού, αφού το αποτέλεσμα είναι η απελευθέρωση αραχιδονικού οξέος, η σύνθεση προσταγλανδινών και η παραγωγή κυτοκινών οι οποίες προάγουν τον τοκετό.

Έτσι κατά τη διάρκεια του τοκετού αυξάνεται σημαντικά η συγκέντρωση των προσταγλανδινών στο αίμα της εγκύου και το αμνιακό υγρό η οποία γίνεται όλο και πιο μεγάλη με την εξέλιξη του τοκετού. (Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄****ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Η ικανότητα να προλεχθεί ποιες γυναίκες θα αναπτύξουν πρόωρο τοκετό είναι περιορισμένη, καθώς η αιτιολογία του πρόωρου τοκετού είναι πολυπαραγοντική και συχνά άγνωστη. (Καλογερόπουλος, 1992)

Ωστόσο, έρευνες των τελευταίων 15 ετών, σε μια προσπάθεια να προβλέψουν το ποιες γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση πρόωρου τοκετού, προσδιόρισαν έναν αριθμό παραγόντων-κινδύνων (Newton et al., 1979; Manelle et al., 1984; Romero et al., 1989; Klein et al., 1990), που θεωρούνται ότι μπορεί να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό (Πίνακας 1.), χωρίς όμως πάντοτε με βεβαιότητα να ανευρίσκεται το πραγματικό αίτιο της πρόκλησής του.

Εξάλλου μπορεί να προκληθεί τοκετός πρόωρα, λόγω εσφαλμένου υπολογισμού της ηλικίας της κύησης από τον μαιευτήρα. Σήμερα βέβαια η κεφαλομετρία του εμβρύου με τους υπερήχους, και ο έλεγχος της ωριμότητας των πνευμόνων περιορίζουν την συχνότητα τέτοιων ιατρικών σφαλμάτων.(Μανταλενάκης, 1996)

**Πίνακας 1. Κίνδυνοι για πρόωρο τοκετό***Δημογραφικοί*

Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Αγαμία ή κακή κατάσταση γάμου

Ηλικία &lt; 20 ετών ή &gt; 35 ετών

Ύψος &lt; 150 cm

Βάρος &lt; 45kg

Φυλή

*Μαιευτικό ιστορικό*

Προηγηθείσες εκτρώσεις

Πρόωρος τοκετός

Προηγηθείσα αυτόματη αποβολή 2<sup>ου</sup> τριμήνου

<i>Ιατρικό ιστορικό</i>	Καρδιακή πάθηση Αναιμία Ουρολοίμωξη 3 <sup>ου</sup> τριμήνου
<i>Μείζονες παράγοντες Κινδύνου</i>	Προηγούμενος πρόωρος τοκετός Ανωμαλίες της μήτρας Ιστορικό κωνοειδούς εκτομής τραχήλου Ιστορικό δύο εκτρώσεων 2 <sup>ου</sup> τριμήνου Περισσότερες από δύο εκτρώσεις 1 <sup>ου</sup> τριμήνου Ιστορικό πυελονεφρίτιδας Πολυδήμη κύηση Υδράμιο Χειρ/κές επεμβάσεις κοιλίας κατά τη διάρκεια της κύησης Διεύρυνση τραχήλου μήτρας > 1cm στις 32 εβδομάδες Βράχυνση τραχήλου μήτρας < 1cm στις 32 εβδομάδες
<i>Μαιευτικοί παράγοντες στην παρούσα κύηση</i>	Ανεπαρκής ιατρική παρακολούθηση Χαμηλό βάρος εγκυμοσύνης Αύξηση βάρους < 5kg στις 32 εβδομάδες Εμπέδωση κεφαλής εμβρύου στις 32 εβδομάδες Ανάπτυξη επιπλοκών π.χ.: εμπύρετο νόσημα
<i>Κίνδυνοι συμπεριφοράς</i>	Φτωχή διατροφή Κάπνισμα ( >10 τσιγάρα τη μέρα ) Χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ Έκθεση σε τοξίνες Σκληρή ή στρεσογόνο εργασία Ασυνήθιστη κούραση

Creasy, 1989

---



Αναλυτικότερα, οι παράγοντες-κίνδυνοι που θεωρούνται ότι μπορεί να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό μπορούν να διαχωριστούν:

- A) Σε δημογραφικούς
- B) Σε μητρικούς (από την μητέρα)
- Γ) Σε μητριάιους (από τη μήτρα)
- Δ) Σε εμβρυοπλακουντιακούς (εμβρυοπλακουντιακή μονάδα)
- E) Σε ιατρογενείς
- ΣΤ) Σε κινδύνους συμπεριφοράς
- Z) Περιβαλλοντικούς

### **A) Δημογραφικοί παράγοντες**

#### *1. Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο*

Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των εγκύων αποτελεί έναν από τους πιο γνωστούς παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την προωρότητα. Έχει διαπιστωθεί στατιστικά η αιτιολογική σχέση της οικονομικής ανέχειας και του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

#### *2. Αγαμία ή κακή κατάσταση γάμου*

Η αγαμία και η κακή κατάσταση του γάμου βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με αυξημένο ποσοστό προωρότητας. Σε ορισμένους πληθυσμούς και σε συνδυασμό με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το ποσοστό, της προωρότητας είναι κατά 90% ανώτερο από το ποσοστό που αναμένεται στον πληθυσμό των μαρτύρων.

#### *3. Ηλικία μικρότερη των 20 και μεγαλύτερη των 35 ετών*

Η ηλικία της μητέρας κάτω από τα 20 και πάνω από τα 35 σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα προωρότητας. Η μεγαλύτερη συχνότητα των πρόωρων τοκετών παρατηρείται σε έγκυες γυναίκες ηλικίας κάτω των 15 ετών.

#### 4. Χαμηλό ανάστημα και σωματικό βάρος

Έγκυες γυναίκες με χαμηλό ανάστημα (< 150 cm) και σωματικό βάρος πριν από την κύηση (< 45 kg) εμφανίζουν αυξημένο ποσοστό προωρότητας. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί πως το βάρος που αποκτάται κατά την κύηση βρίσκεται σε γραμμική συσχέτιση με το βάρος του εμβρύου.

#### 5. Φυλή

Η Καυκάσια φυλή φαίνεται να σχετίζεται με μικρότερο ποσοστό προωρότητας σε σχέση με τις άλλες φυλές.

### **B) Μητρικοί παράγοντες**

#### 1. Βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό.

Η ύπαρξη βεβαρημένου μαιευτικού ιστορικού φαίνεται ότι έχει άμεση συσχέτιση με τη συχνότητα του πρόωρου τοκετού. Με τον όρο βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό υπονοείται η ύπαρξη ιστορικού: α) τεχνητής εκτρώσεως (TE) που προκάλεσε μηχανική διαστολή του τραχήλου πάνω από 8mm (Μαντελανάκης, 1996), β) αυτόματης εκτρώσεως (ΑΕ), γ) αυτόματης αποβολής στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, δ) πρόωρων τοκετών, ε) μικρών μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων (< 1έτους) και στ) ενδομήτριων θανάτων των εμβρύων,.

Γυναίκες που αναφέρουν ότι η πρώτη τους κύηση κατέληξε σε πρόωρο τοκετό, έχουν πιθανότητα να εμφανίσουν την επιπλοκή αυτή σε ποσοστό 17% σε επόμενη κύηση και σε 28,5%, αν εμφάνισαν δύο πρόωρους τοκετούς σε ισάριθμες πρώτες κυήσεις.

Ακόμη ο αριθμός των προηγούμενων (φυσιολογικών) τοκετών βρίσκεται σε θετική συσχέτιση με τη συχνότητα των πρόωρων τοκετών. Η μεγαλύτερη συχνότητά τους σημειώνεται κατά την πρώτη και ύστερα κατά την τέταρτη<sub>18</sub>

κύηση. (Καρπάθιος, 1999)

## *2. Σοβαρές συστηματικές νόσοι*

Οι διάφορες συστηματικές παθήσεις της μητέρας προδιαθέτουν σε συχνότερη εμφάνιση πρόωρων τοκετών. Παραδείγματα τέτοιων παθήσεων αποτελούν η αναιμία, παθήσεις του ήπατος, η αναπνευστική ανεπάρκεια. (Καρπάθιος, 1999) Ακόμη η πυελονεφρίτιδα ή μια εμπύρετη ίωση οι μπορούν να προκαλέσουν αυξημένη κινητικότητα της μήτρας και πρόκληση πρόωρου τοκετού.

Επίσης σοβαρά χρόνια νοσήματα όπως η χρόνια νεφροπάθεια ή καρδιοπάθεια, συνδέονται με τοκετό νεογέννητων μικρού βάρους, αλλά συχνά δεν μπορεί να διευκρινιστεί απόλυτα, εάν τα νεογέννητα αυτά έχουν γεννηθεί πρόωρα ή είναι μικρού βάρους για την ηλικία της εγκυμοσύνης. (Μανταλενάκης, 1996)

## *3. Ενδοκρινικές διαταραχές*

Τα πιο γνωστά ενδοκρινικά νοσήματα που σχετίζονται με αυξημένο ποσοστό προωρότητας, είναι ο υπερθυρεοειδισμός, ο υπερπαραθυρεοειδισμός ή υπερλειτουργία του φλοιού των επινεφριδίων και ο σακχαρώδης διαβήτης. (Καρπάθιος, 1999)

## *4. Τραυματισμοί*

Τυφλές κακώσεις ή διατιτραίνοντα τραύματα του υπογαστρίου ή της μήτρας είναι προφανώς επικίνδυνα για το μέλλον της κύησης.

Επίσης αύξηση των συστολών της μήτρας, που συνδέεται με αυξημένη συχνότητα πρόωρων τοκετών έχει παρατηρηθεί σε γυναίκες, που παρουσιάζουν συχνά οργασμό σε προχωρημένη κύηση ή ύστερα από συνουσία. (Μανταλενάκης, 1996). Σαν πιθανός μηχανισμός αναφέρεται το υψηλό ποσό προσταγλανδινών στο σπέρμα, αν και πολλές γυναίκες φθάνουν στο τέρμα της εγκυμοσύνης έχοντας ενεργό σεξουαλική δραστηριότητα. (Αραβαντινός, 1989)

#### 5. Λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος

Οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος διαπιστώθηκε πως παίζουν σημαντικό ρόλο, γιατί σε μελέτες ύστερα από αμνιοπαρακέντηση, βρέθηκε πως στο 20 – 30% των περιπτώσεων με πρόωρο τοκετό το αμνιακό υγρό ήταν μολυσμένο. Μικρόβια, που ενοχοποιήθηκαν ήταν η ναϊσσέρεια, ο στρεπτόκοκκος της ομάδας Β, βακτηριοειδή και άλλοι αναερόβιοι μικροοργανισμοί, χλαμύδια και, ίσως, τριχομονάδες και μυκόπλασμα.

Η σχέση πρόωρων τοκετών και λοιμώδη παράγοντα προκύπτει και από επιδημιολογικές μελέτες. Έχει αποδειχθεί, πως οι παραπάνω μικροοργανισμοί μπορούν να παράγουν φωσφολιπάση  $A_2$  και να διεγείρουν τη βιοσύνθεση των προσταγλανδινών και των κυτταροκινασών (ιντερλευκίνης 1, 6 και TNF). Η επίδρασή τους στη συμβολή του φθαρτού με το χόριο, οδηγεί σε ποικίλλες ανοσολογικές και άλλες διεργασίες, που, ίσως, ευθύνονται για την έναρξη τοκετού γενικότερα. (Παπανικολάου, 1994)

#### 6. Μαιευτικές επιπλοκές της παρούσας κύησης

Διάφορες μαιευτικές επιπλοκές που οφείλονται άμεσα στην κύηση, έχουν σχέση με πολύ αυξημένη συχνότητα της προωρότητας, που μπορεί να φτάσει και το 39% περίπου.

Τέτοιες μαιευτικές επιπλοκές είναι: α) η προεκλαμψία, η οποία εμφανίζεται με υπέρταση, λευκωματουρία ή οίδημα ή και τα δύο, μετά την 20ή εβδομάδα της κύησης ή μέσα σε 24 ώρες πριν από τον τοκετό. Στην προεκλαμψία υπάρχει ελαττωμένη λειτουργικότητα του πλακούντα, η οποία σχετίζεται με την ύπαρξη πολύ περισσότερων εμφράκτων σε αυτόν από ότι σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, και με την πλημμελή ανάπτυξη του εμβρύου β) η εκλαμψία, η οποία εμφανίζεται κάτω από τα συμπτώματα της προεκλαμψίας και συνοδεύεται από σπασμούς -στην εκλαμψία ο πλακούντας εμφανίζει εκφυλιστικές αλλοιώσεις-, γ) η υπέρταση, η οποία εμφανίζεται στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης ή μέσα σε 24 ώρες πριν από τον τοκετό. (Παπανικολάου.

1994), δ) η ευαισθητοποίηση του παράγοντα Rhesus και ε) η υπερέμεση. (Καρπάθιος, 1999)

#### 7. Χειρουργικές παθήσεις κατά την κύηση

Οι διάφορες χειρουργικές παθήσεις της κοιλίας όπως η οξεία σκωληκοειδίτιδα, η οξεία παγκρεατίτιδα, ο ειλεός ,η περιτονίτιδα κ.α. σχετίζονται επίσης με αυξημένη συχνότητα προωρότητας.

#### 8. Ανεπαρκής ιατρική παρακολούθηση

Η ανεπαρκής ιατρική παρακολούθηση όπως εκφράζεται με την καθυστερημένη πρώτη επίσκεψη της εγκύου και τον περιορισμένο αριθμό των επισκέψεων, έχει άμεση επίπτωση στην αύξηση της προωρότητας. Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνεται από το αυξημένο ποσοστό προωρότητας σε έγκυες που δεν παρακολουθούνται από προσωπικό τους ιατρό, εκεί όπου ισχύει το σύστημα της ελεύθερης ιατρικής παρακολούθησης.(Καρπάθιος, 1999)

### **Γ) Μητριαίοι παράγοντες**

#### 1. Υπερδιάταση της μήτρας

Υπερδιάταση της μήτρας, συνήθως προκαλείται επί υδραμνίου και πολύδμηης εγκυμοσύνης.

Η συμπεριφορά αυτή της μήτρας αποδίδεται στο ότι η μήτρα, λόγω του αυξημένου όγκου που αναγκάζεται να περιβάλλει, υπερδιατείνεται. Αποτέλεσμα της υπερδιάτασης αυτής είναι το ότι οι μυϊκές ίνες της μήτρας, φθάνουν στο κρίσιμο μήκος τους νωρίτερα και αρχίζουν τις πρόωρες συστολές τους. (Καρπάθιος, 1999)

Ο μηχανισμός αυτός αφορά, όχι μόνο στην αδυναμία της μήτρας να διαταθεί πέραν ενός ορισμένου σημείου, αλλά πιθανόν και στην αυξημένη ευαισθητοποίηση του μυομητρίου, λόγω των μεγάλων ποσών οιστρογόνων που παράγει ο αυξημένος όγκος του πλακούντος. (Αραβαντινός, 1989)

### *2. Ανωμαλίες της διάπλασης της μήτρας*

Από τις διάφορες ανωμαλίες της διάπλασης της μήτρας η υποπλαστική, η δίκερως και η μονόκερως μήτρα εμφανίζουν μεγάλο ποσοστό προωρότητας κατά την πρώτη κύηση. Αντίθετα με από ότι συμβαίνει με άλλες αιτίες, οι παραπάνω ανωμαλίες χαρακτηρίζονται από το ότι μια επόμενη κύηση έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να εξελιχθεί σε τελειόμηνη. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην προοδευτική διάταση της ενδομητρικής κοιλότητας και στην υπερτροφία του μυομητρίου.

### *3. Ανεπάρκεια του τραχήλου της μήτρας*

Η ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου, είναι μια σπάνια διαπλαστική ανωμαλία, η οποία οφείλεται σε ατελή διάπλαση των μυϊκών ινών του τραχήλου και αποτελεί γνωστό αίτιο της προωρότητας.(Καρπάθιος, 1999) Για το λόγο αυτό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης εκτελείται περίδεση του τραχήλου, στην τελευταία εβδομάδα του τρίτου μήνα, για τη συγκράτηση του κυήματος (Παπανικολάου, 1994)

Ακόμη τυχόν προηγούμενη κωνοειδής εκτομή του τραχήλου είναι υπεύθυνη για ένα αυξημένο ποσοστό προωρότητας, που κατά την πρώτη κύηση είναι 14% και τετραπλασιάζεται στις επόμενες.

### *4. Ινομύωμα μήτρας*

Η συνύπαρξη ινομώματος της μήτρας με κύηση αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά αίτια της προωρότητας. (Καρπάθιος, 1999) Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα ινομώματα δυνατόν να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό από παραμόρφωση της μητριαίας κοιλότητας. Μπορούν επίσης να προκαλέσουν ασυνήθιστη για πρόωρο τοκετό αιμορραγία από παθολογική εμφύτευση του πλακούντα ή ελαττωμένη συσταλτικότητα της μήτρας.(Παπανικολάου, 1994)

**Δ) Εμβρυοπλακουντιακοί παράγοντες***1. Αυτόματη πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων*

Η πριν από το τέρμα της κύησης ρήξη των υμένων, εφόσον έχει παρέλθει μία ώρα από αυτή χωρίς να αρχίσει ο τοκετός, ονομάζεται πρόωρη ρήξη. Η συχνότητά της υπολογίζεται σε 0,7-2,1% των κυήσεων.

Οι κυριότερες αιτίες της πρόωρης ρήξης των υμένων είναι η κακή διατροφή, οι φλεγμονές του κόλπου και του τραχήλου, η ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου, οι ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας και η υπερδιάταση του μυομητρίου. Συνήθως προηγείται κύηση με το ίδιο επεισόδιο.

Η διάγνωσή της πρόωρης ρήξης των υμένων του εμβρύου βασίζεται στο ιστορικό της εγκύου, που αναφέρει εκροή από τον κόλπο υδαρούς υγρού.

Η διαφορική διάγνωση από άλλες καταστάσεις (αλκαλικά ούρα, φλεγμονή) γίνεται με την άμεση επισκόπηση του τραχηλικού στομίου, τη δοκιμασία του χάρτη ηλιοτροπίου, τη δοκιμασία κρυστάλλωσης του αμνιακού υγρού, την έγχυση κυανού του μεθυλενίου στην αμνιακή κοιλότητα με αμνιοπαρακέντηση και με την αναζήτηση πορτοκαλιοχρόων κυττάρων στο αμνιακό υγρό.

Οι επιπλοκές από την πρόωρη ρήξη των υμένων, εκτός από την προωρότητα περιλαμβάνουν φλεγμονές της μητέρας και της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, καθώς και πρόπτωση της ομφαλίδας. (Καρπάθιος, 1999)

*2. Φλεγμονές της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας*

Οι φλεγμονές της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, έχουν σαφή συσχέτιση με την προωρότητα. (Καρπάθιος, 1999) Στον πλακούντα είναι δυνατόν να αναπτυχθεί φλεγμονή, η *πλακουντίτιδα*, από μόλυνσή του ύστερα από ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, που προέρχεται από τον τράχηλο ή τον κόλπο. Φλεγμονή του, ακόμα, μπορεί να αναπτυχθεί ύστερα από μόλυνσή του από το ενδομήτριο, το αίμα της εγκύου, τη σάλπιγγα, και την αμνιοπαρακέντηση

Συχνότερα, όμως, προκαλούν πλακουντίτιδα οι ανιούσες φλεγμονές, δηλαδή οι χοριοαμνιονίτιδες, που προσβάλλουν περισσότερο τους υμένες του

πλακούντα και λιγότερο τις λάχνες του (Παπανικολάου, 1994). Η λοίμωξη των υμένων και του αμνιακού υγρού ιδιαίτερα στην υποκλινική της μορφή φαίνεται να παίζει το σπουδαιότερο ρόλο στην αιτιολογία του πρόωρου τοκετού. Πρόσφατες μελέτες, μάλιστα δείχνουν ότι το 27% των πλακούντων και υμένων πρόωρων τοκετών, έχουν ευρήματα φλεγμονής.(Αραβαντινός, 1989)

### *3. Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα*

Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είναι η παθολογική κατάσταση της εγκυμοσύνης, στην οποία συμβαίνει μερική ή τελική αποκόλλησή του μετά την 28<sup>η</sup> εβδομάδα ή και νωρίτερα ή κατά τη διάρκεια του τοκετού όταν αυτός έχει φυσιολογική πρόσφυση.(Παπανικολάου, 1994)

Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα πρόωρου τοκετού, που ξεπερνά το τετραπλάσιο της αναμενόμενης συχνότητας σε πληθυσμό μαρτύρων.(Καρπάθιος, 1999)

### *4. Προδρομικός πλακούντας*

Προδρομικός πλακούντας είναι η παθολογική κατάσταση της εγκυμοσύνης, στην οποία ο πλακούντας αναπτύσσεται, όχι στην φυσιολογική του θέση – που είναι η πρόσθια ή η οπίσθια επιφάνεια της κοιλότητας της μήτρας - , αλλά στο κατώτερο μέρος αυτής, κοντά στο τραχηλικό στόμιο. (Παπανικολάου, 1994)

Ο προδρομικός πλακούντας αποτελεί ένα σαφές αίτιο πρόωρου τοκετού, δεδομένου του ότι η συχνότητα της προωρότητας σε έγκυες με προδρομικό πλακούντα είναι πενταπλάσια, σε σύγκριση με τον πληθυσμό μαρτύρων. (Καρπάθιος, 1999)

### *5. Πολύδημη κύηση και πολυάμνιο*

Η πολύδημη κύηση συμμετέχει κατά 10% περίπου στην αιτιολογία του πρόωρου τοκετού (Αραβαντινός, 1989) και έχει περισσότερες πιθανότητες από την απλή να καταλήξει σε πρόωρο τοκετό. (Καρπάθιος, 1999) Σε συχνότητα 30%, ο χρόνος κύησης δεν ξεπερνάει την 37<sup>η</sup> εβδομάδα. Μάλιστα, όσο



μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των εμβρύων, τόσο μικρότερη είναι και η διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έτσι ενώ σε δίδυμη κύηση, η μέση διάρκειά της είναι 35 εβδομάδες, σε τρίδυμη είναι 33 και σε τετράδυμη 29. (Παπανικολάου, 1994)

Το πολυάμνιο και ιδιαίτερα το υδράμνιο , σχετίζονται και αυτά με αυξημένο ποσοστό προωρότητας. Η συμπεριφορά αυτή, της πολύδημης κύησης καθώς και του πολυαμνίου αποδίδονται στην υπερδιάταση της μήτρας. (Καρπάθιος, 1999)

#### *6. Ισχιακή προβολή του εμβρύου*

Η ισχιακή είναι ανώμαλη, κάθετη προβολή. Το έμβρυο είναι έτσι τοποθετημένο ώστε ο μακρύς άξονάς του, συμπίπτει με τον κάθετο άξονα της μήτρας. Το κεφάλι βρίσκεται στον πυθμένα της μήτρας και η προβάλλουσα μοίρα είναι τα ισχία. (Ζούρλας, 1986)

Η ισχιακή προβολή του εμβρύου στις αρχές του τρίτου τριμήνου, παρατηρείται σε συχνότητα 20% του συνόλου των κυήσεων και από αυτές το 20% καταλήγουν σε πρόωρο τοκετό. (Καρπάθιος, 1999)

#### *7. Συγγενείς εμβρυϊκές ανωμαλίες*

Οι συγγενείς ανωμαλίες του νευρικού συστήματος του εμβρύου, η νεφρική αγενεσία, σε συνδυασμό με πνευμονική υποπλασία (σύνδρομο Potter) και οι ενδογενείς διαταραχές του μεταβολισμού όπως η υπερλανιναιμία, είναι μερικές από τις εμβρυϊκές ανωμαλίες που μπορεί να αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες πρόωρου τοκετού. (Αραβαντινός, 1989)

### **E) Ιατρογενείς παράγοντες**

#### *1. Πρόωρη πρόκληση τοκετού ή εκτέλεση καισαρικής τομής*

Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν το 28-30% των πρόωρων τοκετών και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: (α) σε εκείνες που οφείλονται σε λαθεμένη εκτίμηση ότι πρόκειται για τελειόμηνες κυήσεις και αντιπροσωπεύουν ποσοστό

6% του συνόλου των πρόωρων τοκετών (Καρπάθιος, 1999) και (β) σε εκείνες που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις που αφορούν το έμβρυο και τη μητέρα, όπου επιβάλλεται ο πρόωρος τερματισμός της εγκυμοσύνης, π.χ. υπέρταση, ενδομήτρια καθυστέρηση, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντος, ασυμβατότητα Rhesus, διαβήτης.(Αραβαντινός, 1989)

## *2. Εγχειρητικές επεμβάσεις κατά τη διάρκεια της κύησης*

Η εκτέλεση διαφόρων εγχειρητικών επεμβάσεων κατά τη διάρκεια της κύησης, αυξάνει την πιθανότητα πρόκλησης πρόωρου τοκετού, είτε οι επεμβάσεις αυτές είναι: α) θεραπευτικές (π.χ., εξαίρεση κύστης της ωοθήκης και μισχωτού ινομώματος της μήτρας, κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας κ.α.), είτε β) διαγνωστικές (π.χ., επανειλημμένες αμνιοσκοπήσεις, αμνιοπαρακεντήσεις κ.α.)

## **ΣΤ) Κίνδυνοι συμπεριφοράς**

### *1. Κάπνισμα*

Το κάπνισμα φαίνεται να είναι υπεύθυνο για ένα αυξημένο ποσοστό προωρότητας, καθώς περιορίζει την αύξηση του βάρους του εμβρύου και τη διάρκεια της κύησης. (Καρπάθιος, 1999) Γυναίκες που καπνίζουν κάνουν μικρότερα παιδιά και συχνότερα πρόωρα. (Τριχόπουλος Δ. και Τριχοπούλου Α., 1986). Η επίδραση αυτή του καπνίσματος αποδίδεται στην αύξηση της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης και στη φαρμακολογική δράση της νικοτίνης. Επίσης ορισμένες τοξίνες, γνωστές με την ονομασία κυανίδια, ελαττώνουν τα επίπεδα της βιταμίνης B12, με αποτέλεσμα διάφορες διαταραχές του μεταβολισμού. Η ανθρακυλαιμοσφαιρίνη αυξάνεται από 1,2% σε 4,1% περίπου και περιορίζει το διαθέσιμο για οξυγόνωση του εμβρύου O<sub>2</sub>, ενώ παράλληλα η νικοτίνη αυξάνει την έκκριση επινεφρίνης και προκαλεί αγγειοσύσπαση, επιδεινώνοντας ακόμη περισσότερο την ήδη επιβαρημένη οξυγόνωση του εμβρύου. Ο κίνδυνος από το

κάπνισμα, όπως είναι ευνόητο, αυξάνεται με τον αριθμό των σιγαρέτων ανά 24ωρο. (Καρπάθιος, 1999)

## *2. Αλκοολισμός*

Σοβαρές βλάβες προκαλούνται στο έμβρυο από τη χρήση αλκοόλης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η εμβρυοπαθητική δράση της αλκοόλης φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο ποσοστό προωρότητας. Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ακόμη και η πολύ μέτρια χρήση (1-2 ποτά την ημέρα), συνεπάγεται μετρητές βλάβες στο έμβρυο. (Τριχόπουλος Δ. και Τριχοπούλου Α.,1986)

## *3. Χρήση ναρκωτικών ουσιών*

Η χρήση βαρβιτουρικών, αμφεταμινών, οπίου και άλλων «σκληρών» ναρκωτικών, είναι δυνατό να βλάψει το έμβρυο, εμποδίζοντας την ανάπτυξη του και να προκαλέσει πρόωρο τοκετό ή ακόμα και το θάνατο μετά τη γέννησή του.

## *4. Διατροφικές συνήθειες*

Πρωταρχική θέση για τη φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης, κατέχει η καλή διατροφή της εγκύου, γιατί έτσι εξασφαλίζεται η επάρκεια του οργανισμού της σε όλες τις απαραίτητες ουσίες για τη φυσιολογική διάπλαση του εμβρύου.

Η άποψη, πως η έγκυος δεν θα πρέπει να καταβάλει προσπάθειες βελτίωσης της διατροφής της, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης- όταν εξασφαλίζει την ποικιλία αυτής σε λευκώματα, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη και βιταμίνες-, είναι λανθασμένη καθώς έχει αποδειχθεί, πως τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να γεννήσει πρόωρα.

*5. Σκληρή ή στεσσογόνος εργασία*

Υπάρχουν επαγγέλματα, που δεν ευνοούν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, γιατί εκθέτουν τη γυναίκα σε υπερβολική κόπωση, π.χ. επαγγέλματα που υποχρεώνουν την έγκυο σε ανώμαλες αναβάσεις ή στο σήκωμα βαριών αντικειμένων.

Τα επαγγέλματα αυτά είναι δυνατό στους πρώτους αλλά και τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης να έχουν δυσάρεστες συνέπειες για την έγκυο, προκαλώντας πρόωρο τοκετό. (Παπανικολάου, 1994)

**Z) Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

*Μολυσμένο περιβάλλον*

Έχει διαπιστωθεί στατιστικά, αυξημένη συχνότητα προωρότητας σε έγκυες που διαβιούν σε ορισμένες περιοχές, οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένη επιβάρυνση από άποψη μόλυνσης του περιβάλλοντος. (Καρπάθιος, 1999)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄****ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Η διάγνωση της έναρξης του πρόωρου τοκετού, είναι συχνά, μια ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση, καθώς τα πιθανά πρώιμα σημεία και συμπτώματα. (Πίνακας 1.), είναι συχνά πολύ δύσκολο να διαχωριστούν από τον ψευδή πρόωρο τοκετό (false-preterm labor) ή από τις κοινές ενοχλήσεις μιας προχωρημένης εγκυμοσύνης. (Kulb, 1990) Μάλιστα σύμφωνα με μελέτες, από τις έγκυες που εισάγονται σε νοσοκομεία για πρόωρη έναρξη τοκετού, ένα ποσοστό 50% αφορά ψευδή έναρξη. Ακόμη, η ύπαρξη συσπάσεων της μήτρας, δεν υποδηλώνει πάντοτε από μόνη της, την έναρξη ενός πρόωρου τοκετού. (Utter et al, 1990)

Ωστόσο, η αναγνώριση των συμπτωμάτων του πρόωρου τοκετού βοηθά σημαντικά στη σωστή εκτίμηση, διάγνωση και θεραπεία της εγκύου. ( Coper et al., 1990) Γενικά, τα συμπτώματα που θα φανερώσουν την έναρξη ενός πρόωρου τοκετού είναι τα ακόλουθα:

*A) Υπερβολική δραστηριότητα του μυομητρίου*

Το πιο συχνό σύμπτωμα μιας εγκύου με επαπειλούμενο πρόωρο τοκετό, είναι η αυξημένη δραστηριότητα του μυομητρίου, που συχνά παρουσιάζεται μερικές εβδομάδες ή μέρες προ της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Οι συστολές αυτές του μυομητρίου αυξάνονται προοδευτικά σε συχνότητα και ένταση και εφόσον ξεπεράσουν το κριτικό όριο των 24mmHG σε ένταση, έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση σαφών μεταβολών στα ανατομικά χαρακτηριστικά του τραχήλου της μήτρας. (Καρπάθιος, 1999)

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η έγκυος εκφράζει το ενόχλημα σαν οσφυαλγία που αντανακλά στην υπερηβική περιοχή ή σαν «σύσφιγξη» στον πυθμένα της μήτρας. Τα ενοχλήματα αυτά, αν και δεν είναι ειδικά, θα πρέπει να διερευνώνται σε κάθε επίσκεψη μεταξύ 20 και 34 εβδομάδων. Σε κάθε γυναίκα που παραπονείται για συνεχή υπερβολική δραστηριότητα στην μήτρα προ των

34 εβδομάδων, επιβάλλεται ο έλεγχος της μυομητρικής δραστηριότητας με την καρδιοτοκογραφική μέθοδο καθώς και η αξιολόγηση της διαστολής και της εξάλειψης του τραχήλου με την κολπική εξέταση. Η παρουσία 3-4 συστολών του μυομητρίου κάθε 30 λεπτά και διαστολής του τραχήλου μεγαλύτερης των 2 cm ή εξάλειψης του τραχήλου σε ποσοστό μεγαλύτερο του 30%, θέτουν τη διάγνωση του επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού.

#### *B) Τραχηλικές αλλαγές*

Τραχηλική αλλαγή με διαστολή ίση ή μεγαλύτερη του 1εκ. και εξάλειψη μεγαλύτερη του 30% μεταξύ 28 και 34 εβδομάδων, υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Πρόδρομο σύμπτωμα των προαναφερθέντων τραχηλικών αλλαγών, μπορεί επίσης να είναι και η κολπική έκκριση τραχηλική βλέννας. (Αραβαντινός, 1989)

Υπάρχει όμως ένα σημαντικό ποσοστό εγκύων, οι οποίες παρουσιάζουν μεταβολές στην κατάσταση του τραχήλου, που είναι ασυμπτωματικές. Οι περιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι φυσιολογικές, ή να υποκρύπτουν μια ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου ή να σηματοδοτούν την έναρξη ενός πρόωρου τοκετού.

#### *Γ) Η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων*

Η πρόωρη ρήξη των υμένων, συμβαίνει στο 20-25% όλων των πρόωρων τοκετών. Η αιτιολογία της πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων είναι άγνωστη, αν και βρέθηκε πως οι πρόωρα ερρηγμένοι υμένες έχουν μικρότερη αντοχή στη ρήξη από ότι οι υμένες που δεν ρήγνυνται πρόωρα.

#### *Δ) Η εμφάνιση αιμορραγίας από τον κόλπο*

Όταν η αιμορραγία συμβαίνει στο δεύτερο τρίμηνο, έχει σαν αιτία συνήθως, μια αποκόλληση του κανονικά προσκολλημένου πλακούντα, επιχείλιο, παραχείλιο ή προδρομικό πλακούντα. Κάθε μία από τις καταστάσεις αυτές μπορεί να δημιουργήσει σχετική πλακουντιακή ανεπάρκεια και διαταραχές

στην κύηση. (Μαμόπουλος, 1988)

### Πίνακας 1. Σημεία και συμπτώματα πρόωρου τοκετού.

1. Συσπάσεις ή ωδίνες της μήτρας (περισσότερες από 4/ώρα)
2. Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων
3. Διαστολή (>2cm) ή εξάλειψη του τραχηλικού στομίου, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%
4. Γραμμοειδής κολπική αιμόρροια
5. Αυξημένη κολπική έκκριση ή κολπική πίεση
6. Περιοδικό κοιλιακό άλγος με αντανάκλαση στη μέση
7. Συχνουρία ή διάρροια

Πηγή: Romero R. et al., 1994

Τα τελευταία χρόνια, για την έγκαιρη διάγνωση ενός επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού, έχει στραφεί η προσοχή των ερευνητών στην αξιολόγηση ορισμένων βιοχημικών δεικτών, οι οποίοι φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ενεργοποίηση των κυττάρων του αμνίου και του πλακούντα. Οι δείκτες αυτοί είναι: (α) η CRH (Corticotropin Releasing Hormone) για την οποία βρέθηκε ότι ενώ σε φυσιολογική κύηση και φυσιολογικό τελειόμηνο τοκετό δεν παρατηρείται αύξηση της CRH, στον πρόωρο τοκετό έχουμε αύξηση στο 40% των περιπτώσεων, (β) η οιστριόλη, (γ) η κολλαγενάση του ορού, (δ) οι κιτοκίνες του τραχήλου και του κόλπου, (ε) η ελαστάση (Κρεατσάς, 1999) και (στ) η φιμπρονεκτίνη. (Iams JD et al., 1995)

Συμπερασματικά λοιπόν, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η έγκαιρη διάγνωση του πρόωρου τοκετού, προϋποθέτει συσπάσεις του μυομητρίου σε συχνότητα 4/20min ή 8/60min, σε συνδυασμό με ένα από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων
- Διαστολή του τραχήλου μεγαλύτερη των 2cm
- Εξάλειψη μεγαλύτερη του 50% του τραχηλικού στομίου ή

- Προοδευτική μεταβολή των ανατομικών χαρακτηριστικών του τραχήλου.  
(Καρπάθιος, 1999)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

### ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Πριν γίνει οποιαδήποτε αναφορά, σχετικά με την θεραπευτική προσπάθεια για καταστολή του πρόωρου τοκετού, θα ήταν χρήσιμο να διευκρινιστεί, το ότι η θεραπεία του πρόωρου τοκετού, επικεντρώνεται στην αναστολή της έναρξης του και όχι στη διακοπή του αφ' ότου εκείνος ξεκινήσει.

Έτσι λοιπόν από τη στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση του πρόωρου τοκετού, θα πρέπει να καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια προσδιορισμού του αιτίου πρόκλησής του και ταυτόχρονα, να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, η οποία θα έχει σαν στόχο την επιμήκυνση του χρόνου της κήσεως. (Κρεατσάς, 1998)

Προτού όμως από την έναρξη της οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής για αναστολή του πρόωρου τοκετού, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση της κατάστασης, τόσο της επιτόκου όσο και του εμβρύου προκειμένου να καθορισθεί: (α) εάν η συνέχιση της κήσεως θα είναι επικίνδυνη για την εγκυμονούσα και (β) εάν η συνέχιση της κήσεως θα είναι επικίνδυνη για το έμβρυο (Parsons et al., 1994.)

Από το σύνολο των πρόωρων τοκετών, μόλις το 25% μπορεί να υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή και αφορά έγκυες, που πληρούν τις προϋποθέσεις για την εφαρμογή της. (Πίνακας 1.)

#### **Πίνακας 1. Προϋποθέσεις /ενδείξεις για την εφαρμογή θεραπευτικής αγωγής.**

---

*Ακέραιοι υμένες εμβρύου*

*Διαστολή τραχηλικού στομίου <4 cm*

*Να έχει αποκλειστεί το ενδεχόμενο τελειόμηνης κύησης*

*Να μην υπάρχουν παθολογικές ή μαιευτικές αντενδείξεις*

*Να μην υπάρχει μαιευτική λοίμωξη*

*Πηγή: Καρπάθιος, 1999*

## Θεραπευτική αντιμετώπιση

Γενικά, η θεραπευτική προσπάθεια για την αναστολή του πρόωρου τοκετού, δεν πρέπει να γίνεται πριν από την 20<sup>η</sup> και μετά την 36<sup>η</sup> εβδομάδα. Όταν μάλιστα πρόκειται για ερρηγμένους υμένες, η τοκολυτική αγωγή θα πρέπει να γίνεται μετά την 27<sup>η</sup> και πριν από την 34<sup>η</sup> εβδομάδα.

Η θεραπευτική προσπάθεια για την αναστολή του απειλούμενου πρόωρου τοκετού περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο δύο σκέλη:

- 1) Τον κλινοστατισμό με ενυδάτωση της ασθενούς
- 2) Την τοκολυτική αγωγή

Τα δύο αυτά σκέλη της θεραπευτικής αντιμετώπισης του πρόωρου τοκετού αποσκοπούν: (α) στην αναστολή της απελευθέρωσης της ωκυτοκίνης, (β) στην αναστολή της σύνθεσης των προσταγλανδινών, (γ) στην αύξηση της συγκέντρωσης κυκλικής μονοφωσφορικής αδενοσίνης (cAMP) και (δ) στην αναστολή της υδρόλυσής της. (Καρπάθιος, 1999)

Με λίγα λόγια δηλαδή, η θεραπευτική αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού έχει σαν στόχο: 1<sup>ο</sup> την μείωση ή ακόμη και την εξάλειψη της συχνότητας των συσπάσεων της μήτρας και 2<sup>ο</sup> την σταθεροποίηση της κατάστασης του εμβρύου πριν το τοκετό. (McCombs J., 1995)

### *1. Κλινοστατισμός και ενυδάτωση της εγκύου*

Μια πολύ σημαντική μη φαρμακευτική τεχνική για να «ηρεμήσουμε» τη μήτρα, είναι η αύξηση της αιματικής της ροής με κλινοστατισμό της εγκύου σε αριστερά πλαγία θέση και αύξηση της ενυδάτωσης. (Parsons et al., 1994)

Με τον κλινοστατισμό επιτυγχάνεται: (α) η ελάττωση της ασκούμενης υδροστατικής πίεσης στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και (β) η ελάττωση της μυομητρικής δραστηριότητας. Η ελάττωση της δραστηριότητας αυτής του μυομητρίου, φαίνεται να είναι άμεσο αποτέλεσμα της επίδρασης της καλύτερης αιμάτωσης της μήτρας, που οδηγεί στον περιορισμό της σύνθεσης των προσταγλανδινών. (Καρπάθιος, 1999)

Αύξηση της ενυδάτωσης της εγκύου επιτυγχάνεται με ενδοφλέβια χορήγηση

Ringer's Lactade, με δόση εφόδου 500-1.000 ml σε 30-60min και εν συνεχεία με δόση συντηρήσεως 125 ml/h. Η φόρτιση αυτή της ασθενούς θα έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου του πλάσματος. Η αύξηση του όγκου του πλάσματος θα μειώσει την απελευθέρωση της ADH (αντιδιουρητικής ορμόνης) και θα περιορίσει την έκκριση της ωκυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. (Parsons et al., 1994)

Όπως γίνεται φανερό, η αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδινών και απελευθέρωσης ωκυτοκίνης αποτελούν βασικούς παράγοντες για την αναστολή του απειλούμενου πρόωρου τοκετού, λόγω της βασικής σημασίας των ορμονών αυτών για το μηχανισμό της έκλυσης του τοκετού. (Καρπάθιος, 1999)

## *2. Τοκολυτική αγωγή*

Πριν προχωρήσει ο μαιευτήρας στη χρήση ενός τοκολυτικού φαρμάκου, για να αναστείλει έναν αρχόμενο πρόωρο τοκετό, πρέπει να υπολογίσει τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες του φαρμάκου, τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο, ώστε να αποφύγει να τους υποβάλλει σε κίνδυνο μεγαλύτερο από αυτόν που δυνατόν να προκαλέσει ο πρόωρος τοκετός.

Παράλληλα, επιβάλλεται η εκτίμηση του συμπαθητικού συστήματος της εγκύου και η διάγνωση της παρουσίας ή μη σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης, νεφρικής νόσου, καρδιοπάθειας, θυρεοειδοπάθειας ή θρομβοεμβολικής νόσου.

Η επιλογή του κατάλληλου τοκολυτικού φαρμάκου επομένως, γίνεται επί τη βάση των ανωτέρω κυρίως δεδομένων, που προέρχονται από τη μητέρα αλλά και από την εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου, του πλακούντα, του αμνιακού υγρού και της μήτρας. (Κρεατσάς, 1998)

Επειδή όμως και η καθαυτή η τοκολυτική θεραπεία, εμφανίζει ορισμένες αντενδείξεις (Πίνακας 2.) τόσο από πλευράς μητέρας όσο και πλευράς εμβρύου, ο Μαιευτήρας θα πρέπει να τις λαμβάνει και αυτές υπ' όψιν πριν την έναρξη της θεραπείας με τοκολυτικά.

## Πίνακας 2. Αντενδείξεις στην τοκολυτική θεραπεία.

---

### Απόλυτες αντενδείξεις

1. Ο επικείμενος τοκετός
2. Η πρόωρη ρήξη των υμένων
3. Η βαριά προεκλαμψία και η εκλαμψία
4. Οι βαριές αιμορραγίες του 3<sup>ου</sup> τριμήνου
5. Η χοριοαμνιονίτιδα
6. Η ευαισθητοποίηση στον παράγοντα Rhesus
7. Η ύπαρξη συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου που είναι ασυμβίβαστη με τη ζωή (αφορά το 10-20% των εγκύων)
8. Η υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου
9. Ο ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου.

### Σχετικές αντενδείξεις

1. Οι διαταραχές του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού
2. Η ήπια προεκλαμψία
3. Η σταγονοειδής κολπική αιμορραγία
4. Οι σοβαρές παθήσεις της μητέρας και
5. Η διαστολή τραχήλου > 5cm.

*Πηγή: Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996*

---

### Τοκολυτικά φάρμακα

Όλα τα φάρμακα που τελευταία χρησιμοποιούνται τόσο πλατιά στην κλινική πράξη, δεν είναι απαλλαγμένα κινδύνων και πολλές φορές μπορούν να χειροτερέψουν τα προβλήματα της μητέρας και του εμβρύου που υπάρχουν στον πρόωρο τοκετό. Η εκλογή του πιο αποτελεσματικού φαρμάκου για την αναστολή του πρόωρου τοκετού, είναι συχνά δύσκολη γιατί πολλαπλές αιτίες είναι δυνατόν να συντελούν και να επηρεάζουν την έναρξη των όχι και πολύ καλά γνωστών μηχανισμών του τοκετού.

Πολλά από τα φάρμακα που δοκιμάστηκαν για την αναστολή του πρόωρου τοκετού εγκαταλείφθηκαν γρήγορα γιατί κρίθηκαν επικίνδυνα για το έμβρυο

και γιατί δεν προσέφεραν σχεδόν κανένα ανασταλτικό αποτέλεσμα. Τέτοια π.χ. ήταν τα οπιούχα, τα αναισθητικά, η προγεστερόνη, η διαζεπάμη (Valium), και η χλωροβενζοδιαζεπίνη (Librium).

Η μορφίνη και η υδροχλωρική μεπεριδίνη (Demerol), δόθηκαν επίσης αλλά με φτωχά αποτελέσματα στην καταστολή των ωδίνων, ενώ είχαν δυσμενείς επιδράσεις στο πρόωρο νεογέννητο, εάν ο τοκετός ακολουθούσε σύντομα. (Μαμόπουλος, 1988)

Σήμερα τα κυριότερα τοκολυτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι:

- Τα προγεστερινοειδή
- Η αιθανόλη
- Τα β-συμπαθομιμητικά φάρμακα (Πιτοδρίνη, τερβουταλίνη, φενοτερόλη)
- Το θεικό μαγνήσιο
- Οι αναστολείς σύνθεσης προταγλανδινών (Ινδομεθακίνη, Sulindac)
- Οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου (Νιφεδιπίνη)
- Τα κορτικοστερινοειδή
- Οι ανταγωνιστές της ωκυτοκίνης (Atosiban)

#### (α) Προγεστερινοειδή

Η εξωγενής χορήγηση προγεστερινοειδών σκευασμάτων, προκειμένου να ασκήσει τη μυοχαλαρωτική της δράση, χρειάζεται μια λανθάνουσα περίοδο 12-18 ωρών. Για το λόγο αυτό, δεν φαίνεται να έχει καμία θέση στην επείγουσα αντιμετώπιση του απειλούμενου πρόωρου τοκετού, παρά μόνο στην χρόνια. Έχει δηλαδή προληπτική εφαρμογή. Η κύρια ένδειξη για τη χορήγησή της είναι οι περιπτώσεις εκείνες αυξημένου κινδύνου για πρόωρο τοκετό, στις οποίες έχει αποδειχθεί η επιμήκυνση του χρόνου διάρκειας της κύησης για 3,5 εβδομάδες περίπου. (Καρπάθιος, 1999)

#### (β) Αιθανόλη

Ο τρόπος με τον οποίο η αιθανόλη αναστέλλει τον τοκετό στον άνθρωπο, δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί. Πιθανότατα αναστέλλει τη σύνθεση

προσταγλανδινών και την απελευθέρωση ωκυτοκίνης, ενώ παράλληλα, φαίνεται κυρίως να δρα με άμεση καταστολή του μυομητρίου. (Καρπάθιος, 1999)

Υπάρχει γενική ομοφωνία, ότι η αιθανόλη αναστέλλει με επιτυχία τον πρόωρο τοκετό για 24-72 ώρες σε έγκυες με άρρηκτο θυλάκιο και διαστολή τραχήλου <3cm, αλλά δεν μπορεί να παρατείνει την κύηση για μακρότερο χρονικό διάστημα. Όσον αφορά τις έγκυες με ερρηγμένο θυλάκιο, γενικά φαίνεται ότι και στις περιπτώσεις αυτές, προκαλεί κάποια αναστολή του τοκετού, αλλά όχι περισσότερο από 24 ώρες. (Μανταλενάκης, 1996)

Γενικά η αιθανόλη πρέπει να περιορίζεται μόνο εκείνες περιπτώσεις, όπου δεν υπάρχουν διαθέσιμα άλλα θεραπευτικά μέσα.. (Καρπάθιος,1999) Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αιθανόλης, για τη μητέρα και το έμβρυο παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

### Πίνακας 3. Ανεπιθύμητες ενέργειες αιθανόλης

---

*Από πλευράς της μητέρας*

- Διανοητική σύγχυση
- Αναπνευστική δυσχέρεια
- Ναυτία
- Εμετός
- Κλάμα
- Ευερεθιστότητα
- Υπογλυκαιμία
- Οξοναιμία
- Ελαφρά ταχυκαρδία
- Αυξημένη διούρηση

*Από πλευράς του εμβρύου-νεογέννητου*

- Κατάπτωση του Κ.Ν.Σ.
- Λήθαργος
- Άπνοια
- Ελαττωμένος τόνος
- Παθολογικά αντανακλαστικά

*Πηγή: Μανταλενάκης, 1996*

---

(γ) Β-συμπαθομιμητικά φάρμακα.

Η κατηγορία αυτή των φαρμάκων περιλαμβάνει: (1) την ισοπρουξίνη (isoxuprine), (2) τη ριτοδρίνη (ritodrine), (3) την τερμπουταλίνη (terbutaline) και (4) τη φενοτερόλη (fenoterol).

- Η ισοπρουξίνη

Η ισοξουπρίνη (Duvadillan) είναι το πρώτο φάρμακο της κατηγορίας αυτής, που χρησιμοποιήθηκε στη κλινική πράξη για τη τοκόλυση. Η ισοπρουξίνη, είναι συμπαθοκομιμητική αμίνη, παράγωγο της υδροξυεφεδρίνης και δρα στους β-υποδοχείς των αγγείων και της μήτρας, προκαλώντας αγγειοδιαστολή και χάλαση των λείων μυϊκών ινών του μυομητρίου. (Παπανικολάου, 1994)

Η έγχυση ισοπρουξίνης, δυνατό να προκαλέσει ναυτία, εφιδρώσεις, κεφαλαλγία, ταχυκαρδία και υπόταση στη μητέρα. (Μανταλενάκης, 1996)

- Η ριτοδρίνη

Η ριτοδρίνη, είναι ένας δραστικός αναστολέας των συστολών της μήτρας τόσο στις έγκυες όσο και στις μη έγκυες, τόσο σε τελειόμηνη όσο και σε μη τελειόμηνη κύηση. Σε τελειόμηνο τοκετό η έγχυση της ριτοδρίνης ελαττώνει τη συσταλτικότητα της μήτρας, χωρίς να επηρεάζει το pH, PO<sub>2</sub> και PCO<sub>2</sub> του εμβρύου ( Μανταλενάκης, 1996) Η δόση του φαρμάκου αυξάνεται μέχρι να σταματήσουν οι ωδίνες ή να εμφανιστεί ταχυκαρδία στην έγκυο μέχρι 130 σφύξεις/min.

Μεταβολικές διαταραχές που είναι δυνατό να παρατηρηθούν είναι η υποκαλιαιμία και η υπερκαλιαιμία. Γι' αυτό σε διαβητικές έγκυες πρέπει να χορηγείται με παράλληλη έγχυση ινσουλίνης. Στο νεογνό εμφανίζεται υπογλυκαιμία, χωρίς να επηρεάζεται η βαθμολογία Apgar και χωρίς να υπάρχουν μελλοντικές επιπτώσεις.

Χορηγείται ενδοφλεβίως σε δόση 100-200mg σε 1.000κ.εκ. φυσιολογικού ορού, αλλά και από το στόμα (δισκία των 10mg ) σε δόση 5-10mg, 3-5 φορές την ημέρα.

Όσο διαρκεί η χορήγηση της ριτοδρίνης πρέπει να παρακολουθείται τόσο το έμβρυο όσο και η έγκυος. Αν οι ωδίνες αραιώσουν σε διάστημα μεγαλύτερο από 10', η δόση διατηρείται η ίδια και προοδευτικά ελαττώνεται στο ελάχιστο. Σε 12-24 ώρες αντικαθίσταται με θεραπεία από το στόμα ή ενδομυϊκά, που πρέπει να αρχίζει μισή ώρα πριν τη διακοπή της ενδοφλέβιας χορήγησης. (C.P.L.I.G., 1992)

Από τα υγρά προτιμάται η δεξτρόζη για τον κίνδυνο πνευμονικού οιδήματος, που ευθύνεται για τους μητρικούς θανάτους, που έχουν παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια της αγωγής.

Έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα χορήγησης ριτοδρίνης, αναφέρουν ότι παρατείνει μεν την εγκυμοσύνη κατά λίγες ημέρες, αλλά δεν μειώνει τον αριθμό των πρόωρων νεογνών, την εμφάνιση του Σ.Α.Δ. (Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας) και την περιγεννητική θνησιμότητα. (Παπανικολάου, 1994)

- Η τερβουταλίνη

Η τερβουταλίνη αναστέλλει με επιτυχία τις συστολές της μήτρας, αυτόματες ή προκλητές (από χορήγηση οξυτοκίνης), ακόμη και στις περιπτώσεις που η διαστολή του τραχήλου έχει προχωρήσει πολύ.

Μπορεί να χορηγηθεί: (α) από το στόμα, με τη χορήγηση δισκίων των 5mg κάθε 4 ώρες, (β) υποδορίως σε δόσεις των 0,25-0,5mg για οξεία καταστολή των συσπάσεων και (γ) ενδοφλεβίως.

Η ενδοφλέβια έγχυση με τερβουταλίνη μπορεί να ξεκινήσει με 5-10 ug/min μέχρι το μέγιστο ρυθμό των 25 ug/min. Η συνέχιση αυτής της θεραπείας συνίσταται για 12 ώρες μετά την επιτυχή αναστολή των συσπάσεων.

Τέλος, η τερβουταλίνη μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα ή ενδομυϊκά σε γυναίκες με άσθμα, αλλά δε συνίσταται για αναστολή πρόωρου τοκετού στις περιπτώσεις αυτές. Επίσης η ενδοφλέβια χορήγηση τερβουταλίνης δεν εγκρίνεται στις ασθματικές ασθενείς. (Μανταλενάκης, 1996)



- Η φενοτερόλη

Η φενοτερόλη έχει ισχυρή ωδινολυτική δράση. Προκαλεί περιφερική αγγειοδιαστολή, αυξάνει τον κατά λεπτό όγκο αίματος της εγκύου και τη μητροπλακουντιακή αιμάτωση κατά 40%, βελτιώνοντας έτσι την οξυγόνωση του εμβρύου.

Μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα (δισκία των 5mg), σε δόση 4-6 δισκία την ημέρα, είτε ενδοφλεβίως. (Παπανικολάου, 1994)

Τα β-μιμητικά φάρμακα χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγησή τους, λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών που εμφανίζουν.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των β-μιμητικών φαρμάκων τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο, παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

#### **Πίνακας 4. Ανεπιθύμητες ενέργειες β-μιμητικών φαρμάκων**

---

##### *Από πλευράς μητέρας*

- Ταχυκαρδία (120-130 σφύξεις/min.)
- Υπόταση
- Καρδιακές αρρυθμίες
- Στηθάγχη
- Πνευμονικό οίδημα
- Υπεργλυκαιμία (σπάνια σε μη διαβητικές εγκύους)
- Άγχος
- Δύσπνοια
- Τρόμος
- Ναυτία
- Κεφαλαλγία
- Πνευμονικό οίδημα

##### *Από πλευράς εμβρύου*

- Παροδική ταχυκαρδία
- Υπογλυκαιμία
- Υπερσουλιναιμία

*Πηγή: Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996*

---

#### **(δ) Θεϊκό μαγνήσιο**

Έχει παρατηρηθεί ότι το θεϊκό μαγνήσιο ελαττώνει τη συσταλτικότητα του μυομητρίου, λόγω της δράσης του στην αύξηση της αιματικής ροής της μήτρας,

της σταθεροποίησης των λυσοσωμάτων και της ελάττωσης της συγκέντρωσης των ενδοκυττάρων  $Ca^{++}$ . (Καρπάθιος, 1999) Τα φυσιολογικά επίπεδα του μαγνησίου στον ορό των εγκύων γυναικών, κατά το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο, είναι 1,5Meq/L(χιλιοστοισοδύναμο/λίτρο). Ο πρόωρος τοκετός αναστέλλεται, όταν τα επίπεδα του μαγνησίου κυμαίνονται μεταξύ 5.5 και 7.5 χιλ. ανά 100 κ.εκ. Συγκεντρώσεις πάνω από τα 12 mEq/L είναι επικίνδυνες, λόγω της καταστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος, του αναπνευστικού συστήματος και της καρδιακής λειτουργίας.

Το θεικό μαγνήσιο καταργεί τις αυτόματες καθώς και τις προκαλούμενες από την ωκυτοκίνη συστολές της μήτρας, αλλά δεν είναι αποτελεσματικό όταν η τραχηλική διαστολή είναι >2cm.(Καλογερόπουλος, 1992)

Η χορήγησή του προϋποθέτει την ύπαρξη καλής νεφρικής λειτουργίας και την αποφυγή σύγχρονης χορήγησης βαρβιτουρικών ή άλλων ναρκωτικών φαρμάκων. Οι ασθενείς κατά τη διάρκεια θεραπείας, πρέπει να έχουν στενή παρακολούθηση, με επικέντρωση της προσοχής στον έλεγχο των περιφερικών τενόντιων αντανακλαστικών και της αναπνοής. Επίσης, επειδή η απέκκριση του φαρμάκου γίνεται μόνο από το ουροποιητικό, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στους νεφροπαθείς. (Καρπάθιος 1999)

Το θεικό μαγνήσιο όπως και άλλα τοκολυτικά φάρμακα εμφανίζει παρενέργειες τόσο στην μητέρα όσο και στο έμβρυο. Οι παρενέργειες αυτές αναφέρονται στο πίνακα 5.

#### **Πίνακας 5. Ανεπιθύμητες ενέργειες θεικού μαγνησίου**

<i>Από πλευράς μητέρας</i>	<i>Από πλευράς εμβρύου</i>
- Ελάττωση επιγονατιδικών αντανακλαστικών	- Ελαττώση μυϊκού τόνου και καταστολή
- Αναπνευστική καταστολή	- Ελάττωση δικόμανσης εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού
- Ασυστολία	- Αφαλάτωση
- Ερυθρότητα προσώπου	- Αφαιμάτωση των μακρών οστών
- Κεφαλαλγία	

- Νυσταγμός
- Ναυτία
- Ζάλη
- Αήθαργος
- Θολερότητα δράσης και διπλωπία
- Ισχυαμία
- Υπέρταση
- Πνευμονικό οίδημα

Πηγή: Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996

---

#### (ε) Αναστολείς της συνθετάσης των προσταγλανδινών

Όπως είναι γνωστό, οι προσταγλανδίνες αυξάνουν την συσταλτικότητα της μήτρας επιτείνοντας την παραγωγή των μεσοκυττάρων συνάψεων του μυομητρίου και διεγείροντας την απελευθέρωση ασβεστίου από το σαρκοπλασματικό δίκτυο.

Οι αναστολείς της συνθετάσης των προσταγλανδινών (Prostaglandin synthetase Inhibitors-PSI) εμποδίζουν τη συσταλτικότητα του μυομητρίου «μπλοκάροντας» το σχηματισμό των μεσοκυττάρων συνάψεων και εμποδίζοντας τις αυξήσεις του ενδοκυττάρου ασβεστίου που προκαλούνται από τις προσταγλανδίνες. (Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996)

Κύριοι εκπρόσωποι της ομάδας αυτής των τοκολυτικών ουσιών είναι η *ινδομεθακίνη* και η *σουλινδάκη* (soulindac).

- **Ινδομεθακίνη**

Η ινδομεθακίνη θεωρείται πιο ισχυρός τοκολυτικός παράγοντας από τα β-συμπαθομιμητικά φάρμακα, με 20% ισχυρότερη δράση, η οποία ασκείται: α) σε επίπεδο καταστολής των μητρικών συστολών και β) σε επίπεδο αναστολής της εξέλιξης της διαστολής του τραχήλου. (Καρπάθιος, 1999)

Η ινδομεθακίνη απορροφάται γρήγορα μετά από χορήγηση από το στόμα η το ορθό, περνάει ελεύθερα από τον πλακούντα και έτσι οι συγκεντρώσεις στο

έμβρυο και τη μητέρα είναι ανάλογες. Σε 1-2 ώρες επιτυγχάνονται οι μέγιστες τιμές συγκέντρωσης στο πλάσμα.(Eronen M. Et al., 1991)

Το δοσολογικό σχήμα χορήγησης της ινδομεθακίνης έχει ως εξής: 100mg σε υπόθετο εφάπαξ και ακολούθως 25mg από το στόμα, κάθε έξι ώρες, για χρονικό διάστημα μικρότερο των 48 ωρών.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι αντενδείξεις για χορήγηση της ινδομεθακίνης παρουσιάζονται στους πίνακες 6 και 7 αντίστοιχα.

#### **Πίνακας 6. Ανεπιθύμητες ενέργειες της ινδομεθακίνης.**

---

<u>Από πλευράς μητέρας</u>	<u>Από πλευράς εμβρύου</u>
Ναυτία	Πρόωρη σύγκλιση του αρτηριακού πόρου
Έμετος	Ολιγάμνιο
Φαρμακευτικό εξάνθημα	Ενδοκοιλιακές αιμορραγίες εγκεφάλου
	Υπερχολερυθριναιμία
	Νεκρωτική εντεροκολίτιδα
	Μεμονωμένη διάτρηση του εντέρου
	Εμβρυϊκή δυσλειτουργία των αιμοπεταλίων
	Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση

Πηγή:Καρπάθιος, 1999

---

Το ολιγάμνιο, καθώς και η πνευμονική υπέρταση στο νεογνό είναι αποτέλεσμα της πρόωρης σύγκλισης του αρτηριακού πόρου. Αυτή η σύσπαση του αρτηριακού πόρου συνήθως λύεται μέσα σε 48 ώρες μετά τη διακοπή του φαρμάκου (Moise KJ et al., 1988) Για την παρακολούθηση και αποφυγή πρόωρης σύγκλισης του αρτηριακού πόρου συστήνεται ο συνεχής υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος.(Καρπάθιος, 1999)

**Πίνακας 7. Αντενδείξεις χορήγησης ινδομεθακίνης.**Από πλευράς μητέρας

- Άσθμα
- Στεφανιαία νόσος
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Ηπατική ανεπάρκεια
- Γαστρορραγία

Από πλευράς εμβρύου

- Ολιγάμνιο
- Κύηση >31 εβδομάδων

Πηγή: Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996

- Σουλινδάκη (Sulindac)

Η σουλινδάκη είναι ένας αναστολέας της σύνθεσης των προσταγλανδινών που σχετίζεται στενά με την ινδομεθακίνη ως προς τη δομή και το μηχανισμό δράσης.

Η σουλινδάκη έχει διάφορα χαρακτηριστικά που την καθιστούν σαν ένα πολύ καλό τοκολυτικό: (α) Είναι προ-φάρμακο το οποίο μετατρέπεται στον ενεργό μεταβολίτη του στο ήπαρ, (β) Έχει μεγάλη περίοδο ημίσειας ζωής, (γ) Αποβάλλεται με τα ούρα, κυρίως στην ενεργό μορφή του και αναφέρεται ότι δεν επηρεάζει ιδιαίτερα τους νεφρούς, (δ) Φαίνεται, από πειράματα σε ζώα, ότι διαπερνά σε πολύ μικρό βαθμό τον πλακούντα.

Σε μια μελέτη μάλιστα, φάνηκε ότι η σουλινδάκη έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα με την ινδομεθακίνη χωρίς μάλιστα να ελαττώνει τον όγκο του αμνιακού υγρού ή να προκαλεί στένωση του εμβρυϊκού πόρου. (Carlan et al.,1992)

Ωστόσο όμως απαιτούνται και άλλες μελέτες για να επιβεβαιώσουν την αποτελεσματικότητα που φαίνεται να έχει η σουλινδάκη.

(στ) Αναστολείς διαύλων ασβεστίου

Η νιφεδιπίνη και οι άλλοι ανστολείς διαύλων ασβεστίου (νικαρδιπίνη), εμποδίζουν τις συσπάσεις της μήτρας μέσω αποκλεισμού των διαύλων

ασβεστίου που εξαρτώνται από το δυναμικό, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα την αναστολή μετακίνησης ασβεστίου από τον έξω στον ενδοκυττάριο χώρο. (Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996)

Η δόση που συνήθως συνίσταται είναι 10mg υπογλώσσια, η οποία μπορεί να επαναληφθεί μία ή δύο φορές επιπλέον, με μεσοδιαστήματα 20 λεπτών εάν συνεχίζονται οι συσπάσεις. Αυτές οι υπογλώσσες δόσεις ακολουθούνται από χορηγήσεις 10-20mg από το στόμα, κάθε 4-6 ώρες (Ferguson JD, 1990)

Οι αναστολείς των διαύλων ασβεστίου καθ' ότι μπορούν να προκαλέσουν παρενέργειες και στη μητέρα και στο έμβρυο (Πίνακας 8), χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χορήγησή τους.

#### **Πίνακας 8. Παρενέργειες των αναστολέων των διαύλων ασβεστίου.**

##### Από πλευράς μητέρας

- Αγγειοδιαστολή
- Ελαττωμένη αντίσταση στα περιφερικά αγγεία
- Ταχυκαρδία
- Ναυτία
- Κεφαλαλγία
- Υπέρταση
- Ηπατοτοξικότητα

##### Από πλευράς εμβρύου

- Ελάττωση του αρτηριακού  $PO_2$  και  $PH$  (μόνο από μελέτες σε ζώα)

Πηγή: Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996.

Σύμφωνα με τους Read και Webly, (1986), η νιφεδιπίνη φαίνεται να υπερέχει σε σχέση με τη ριτοδρίνη, όσον αφορά την αναστολή των συσπάσεων και κατά συνέπεια την επιτυχή καθυστέρηση του τοκετού.

Παράλληλα, οι Ferguson και συνεργ., θέλοντας να επιβεβαιώσουν την αποτελεσματικότητα της νιφεδιπίνης, ανέφεραν ότι η νιφεδιπίνη είναι εξίσου αποτελεσματική με τη ριτοδρίνη όσον αφορά την παράταση της εγκυμοσύνης για > από 48ώρες ενώ παρουσιάζει και λιγότερες παρενέργειες. (Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996)

### (ζ) Κορτικοστεροειδή

Η χορήγηση των κορτικοστεροειδών φαρμάκων θεωρείται απαραίτητη, για την πρόκληση ωρίμανσης των πνευμόνων του εμβρύου. Τα κορτικοστεροειδή ελαττώνουν την εμφάνιση του συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας κατά 40-60%.

Οι αρχικοί φόβοι που υπήρχαν, ότι αυξάνουν τις σηπτικές επιπλοκές στο νεογνό ή στη μητέρα δεν επαληθεύθηκαν. Ωστόσο όμως, είναι δυνατό να ελαττώσουν την αξιοπιστία των τιμών της οιστριόλης στον ορό του αίματος της μητέρας, που αποτελεί πολύτιμο δείκτη της κατάστασης του εμβρύου, γιατί ελαττώνουν ψευδώς τα επίπεδα της ορμόνης αυτής. Μπορούν επίσης, να επηρεάσουν και τα επίπεδα του σακχάρου του αίματος της μητέρας.

Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται σε όλες τις ηλικίες της εγκυμοσύνης μέχρι την 32<sup>η</sup>-34<sup>η</sup> εβδομάδα. Συνήθως χορηγείται η B-Methazone (Celestone), σε δόση 12mg ενδομυϊκά, που επαναλαμβάνεται μετά από 24 ώρες και ύστερα σε 7 ημέρες. (Μαμόπουλος, 1988)

### (η) Ανταγωνιστές της οξυτοκίνης

Μια νέα ομάδα φαρμάκων η οποία μελετάται σε ανθρώπους, αποτελούν οι ανταγωνιστές της οξυτοκίνης, με το Atosiban να αποτελεί τον κυριότερο εκπρόσωπο. (Besinger R., 1991)

Από τρέχουσες μελέτες συμπεραίνεται ότι αναστέλλει αποτελεσματικά τις μητρικές συσπάσεις με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες, χωρίς να είναι τεκμηριωμένη η δράση του στη διαστολή του έσω τραχηλικού στομίου (Καρπάθιος, 1999)

Αποτελεί έναν ειδικό τοκολυτικό παράγοντα για την καταστολή της μητρικής δραστηριότητας (uterospesific tocolytic agent) και έχει παρατηρηθεί ότι καταστέλλει το τοκετό σε ποσοστό 69% των περιπτώσεων. (Melin P., 1993)

Η αποτελεσματικότητά της φαίνεται να υπερέχει κατά 30% έναντι των λοιπών τοκολυτικών παραγόντων. Ωστόσο όμως αντενδεικνύεται η χορήγησή του σε

περίπτωση αιμορραγίας. (Καρπάθιος,1999)

### Θεραπευτικές δόσεις τοκολυτικών φαρμάκων

Φάρμακο	Οδός	Δόση
Ριτοδρίνη	I.V.	50-350 ug/min
	I.M./SQ	5-10 mg κάθε 4 ώρες
	P.O.	10-20 mg κάθε 2-4 ώρες
Τερβουταλίνη	I.V	10-18 ug/min
	I.M./SQ	0,25-0,5 mg κάθε 3-4-ώρες
	P.O.	10-20 mg κάθε 4-7 ώρες
Θειϊκό Μαγνήσιο	I.V.	Δόση εφόδου: 4-6 gr. Δόση συντήρησης: 2-4 gr/h
Νιφεδιπίνη	S.L.	10 mg κάθε 20 λεπτά
		10-20 mg κάθε 4-6 ώρες
Ινδομεθακίνη	P.O./P.R.	Δόση εφόδου:50-100 mg μπορεί να επαναληφθεί σε 1 ώρα Δόση συντήρησης: 25 mg κάθε 4 –6 ώρες
Βήταμεθαζόνη	I.M	Δόση εφόδου:6 / 12mg μπορεί να επαναληφθεί σε12-24ώρες

Πηγή: Μαστρογιάννης και Φαρμακίδης, 1996.

I.V. = ενδοφλέβια, I.M. = Ενδομυϊκά, S.Q.= Υποδόρια, P.O.= Από το στόμα, S.L.= Υπογλώσσια, P.R.= Από το ορθό.



## ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΚΟΛΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- § Η άρρωστη είναι απαραίτητο να παραμείνει στο κρεβάτι, σε αριστερή πλάγια ανάρροπη θέση
- § Οι κολπικές εξετάσεις πρέπει να περιορίζονται κατά το δυνατόν και να γίνονται μόνο όταν υπάρχει σοβαρή ένδειξη
- § Η σύγχρονη χορήγηση αναλγητικών πρέπει να αποφεύγεται ή να περιορίζεται
- § Η δραστηριότητα του μυομετρίου πρέπει να ελέγχεται καρδιοτοκογραφικά, για όσο διαρκεί η ενδοφλέβια έγχυση των τοκολυτικών φαρμάκων και μέχρι 8 ώρες από τη διακοπή τους
- § Έξι ώρες από την παύση των συστολών, η άρρωστη μεταφέρεται από το θάλαμο εντατικής παρακολούθησης στο δωμάτιό της
- § Στις επόμενες ημέρες είναι απαραίτητος ο καθημερινός καρδιοτοκογραφικός έλεγχος
- § Στη διάρκεια της ενδοφλέβιας έγχυσης, παρακολουθούνται η αρτηριακή πίεση, η αναπνευστική λειτουργία, η θερμοκρασία και τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Παράλληλα, ελέγχονται η τυχόν ύπαρξη φλεγμονής, το επίπεδο του σακχάρου του αίματος και οι ηλεκτρολύτες, κάθε 4-6 ώρες
- § Η ενδοφλέβια έγχυση είναι απαραίτητο να γίνεται με ειδική αυτόματη αντλία, που εξασφαλίζει σταθερό ρυθμό χορήγησης του φαρμάκου.

Πηγή: Καρπάθιος, 1999

### **Αντιμετώπιση εγκύων με ερρηγμένους υμένες στον πρόωρο τοκετό**

Η αντιμετώπιση των εγκύων με ερρηγμένους τους υμένες σε πρόωρο τοκετό δεν είναι ομόφωνη και ποικίλλει από την παρατεταμένη αναστολή μέχρι την άμεση πρόκληση τοκετού. Όταν επιχειρείται αναστολή τοκετού με ερρηγμένους υμένες, στους κινδύνους που υπάρχουν προστίθεται και το ενδεχόμενο της αμνιονίτιδας. Επίσης έχει παρατηρηθεί και ελάττωση της αποτελεσματικότητας των τοκολυτικών φαρμάκων. Γενικά η προσπάθεια αναστολής του τοκετού με ερρηγμένους τους υμένες δεν είναι και τόσο αποτελεσματική.

Παρόλα αυτά σε ένα μεγάλο ποσοστό ο τοκετός μπορεί να ανασταλεί για 24-48ώρες. Ο αντικειμενικός σκοπός στην προκειμένη περίπτωση τις περισσότερες φορές είναι να προλάβουμε να χορηγήσουμε κορτικοστεροειδή στη μητέρα. (Neal A. & Bockman V., 1992)

Ο κίνδυνος νεογνικού θανάτου από σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ελαττώνεται σημαντικά, εφόσον χορηγηθούν κορτικοστεροειδή στη μητέρα τουλάχιστον 18 ώρες πριν από τον τοκετό, ενώ και αυτή καθαυτή η ρήξη των υμένων φαίνεται, ότι δρα επιταχυντικά στην εμβρυϊκή πνευμονική ωρίμανση. Επίσης, η χορήγηση δεξαμεθαζόνης σε έγκυες με πρόωρη ρήξη των υμένων φαίνεται ότι βοηθάει σημαντικά στη πρόληψη του συνδρόμου της αναπνευστικής δυσχέρειας. (Μανταλενάκης, 1996)

Η μείωση της εμφάνισης του Σ.Α.Δ. που επιτυγχάνεται με τη χορήγηση των κορτικοστεροειδών, είναι μεγαλύτερη όταν τα κορτικοστεροειδή δοθούν στη σωστή δοσολογία, στο σωστό χρόνο και σε καλά επιλεγμένες ασθενείς. Για παράδειγμα, η χορήγηση κορτικοστεροειδών στην κύηση, για την επιτάχυνση της πνευμονικής ωριμότητας, αντενδείκνυται στην ενεργό φυματίωση και στο πεπτικό έλκος.

Επίσης θα πρέπει να μελετάται το αμνιακό υγρό για την πνευμονική ωρίμανση του εμβρύου, πριν η γυναίκα υποβληθεί στη θεραπεία. Η θεραπεία θα αποδώσει, εφόσον ο τοκετός γίνει 24 ή καλύτερα 48 έως 96ώρες μετά την έναρξη της θεραπείας. (Μαμόπουλος, 1988)

Παρακάτω ακολουθεί ένα σχεδιάγραμμα το οποίο αναφέρει συνοπτικά τον τρόπο αντιμετώπισης εγκύων με αλλά και χωρίς ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.

**Αγωγή στον πρόωρο τοκετό χωρίς ρήξη των εμβρυϊκών υμένων:**

1. **Συνέχιση του τοκετού** μετά τις 32 εβδομάδες (εμβρυουλκία χαμηλή)
2. **Αναστολή του τοκετού** πριν τις 32 εβδομάδες (κατάκλιση, ενυδάτωση, αιτιολογική θεραπεία, τοκολυτική αγωγή)

**Αγωγή στην πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων**

1. **Εισαγωγή στην κλινική**, για ανάπαυση
2. **Επιβεβαίωση ρήξης υμένων**
3. **Ελεγχόμενη αναμονή** (και αντιβιοτικά;), εάν δεν υπάρχουν ενδείξεις φλεγμονής (εξέταση κολπικού εκκρίματος και ούρων)
4. **Επίσπευση τοκετού**, εάν υπάρχουν ενδείξεις λοίμωξης (καλλιέργεια αίματος και αντιβιοτικά)
5. **Τοκολυτική αγωγή** – αμφισβητήσιμη αποτελεσματικότητα

Πηγή: Καλογερόπουλος, 1992

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'**

### **ΤΡΟΠΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ**

Όταν ο πρόωρος τοκετός χαρακτηριστεί σαν αναπόφευκτος, τότε ο τρόπος του πρόωρου τοκετού και η νεογνική έκβαση θα πρέπει να συζητηθούν με σχολαστικότητα με τους γονείς.

Γενικά είναι αποδεκτό ότι πριν την 26<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, ο τοκετός θα πρέπει να πραγματοποιείται από την κοιλική οδό και πάντα με την κάλυψη του νεογνικού τμήματος.

Μετά την 26<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης η τακτική σε σχέση με τον τρόπο του πρόωρου τοκετού δεν πρέπει να είναι διαφορετική από ότι στις τελειόμηνες κυήσεις, εκτός και αν υπάρχει ισχιακή προβολή οπότε συζητείται η καισαρική τομή.

Στην περίπτωση του προγραμματισμένου πρόωρου τοκετού όπου αυτός σχεδιάζεται και επιβάλλεται από διάφορους ιατρικούς λόγους, τότε η καισαρική τομή αποτελεί τη μέθοδο εκλογής εφόσον φυσικά υπάρχει ισχιακή προβολή.

Όταν όμως υπάρχει αυτόματος πρόωρος τοκετός με ισχιακή προβολή, τότε ο τρόπος τοκετού δεν είναι προκαθορισμένος και θα εξαρτηθεί κυρίως από την ομαλή ή μη προβολή του εμβρύου.

Στις περιπτώσεις δε εκείνες όπου καταβάλλεται προσπάθεια για κοιλικό τοκετό, ο συνεχής καρδιοτοκογραφικός έλεγχος του εμβρύου και η επισκληρίδιος αναισθησία αποτελούν δύο σημαντικά στοιχεία του όλου πλάνου αντιμετώπισης. Η χρησιμοποίηση εμβρυολικών για τη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος, θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχουν οι απαραίτητες, όπως σε κάθε περίπτωση, μαιευτικές ενδείξεις.

Για τη βελτίωση πάντως της περιγεννητικής νοσηρότητας-θνησιμότητας, καλό θα ήταν ο πρόωρος τοκετός να πραγματοποιείται σε νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο θα παρέχεται τριτοβάθμια Μαιευτική και Νεογνολογική ιατρική φροντίδα.(Creasy R., 1994)

Γενικά πάντως, η τακτική όσον αφορά την επιλογή του τρόπου του πρόωρου τοκετού διαφέρει από χώρα σε χώρα και μεταξύ των διαφόρων μαιευτικών κέντρων, ή εξατομικεύεται.

Σύμφωνα πάντως με τα αποτελέσματα συγκριτικών μελετών όσον αφορά τη θνησιμότητα και νοσηρότητα σε σχέση με τις διάφορες επιλογές του τρόπου του τοκετού, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

*1. Επί κεφαλικής προβολής*

(α) Επί πρόωρων νεογνών βάρους κάτω των 1.000gr. τα ποσοστά επιβίωσης μετά από Κ.Τ. (καισαρική τομή), φθάνουν μέχρι 80%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά μετά από κοιλικό τοκετό είναι 35% περίπου

(β) Επί νεογνών βάρους μεταξύ 1.000-1.500gr, τα ποσοστά επιβίωσης είναι παρόμοια για την Κ.Τ. και τον κοιλικό τοκετό. Οι νευρολογικές όμως επιπλοκές και η ψυχοκινητική καθυστέρηση είναι υψηλότερες μετά από κοιλικό τοκετό, ενώ αντιθέτως το Σ.Α.Δ. είναι υψηλότερο μετά από Κ.Τ., πιθανώς λόγω μειωμένης έκκρισης κατεχολαμινών.

(γ) Επί νεογνών άνω των 1.500gr προτιμάται η κοιλική οδός τοκετού.

*2. Επί ισχιακής προβολής.*

(α) Η πρόγνωση των νεογνών βάρους κάτω των 1.500gr. είναι καλύτερη, όταν εκτελείται Κ.Τ.

(β) Επί νεογνών βάρους άνω των 1.500gr, ο τρόπος τοκετού δεν φαίνεται να επηρεάζει την πρόγνωση και η απόφαση εξαρτάται από τη συγκεκριμένη περίπτωση.

(γ) Επί ισχιακής προβολής επί άκρους πόδας, η Κ.Τ. συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας.

Τέλος όσον αφορά την επιλογή του είδους της καισαρικής τομής επί πρόωρων τοκετών προκύπτουν τα εξής: Επειδή στις αρχές του γ' τριμήνου της εγκυμοσύνης το κατώτερο τμήμα της εγκυμοσύνης δεν έχει ακόμη διαταθεί, η εκτέλεση χαμηλής εγκάρσιας τομής εγκυμονεί αρκετές φορές σοβαρούς

κινδύνους για το έμβρυο (σοβαρός τραυματισμός) αλλά και για τη μητέρα (αιμορραγία). Για το λόγο αυτό συνίσταται η ενδοφλέβια χορήγηση τερμπουταλίνης, προ της διενέργειας της τομής επί της μήτρας ή η εκτέλεση χαμηλής κάθετης τομής. (Αραβαντινός, 1989)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄**

### **ΠΡΟΛΗΨΗ**

Ο πρόωρος τοκετός όπως έχει προαναφερθεί, αποτελεί τη κυριότερη αιτία της νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας στον κόσμο. Ωστόσο όμως, οι προσπάθειες που γίνονται για την πρόληψή του, προσκρούουν στην πτωχή γνώση της παθοφυσιολογίας του, στα ανεπαρκή διαγνωστικά μέσα και γενικά στις μη αποτελεσματικές θεραπείες. (Αραβαντινός, 1994)

Προφανώς όμως, εάν τα αίτια του πρόωρου τοκετού δεν είναι ξεκάθαρα και εάν οι γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για εκδήλωση πρόωρου τοκετού είναι δύσκολο να αναγνωριστούν, τότε και η οργάνωση ενός προγράμματος πρόληψης του πρόωρου τοκετού είναι συχνά μια αρκετά δύσκολη υπόθεση.

Μια από τις δοκιμασίες ελέγχου που εφαρμόζονται ευρύτατα για την πρόληψη του πρόωρου τοκετού είναι ο περιοδικός έλεγχος του τραχήλου με την κολπική εξέταση και το κολπικό υπερηχογράφημα. Αναφέρεται ότι όταν το μήκος του τραχήλου σε μια κύηση 30 εβδομάδων, είναι μικρότερο των 39mm, τότε απειλείται η πρόκληση ενός πρόωρου τοκετού. Ως όριο θεωρούνται τα 30mm για τη βέβαια εκδήλωση ενός πρόωρου τοκετού.

Άλλες δοκιμασίες ελέγχου αποτελούν: η ενημέρωση των εγκύων σχετικά με το πώς να αναγνωρίζουν τις μητρικές συσπάσεις, οι εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις κ.α. (Πίνακας 1.)( Lockwood, C. J. (1995).

Τα τελευταία χρόνια μάλιστα, έχει αναπτυχθεί μια σύγχρονη και πολλά υποσχόμενη δοκιμασία, για την πρόληψη του πρόωρου τοκετού. Η δοκιμασία αυτή είναι εκείνη της εμβρυϊκής φιμπρονεκτίνης. Η εμβρυϊκή φιμπρονεκτίνη είναι μια ειδική πρωτεΐνη η οποία ανευρίσκεται στις κολπικές εκκρίσεις, αρχικά κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της εγκυμοσύνης και έπειτα 1-2 εβδομάδες πριν την έναρξη του τοκετού.

Η συγκεκριμένη δοκιμασία μπορεί να προβλέψει ποιες από τις έγκυες με –

διάγνωση πρόωρου τοκετού- θα γεννήσουν πρόωρα., καθώς επίσης και ποιες από τις έγκυες οι οποίες δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα πρόωρου τοκετού μπορεί να γεννήσουν πρόωρα. (Garite, T. J. and Lockwood, C. J. (1996).

**Πίνακας 1. Δοκιμασίες ελέγχου για την πρόληψη του πρόωρου τοκετού.**

*Γυναικολογική εξέταση*

*Κοινές εργαστηριακές εξετάσεις*

*Καλλιέργεια κολπικού υγρού*

*Καλλιέργεια ούρων*

*Έλεγχος για τοξόπλασμα, λιστέρια, μυκόπλασμα και ιστολογική εξέταση του ενδομητρίου*

*Υστεροσαλπιγγογραφία*

*Σακχαραιμική καμπύλη*

*Γενικός ενδοκρινολογικός έλεγχος*

*Διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών*

*Διερεύνηση της καθημερινής δραστηριότητας*

*Πηγή: (Καρπάθιος, 1999)*

Πέρα από τα παραπάνω, άλλοι «παραδοσιακοί» τρόποι πρόληψης που τίθενται στη διάθεση του μαιευτήρα είναι οι εξής:

α) Η κατάκλιση, η οποία είναι μια συχνά συνιστώμενη μέθοδος για την πρόληψη του πρόωρου τοκετού. Στη θεωρία αυξάνει την αιμάτωση της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας και μ' αυτό τον τρόπο ασκεί επίδραση επί της συσπαστικότητας του μυομητρίου. Στην πράξη δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η κατάκλιση στο πλάγιο ελαττώνει τη συσπαστικότητα της μήτρας.

β) Τα Β-αδρενεργικά φάρμακα. Οι εμπειρίες των διαφόρων ερευνητών από τη χρησιμοποίηση των β-μιμητικών στην πρόληψη του πρόωρου τοκετού είναι αντιφατικές. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά από την κατάκλιση, ενώ αρκετοί συγγραφείς δεν σημειώνουν ευεργετική επίδραση. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι η ριτοδρίνη σε δοσολογία 10-20mg/2-4ώρες και η τερμπουταλίνη σε δοσολογία



2,5-5,0mg/3-6ώρες.

Γ) Προγεστερόνη. Η προγεστερόνη χρησιμοποιείται ευρέως στη πρόληψη του πρόωρου τοκετού. Δεν υπάρχει απόδειξη, αλλά η χορήγηση του φαρμάκου μετά τη 16<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης φαίνεται ότι στερείται παρενεργειών επί του εμβρύου. Η συνιστώμενη δοσολογία είναι 250mg καπροϊκής υδροξυπρογεστερόνης / εβδομάδα. (Αραβαντινός, 1989)

Επίσης, φαίνεται ότι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως είναι το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, το άγχος, η διατροφή, ο τρόπος ζωής της εγκύου, παίζουν σημαντικότατο ρόλο στην αυτόματη έναρξη του πρόωρου τοκετού. Δεν είναι δε λίγοι εκείνοι οι επιστήμονες οι οποίοι πιστεύουν ότι η μείωση του ποσοστού του πρόωρου τοκετού δεν θα πραγματοποιηθεί μέσα από καθαρά ιατρικά προγράμματα, αλλά θα γίνει εφικτή μέσα από μέτρα τα οποία θα βελτιώσουν το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της γυναίκας.

Γι' αυτό λοιπόν τονίζεται, από τους περισσότερους ερευνητές, ότι η έγκαιρη θεραπεία σε συνδυασμό με την τροποποίηση-βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (Πίνακας 2.) θα οδηγήσει και στη μείωση του ποσοστού του πρόωρου τοκετού. (Μαμόπουλος και Φαρμακίδης, 1996)

## **Πίνακας 2. Προληπτικά μέτρα, για τον περιορισμό της προωρότητας.**

*Καλή υγιεινοδιαιτητική αγωγή*

*Καθημερινή ανάπαυση*

*Περιορισμός της καθημερινής δραστηριότητας*

*Έγκαιρη αντιμετώπιση των παθολογικών επιπλοκών*

*Έγκαιρη διάγνωση της δίδυμης και πολύδυμης κύησης*

*Αποφυγή του καπνίσματος*

*Συστηματική διερεύνηση για μικροβιουρία*

*Συστηματική διερεύνηση για φλεγμονές των γεννητικών οργάνων*

*Περίδεση του τραχήλου, όπου ενδείκνυται*

*Άμεση αντιμετώπιση των αιμορραγιών της κύησης*

*Χορήγηση μυομητριοχαλαρωτικών φαρμάκων*

*Πηγή: (Καρπάθιος, 1999)*

---

**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄**

### **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

Η νοσηλευτική παρέμβαση που έχει σαν στόχο την πρόληψη του πρόωρου τοκετού περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο δύο σκέλη: α) την νοσηλευτική εκτίμηση της εγκύου, και β) την ενημέρωση και εκπαίδευση της εγκύου για τα σημεία και τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού.

#### **α. Νοσηλευτική εκτίμηση εγκύου και εμβρύου**

Η αρχική νοσηλευτική εκτίμηση της εγκύου, η οποία παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση τοκετού πριν τις 37 εβδομάδες της κύησης, εκτός από την εκτίμηση της παρούσας κατάστασής της περιλαμβάνει και πληροφορίες σχετικά με το προηγούμενο ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό της.

Οι πληροφορίες για το προηγούμενο ιστορικό υγείας της εγκύου είναι σημαντικές διότι έχει βρεθεί ότι η παρουσία ορισμένων παραγόντων στο ιστορικό της γυναίκας μπορεί να είναι καθοριστική για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης της.

Παράγοντες κινδύνου των οποίων η παρουσία στο ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό της εγκύου μπορεί να είναι καθοριστική, είναι η χρόνια υπέρταση της εγκύου, ο σακχαρώδης διαβήτης, η προηγούμενη προσβολή από αφροδίσιο νόσημα, η καρδιακή πάθηση, η αναιμία, η ουρολοίμωξη, η ύπαρξη ανωμαλιών της μήτρας, ινωμάτων, η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου, οι προηγούμενες εκτρώσεις, οι προηγούμενοι πρόωροι τοκετοί, η διατροφή, το κάπνισμα, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, το αλκοόλ κ.α. (βλ. Μέρος Πρώτο, παράγοντες κινδύνου)

Ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει την έγκυο για τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου και να φροντίσει ώστε κάθε έγκυος γυναίκα να γνωρίζει τον αντίκτυπο του πρόωρου τοκετού στην υγεία του νεογνού. Το γεγονός αυτό θα βοηθήσει τις έγκυες να αντιληφθούν καλύτερα την σημασία των

παραγόντων κινδύνου. (Moore & Freda, 1998)

β. Ενημέρωση και εκπαίδευση των εγκύων για τα σημεία και τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού.

Οι νοσηλεύτριες μπορούν να μειώσουν τον αριθμό των πρόωρων τοκετών μέσω της ενημέρωσης,. Το 40% των κυήσεων θα μπορούσε να ωφεληθεί από την εκπαίδευση και ενημέρωση των εγκύων για τα σημεία και τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού καθώς και για τους παράγοντες κινδύνου του πρόωρου τοκετού.

Οι έγκυες θα πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού –περιοδικός κοιλιακός πόνος με αντανάκλαση στη μέση, συσπάσεις της μήτρας, αυξημένη κοιλιακή έκκριση, γραμμοειδής κοιλιακή αιμόρροια, συχνουρία, διάρροια. Θα πρέπει επίσης να διδαχθούν από το νοσηλευτή πώς να αναγνωρίζουν τις συσπάσεις της μήτρας καθώς και τις περίπλοκες φυσικές διεργασίες που μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη μητρική δραστηριότητα. (Morrison J., 1990)

Ακόμη, ο νοσηλευτής πέρα από τα παραπάνω, οφείλει να ενημερώσει την έγκυο και για το τι μπορεί να κάνει η ίδια, ώστε να μετριάσει τους παράγοντες κινδύνου. Έτσι, η διακοπή του καπνίσματος –για όσες έγκυες καπνίζουν-ο περιορισμός του αλκοόλ, η σωστή διατροφή και ο έλεγχος του βάρους, η θεραπεία τυχόν κοιλιακών μολύνσεων αποτελούν μερικούς από τους τρόπους με τους οποίους η έγκυος μπορεί να προλάβει τον πρόωρο τοκετό.( Moore & Freda, 1998)

Παρακάτω ακολουθούν δυο σχεδιαγράμματα. Το πρώτο αναφέρεται στους στόχους που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής στο στάδιο αυτό, ενώ το δεύτερο παρουσιάζει την νοσηλευτική παρέμβαση που πρέπει να γίνει στις έγκυες – υψηλού και μη υψηλού κινδύνου- με στόχο την πρόληψη του πρόωρου τοκετού.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ**

- Να ενημερώσει την έγκυο για τους παράγοντες κινδύνου του πρόωρου τοκετού, ώστε να μπορεί να τους αναγνωρίζει και η ίδια
- Να ενημερώσει την έγκυο σχετικά με τα πρώιμα σημεία και συμπτώματα του πρόωρου τοκετού, ώστε να μπορεί να τα αναγνωρίζει και να αναζητά ιατρική φροντίδα.
- Να βοηθήσει την έγκυο να αλλάξει τις συνήθειες εκείνες που την εντάσσουν στην ομάδα αυξημένου κινδύνου για πρόωρο τοκετό (διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ κ.α.), μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο

*Πηγή: Moore & Freda, 1998*

<b>Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ</b>			
<b>Παράμετρος για αξιολόγηση</b>	<b>Πιθανή Διάγνωση</b>	<b>Νοσηλευτική Παρέμβαση</b>	<b>Αξιολόγηση νοσηλευτικής παρέμβασης</b>
<p><i>Παράγοντες κινδύνου για πρόωρο τοκετό:</i></p> <p>Ηλικία της μητέρας &lt;18 και &gt;40</p> <p>Χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο Φτωχή διατροφή Κάπνισμα Αλκοόλ Ναρκωτικά</p> <p>Προηγούμενες αποβολές Προηγούμενος πρόωρος τοκετός Λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος Αιμορραγία Υπερδιάταση της μήτρας Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων</p> <p><i>Συμπτώματα πρόωρου τοκετού:</i></p> <p>Συσπάσεις της μήτρας/10min</p> <p>Τραχηλικές αλλαγές, με εξάλειψη =80%, και διαστολή=2cm</p>	<p>Έλλειψη γνώσεων της εγκύου σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου του πρόωρου τοκετού.</p> <p>Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού.</p>	<p>Λήψη προγεννητικού ιστορικού. Επίσκεψη στο χώρο της εγκύου, προκειμένου να καθορισθεί η ύπαρξη των παραγόντων κινδύνου Επανεκτίμηση των παραγόντων κινδύνου σε κάθε επίσκεψη, για να εκτιμηθεί εάν έχει σημειωθεί πρόοδος</p> <p>Εκπαίδευση της εγκύου για το πώς να αναγνωρίζει τους παράγοντες κινδύνου</p> <p>Διδασκαλία μεθόδων για τη μετρίαση των παραγόντων κινδύνου: Βελτίωση της διατροφής Μείωση ή διακοπή του καπνίσματος Αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και ναρκωτικών Ελάττωση του stress για τη μεγιστοποίηση των θετικών αποτελεσμάτων της εγκυμοσύνης.</p> <p>Παροχή πληροφοριών σχετικά με τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού: περιοδικκοιλιακός πόνος με αντανάκλαση στη μέση, αυξημένη κολπική έκκριση, γραμμοειδής κολπική αιμόρροια, με στόχο την αναγνώριση των συμπτωμάτων από τις έγκυες.</p>	<p>Οι έγκυες με αυξημένο κίνδυνο έναρξης πρόωρου τοκετού έχουν αναγνωρισθεί.</p> <p>Η έγκυος αναγνωρίζει τους παράγοντες κινδύνου</p> <p>Η έγκυος κάνει προσπάθειες προκειμένου να μετριάσει τους παράγοντες κινδύνου.</p> <p>Η έγκυος μπορεί να περιγράψει τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού.</p> <p><i>Πηγή: Moore &amp; Freda, 1998</i></p>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΟΥ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΡΩΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί ως γνωστόν, μια αναπάντεχη μεταβολή στη φυσιολογική πορεία μιας κύησης. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ενεργό ρόλο μαζί με το μαιευτήρα στην συλλογή και ερμηνεία όλων εκείνων των στοιχείων του ιστορικού της εγκύου που θέτουν τη διάγνωση του πρόωρου τοκετού, φθάνοντας έτσι από κοινού, μαζί με το μαιευτήρα σε αποφάσεις σχετικά με τις παρεμβάσεις που θα γίνουν. (Moore & Freda, 1998)

Προτού γίνει όμως οποιαδήποτε αναφορά για την νοσηλευτική φροντίδα των εγκύων με διάγνωση πρόωρου τοκετού, θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούν για άλλη μια φορά τα συμπτώματα εκείνα που θέτουν τη διάγνωση του πρόωρου τοκετού.

Έτσι λοιπόν όταν υπάρχουν συσπάσεις του μυομητρίου σε συχνότητα 4/20min ή 8/60min σε συνδυασμό: (α) με πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, (β) με διαστολή του τραχήλου μεγαλύτερη των 2cm και (γ) με εξάλειψη μεγαλύτερη του 50% του τραχηλικού στομίου, τότε πρόκειται σίγουρα για πρόωρο τοκετό.(Jams JD et al., 1995)

Από τη στιγμή λοιπόν, που θα τεθεί η διάγνωση του πρόωρου τοκετού, ο νοσηλευτής οφείλει να οργανώσει ανάλογα και τη νοσηλευτική φροντίδα. Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να επικεντρωθεί στα εξής: (α) στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου και της οικογένειάς της, (β) στον κλινοστατισμό και την ενυδάτωση της εγκύου και (γ) στη φροντίδα των εγκύων οι οποίες πρόκειται να υποβληθούν ή βρίσκονται ήδη σε τοκολυτική θεραπεία.

- *Ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου και της οικογένειάς της.*

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπόψη του στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, ότι η γυναίκα η οποία πρόκειται να γεννήσει πρόωρα αλλά και η οικογένειά της έχουν μεγάλο άγχος. Το γεγονός αυτό είναι κάτι το



αναμενόμενο και απολύτως κατανοητό καθ' ότι δεν έχουν προετοιμαστεί ούτε σωματικά –από πλευράς της εγκύου- ούτε και ψυχικά για τον τοκετό. Τις περισσότερες φορές μάλιστα διακατέχονται από το φόβο ότι το έμβρυο ίσως δεν επιβιώσει.

Στο σημείο αυτό, η ψυχολογική υποστήριξη στην έγκυο και την οικογένειά της από το νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ο νοσηλευτής οφείλει να βρίσκεται δίπλα τους από τη στιγμή της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο παρέχοντάς τους πληροφορίες για το τι συμβαίνει στην έγκυο, για το τι είναι ο πρόωρος τοκετός, καθώς και για το τι πρόκειται να συμβεί από εδώ και πέρα. Αυτό θα περιορίσει σημαντικά στην έγκυο και την οικογένειά της το αίσθημα άγχους και ανησυχίας. (Moore & Freda, 1998)

- *Κατάκλιση της εγκύου σε αριστερή πλάγια θέση και αύξηση της ενυδάτωσης.*

Στο μεταξύ ο νοσηλευτής, έως ότου αποφασισθεί ποια θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοσθεί –αφού δώσει στην έγκυο ρούχα του νοσοκομείου και αφού τη βοηθήσει να ξεντυθεί- της συνιστά να ξαπλώσει σε αριστερά πλάγια θέση έτσι ώστε να επιτευχθεί η ελάττωση της μυομητρικής δραστηριότητας. (Shapiro P.J., 2001)

Στη συνέχεια θα πρέπει να φροντίσει για την αύξηση της ενυδάτωσης της εγκύου, η οποία μπορεί να επιτευχθεί είτε από το στόμα είτε ενδοφλεβίως. Η αύξηση της ενυδάτωσης θα αυξήσει τον όγκο του πλάσματος και αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της απελευθέρωσης της ADH (αντιδιουρητικής ορμόνης) περιορίζοντας έτσι την έκκριση της ωκυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Ως γνωστόν, η μείωση της απελευθέρωσης ωκυτοκίνης αποτελεί βασικό παράγοντα για την αναστολή του απειλούμενου πρόωρου τοκετού. (Parsons et al., 1994)

- *Τοκολυτικά φάρμακα.*

(α) *Φροντίδα εγκύου που πρόκειται να υποβληθεί σε τοκολυτική θεραπεία.*

Όταν η έγκυος πρόκειται να υποβληθεί σε τοκολυτική θεραπεία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να λύνει οποιαδήποτε απορία της εγκύου σχετικά με τη θεραπεία. Θα πρέπει να εξηγήσει στην έγκυο τη «φύση» της συγκεκριμένης θεραπείας, καθώς και τις διάφορες παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν από τη χρήση των φαρμάκων αυτών, τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο.

Ωστόσο, επειδή η έγκυος ακούγοντας όλα τα σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων, μπορεί να φοβηθεί και να ενταθεί η αγωνία της, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βρίσκεται συνεχώς δίπλα της καθησυχάζοντάς την.

Στη συνέχεια, ύστερα από την ενημέρωση της εγκύου για τα τοκολυτικά φάρμακα, και εφόσον ο νοσηλευτής βεβαιωθεί ότι η έγκυος έχει κατανοήσει πλήρως τα παραπάνω, θα πρέπει να γίνει προσπάθεια παραμονής της εγκύου στην αριστερή πλαγία θέση για να εξασφαλισθεί η καλύτερη αιμάτωση της μήτρας. Η συνεχής παραμονή της εγκύου στο αριστερό πλάγιο μπορεί να επιτευχθεί ευκολότερα όταν η έγκυος κατανοεί τη σπουδαιότητα της θέσεως αυτής.

Προτού αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση των τοκολυτικών φαρμάκων θα πρέπει να ελεγχθούν πρώτα κάποιες βασικές παράμετροι. Οι παράμετροι αυτοί περιλαμβάνουν το εμβρυϊκό καρδιακό ρυθμό, την δραστηριότητα της μήτρας και τον έλεγχο των ζωτικών σημείων της μητέρας. Επίσης ο Μαιευτήρας ζητά συνήθως τη λήψη εργαστηριακών εξετάσεων, στις οποίες περιλαμβάνονται η γενική αίματος, ο καθορισμός του σακχάρου του αίματος και των ηλεκτρολυτών, η γενική ούρων καθώς και η καλλιέργεια ούρων (για να διαπιστωθεί η ύπαρξη τυχόν λανθάνουσας ουρολοίμωξης). Τέλος ζητά και τη λήψη ηλεκτροκαρδιογράφηματος.

Οι παραπάνω παράμετροι κρίνονται απαραίτητες πριν την έναρξη της τοκολυτικής θεραπείας γιατί βοηθούν στην καλύτερη εκτίμηση της καταστάσεως του εμβρύου και της μητρικής δραστηριότητας. Ακόμη με τις παραπάνω εξετάσεις μπορεί να ελεγχθεί η παρουσία αντενδείξεων π.χ. υποκαλιαιμία, υπογλυκαιμία, ή καρδιακές αρρυθμίες. Για την εφαρμογή της

θεραπείας.

Εφόσον λοιπόν γίνει ο έλεγχος όλων των παραπάνω και αποφασισθεί τελικά η έναρξη της τοκολυτικής θεραπείας, ο νοσηλευτής είναι συνήθως αυτός που θα αναλάβει την προετοιμασία του τοκολυτικού φαρμάκου και τελικά την έγχυσή του.

Το πρωτόκολλο για τον τρόπο έγχυσης του φαρμάκου τροποποιείται ανάλογα με το νοσηλευτικό ίδρυμα, τις εντολές του Μαιευτήρα και το τοκολυτικό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί. Συνήθως χρησιμοποιείται ένας ενδοφλέβιος καθετήρας μεγάλης διαμέτρου. Το διάλυμα του φαρμάκου θα πρέπει να χορηγείται μέσω αντλίας συνεχούς έγχυσης, ώστε να χορηγείται η ακριβής δόση.

*(β) Φροντίδα εγκύου που βρίσκεται ήδη σε τοκολυτική θεραπεία.*

Η έγκυος που υποβάλλεται σε τοκολυτική θεραπεία έχει ανάγκη από ψυχική και σωματική υποστήριξη, καθώς διανύει μια δύσκολη φάση η οποία την αναγκάζει να ανησυχεί για το αποτέλεσμα της θεραπείας στο έμβρυο και στον εαυτό της. Αισθάνεται συχνά εξασθενημένη, τόσο από τις παρενέργειες των τοκολυτικών όσο και από τη συνεχιζόμενη υποχρεωτική κατάκλιση της στο κρεβάτι.

Στο σημείο αυτό η επέμβαση του νοσηλευτή θεωρείται απαραίτητη. Μερικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν να ανακουφίσουν την έγκυο είναι οι ακόλουθες:

- § Χρήση μαξιλαριού για να ανακουφιστεί η έγκυος από τη συνεχιζόμενη παραμονή της στην αριστερή πλάγια θέση
- § Ενθάρρυνση της εγκύου για τη χρήση μαξιλαριών από το σπίτι καθώς έτσι θα αισθάνεται περισσότερο άνετα
- § Προσωπική υγιεινή της εγκύου π.χ. τακτική στοματική υγιεινή, λούσιμο κεφαλής κ.α.
- § Εκτέλεση ισομετρικών μυϊκών ασκήσεων, για διατήρηση του μυϊκού τόνου

- § Εύρεση δραστηριοτήτων που να μπορούν να γίνουν ενώ η έγκυος είναι ξαπλωμένη
- § Εκτέλεση ενεργειών οι οποίες θα ανακουφίσουν την έγκυο π.χ. εντριβή στη πλάτη κ.α. (Moore & Freda, 1998)

Παρακάτω ακολουθεί ένα σχεδιάγραμμα το οποίο αναφέρεται στους στόχους που θα πρέπει να έχει ο νοσηλευτής στην τοκολυτική θεραπεία.

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΣΤΗΝ ΤΟΚΟΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

- Να κατανοήσει η έγκυος την κατάστασή της, την ανάγκη για θεραπεία και τις οδηγίες για την ατομική της υγιεινή
- Να μπορέσει να εκφράσει τις ανησυχίες της στο νοσηλευτή
- Να μειωθεί ο φόβος και το άγχος της για τη θεραπεία, και
- Να επηρεαστεί όσο το δυνατόν λιγότερο από τις παρενέργειες των φαρμάκων

*Πηγή: Moore & Freda, 1998*

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

Παράμετρος για αξιολόγηση	Πιθανή διάγνωση	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση νοσηλευτικής παρέμβασης
<p>Συνεχιζόμενες τραχηλικές αλλαγές</p> <p>Συχνότητα, ένταση και διάρκεια των συσπάσεων της μήτρας</p> <p>Ρήξη των εμβρυϊκών υμένων</p> <p>Αιμορραγία</p> <p>Συναισθηματική κατάσταση της εγκύου</p>	<p>Αγωνία και φόβος της εγκύου για το ενδεχόμενο πρόωρου τοκετού</p>	<p>Παρατήρηση για συμπτώματα πρόωρου τοκετού και για προοδευτικές αλλαγές στην κατάσταση της εγκύου</p> <p>Εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων: γενική ούρων (ένα δείγμα ούρων μπορεί να αναλυθεί για σάκχαρο, αίμα, λευκοματίνη, αμνιακό υγρό)</p> <p>Ενθάρρυνση της εγκύου να παραμένει σε αριστερή πλάγια θέση για αύξηση της οξυγόνωσης του εμβρύου</p> <p>Παροχή υγρών από το στόμα ή IV για την ενυδάτωση της εγκύου</p> <p>Παροχή κατάλληλων και τεκμηριωμένων πληροφοριών στην έγκυο και τους συγγενείς της, για την πρόοδο του τοκετού και για το σχέδιο φροντίδας, ώστε να μειωθεί το άγχος και να είναι ενήμερη η έγκυος.</p> <p>Να επιτραπεί στο σύζυγο της εγκύου ή σε οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο επιλογής της εγκύου, να είναι δίπλα της υποστηρίζοντάς της ψυχολογικά.</p>	<p>Η έγκυος ανταποκρίνεται θετικά στην παρεχόμενη φροντίδα</p> <p>Η οικογένεια κατανοεί τη κατάσταση της εγκύου και το σχέδιο φροντίδας</p> <p>Η έγκυος παραδέχεται τη ελάττωση του φόβου και του άγχους.</p> <p>(συνεχίζεται)</p>

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

Παράμετρος Για αξιολόγηση	Πιθανή διάγνωση	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση νοσηλευτικής παρέμβασης
<p><i>Ανταπόκριση στην τοκολυτική θεραπεία:</i></p> <p>Μητρικές συσπάσεις</p> <p><i>Παρενέργειες τοκολυτικών στα ζωτικά σημεία της εγκύου:</i> Μεταβολές στο καρδιακό ή αναπνευστικό σύστημα, στην αρτηριακή πίεση ή στη θερμοκρασία</p> <p>Υποκειμενικές αντιδράσεις της μητέρας: τρόμος, ναυτία, εμετός, νευρική κατάσταση, σφίξιμο ή πόνος στο στήθος, δύσπνοια</p>	<p>Η έγκυος αισθάνεται άβολα εξαιτίας των παρενεργειών των τοκολυτικών και της μακρόχρονης παραμονής της στο κρεβάτι</p>	<p>-Εξήγηση στην έγκυο των διαδικασιών που θα ακολουθηθούν, έτσι ώστε να ελαττωθεί το άγχος της και συγχρόνως να είναι ενημερωμένη</p> <p>-Θα πρέπει να ακολουθηθεί πιστά το πρωτόκολλο της προετοιμασίας και της IV εγχύσεως των τοκολυτικών φαρμάκων.</p> <p>-Συστηματική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της εγκύου και της μητρικής δραστηριότητας</p> <p>- Αναφορά τυχόν παρενεργειών ή επιπλοκών έτσι ώστε να εξασφαλισθεί μια θετική έκβαση</p> <p>- Παροχή συναισθηματικής και σωματικής υποστήριξης.</p> <p>Παροχή ανακουφιστικών μέσων: μαξιλάρια, εντριβές, βοήθεια στην υγιεινή της εγκύου και ήρεμο περιβάλλον προκειμένου να ανακουφιστεί η έγκυος</p>	<p>Η έγκυος αντιλαμβάνεται τη διαδικασία της τοκολυτικής θεραπείας</p> <p>Η έγκυος ανταποκρίνεται στα μέσα προς ανακούφισή της.</p> <p><i>Πηγή: Moore and Freda, 1998</i></p>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

Όταν ούτε η κατάκλιση της εγκύου μαζί με ενυδάτωση, ούτε η τοκολυτική αγωγή φέρουν αποτέλεσμα στην αναστολή της έναρξης του πρόωρου τοκετού, τότε ο πρόωρος τοκετός θεωρείται αναπόφευκτος. Ο τοκετός μπορεί να γίνει είτε με φυσιολογικό τοκετό, είτε με καισαρική, αναλόγως της προβολής του εμβρύου.

#### *A) Φυσιολογικός τοκετός*

Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται η μεταφορά της εγκύου στην αίθουσα τοκετού. Εκεί ο νοσηλευτής οφείλει να προετοιμάσει την έγκυο για τον επικείμενο τοκετό. Θα πρέπει να εξηγήσει στην έγκυο όλες τις τάσεις και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου του τοκετού. Έτσι η έγκυος θα είναι περισσότερο χαλαρωμένη και πιο πρόθυμη να δεχθεί αυτές τις μεθόδους, εφόσον θα ξέρει τι να περιμένει. (Shapiro P.J., 2001)

Η συνήθης νοσηλευτική φροντίδα σε αυτό το στάδιο του τοκετού περιλαμβάνει –πέρα από την ενημέρωση της εγκύου για αυτό το στάδιο του τοκετού-, την βοήθεια της εγκύου να πάρει θέση στο γυναικολογικό κρεβάτι, την εφαρμογή αποστειρωμένων ποδοκνημίδων στα πόδια της, την πλύση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, την εφαρμογή μεγάλου αποστειρωμένου πεδίου κάτω από τους γλουτούς της, τη καθοδήγηση της εγκύου για να πάρει στάση εξώθησης, και τέλος, την συχνή εκτίμηση των καρδιακών παλμών, των ωδίνων και των ζωτικών της σημείων.

Μάλιστα, για να εξωθήσει καλύτερα η έγκυος και για να συμβάλει αποτελεσματικότερα στη γρηγορότερη εξέλιξη του τοκετού, τη συμβουλεύουμε τη στιγμή της ωδίνας να πιάνει τα πόδια της πίσω από τα γόνατά της και να φέρνει τους μηρούς στην κοιλιά της.

Αν μετά από εξώθηση ακολουθεί αποβολή κοπράνων, ο νοσηλευτής πλένει τα εξωτερικά γεννητικά όργανα με αντισηπτική διάλυση. Ακόμη, εάν 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.

Επίσης θα πρέπει να εκτιμάται η ποιότητα των καρδιακών παλμών μετά από κάθε εξωθητική ωδίνα, ιδίως μάλιστα όταν έχει ραγή το θυλάκιο, γιατί τότε πιο εύκολα συμβαίνουν αλλοιώσεις των παλμών του εμβρύου από πίεση του ομφαλίου λώρου. (Παπανικολάου, 1994)

Πέρα όμως από τα παραπάνω που αποτελούν και τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα, ο νοσηλευτής στο πρόωρο τοκετό θα πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα, ώστε να μειωθεί στο ελάχιστο ο κίνδυνος ασφυξίας και κακώσεων στο νεογνό.

Ακόμη θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι το ζευγάρι έχει περισσότερο άγχος και φόβο. Για το λόγο αυτό οφείλει να προετοιμάσει τους γονείς για την παρουσία νεογνολόγου στον τοκετό και ότι ανάλογα με τη κατάσταση του νεογνού, είναι πιθανόν να μην το κρατήσουν προτού γίνει ανάνηψη και σταθεροποιηθεί η αναπνοή του.

Τέλος, κατά τη διάρκεια του τοκετού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει τους γονείς για την πρόοδο του τοκετού και την κατάσταση του εμβρύου. Εάν μάλιστα είναι δυνατόν, ένας νοσηλευτής από την μονάδα νοσηλείας νεογνών είναι σκόπιμο να επισκεφτεί τους γονείς, να συζητήσει μαζί τους και να τους εξηγήσει με ποιο τρόπο θα φροντίσουν το παιδί τους στη μονάδα. (Τραγέα, 1999)

### *B) Καισαρική τομή*

Επειδή ορισμένες φορές αποφασίζεται ότι ο τρόπος τοκετού στον πρόωρο τοκετό δεν θα είναι ο φυσιολογικός τοκετός αλλά η καισαρική τομή, στην περίπτωση αυτή η νοσηλευτική φροντίδα είναι διαφορετική.

Καταρχάς, απαραίτητη θεωρείται η προετοιμασία της εγκύου και των συγγενών της τόσο για το τι πρόκειται να συμβεί κατά τη διάρκεια της επέμβασης στην έγκυο και στο νεογνό, όσο και για το τι θα συμβεί στο νεογνό μετά την επέμβαση. (Τραγέα, 1999)



Αφού γίνει αυτό, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προετοιμάσει την έγκυο για την επέμβαση. Θα πρέπει δηλαδή να κάνει την προεγχειρητική ετοιμασία της εγκύου (ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου, τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστης και επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικό διάλυμα).

Έπειτα, κατά τη διάρκεια της επέμβασης, οφείλει να ελέγχει συνεχώς τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου κάτω από καρδιοτοκογράφο, καθώς επίσης και τα ζωτικά σημεία της εγκύου. Επίσης, θα πρέπει να ενημερώνει τους συγγενείς, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, για την πρόοδο της επέμβασης και για την κατάσταση του νεογνού.

Τέλος θα πρέπει να έχει φροντίσει για την παρουσία νεογνολόγου κατά τη διάρκεια της επέμβασης, προκειμένου εκείνος να παραλάβει το νεογνό, να το βοηθήσει στην ανάνηψή του και να το μεταφέρει στη μέσα σε θερμοκοιτίδα στο τμήμα εντατικής παρακολούθησης πρόωρων νεογνών. (Παπανικολάου, 1994)

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

- Η έγκυος να είναι χαλαρωμένη και με κατανόηση του τι συμβαίνει
- Να επέλθει έναρξη του τοκετού χωρίς επιπλοκές
- Το έμβρυο / νεογέννητο να παρουσιάσει μειωμένη εμβρυϊκή δυσχέρεια και να γεννηθεί σε καλή γενικά κατάσταση.

*Πηγή: Moore & Freda, 1998*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

Αμέσως μετά τον τοκετό η γυναίκα εμφανίζει συμπτώματα ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία της, την διάρκεια του τοκετού, την απώλεια αίματος κ.λ.π. Έτσι, άλλοτε βρίσκεται σε διέγερση με το πρόσωπο ερυθρό το σφυγμό γρήγορο και το δέρμα της θερμό, και άλλοτε είναι κουρασμένη, ωχρή με σφυγμό βραδύ, και με διάθεση να κοιμηθεί. Άλλοτε πάλι αισθάνεται ρίγη, χωρίς να αυξάνονται οι σφύξεις ή η θερμοκρασία της. Όλα τα παραπάνω θεωρούνται φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν μετά τον τοκετό και αφορούν κυρίως το γεννητικό αλλά και άλλα επίσης συστήματα. (Παπανικολάου1994)

Η γυναίκα όμως που έχει γεννήσει πρόωρα πέρα από τα παραπάνω, συνήθως διακατέχεται και από συναισθήματα αγωνίας και φόβου –για το τι πρόκειται να συμβεί στο παιδί της- καθώς και από θυμό. Νιώθει θυμωμένη με αυτό που της συνέβη, κατηγορώντας πολλές φορές τον εαυτό της.

Στο στάδιο αυτό ο νοσηλευτής οφείλει να ανταποκριθεί στο ρόλο του οργανώνοντας ένα σχέδιο κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας το οποίο θα βοηθήσει την ασθενή να ξεπεράσει τα παραπάνω σωματικά αλλά και ψυχικά προβλήματά της όσο το δυνατόν γρηγορότερα.(Moore & Freda, 1998)

Η νοσηλευτική φροντίδα της γυναίκας, η οποία βρίσκεται σε αυτό το στάδιο περιλαμβάνει:

1. Την ψυχολογική υποστήριξή της για να ξεπεράσει το άγχος, το φόβο και τη θλίψη την οποία πολλές φορές αισθάνεται
2. Την επαγρύπνηση, για σημεία εκδήλωσης κατάθλιψης της λεχιάδας.(απομόνωση, ευερεθιστότητα, κόπωση, αδυναμία περιποίησης του νεογνού της)
3. Τη συνεχή και συχνή παρακολούθηση των ζωτικών της σημείων
4. Τον έλεγχο για τυχόν αιμορραγία μεγαλύτερης της συνήθους
5. Τον έλεγχο της παλινδρόμησης της μήτρας, με καθημερινή

- παρακολούθηση του ύψους του πυθμένα της
6. Τον τακτικό έλεγχο και τη περιποίηση του τραύματος της περινεοτομίας, με καθημερινές πλύσεις μετά από κάθε κένωση, ούρηση ή πίεση του πυθμένα της μήτρας για έξοδο λοχίων. Εάν μάλιστα η περιοχή του τραύματος είναι οιδηματώδης χρησιμοποίηση τοπικών αντιβιοτικών σε σπρέυ, σκόνη κ.λ.π.
  7. Τον έλεγχο της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης, λόγω του ότι συμβαίνει συχνά επίσχεση ούρων
  8. Τον έλεγχο της λειτουργίας του εντέρου, καθ' ότι πολλές φορές οι κενώσεις γίνονται δύσκολες από ατονία του εντέρου και ευαισθησίας της περιοχής του πρωκτού από την περινεοτομία. Η χορήγηση καθαρτικών ή η εκτέλεση υποκλυσμού συχνά βοηθούν
  9. Τον έλεγχο και την περιποίηση των μαστών για την πρόληψη μολύνσεων και συμφόρησης του γάλακτος ( Shapiro J.P., 2001)

<b><u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ</u></b>			
<b>Παράμετρος για αξιολόγηση</b>	<b>Αναμενόμενες Μεταβολές</b>	<b>Παθολογικά Χαρακτηριστικά</b>	<b>Νοσηλευτική παρέμβαση</b>
Συναισθηματική κατάσταση της εγκύου	Κακή ψυχολογία , μεταβολές στη διάθεσή της	Αγωνία και φόβος για την υγεία του παιδιού της Αίσθημα θυμού	Παροχή κατάλληλων και τεκμηριωμένων πληροφοριών στην γυναίκα και τους συγγενείς της, για την πρόοδο του πρόωρου νεογνού, ώστε να μειωθεί το άγχος και να είναι ενήμερη η έγκυος. Ενθάρρυνση της γυναίκας να επισκεφτεί το νεογνό στη μονάδα όπου νοσηλεύεται, καθώς και παροχή πληροφοριών για το πώς θα φροντίσει το παιδί της στη μονάδα.

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ</b>			
<b>Παράμετρος για αξιολόγηση</b>	<b>Αναμενόμενες Μεταβολές</b>	<b>Παθολογικά Χαρακτηριστικά</b>	<b>Νοσηλευτική παρέμβαση</b>
<p>Ζωτικά σημεία μετά το τοκετό:</p> <p>Θερμοκρασία</p>	Ήπια αύξηση πριν επανέλθει στο φυσιολογικό	Η αύξηση επιδεικνύει λοιμώξεις	Αναφέρεται στον ιατρό Χορηγούνται αντιβιοτικά, αν συσταθούν
Αρτηριακή πίεση	Ήπια υπόταση, μετά την οποία, η αρτηριακή πίεση επανέρχεται στο φυσιολογικό	<p>Η <u>χαμηλή</u> αρτηριακή πίεση μπορεί να δηλώνει shock</p> <p>Η <u>υψηλή</u> αρτηριακή πίεση μπορεί να δεικνύει προεκλαμψία</p>	<p>Αναφέρεται στον ιατρό</p> <p>Παρακολουθείται συχνά η αρτηριακή πίεση</p>
Σφυγμός	Μπορεί να ελαττωθεί πρώτα, πριν επανέλθει στο φυσιολογικό	Ταχύς σφυγμός μπορεί να επιδεικνύει shock ή αιμορραγία	<p>Διερευνάται η αιτία.</p> <p>Αναφέρονται αμέσως τα χαρακτηριστικά στον ιατρό</p>
Ύπνος	Η μητέρα βρίσκεται σε διέγερση και είναι ομιλητική από τις προσπάθειες του τοκετού και της γέννας	Αδυναμία να χαλαρώσει προκειμένου να επέλθει ο ύπνος	<p>Εξηγείται η ανάγκη για τον ύπνο</p> <p>Παρέχεται ήσυχο περιβάλλον</p>
Μήτρα	Βαθμιαία παλινδρόμηση	Η μήτρα αδυνατεί να κατέλθει	<p>Ελέγχεται η παλινδρόμηση κάθε ημέρα</p> <p>Προετοιμάζεται η ασθενής και το περιβάλλον της προκειμένου να προαχθεί ο ύπνος</p>

<b><u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ</u></b>			
<b>Παράμετρος για αξιολόγηση</b>	<b>Αναμενόμενες Μεταβολές</b>	<b>Παθολογικά Χαρακτηριστικά</b>	<b>Νοσηλευτική παρέμβαση</b>
Περίνεο	Οίδημα και αποχρωματισμός.  Ίαση της αιδιοσεκτομής.	Η λοίμωξη δεικνύεται από το πύον  Έντονη δυσοσμία με τα λόχεια	Αναφέρονται τα χαρακτηριστικά στον ιατρό.  Μπορεί να χορηγηθούν αναλγητικά ή αντιβιοτικά  Προσεχτική εφαρμογή άσηπτων τεχνικών  Η ξηρή θερμότητα ή το χλιαρό μάνιο προάγουν την ανακούφιση.
Κολπική αιμορραγία	Περίπου 2 ounces της πρώτες δύο ώρες μετά τον τοκετό	Άφθονη αιμορραγία Πήγματα	Μάλαξη της μήτρας  Αναφέρονται αμέσως τα χαρακτηριστικά στον ιατρό
Ουροδόχος κύστης	Επάνοδος στο φυσιολογικό	Άγχος και συγχουρία ή αδυναμία ουρήσεως	Αναφέρονται τα χαρακτηριστικά  Καθετηριασμός της ασθενούς  Δίδονται υγρά  Λαμβάνεται καλλιέργεια ούρων  Αν συσταθεί μπορεί να χορηγηθούν αντιβιοτικά
Παχύ έντερο	Φυσιολογική λειτουργία	Δυσκοιλιότητα	Αν συσταθούν από τον ιατρό μπορεί να χορηγηθούν καθαρτικά ή να γίνει υποκλυσμός
Μαστοί	Εκκρίνουν πρωτόγαλα, μέχρις ότου κατέλθει το γάλα	Οι μαστοί καθίστανται θερμοί, ερυθροί ή ευαίσθητοι  Οι θηλές μπορούν να υποστούν ρήξη και/λοίμωξη	Εφαρμόζονται θερμά επιθέματα ή κομμάτια πάγου στον προσβληθέντα μαστό  Εκπαιδεύεται η μητέρα στον τρόπο μαλάξεως των μαστών

<b><u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ</u></b>			
<b>Παράμετρος για αξιολόγηση</b>	<b>Αναμενόμενες Μεταβολές</b>	<b>Παθολογικά Χαρακτηριστικά</b>	<b>Νοσηλευτική παρέμβαση</b>
Κατάθλιψη κατά τον τοκετό	Πιθανότητα αλλαγής της διαθέσεως	Βαριά κατάθλιψη	Ακούμε προσεκτικά την ασθενή  Ενθάρρυνση της ασθενούς να συζητήσει το πρόβλημα  Αναφέρονται οποιαδήποτε συμπτώματα, όπως η αϋπνία, η απάθεια, η ανορεξία, οι παραισθήσεις ή το άγχος.

Πηγή: Shapiro P.J., 2001

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ**

Ύστερα από το τέλος του τοκετού, το πρόωρο νεογνό (βάρους<2.500γρ) μεταφέρεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών. Η επιβίωσή του θα εξαρτηθεί από την επιδεξιότητα, την υπομονή, την κρίση και την αφοσίωση όσων παρέχουν τη νοσηλευτική φροντίδα.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να χαρακτηρίζουν τη φροντίδα του πρόωρου νεογνού περιλαμβάνουν:

- Τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος
- Την προστασία από λοίμωξη
- Τη διατήρηση αεραγωγού και επαρκής λήψη οξυγόνου
- Τη διατήρηση ενέργειας του νηπίου
- Την επαρκή λήψη υγρών και θερμίδων

Όλα τα νεογνά που ζυγίζουν λιγότερο από 2.500γρ., αυτά που παρουσιάζουν κυάνωση, που έχουν δυσκολίες στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος καθώς και όσα παρουσιάζουν αναπνευστική δυσκολία απαιτούν φροντίδα σε θερμοκοιτίδα. Οι θερμοκοιτίδες μπορούν να ρυθμιστούν για να ελέγχεται η θερμότητα και η υγρασία και για να χορηγείται οξυγόνο.

Τα νεογνά που παραμένουν σε θερμοκοιτίδα με συγκέντρωση οξυγόνου μεγαλύτερη του 40% για εκτεταμένη χρονική περίοδο, ίσως παρουσιάσουν τύφλωση. Κατά συνέπεια απαιτείται η λήψη προληπτικών μέτρων για το συχνό έλεγχο του επιπέδου του οξυγόνου με αναλυτή οξυγόνου.

Η θερμοκρασία του νεογνού λαμβάνεται κάθε δύο έως τρεις ώρες, έως ότου σταθεροποιηθεί. Αρχικά η θερμοκρασία λαμβάνεται από τον πρωκτό, αλλά σε μικρότερα βρέφη μπορεί να ληφθεί από τη μασχάλη έως ότου φθάσουν το βάρος των 2.500γρ. Ακόμη το χρώμα, ο αναπνευστικός ρυθμός και η ευκολία της αναπνοής πρέπει να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα νεογνά που ζυγίζουν 1.500γρ ή περισσότερο, τα οποία μπορούν να θηλάσουν και να καταπιούν ταΐζονται με το συνηθισμένο τρόπο, δηλαδή με μπουκάλι και μαλακή θηλή. Συνήθως δίδεται διάλυμα σακχαρούχου 5%, για τέσσερα ταΐσματα τη 2<sup>η</sup> ημέρα ζωής. Την 3<sup>η</sup> ημέρα το νεογνό ταΐζεται με μια ατομικά υπολογισμένη φόρμουλα. Επίσης, επειδή τα πρόωρα είναι επιρρεπή σε στερητικές νόσους, χορηγούνται βιταμίνες και σίδηρος κατά την 7<sup>η</sup> ημέρα.

Όσον αφορά τα νεογνά που δεν έχουν το αντανακλαστικό του θηλασμού, ίσως πρέπει να σιτιστούν με καθετήρα στομάχου ή με σταγονόμετρο. Η συχνότητα και ο τρόπος σίτισης, καθώς και ο τύπος και η ποιότητα της φόρμουλας καθορίζονται από το ιατρό.

Για τη διατήρηση της ενέργειας του νεογνού θα πρέπει να ελαχιστοποιηθεί το σήκωμα με τα χέρια. Το νεογνό παραμένει ξαπλωμένο για τα γεύματα, το λουτρό του και τις εξετάσεις μέχρι το βάρος του να αυξηθεί στα 2.600γρ περίπου.

Τέλος, όλο το προσωπικό που εργάζεται σε θάλαμο πρόωρων νεογνών δεν θα πρέπει να πάσχει από αναπνευστικές λοιμώξεις. Επίσης θα πρέπει να φοράει ειδικές προστατευτικές μάσκες, μπλούζες καθώς και καλύμματα μιας χρήσης για τα παπούτσια. Με λίγα λόγια δηλαδή, το προσωπικό θα πρέπει να είναι ειδικευμένο και ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένο σε θέματα καθαριότητας, απολύμανσης, αντισηψίας και ασηψίας. (Shapiro J. P., 2001)



### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

- § Ζυγίζει λιγότερο από 2.500γρ.
- § Είναι μικρότερο από 45εκ. σε μήκος
- § Οι πηγές του κρανίου είναι μεγάλες και οι γραμμές σύγκλεισης είναι αρκετά προφανείς
- § Το κλάμα είναι αρκετά αδύναμο
- § Το αντανακλαστικό του θηλασμού είναι φτωχό ή ανύπαρκτο
- § Τα χαρακτηριστικά του είναι οξεία και με γωνίες
- § Το δέρμα του είναι ρυτιδιασμένο, λόγω της απουσίας υποδόριου λίπους
- § Το δέρμα του είναι χλωμό, κόκκινο και καλυμμένο από χνούδι
- § Οι αναπνοές του είναι ρηχές και ακανόνιστες
- § Η θερμοκρασία του σώματός του είναι ασταθής και κάτω του φυσιολογικού, συχνά μεταξύ 34-36 βαθμών Κελσίου.

*Πηγή: Shapiro J. P., 2001*

**ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**

**ΙΣΤΟΡΙΚΑ**

Για την καλύτερη κατανόηση του θέματος, θεωρείται απαραίτητη η παρουσίαση ενός πραγματικού περιστατικού που παρουσίασε πρόωρο τοκετό. Για το σκοπό αυτό, πιο κάτω παρατίθεται μια περίπτωση εγκύου, η οποία διεκομίσθη κατά τη διάρκεια της 31<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης της στο νοσοκομείο, με παραχέλιο προδρομικό πλακούντα.

Κατατίθεται το ιατρικό ιστορικό της εγκύου, το νοσηλευτικό ιστορικό καθώς και η νοσηλευτική διεργασία (νοσηλευτική φροντίδα), που ακολουθήθηκε.

## I. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

**Επώνυμο:** Λάτση

**Όνομα:** Μεταξία

**Όνομα συζύγου:** Κωνσταντίνος

**Ηλικία:** 24

**Επάγγελμα:** Οικιακά

**Τόπος γεννήσεως:** Σπάρτη

**Τόπος διαμονής:** Σπάρτη

**Ημερομηνία εισόδου:** 6 /3 /03

**Οικογενειακή κατάσταση:** Έγγαμος

**Θρήσκευμα:** Χ.Ο.

**Υπηκοότητα:** Ελληνική

**Διάγνωση:** Κύηση 31<sup>ης</sup> εβδομάδος,

Παραχέλιος προδρομικός  
πλακούντας

## A. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

**Παρούσα νόσος:** Κύηση 31<sup>ης</sup> εβδομάδος. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε παραχέλιο προδρομικό πλακούντα.

**Προηγούμενη κατάσταση υγείας:** Κ/Φ

**Κληρονομικά συγγενή νοσήματα:** Κανένα

**Αλλεργικές εκδηλώσεις:** -

**Επίκτητα νοσήματα:** -

**Εγχειρήσεις:** Σκωληκοειδεκτομή

**Έμμηνος ρύση:** Από 12 ετών, ανά 28 ημέρες, Τελευταία έμμηνος ρύση 28/9/02

**Ατυχήματα:** -

**Προηγούμενη ιατρική εξέταση –προβλήματα:** Προ μηνός παρακολούθηση της κύησης.

**Οικογενειακό ιστορικό:** Ελεύθερο

**Κοινωνικό – προσωπικό ιστορικό:** Κ/Φ

## **B. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

- (α) Παλμοί εμβρύου θετικοί,
- (β) τράχηλος πολυτόκου,
- (γ) αντιστοιχεί σε κύηση 31<sup>ης</sup> εβδομάδος.

**Βάρος:** 62 kg

**Ύψος:** 1.58 cm

**Αρτηριακή Πίεση:** 100 /70 mmHg

**Σφύξεις:** 76 /min

### **Εξέταση κατά συστήματα:**

**Καρδιαγγειακό σύστημα:** Κ/Φ

**Αναπνευστικό σύστημα:** Κ/Φ

**Θώρακας:** Κ/Φ

**Πεπτικό σύστημα:** Κ/Φ

**Κοιλία:** Κ/Φ

**Ουρολογικό σύστημα:**Κ/Φ

**Γεννητικό σύστημα:** Κ/Φ

**Νευρικό σύστημα:** Κ/Φ

**Μυοσκελετικό σύστημα:** Κ/Φ

## **Γ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

### **Συντηρητική θεραπεία**

- (α) Κατάκλιση.
- (β) Λήψη τοκολυτικού φαρμάκου Duvadillan (αντί για Atosiban) καθώς επίσης

και 2amp. Beta-Methazone, στη μητέρα για βοήθεια της αναπνευστικής ωριμότητας του εμβρύου.

Σημαντική σημείωση: Δεν χορηγήθηκε Atosiban λόγω αιμορραγίας

### Χειρουργική αντιμετώπιση

Κλείνοντας την 32<sup>η</sup> εβδομάδα, λόγω αποκολλήσεως του προδρομικού πλακούντος με σημαντική αιμορραγία, οδηγήθηκε ταχύτατα στο χειρουργείο όπου και υποβλήθηκε σε καισαρική τομή.

### Δ. ΕΞΕΛΙΞΗ

Το πρόωρο νεογνό, γένους θηλυκού, είχε βάρος 2.200gr, με Apgar καλό. Λόγω όμως προωρότητας διεκομίσθη στο τμήμα πρόωρων του Νοσοκομείου Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού» και η κατάστασή του είναι σταθερή και καλή.

Η μητέρα παραμένει στην κλινική και η κατάστασή της είναι σταθερή και ικανοποιητική.

## II. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

**Επώνυμο:** Λάτση **Διεύθυνση κατοικίας:** Σπάρτη  
**Όνομα:** Μεταξία **Διεύθυνση συγγενών:** Σπάρτη  
**Ημερομηνία εισόδου:** 6/3/03 **Τηλέφωνο κατοικίας:** ...  
**Εισαγωγή:** Νέα **Επάγγελμα:** Οικιακά  
**Θρησκεία:** Χ.Ο.  
**Ηλικία:** 24

### A. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

**Ζωτικά σημεία:** Θερμοκρασία:  $36,8^{\circ}C$       Σφύξεις: 80      Βάρος: 62 kg  
 Αρτηριακή Πίεση: 110/70 mmHg      Ύψος: 1.58 cm

**Διάγνωση:** Κύηση 31<sup>ης</sup> εβδομάδος. Παραχείλιο προδρομικός πλακούντας

**Αντίδραση στη διάγνωση:** Είναι πολύ ανήσυχη και φοβάται πολύ για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης της.

**Κυριότερα συμπτώματα:** Ήπια αιμορραγία από τον κόλπο

**Έμμηνος ρύση:** Τελευταία έμμηνος ρύση 28/9/02

**Διανοητική κατάσταση:** Είναι καλά προσανατολισμένη στο χώρο και στο χρόνο

#### **Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό**

- (α) Πρωτότοκος: -
- (β) Αριθμός κυήσεων: 1
- (γ) Τελευταία εγκυμοσύνη: Πριν 3 χρόνια (2000, άρρεν)
- (δ) Εκτρώσεις ή αποβολές: -
- (ε) Αποθανόντα τέκνα: -
- (στ) Διάρκεια εγκυμοσύνης: 36 εβδομάδων (9 μήνες)
- (ζ) Τρόπος τοκετού: Φυσιολογικός

**Ομάδα αίματος και Rhesus της μητέρας:** 0 θετικό

**Εγχειρήσεις:** Σκωληκοειδεκτομή, το 1995

**Στάση απέναντι στην παρούσα εγκυμοσύνη:**

- (α) Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη ή μη: Προγραμματισμένη  
(β) Επιθυμητό το παιδί και από τους δύο γονείς; Ναι  
(γ) Πώς περιγράφει η μητέρα την εγκυμοσύνη, σαν εύκολη ή δύσκολη; Εύκολη

**Χρόνια προβλήματα υγείας**

- (α) Διαβήτης: -  
(β) Υπέρταση: -  
(γ) Παθήσεις καρδιάς: -  
(δ) Επιληψία: -  
(ε) Αλλεργίες: -  
(στ) Άλλα προβλήματα: -

**Πεπτικό σύστημα**

- (α) Δίαιτα: Γενική  
(β) Διατροφή: Έχει όρεξη  
(γ) Διάρροια: -  
(δ) Δυσκοιλιότητα:-

**Φάρμακα που έπαιρνε:** -

**Ακοή:** Ακούει καλά

**Όραση:** Βλέπει καλά

**Εμφάνιση- Δέρμα:** Φυσιολογικό

**Κινητικότητα:** Αυτοεξυπηρετείται

**Συνήθειες:** -

**Ύπνος:** Κοιμάται κανονικά

**Οικογενειακές – Κοινωνικές συνθήκες:** Ζει με τον σύζυγο της και το γιο τους

**Ενδιαφέροντα δραστηριότητες:** Διάβασμα

**Εμπειρίες από προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο:** Θετικές

**Γ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Κατ' εντολή του ιατρού, κατάκλιση της εγκύου σε αριστερή πλαγία θέση και αύξηση της ενυδάτωσης. Ενδοφλέβια έγχυση τοκολυτικών: Duvadillan και Β-Μεθαζόνης –σύμφωνα με το πρωτόκολλο χορήγησης τοκολυτικών φαρμάκων-.

Ύστερα από μια εβδομάδα όμως, κι ενώ η έγκυος διένυε την 32<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης παρουσίασε σημαντική αιμορραγία από τον κόλπο, κι αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την άμεση διακομίδή της στο χειρουργείο για καισαρική τομή.

### **Δ. ΕΞΕΛΙΞΗ**

#### **Κατάσταση του νεογνού κατά τη γέννηση**

(α) Βάρος γέννησης: 2.200gr

(β) Κατά Apgar βαθμολόγηση: 8

(γ) Έκλαψε αμέσως; Ναι

(δ) Χρειάστηκε ιδιαίτερη ή εντατική φροντίδα: Ναι ,μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο Παιδων «Αγλαΐα Κυριακού», σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης πρόωρων.

(ε) Ανωμαλίες κατά τη γέννηση: -

**Κατάσταση της μητέρας μετά τη γέννηση:** Παραμένει στη κλινική και η κατάστασή της είναι σταθερή.



**III. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

<b>ΗΜΕΡΟ-ΜΗΝΙΑ</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b>	<b>ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ</b>
6/3/03	Αγωνία και φόβος της εγκύου που οφείλεται στο ενδεχόμενο πρόωρου τοκετού	Ελάττωση του φόβου και του άγχους της εγκύου	Ενημέρωση της εγκύου για την κατάσταση της	Η σωστή ενημέρωση, θα βοηθήσει την έγκυο να αποβάλλει το άγχος και να ηρεμήσει
6/3/03	Αιμορραγία που οφείλεται σε παραχείλιο προδρομικό πλακούντα	Η αναστολή της αιμορραγίας	Ενθάρρυνση της εγκύου να ξαπλώσει σε αριστερή πλάγια θέση  Παροχή υγρών από το στόμα ή IV	Η παραμονή της σε αριστερή πλάγια θέση θα αυξήσει την οξυγόνωση του εμβρύου και την αιματική ροή της μήτρας  Η παροχή υγρών θα βοηθήσει την ενυδάτωση της εγκύου
7/3/03	Η παραμονή της εγκύου σε αριστερά πλάγια θέση και η ενυδάτωση από μόνα τους δεν αποδίδουν στην αναστολή της αιμορραγίας	Η αναστολή της αιμορραγίας μέσω της έναρξης ενδοφλέβιας έγχυσης τοκολυτικών φαρμάκων (Duvadillan και B-Methazone)	Εξήγηση στην έγκυο, της αναγκαιότητας λήψεως των τοκολυτικών φαρμάκων.	Η ενημέρωση της εγκύου, θα τη βοηθήσει να αντιληφθεί τη σπουδαιότητα των τοκολυτικών  (συνεχίζεται)

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

<b>ΗΜΕΡΟ-ΜΗΝΙΑ</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b>	<b>ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ</b>
7/3/03	Η παραμονή της εγκύου σε αριστερά πλάγια θέση και η ενυδάτωση από μόνα τους δεν αποδίδουν στην αναστολή της αιμορραγίας	Η αναστολή της αιμορραγίας μέσω της έναρξης ενδοφλέβιας έγχυσης τοκολυτικών φαρμάκων (Duvadillan και B-Methazone)	Η ενδοφλέβια έγχυση του τοκολυτικού, πρέπει να γίνει τηρώντας πιστά το πρωτόκολλο χορήγησης τοκολυτικών	Η έγχυση του φαρμάκου με βάση τις αρχές χορήγησής του θα βοηθήσει στην αποφυγή επιπλοκών.
10/3/03	Η έγκυος αισθάνεται κόουραση και δυσφορία, που οφείλεται στη μακρόχρονη παραμονή της στο κρεβάτι	Η ανακούφιση της εγκύου	Παροχή μέσων προς ανακούφιση της εγκύου: περιβάλλον ήρεμο, βοήθεια της εγκύου στην ατομική της υγιεινή, εντριβές	Η παροχή μέσων ανακούφισης θα βοηθήσει την έγκυο να απαλλαγεί από το αίσθημα της κόουρασης και της δυσφορίας που αισθάνεται από την παρατεταμένη κατάκλισή της
13/3/03	Σημαντική αύξηση της αιμορραγίας που οφείλεται σε αποκόλληση προδρομικού πλακούντα γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα την εντολή για επείγουσα καισαρική επέμβαση.	Καθησυχασμός της εγκύου και των οικείων της για την επέμβαση  Προετοιμασία της εγκύου για την καισαρική	Ενημέρωση σχετικά με την αναγκαιότητα της επεμβάσεως καθώς και για την παρουσία Νεογνολόγου κατά τη διάρκεια της επέμβασης  Προεγχειρητική ετοιμασία της εγκύου για καισαρική	Η ενημέρωση θα βοηθήσει την έγκυο αλλά και τους συγγενείς της να μετριάσουν το άγχος και το φόβο που αισθάνονται.  <i>(συνεχίζεται)</i>

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

<b>ΗΜΕΡΟ-ΜΗΝΙΑ</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b>	<b>ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ</b>
13/3/03	Γέννηση νεογνού (θηλέως), βάρους 2.200gr	Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του πρόωρου νεογνού	Βαθμολόγηση του πρόωρου κατά Apgar, σε συνεργασία πάντα με τον Νεογνολόγο	Η βαθμολόγηση κατά Apgar δίνει σαφή εικόνα της κατάστασης του νεογνού
14/3/03	Αγωνία και φόβος της εγκύου για την υγεία του παιδιού της	Καθησυχασμός της εγκύου	Ενημέρωση της εγκύου για την μεταφορά του παιδιού της στη μονάδα νεογνών του «Αγλαΐα Κυριακού», στην Αθήνα  Ενημέρωση για την πορεία υγείας του παιδιού της.	Η ενημέρωση θα βοηθήσει τη γυναίκα να μετριάσει την αγωνία και το φόβο που αισθάνεται.  Η ενημέρωση σχετικά με τη πορεία του νεογνού κρίνεται απαραίτητη δεδομένου του ότι η ίδια λόγω της παραμονής της στη κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση, αδυνατεί να το επισκεφτεί στη μονάδα νεογνών όπου νοσηλεύεται

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η περίπτωση πρόωρου τοκετού που περιγράφηκε αφορούσε μια γυναίκα 24 ετών, με 1 τελειόμηνο τοκετό στο ιστορικό της. Η γυναίκα κατά τη διάρκεια της παρούσας εγκυμοσύνης, δεν είχε παρουσιάσει καμία διαταραχή μέχρι την 31η εβδομάδα κύησης. Μάλιστα, ούτε βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό είχε, αλλά ούτε και πληρούσε κανέναν από τους παράγοντες αυξημένου κινδύνου για έναρξη πρόωρου τοκετού. Κατά συνέπεια λοιπόν, δεν άνηκε στην ομάδα αυτή των εγκύων που βρίσκονται σε κίνδυνο για πρόωρο τοκετό.

Η έγκυος ήρθε στη κλινική, με μοναδικό σύμπτωμα τη παρουσία ήπιας αιμορραγίας από τον κόλπο. Είναι γνωστό ότι όταν η αιμορραγία συμβαίνει στο δεύτερο τρίμηνο, έχει σαν αιτία συνήθως, αποκόλληση του κανονικά προσκολλημένου πλακούντα. Για το λόγο αυτό λοιπόν, έγινε αμέσως υπερηχογραφικός έλεγχος, ο οποίος και έδειξε την παρουσία παραχείλιου προδρομικού πλακούντα.

Αμέσως συστάθηκε από τους ιατρούς ο κλινοστατισμός της εγκύου σε αριστερή πλάγια θέση και αύξηση της ενυδάτωσης, για αύξηση της οξυγόνωσης του εμβρύου και της αιματικής ροής της μήτρας, όπως και έγινε. Καθ' ότι η έγκυος όμως βρισκόταν σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση, το νοσηλευτικό προσωπικό φρόντιζε να μετριάσει το άγχος και το φόβο της, υποστηρίζοντάς την ψυχολογικά και ενημερώνοντάς την συνεχώς για την κατάστασή της, με αποτέλεσμα την σημαντική μείωση του stress που αισθανόταν.

Ο κλινοστατισμός και η ενυδάτωση, δεν απέδωσαν -από μόνα τους- στην αναστολή των συμπτωμάτων. Έτσι, αποφασίσθηκε η έναρξη τοκολυτικής θεραπείας με Duvadillan και B-Methazone (το B-Methazone χορηγήθηκε για βοήθεια της αναπνευστικής ωριμότητας του εμβρύου). Τα τοκολυτικά αυτά φάρμακα χορηγήθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό σύμφωνα με τις αρχές χορηγήσεως τοκολυτικών φαρμάκων, προς αποφυγή επιπλοκών αλλά και προκειμένου να εξασφαλισθεί μια όσο το δυνατόν περισσότερο θετική έκβαση

της θεραπείας.

Η μακρόχρονη παραμονή της εγκύου στο κρεβάτι, ώθησε το νοσηλευτικό προσωπικό στην ανεύρεση μέσων ανακούφισης της εγκύου. Τα μέσα αυτά προς ανακούφιση της εγκύου είχαν τελικά αποτέλεσμα καθ' ότι η έγκυος έπειτα από λίγο αισθανόταν πιο ξεκούραστη.

Από τα μέχρι στιγμής λοιπόν, γίνεται φανερό ότι καταβάλλεται σημαντική προσπάθεια και από μέρους του ιατρικού αλλά και από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού για αναστολή του πρόωρου τοκετού, με συντηρητικά μέσα (κλινιστατισμός, ενυδάτωση, τοκολυτικά φάρμακα).

Λόγω αποκόλλησης όμως του προδρομικού πλακούντος με σημαντική αιμορραγία (32<sup>η</sup> εβδομάδα), αποφασίζεται η άμεση μεταφορά της εγκύου στο χειρουργείο για καισαρική τομή.

Η ξαφνική αυτή εξέλιξη στην κατάσταση της εγκύου έχει σαν αποτέλεσμα τη διακοπή της συντηρητικής αντιμετώπισης της κατάστασής της, Η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού να ενημερώσει την έγκυο αλλά και τους συγγενείς για το τι πρόκειται να συμβεί, απέδωσε καθώς μετριάστηκε κατά πολύ το άγχος και η αγωνία τους.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι στη προκειμένη περίπτωση, ενώ έγιναν όλες οι απαραίτητες ενέργειες τόσο από τους ιατρούς όσο και από τους νοσηλευτές για αναστολή του πρόωρου τοκετού, εντούτοις λόγω αποκόλλησης του προδρομικού πλακούντα πραγματοποιήθηκε καισαρική τομή, όπου μέσω μιας συντονισμένης προσπάθειας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, επετεύχθη η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού με ικανοποιητική κατάσταση υγείας (8 κατά Apgar).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο πρόωρος τοκετός εξακολουθεί να αποτελεί μια βαρύτατη επιπλοκή με συνέπειες όχι μόνον ιατρικές αλλά και κοινωνικές και εθνικές. Για το λόγο αυτό, απαιτείται η διερεύνηση των γνώσεων όλων όσων ασχολούνται με τον πρόωρο τοκετό, σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπισή του, προκειμένου να βελτιωθεί το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Έτσι λοιπόν οι γιατροί, οι μαίες και οι νοσηλεύτες, πρέπει κατά την παρακολούθηση των εγκύων να συμβάλλουν από την αρχή στην έρευνα των αιτιών του πρόωρου τοκετού και να επιβάλλουν τα ανάλογα θεραπευτικά μέτρα. Όταν η παρακολούθηση είναι συστηματική και όταν σε κάθε επίσκεψη γίνεται προσδιορισμός του βαθμού κινδύνου για πρόωρο τοκετό –μέσω των παραγόντων κινδύνου-, τότε μπορούν έγκαιρα να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες.

Παράλληλα οι νοσηλεύτες οφείλουν να βοηθήσουν –μέσω της ενημέρωσης- τις εγκύους, να συνειδητοποιήσουν πως η εγκυμοσύνη είναι μια κατάσταση που έχει ανάγκη προσεκτικής παρακολούθησης και πως ο πρόωρος τοκετός είναι μια βαριά επιπλοκή της οποίας δεν αποτελούν λύση τα μεγάλα κέντρα πρόωρων (εντατικές μονάδες νεογνών), καθώς η θερμοκοιτίδα δεν μπορεί να αναπληρώσει επιτυχώς πάντοτε την μητέρα.

Τέλος, οι αρχές θα πρέπει να θεσπίσουν νομοθετικά τη μόνιμη παρακολούθηση των εγκύων και την υποχρεωτική ανάπαυση κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, -αν όχι για όλες τις έγκυες- τουλάχιστον για όσες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό.(Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, 1979).

Όλα αυτά βέβαια απαιτούν συνεχή και επίπονη προσπάθεια εκ μέρους όλων όσων ασχολούνται με τον πρόωρο τοκετό, ωστόσο όμως η σημασία του σκοπού την επιβάλλει.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αραβαντινός Δ.Ι., (1989). Μαιευτική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, σελ 339-354
- Αραβαντινός, Δ.Ι., (1994). Μαιευτικά και γυναικολογικά νέα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, σελ 384
- Besinger, R., Niebyl, J., Keyes, W.G. (1991) Randomized comparative trial of indomethacin and ritordine for the long-term treatment of preterm labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 164:981
- Carlan, S.J., O' Brien, W.F., O' Leary T.D., Mastrogiannis, D.(1992). Randomized comparative trial of indomethacin and sulinac for the treatment of refractory preterm labor. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 79:223-228.
- Copper, R.L., Goldenberg, R.L, Davis, RO, Cutter, G.R., DuBard M.B., Corliss D.K, (1990). Warning symptoms, uterine contractions and cervical examination findings in women at risk of preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 162:748-754.
- C.P.L.I.G., Canadian Preterm Labor Investigators Group, (1992). The treatment of preterm labor with beta-adrenergic agonist ritordine. *New England Journal of Medicine*, 327:308.
- Creasy, R. (1989). Preterm labor and delivery. In R. Creasy & R. Resnik (Eds.), *Maternal-fetal medicine: Principles and practice* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Creasy, R. (1994). Preterm labor and delivery. In: Creasy R.K., Resnik R., (Eds). *Maternal-Fetal Medicine 3rd Edition*. W.B. Saunders, p:494
- Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής (1979). Θέματα προληπτικής Ιατρικής, Εκδόσεις Α.Λιβάνης και Σια., Αθήνα, σελ 221-225.
- Eronen, M., Personen, E., Kurki, T.(1991). The effects of indomethacin and a B-sympathomimetic agent on the fetal ductus during treatment of premature labor. A randomized double-blind study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 164:141

- Ferguson, J.E., Dyson D.C., Schutz, T. (1990). A comparison of tocolysis with nifedipine or ritordine: Analysis of efficacy and maternal, fetal outcome, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163:105
- Garite, T. J. and Lockwood, C. J. (1996). A new test for diagnosis and prediction of preterm delivery. *Contemporary OB-GYN*, 41(1), 77-93.
- Ζούρλας, Π.Α., (1986). Μαθήματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα, σελ 292
- Iams, J.D., Casal, D., McGregor, J.A., Goodwin, T.M., Kraeden, U.S., Lowensohn, R. (1995) Fetal fibronectin improves the accuracy of diagnosis of preterm labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173:141-145.
- Καλογερόπουλος, Α.Π., (1992). Μαιευτική, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ 121-129
- Καρπάθιος, Σ.Ε., (1999). Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Τόμος 1, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ 372-388
- Klein, L., & Goldenberg, R. (Eds) (1990). Prenatal care and its effect on preterm birth and low birth weight. *New perspectives on prenatal care*. NewYork: Elsevier.
- Κρεατσάς, Γ.Κ., (1998). Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος 2, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ 285-289
- Kulb, N. (1990). Preterm labor. In K. Buckley & N. Kulb (Eds), *High risk maternity nursing manual*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lockwood, C. J. (1995). The diagnosis of preterm labor and the prediction of preterm delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 38(4), 675-687.
- Μαμόπουλος Μ.Α., (1988). Κύηση Υψηλού Κινδύνου, Ιατρικές Εκδόσεις Άλεξ Σιώξη, Θεσσαλονίκη, σελ 179-189
- Μαμόπουλος Μ.Α., και Γ.Β. Φαρμακίδης, (1996). Εμβρυομητρική Ιατρική, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ 212-228
- Μανταλενάκης, Σ.Ι., (1996). Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, σελ 284-294



- Manelle, N., Lauman, V., Lazar, P. (1984). Prematurity and occupational activity during pregnancy. *American Journal of epidemiology*, 119:309
- McCombs, J., (1995). Update on tocolytic therapy. *Ann Pharmacother*, 29:515-522.
- Melin P.(1993). Oxytocin antagonists in preterm labor and delivery. In: *Ballierre's Clinical Obstetrics and Gynecology*, 7:577
- Moise, K.J., Huhta, J.C., Dawood, S. (1988). Indomethakine in the treatment of preterm labor: Effects on the human fetal ductus arteriosus. *New England Journal of Medicine*, 319:327.
- Moore ML, Freda MC. Reducing preterm and low birth weight births: Still a nursing challenge. *MCN*. 1998;23(4):200-208.)
- Morrison J. Preterm birth: A puzzle worth solving. *Obstet Gynecol*. 1990;76(1):5S-12S.)
- Neal, A., & Bockman, V. (1992). Preterm labor and premature rupture of membranes. In L. Mandeville & N. Troiano (Eds), *High- risk intrapartum nursing* (pp.57-81). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Newton, R., Webster, P., Binu, P. (1979). Psychological stress in pregnancy and its relation to onset of prematyre labor. *British Medical Journal*, 2:411
- Παπανικολάου, (1994). Γυναικολογία, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, σελ 232
- Παπανικολάου, (1994). Μαιευτική, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, σελ 100-107,148-149,160,261,269,286-287,437-431,514
- Parsons, M.,& Spellacy, W. (Eds.) (1994).*Danforth's obstetrics and gynecology*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Romero, R., Oyarzum, E., Mazor, M. et al. (1989). Meta analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstetrics and Gynecology*, 73:576.
- Romero, R., Mazor, M., Munoz, H., Gomez, R., Galasso, M., Sherer, D. (1994). The prererm labor syndrome. *Ann N.Y. Acad Sci*. 734:414-429.

- Shapiro, J.P.(2001). Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, Ελληνική μετάφραση: Σιορφάνε, Α., Καραχάλιος, Γ., Εκδόσεις Έλλην, σελ: 206,215,217,322-323,362-364
- Τραγέα, Ρ., (1999). Μαιευτική Φροντίδα, Τόμος 2, Εκδόσεις Δημήτριος Γιαννακόπουλος, Αθήνα, σελ 145
- Τριχόπουλος, Δ και Α. Τριχοπούλου., (1986). Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, σελ 141, 147
- Utter, G., Dooley, S., Tamura, R., & Socol, M. (1990). Awaiting cervical change for the dignosis of preterm labor does not compromise the efficacy of ritordine tocolysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 163:882-886.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΚΑΤΑ APGAR**

Κλινικά σημεία	Βαθμολόγηση		
	0	1	2
Καρδιακοί παλμοί	Δεν υπάρχουν	Κάτω από 100/1΄	Πάνω από 100/1΄
Αναπνοή	Δεν υπάρχει	Αργή και άρρυθμη	Καλή, κλάμα ζωηρό
Μυϊκός τόνος	Χαλαρός	Άκρα σε κάμψη	Ενεργητικές κινήσεις
Αντίδραση	Καμιά	Μορφασμός	Βήχας ή φτάρνισμα
Χροιά δέρματος	Ωχρή ή κυανωτική	Σώμα ροδαλό, άκρα κυανωτικά	Ολόκληρο το σώμα ροδαλό

Η βαθμολογία Apgar χρησιμοποιείται για την κλινική εκτίμηση του νεογνού. Ο συντελεστής Apgar προκύπτει από τη βαθμολογία 0,1,2 των παραπάνω κριτηρίων. Αν από το σύνολο της βαθμολογίας των κριτηρίων αυτών προκύψει ο αριθμός 10, τότε το νεογνό βρίσκεται σε άριστη κατάσταση.

Αν προκύψει βαθμολογία μεταξύ 8-10, τότε η κατάστασή του θεωρείται καλή. Αν μεταξύ 4-7, τότε είναι μέτρια. Αν είναι μεταξύ 0-3, τότε είναι βαριά.

Ο συντελεστής Apgar προσδιορίζεται στο πρώτο, στο δεύτερο και στο πλεπτό της ώρας μετά τη γέννηση του νεογνού. Αν η κατάστασή του είναι βαριά, εξακολουθεί ο προσδιορισμός του ως το εικοστό λεπτό.