

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
"Φυσιολογικός Τοκετός"

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:
ΓΕΩΡΓΑΚΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Dr. ΧΑΣΜΑΝ ΑΜΠΕΤ

Πάτρα 2002



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΜΕΡΟΣ Α΄	5
♦ Ορισμοί Φυσιολογικού Τοκετού	6
♦ Τοκετός – Η δράση της μήτρας.....	8
♦ Μεταβολές στο γεννητικό σωλήνα κατά την έναρξη του τοκετού 10	
♦ Ο γεννητικός σωλήνας κατά την έναρξη του δεύτερου σταδίου 10	
♦ Μεταβολές στο γεννητικό σύστημα	11
♦ Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού.....	12
♦ Αίτια έναρξης τοκετού	19
♦ Διάγνωση τοκετού	20
♦ Διάγνωση τοκετού	20
♦ Εξέλιξη του τοκετού	22
♦ Οργάνωση του χώρου – Αίθουσα τοκετού	24
♦ Στάδια τοκετού	28
♦ Πρώτο στάδιο (Διαστολής).....	28
♦ Δεύτερο Στάδιο (Εξώθησης)	31
♦ Τρίτο Στάδιο (Αντιμετώπισης του τοκετού).....	32
♦ Λοχεία – Φυσιολογικά φαινόμενα.....	45
ΜΕΡΟΣ Β΄	50
♦ Νοσηλευτικές επισημάνσεις.....	51
♦ Προειδοποιητικά σημεία του τοκετού	52
♦ Ξεχωρίζοντας των Ψευδή τοκετό από τον Πραγματικό Τοκετό ...	53
♦ Πόνος κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννησης.....	53
♦ Γενικές αρχές της αντιμετώπισης του πόνου.	55

◆ Προετοιμασία για τον τοκετό	56
◆ Βασική νοσηλευτική φροντίδα στην αντιμετώπιση του πόνου.....	60
◆ Βασική νοσηλευτική φροντίδα κατά την εισαγωγή	64
◆ Βασική νοσηλευτική φροντίδα κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού	74
◆ Βασική νοσηλευτική φροντίδα κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού	78
◆ Βασική νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια του τρίτου σταδίου του τοκετού.....	84
◆ Νοσηλευτική φροντίδα λεχωίδας.....	87
◆ Νοσηλευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών της λοχείας	93
ΜΕΡΟΣ Γ΄	97
◆ Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική φροντίδα εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας σε επίτοκο με φυσιολογικό τοκετό	98
Πρώτο περιστατικό.....	98
Δεύτερο περιστατικό.....	102
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είναι μεγάλη μου τιμή να επισφραγίσω τέσσερα χρόνια σπουδών στο Τ.Ε.Ι. Νοσηλευτικής Πατρών με αυτήν την πτυχιακή εργασία, που έχει θέμα «φυσιολογικός τοκετός». Ένα θέμα που με μεγάλη μου χαρά ανέλαβα να φέρω εις πέρας, ύστερα από προτροπή του Μαιευτήρα – Γυναικολόγου Dr. Χασμάν Αμπέτ, που είναι και ο υπεύθυνος για την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Θα ήθελα λοιπόν να τον ευχαριστήσω που μου έδωσε την δυνατότητα να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου, γι' αυτό το τόσο σπουδαίο και θαυματουργό γεγονός.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω το ιδιωτικό Μαιευτήριο Πατρών, το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό που μου επέτρεψαν να παρακολουθήσω και από κοντά τη γέννηση ενός νέου ανθρώπου.

Τέλος χρωστώ ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους μου συμπαραστάθηκαν ηθικά, σε όσους μου πρόσφεραν την πολύτιμη συνεργασία τους, παρέχοντάς μου τις επιστημονικές γνώσεις και την εμπειρία τους στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο λόγος για τον οποίο γίνεται η εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι η απόκτηση γνώσεων και εμπειριών που σίγουρα θα μου φανούν πολύ χρήσιμες τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο.

Δεν κρύβω ωστόσο τη φιλοδοξία μου να εργαστώ μελλοντικά σε κάποια μαιευτική κλινική, ήταν και είναι ένα όνειρο πολλών χρόνων. Ευελπιστώ λοιπόν η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελέσει μια καλή αρχή...

ΜΕΡΟΣ Α΄

♦ Ορισμοί Φυσιολογικού Τοκετού

Ο φυσιολογικός τοκετός είναι το σύνολο των φυσιολογικών εκείνων λειτουργιών, που αποσκοπούν στην αυτόματη έξοδο του εμβρύου με τους υμένες του, τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα, από τον πυλογεννητικό σωλήνα. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου είναι απαραίτητη η υποκατάσταση των φυσιολογικών λειτουργιών από διάφορους εγχειρητικούς μαιευτικούς χειρισμούς ή μεθόδους, ο τοκετός παίρνει τον ανάλογο χαρακτηρισμό. Έτσι, λοιπόν, χαρακτηρίζεται ως τοκετός με αναρροφητήρα, τοκετός με εμβρουσκία, τοκετός με εξελκυσμό, με μετασχηματισμό και εξελκυσμό, με καισαρική τομή κ.λ.π.

Ο φυσιολογικός τοκετός αναφέρεται κατά κύριο λόγο στις περιπτώσεις με βολή, αφού ακόμη και στην καλύτερη περίπτωση η ισχιακή προβολή προϋποθέτει τη διενέργεια κάποιων μαιευτικών χειρισμών από έμπειρο μαιευτήρα, που αν και σχετικά ακίνδυνοι για τη μητέρα, εντούτοις συνεπάγονται σπάνιους μεν αλλά σοβαρούς κινδύνους για το έμβryo.

Η έννοια του φυσιολογικού τοκετού δεν είναι δυνατό ούτε αποδεκτό, να προσδιορίζεται με αυστηρά και δογματικά πλαίσια. Για το χαρακτηρισμό του ως φυσιολογικού είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη πολλές παράμετροι, όπως η χρονική του διάρκεια, η συνεχής πρόοδος των διαφόρων επιμέρους παραμέτρων του (διαστολή και εμπέδωση), η γενική κατάσταση της μητέρας και του εμβρύου, οι τυχόν κακώσεις που δημιουργούνται στη μητέρα και το έμβryo, η βαθμολογία των ζωτικών σημείων του νεογνού (δείκτης Apgar) και η μετέπειτα ψυχοσωματική του εξέλιξη.

Η διαδικασία της εξέλιξης του τοκετού δεν είναι απλά και μόνο ένα μηχανικό φαινόμενο. Η σύγχρονη αντίληψη στη μαιευτική πράξη επιδιώκει την κατά το δυνατό ατραυματική διεκπεραίωση του τοκετού, ώστε το νεογνό να παραδοθεί στο νεογνολογικό τμήμα με τις καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις για μια καλή ανταπόκρισή του στη νεογνολογική φροντίδα.

Από μια άλλη άποψη, ο φυσιολογικός τοκετός είναι ένα αυτόματο και αυτοδύναμο φαινόμενο. Με την έννοια αυτή, δεν νοείται η αποδοχή της συστηματικής χορήγησης ωδινοποιητικών φαρμάκων.

Η έννοια τον φυσιολογικού τοκετού δεν υπόκειται σε καμία διαφοροποίηση, από άποψη ορολογίας, από την ηλικία της κύησης που τυχαίνει να επισυμβεί. Απλά και μόνο ο φυσιολογικός τοκετός χαρακτηρίζεται ως φυσιολογικός τοκετός ανώριμου εμβρύου (βάρους 500 - 999 g, πρόωρος φυσιολογικός τοκετός μέχρι και την 36^η εβδομάδα της κύησης), ώριμος φυσιολογικός τοκετός (από την 37^η έως και την 41^η εβδομάδα), υπερώριμος ή παρατασιακός φυσιολογικός τοκετός (μετά την 42 εβδομάδα).

Προτοκετός

Ο προτοκετός (prelabor) είναι η περίοδος που προηγείται της κλινικής έναρξης του τοκετού και χαρακτηρίζεται από ασυντόνιστη μυομητρική δραστηριότητα, που οδηγεί στην εγκατάσταση ορισμένων προπαρασκευαστικών μεταβολών. Οι μεταβολές αυτές αφορούν την εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου και την ωρίμανση και διαστολή του τραχήλου της μήτρας.

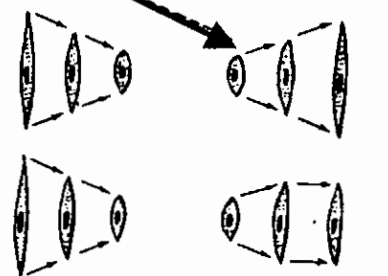
Η μέση διαστολή του εξωτερικού τραχηλικού στομίου, κατά τις τελευταίες προ του τοκετού ημέρες, υπολογίζεται σε 1,8 cm για τις

πρωτοτόκες και 2,2 cm για τις πολυτόκες, ενώ η εξάλειψη του τραχήλου στις άτοκες φθάνει μέχρι και 70% περίπου.

♦ Τοκετός – Η δράση της μήτρας

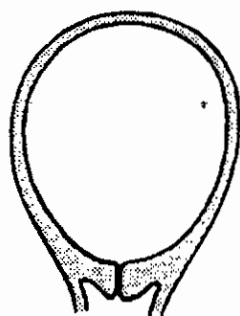
Οι ίνες του μυομητρίου συσπώνται και χαλαρώνουν όπως όλοι οι μύες.

Στον τοκετό, όταν οι μυϊκές ίνες χαλαρώνουν δεν επανέρχονται στο αρχικό τους μήκος, αλλά προοδευτικά γίνονται βραχύτερες: Αυτό καλείται ΣΥΡΡΙΚΝΩΣΗ

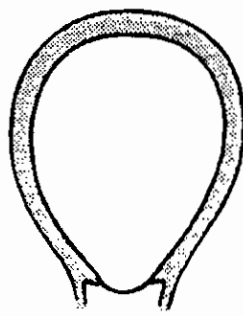


Συρρίκνωση

Έτσι η χωρητικότητα της μητρικής κοιλότητας ελαττώνεται προοδευτικά και αυξάνεται το πάχος του τοιχώματος της μήτρας.



Πριν από τον τοκετό



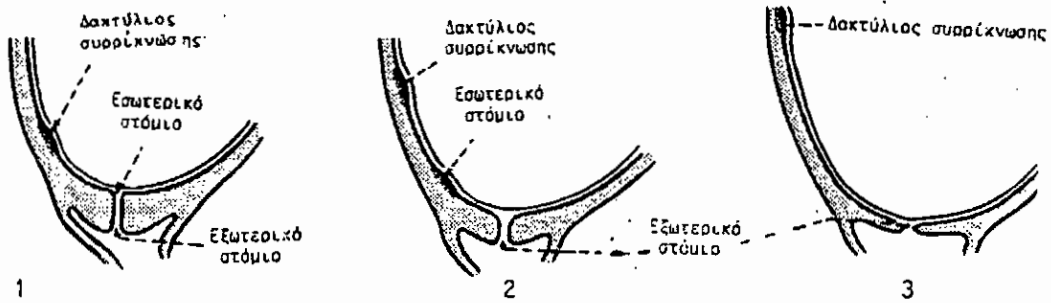
Κατά τον τοκετό

Καθώς εξελίσσεται ο τοκετός, οι συστολές αυξάνουν σε συχνότητα, ένταση και διάρκεια. Ο μυς του κατώτερου τμήματος της μήτρας, είναι λεπτός και σχετικά παθητικός. Ο τράχηλος αποτελείται κύρια από ινώδη συνδετικό ιστό.

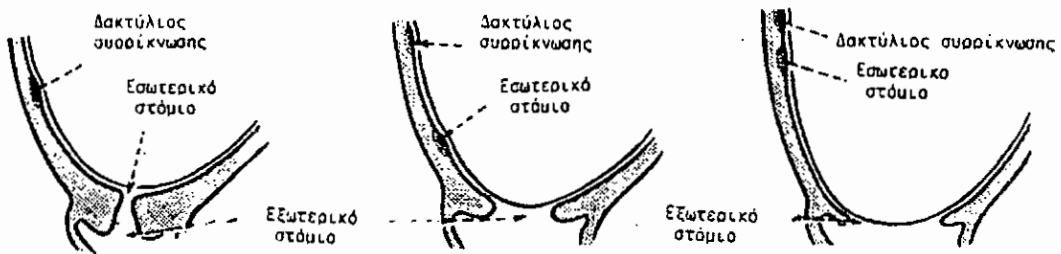
Η ενέργεια της προοδευτικής συρρίκνωσης του ανώτερου μυϊκού τμήματος, είναι να διατεινει και να λεπτύνει το κατώτερο τμήμα και

Φυσιολογικός Τοκετός

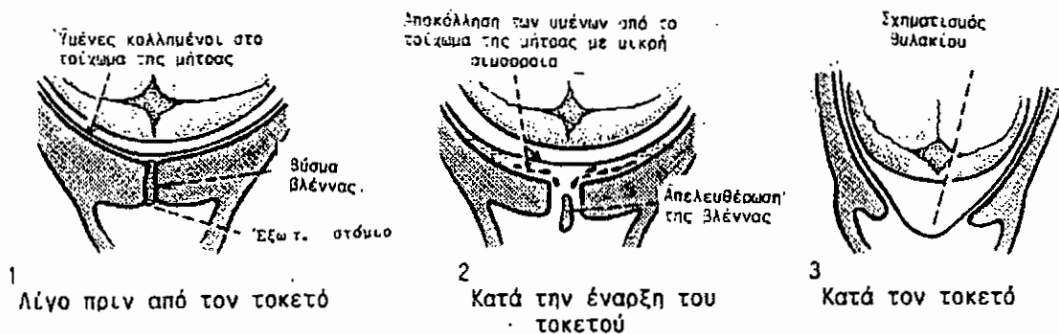
να προκαλέσει εξάλειψη και διαστολή του τραχήλου. Το όριο συνένωσης μεταξύ του ανώτερου και του κατώτερου τμήματος καλείται φυσιολογικός δακτύλιος συρρίκνωσης.



Στην πρωτοτόκο η εξάλειψη είναι πιο έντονη. Στις πολυτόκες η διαστολή και η εξάλειψη γίνονται παράλληλα.



Η εξάλειψη και η διαστολή του τραχήλου, προκαλεί αποκόλληση των υμένων από την περιοχή του εσωτερικού στομίου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αιμόρροιας και την απελευθέρωση της βλέννας που επιπωματίζει τον τράχηλο. Αυτά αποτελούν σημεία έναρξης της διαστολής και επιτρέπουν το σχηματισμό του θυλακίου



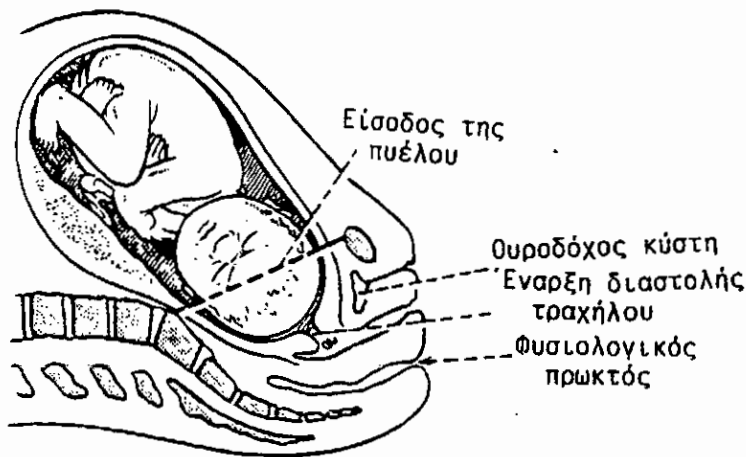
♦ **Μεταβολές στο γεννητικό σωλήνα κατά την έναρξη του τοκετού**

Ο τοκετός διαιρείται σε τρία στάδια:

Πρώτο Στάδιο.... μέχρι την πλήρη διαστολή του τραχήλου.

Δεύτερο Στάδιο.... από την πλήρη διαστολή μέχρι τη γέννηση του νεογνού

Τρίτο Στάδιο..... από τη γέννηση του νεογνού μέχρι την έξοδο του πλακούντα.

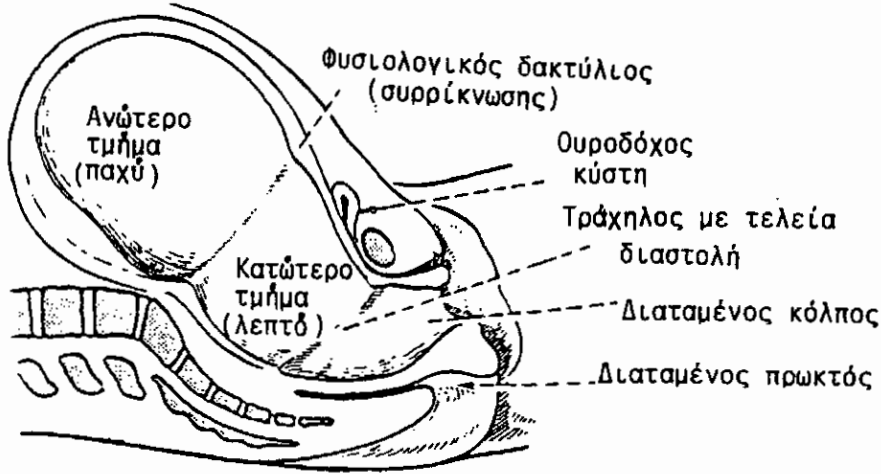


♦ **Ο γεννητικός σωλήνας κατά την έναρξη του δεύτερου σταδίου**

Η κάθοδος του εμβρύου, παρατηρείται στη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου σταδίου του τοκετού.

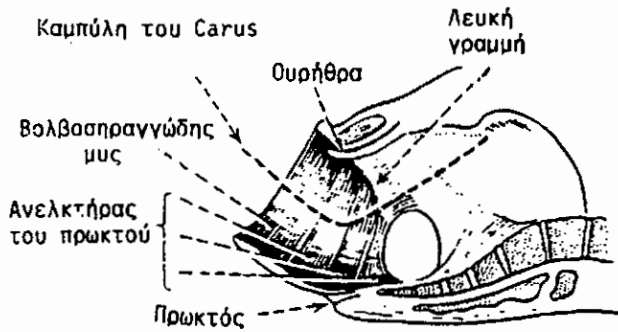
Ο γεννητικός σωλήνας σχηματίζεται από τη διαστολή του τραχήλου και του κόλπου και από τη διάταση και απόθεση των μυών του πυελικού εδάφους και του περινέου. Η ουροδόχος κύστη έλκεται

πάνω από την ηβική σύμφυση επειδή είναι προσκολλημένη στη μήτρα. Η ουρήθρα επιμηκύνεται και το έντερο συμπιέζεται.



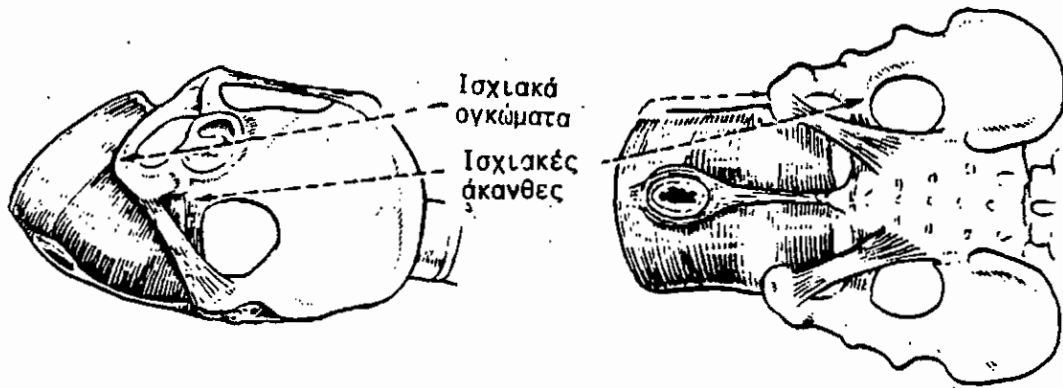
◆ Μεταβολές στο γεννητικό σύστημα

Στο τέλος του Δεύτερου Σταδίου, ο γεννητικός σωλήνας έχει σχηματιστεί τέλεια. Η έξοδος του σωλήνα βρίσκεται σε ορθή γωνία με την είσοδο. Η γωνίωση αυτή καλείται καμπύλη του Carus.

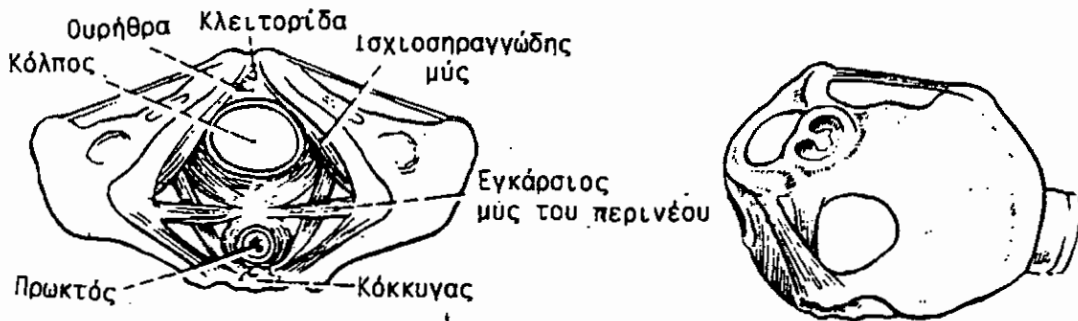


(Τα διαγράμματα αυτά τονίζουν πως η διάταση και η μετατόπιση έχουν φέρει το αιδοίο σε χαμηλότερη από τη φυσιολογική του θέση)

Διαστολή του γεννητικού σωλήνα



Ο γεννητικός σωλήνας όπως φαίνεται από έξω ... και από πίσω



Η διάταση και η μετατόπιση όπως

Φυσιολογικός γεννητικός

φαίνεται από κάτω (μετά τον
τοκετό)

σωλήνας κατά την έναρξη του
τοκετού

◆ Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού

Ο μηχανισμός του τοκετού είναι το σύνολο των παθητικών κινήσεων του εμβρύου, με τις οποίες διέρχεται τον πυλογεννητικό σωλήνα. Οι κινήσεις αυτές είναι: η κάθοδος, η κάμψη, η έκταση και οι στροφές που εκτελούνται από την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου κατά τη διέλευση της από τα διάφορα επίπεδα του πυελογεννητικού σωλήνα.

Για την κατανόηση των κινήσεων περιγράφεται περιληπτικά η ανατομία της μικρής πυέλου με τις διαστάσεις της, καθώς και οι κύριες διαστάσεις του εμβρύου.

Διαίρεση και διαστάσεις της μικρής πυέλου:

Ο πυελογεννητικός σωλήνας για περιγραφικούς λόγους διαιρείται σε 4 επίπεδα: την είσοδο, την ευρυχωρία, το στενό και την έξοδο.

(I) Η είσοδος ορίζεται από το ακρωτήριο των μαιευτήρων, δηλαδή το σημείο συνένωσης των σπονδύλων O_5I_1 , την ιερολαγόνιο άρθρωση, την ανώνυμη γραμμή, τα λαγονοκτενικά ογκώματα και το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης. Οι διαμέτροί της είναι: η προσθιοπίθια: 11 εκ. , η εγκάρσια: 13 εκ. και οι λοξές: 12 εκ.

(II) Η ευρυχωρία: Ορίζεται από τη συνοστέωση των 12/13 σπονδύλων, η μεσότητα του ανώνυμου οστού και η μέση της οπίσθιας επιφάνειας της ηβικής σύμφυσης. Όλες οι διαμέτροί της είναι: 12 εκ.

~~(III) Το στενό ορίζεται από τις ισχιακές ακάνθες, την άκρη του~~
ιερού οστού και το οπίσθιο χείλος της ηβικής σύμφυσης. Οι διαμέτροι του είναι: η προσθιοπίθια: 11 εκ. και η εγκάρσια ή διακανθική, που είναι η σπουδαιότερη και στενότερη: 10 εκ.

(IV) Η έξοδος ορίζεται από την κορυφή του κόκκυγα, από τα ισχιακά κυρτώματα και το οπίσθιο χείλος της ηβικής σύμφυσης. Οι διαστάσεις της είναι: η προσθιοπίθια: 9,5 εκ., φθάνοντας τα 12 εκ. όταν ο κόκκυγας κινείται προς τα πίσω και η εγκάρσια που ενώνει τα δύο ισχιακά κυρτώματα: 11 εκ.

Διάμετροι εμβρύου: Οι διαμέτροι της κεφαλής και του σώματος του εμβρύου είναι:

διάμετροι κεφαλικής

Υπνιοβρεγματική	: 9,5 εκ.
Υπνιομετωπική	: 10,5 εκ.
Ινιομετωπική	: 11,5 εκ.
Πωγωνοϊνιακή	: 14,0 εκ.
Υπογωνωβρεγματική	: 9,5 εκ.
Ανφιβρεγματική	: 9,5 εκ.
Ανφικροταφική	: 8,5 εκ.
Μετωπομαστοειδική	: 9,5 εκ.

Διάμετρος κορμού:

Αμφιακρωμιακή	: 12 εκ.
Στερνοραχιαία	: 9 εκ.
Αμφιτροχανήριος	: 9 εκ.
Ιεροηβική	: 6 εκ.

Περίμετρος κεφαλής:

Υπνιοβρεγματική	: 32 εκ.
Μετωποϊνιακή	: 34 εκ.
Πωγωϊνιακή	: 34 εκ.

Περίμετρος κορμού:

Ωμων	: 35 εκ.
Ισχίων	: 29 εκ.

Σε κάθε προβολή λειτουργεί ειδικός μηχανισμός τοκετού.

Παρακάτω περιγράφεται ο μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού, δηλαδή του τοκετού στην αριστερή πρόσθια θέση της ινιακής προβολής.

Ο μηχανισμός σ' αυτήν την προβολή περιλαμβάνει την εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας, την κάμψη, την κάθοδο, την εσωτερική στροφή, την έκταση και την εξωτερική στροφή (αποκαίασιση)

Φυσιολογικός μηχανισμός



Η κεφαλή προβάλλει στην Εγκάρσια διάμετρο της εισόδου με το Ινίο προς τα Αριστερά. Υπάρχει συνήθως Ασυγκλιτισμός πριν από την εμπέδωση δηλ. όταν το ένα από τα βρεγματικά οστά, είναι η προβάλλουσα μοίρα.

Το διάγραμμα απεικονίζει το οπίσθιο βρεγματικό να προβάλλει - είναι ο οπίσθιος ασυγκλιτισμός. (Αν προβάλλει το πρόσθιο βρεγματικό, τότε υπάρχει ο πρόσθιος ασυγκλιτισμός).



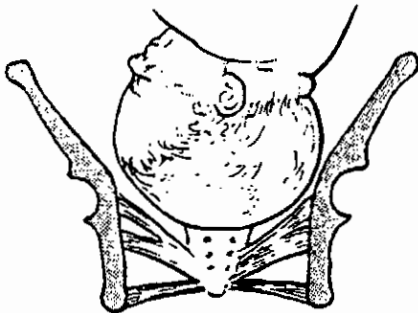
Κατά την Έναρξη του Τοκετού το έμβρυο βρίσκεται σε κάμψη, ο αυχέννας όμως δεν εμφανίζει ακόμα πλήρη κάμψη, με αποτέλεσμα η προβάλλουσα διάμετρος να είναι η Μετωπο-Ινιακή.

Κατά την πορεία του Τοκετού, το έμβρυο συμπιέζεται. Ο αυχέννας βρίσκεται σε πλήρη κάμψη και η Υπινιοβρεγματική γίνεται η προβάλλουσα διάμετρος.

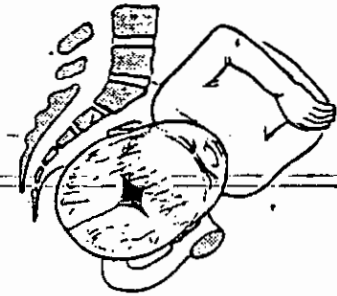


Κάθοδος και Εμπέδωση

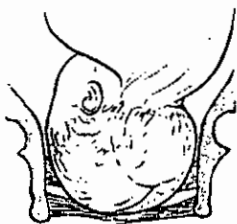
Εμπέδωση, είναι η κάθοδος της προβάλλουσας διαμέτρου από την είσοδο της πυέλου. Η προβάλλουσα μοίρα - το ινίο - είναι τώρα κοντά στο επίπεδο των ισχιακών ακανθών.



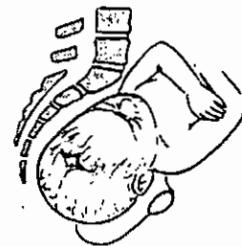
Η κάθοδος συνεχίζεται και το ινίο στρέφεται μέσα στην ευρυχωρία της πυέλου, προς τα εμπρός και στη δεξιά λοξή διάμετρο, με αποτέλεσμα το ινίο να φέρεται προς τα εμπρός, στο αριστερό θυροειδές τμήμα της πυέλου.



Τώρα βρίσκεται στην αριστερή πρόσθια ινιακή θέση.

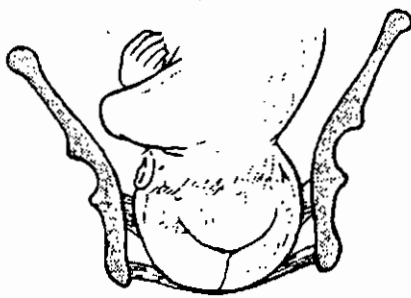


Η αριστερή πρόσθια θέση, οφείλεται εν μέρει στην παρουσία του σιγμοειδούς, μέσα στο αριστερό οπίσθιο τεταρτημόριο της πυέλου.

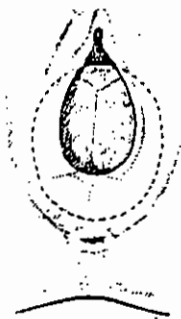
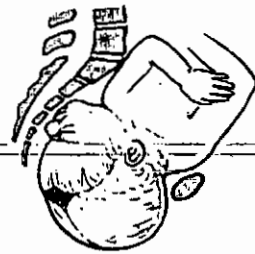


Παρατηρήστε πως στρέφεται ο αυχένας.

Η κάθοδος συνεχίζεται και το ινίο φτάνει στο πυελικό έδαφος. Το ινίο στρέφεται τώρα προς τα εμπρός. Αυτή είναι η Εσωτερική στροφή. Η κεφαλή βρίσκεται τώρα στην πρόσθια ινιακή. Παρατηρήστε τη στροφή της κεφαλής και των ώμων. Οι ώμοι βρίσκονται στην αριστερή λοξή διάμετρο της εισόδου.



Υπάρχει το αξίωμα ότι το μέλος του εμβρύου που φτάνει πρώτο στο πυελικό έδαφος, στρέφεται προς τα εμπρός (Εσωτερική στροφή). Η στροφή αυτή είναι 45° (από τη λοξή θέση) και λέγεται πρόσθια ή μικρή στροφή.



Το ινίο τώρα είναι κάτω από την ηβική σύμφυση. Στη συνέχεια η κάθοδος του εμβρύου, πιέζει την κεφαλή προς τα εμπρός και προκαλεί έκταση, με αποτέλεσμα την έξοδο του ινίου από την αιδοϊκή σχισμή.

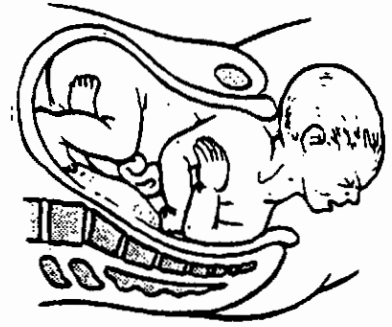


Με την αύξηση της έκτασης γύρω από την ηβική σύμφυση, εξέρχονται τα Βρεγματικά, το Πρόσωπο και το Μέτωπο.



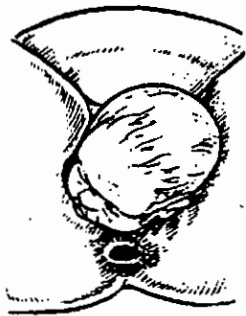
Τοκετός κεφαλής

Με την κάθοδο και τον τοκετό της κεφαλής, οι ώμοι εισέρχονται στην, πυελική κοιλότητα. Η κεφαλή κατά την έξοδό της, βρίσκεται λοξά προς τη γραμμή των ώμων. Η αμφιακρωματική διάμετρος βρίσκεται στην αριστερή λοξή διάμετρο της ευρυχωρίας.



Τοκετός κεφαλής

Η αμφιακρωματική διάμετρος, είναι η απόσταση μεταξύ των ακρωματικών αποφύσεων και είναι 11 cm.



Αποκατάσταση

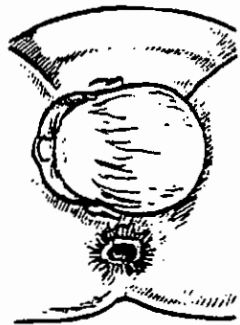
Η κεφαλή τώρα στρέφεται προς τη φυσιολογική θέση, σε σχέση με τους ώμους. Η στροφή αυτή λέγεται Αποκατάσταση.



Αποκατάσταση

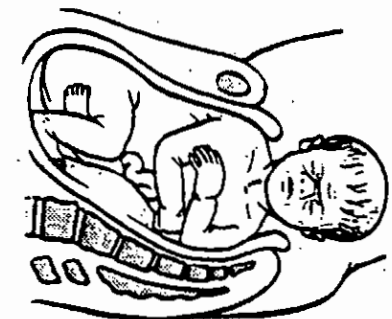
Η κάθοδος συνεχίζεται και οι

ώμοι στρέφονται για να φέρουν την αμφιακρωματική διάμετρο στην προσθιοπισθια διάμετρο της εξόδου.



Εξωτερική στροφή

Η κάθοδος και η στροφή αυτή αναγκάζει την κεφαλή να στραφεί έτσι ώστε το ινίο να βρίσκεται δίπλα στον αριστερό μηρό της μητέρας. Αυτή λέγεται Εξωτερική στροφή.



Εξωτερική στροφή

Ο πρόσθιος ώμος γλιστράει κάτω από την ηβική σύμφυση και με πλάγια κάμψη του κορμού του εμβρύου, εξέρχεται ο οπίσθιος ώμος. Ακολουθεί εύκολα η έξοδος του κορμού.

◆ Αίτια έναρξης τοκετού

Τα αίτια έναρξης του τοκετού παραμένουν, άγνωστα, αλλά υπεύθυνοι παράγοντες θεωρούνται οι παρακάτω:

1. Τα οιστρογόνα: Αυτά προκαλούν αύξηση της ακτινομυοσίνης, της τριφωσφορικής αδενοσίνης και της τριφωσφατάσης που συμμετέχουν στην συστολή, ενώ προκαλούν αύξηση των ιόντων καλίου, μείωση των ιόντων νατρίου και κινητοποίηση ιόντων ασβεστίου στα μυϊκά κύτταρα.
2. Η προγεστερόνη: Πιστεύεται ότι απευαισθητοποιεί το μυομήτριο στη δράση της ωκυτοκίνης. Έτσι, στο μεγαλύτερο τμήμα του μυομητρίου επιτρέπει την συστολή, επειδή βρίσκεται σε μειωμένη ποσότητα, ενώ αναστέλλει τη συστολή του τμήματος του μυομητρίου πίσω όπου τον πλακούντα όπου βρίσκεται σε αυξημένες ποσότητες. Για τον παραπάνω λόγο ο πλακούντας δεν αποκολλάται κατά τις έντονες ωδίνες.
3. Η ωκυτοκίνη: Συμμετέχει πιθανόν στην έκκριση των προσταγλανδινών
4. Οι προσταγλανδίνες: E_1 , E_2 , F_{1a} και F_{2a} έχουν μητροσυσταλλική δράση, επειδή ίσως παρεμποδίζουν τη δέσμευση του ασβεστίου από το κυτταρόπλασμα.
5. Η φωσφολιπάση: A_2 . Αυτή προέρχεται από τον πλακούντα και τους υμένες. Συμμετέχει στην παραγωγή των προσταγλανδινών.
6. Απελευθέρωση – παραγωγή αραχιδονικού και αδρενεργικοί μηχανισμοί. Όπως ο ερεθισμός του τραχήλου μετά από δακτυλική αποκόλληση των υμένων προκαλούν έναρξη τοκετού

7. Το έμβρυο: Η συμμετοχή διαφόρων βιοχημικών και ορμονικών ουσιών παρ' όλα αυτά καμία από τις παραπάνω θεωρίες δεν είναι απόλυτα ικανοποιητική.

◆ Διάγνωση τοκετού

Η έναρξη του τοκετού συχνά είναι ασαφής, επειδή η διαστολή και η εξάλειψη του τραχήλου, είναι δυνατό να προϋπάρχουν ειδικά στις πολυτόκες. Η αιματηρή τραχηλική βλέννα δεν υπάρχει πάντοτε και για να διαπιστωθεί η έναρξη του τοκετού, χρειάζεται παρακολούθηση για αρκετό χρονικό διάστημα.

Γνήσιος τοκετός

Ψευδής ή Νόθος Τοκετός

Ρυθμικές ωδίνες

Άρρυθμες ωδίνες

Εμφάνιση βλέννας και μικρής ποσότητας αίματος.

Απουσία βλέννας και αιμόρροιας

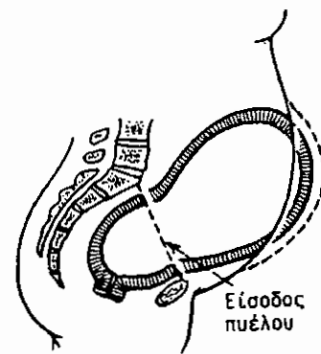
Προοδευτική διαστολή και εξάλειψη τραχήλου.

Έλλειψη προοδευτικής διαστολής ή εξάλειψης του τραχήλου.

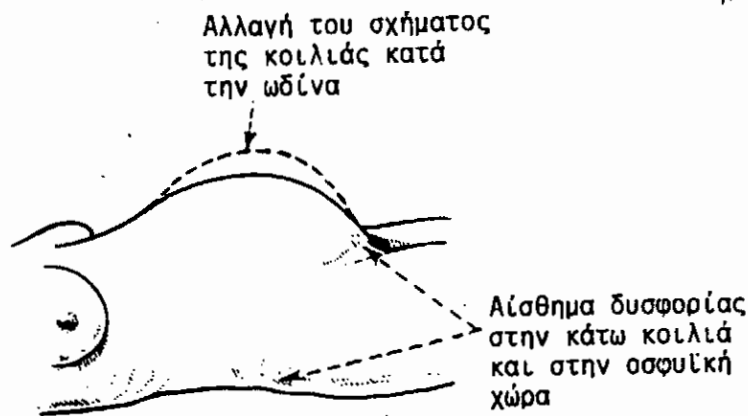
◆ Διάγνωση τοκετού

Ο τοκετός αναγνωρίζεται από:

1. Ψηλαφητές συστολές της μήτρας που είναι ρυθμικές και διαλείπουσες. Το μεσοδιάστημα (παύλα) μεταξύ των συστολών είναι 10 λεπτά ή λιγότερο και η κάθε συστολή είναι δυνατό να διαρκέσει μισό λεπτό ή περισσότερο.

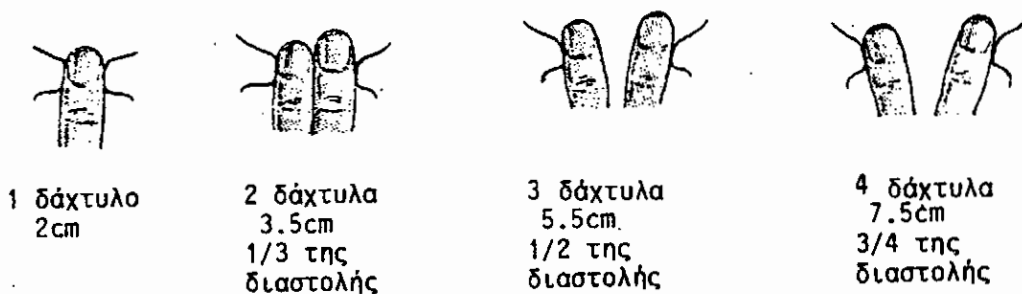


Η μήτρα γίνεται σκληρή και ανυψώνεται με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται το σχήμα της κοιλιάς. Αυτό οφείλεται στην ανύψωση της μήτρας προς τα εμπρός, έτσι ώστε να πλησιάζει την κατεύθυνση του γεννητικού σωλήνα. Η μεταβολή αυτή γίνεται ευκολότερη αν η ασθενής βρίσκεται σε όρθια θέση. Έτσι το περπάτημα, μηχανικά, ευνοεί την παραπάνω κατάσταση.



2. «Σημάδι επερχόμενου τοκετού» εμφανίζεται μικρή ποσότητα αίματος και βλέννας από τον κόλπο. Από την αποκόλληση των εμβρυϊκών υμένων στον κατώτερο κόλπο, προκαλείται αιμόρροια που αναμιγνύεται με το βύσμα της βλέννας του τραχήλου.

3. Διαστολή του τραχήλου. Αυτή συνοδεύεται από το σχηματισμό του θυλακίου. Η διαστολή του τράχηλου, διαπιστώνεται με την εξέταση από το ορθό ή τον κόλπο και εκφράζεται σε εκατοστά διαμέτρου ή σε ποσοστά διαστολής.



♦ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η εξέλιξη του τοκετού διαπιστώνεται από:

1. Την αυξανόμενη ένταση, συχνότητα και διάρκεια των συστολών της μήτρας - η εκτίμηση γίνεται από την ψηλάφηση, την εξωτερική καρδιοτοκογραφία και την εσωτερική καρδιοτοκογραφία (με ενδομήτριο καθετήρα).

2. Τη διαστολή του τραχήλου: Η εκτίμηση της διαστολής είναι δυνατό να γίνει με την εξέταση από το ορθό ή τον κόλπο.

Οι εξετάσεις από τον κόλπο, πρέπει να γίνονται κάτω από άσηπτες συνθήκες.



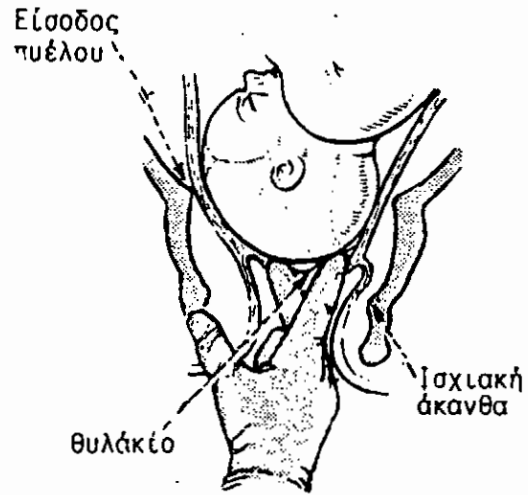
Μετά από τον καθαρισμό του αιδοίου, απομακρύνονται τα εισάγονται μαλακά μέσα στον χείλη με τα δάχτυλα (η εξέταση κόλπο. πρέπει γίνει με ελαστικά γάντια).

Σημεία προς αξιολόγηση

1. Ο βαθμός της διαστολής και της εξάλειψης του τραχήλου.
2. Η παρουσία ή η απουσία του θυλακίου.
3. Η κατάσταση του αμνιακού υγρού, αν υπάρχει (είναι διαυγές; ή κεχρωσμένο από το μηκόνιο;).

4. Η θέση της προβάλλουσας μοίρας. Αυτή καθορίζεται με την ψηλάφηση των ραφών και των πηγών, σε σχέση με τις διαμέτρους της πυέλου.

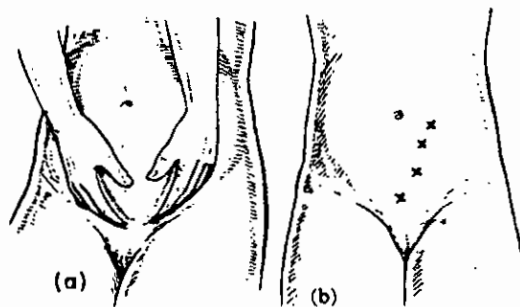
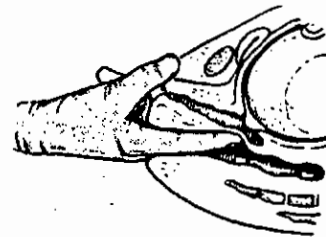
5. Το ύψος της προβάλλουσας μοίρας. Αυτό προσδιορίζεται από τη σχέση του με την είσοδο της πυέλου ή τις ισχιακές άκανθες.



Το σχήμα δείχνει την κεφαλή που είναι σχεδόν εμπεδωμένη, με πλήρη κάμψη στην αριστερή εγκάρσια θέση (η υπινιο-βρεγματική διάμετρος βρίσκεται μόλις, πάνω από την είσοδο της πυέλου). Η διαστολή του τραχήλου είναι περίπου 3 δάχτυλα και προβάλλει το θυλάκιο.

Εξέταση από το ορθό

Η εξέταση από το ορθό δεν εκθέτει την επίτοκο σε κίνδυνο μόλυνσης, αλλά παρέχει λιγότερο ακριβείς πληροφορίες σε σχέση με την κολπική εξέταση. Είναι άριστη μέθοδος για τον προσδιορισμό του ύψους της προβάλλουσας μοίρας.



Το ορθό βρίσκεται σε στενή επαφή με το ανώτερο τμήμα του κόλπου. Κατά την εξέταση από

το ορθό πρέπει να εισάγεται 1 μόνο ένα δάχτυλο.

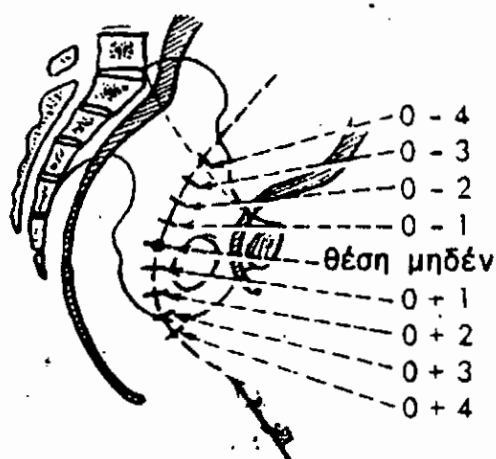
3. Κάθοδος της προβάλλουσας μοίρας αυτή είναι δυνατό να προσδιοριστεί από:

- α. την ψηλάφηση της κοιλιάς,
- β. τη μεταβολή της θέσης ακρόασης των εμβρυϊκών παλμών.

Κατά την κολπική εξέταση, η κάθοδος της προβάλλουσας μοίρας υπολογίζεται από τη θέση Μηδέν.

Η θέση Μηδέν τοποθετείται στο επίπεδο των ισχιακών ακανθών, που είναι η ευρυχωρία, και υπολογίζεται η θέση της προβάλλουσας μοίρας, σε εκατοστά του μέτρου πάνω ή κάτω από το μηδέν.

Η προβάλλουσα μοίρα στη θέση μηδέν = Εμπέδωση.



Άξονας του γεννητικού σωλήνα Καυπύ η του Carus

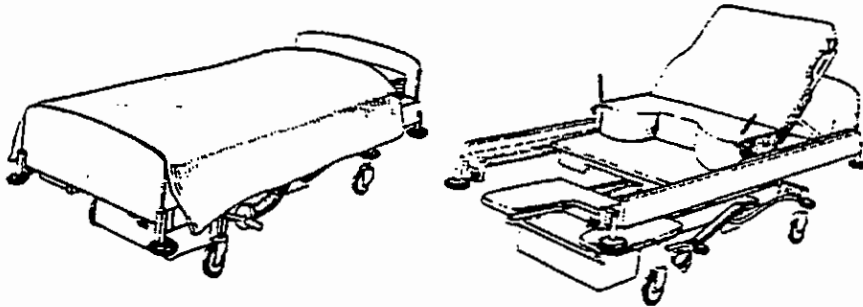
◆ Οργάνωση του χώρου – Αίθουσα τοκετού

Πως πρέπει να είναι οργανωμένη η αίθουσα τοκετών:

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

1) Μαιευτική κλίνη, που έχει την ιδιότητα να κόβεται στη μέση και να επιτρέπει την εφαρμογή ειδικών στελεχών για την τοποθέτηση

των μηρών της επιτόκου σε γυναικολογική θέση, στο δεύτερο στάδιο του τοκετού.



2) Καρδιοτοκογράφο, για την εκτίμηση των καρδιακών παλμών του εμβρύου και της συχνότητα, της διάρκειας και της έντασης των ωδινών.

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

4) Μηχάνημα αναλγησίας, για εισπνοές της επιτόκου κατά την διάρκεια των ωδινών.

5) Μηχάνημα ανάνηψης νεογνού με τον απαραίτητο το εξοπλισμό όπως 1) αναρρόφηση, 2) οξυγόνωση του νεογνού, 3) συσκευής που εκπέμπει θερμότητα υλικά για την περίδεση του ομφαλίου λώρου κ.λ.π.

6) Μηχάνημα καταγραφής των ζωτικών σημείων της επιτόκου.

7) Ειδικό περιστρεφόμενο κάθισμα.

8) Επαρκή φωτισμό, πλάγιο και κάθετο

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

10) Επάρκεια υλικών, όπως γάντια, , γάζες τολύπια, ράμματα, απόχρωμιομένο cat – gut Νο 0,1 και 2, φάρμακα κ.λ.π.

11) Τράπεζες εργαλείων

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

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

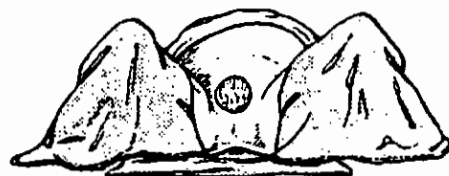
Σε τρίτο τραπέζι και έτοιμα σε πρώτη ζήτηση, πρέπει να υπάρχουν εργαλεία για μαιευτική επέμβαση, δηλ. εμβρουλκός, μαιευτικοί κολποδιαστολείς, θυριδωτές λαβίδες κ.λ.π.



Αναλυτικότερα:

Για τη μητέρα

Αποστειρωμένα πανιά για τα κάτω άκρα. Αποστειρωμένο οθόνιο και μαξιλάρι για την τοποθέτηση κάτω από τους γλουτούς. Αποστειρωμένο



πανί για την κάλυψη της κοιλιάς

Για την περινεοτομία και την αποκατάσταση τραυμάτων του περινέου

Τοπικό αναισθητικό. Σύριγγες και βελόνες.
Ψαλίδι για την περινεοτομία. Ράμματα και βελόνες
για τη ραφή.



Για τον καθαρισμό

Δοχεία και αντισηπτικά
διαλύματα. Γάζες και βαμβάκι.



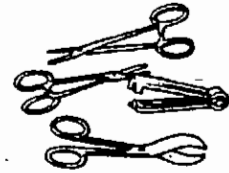
Κομπρέσες.

Βαμβάκι για να καθαρίζονται τα μάτια του νεογνού.

Για την ομφαλίδα

Λαβίδες.

πλαστικό Clip ή ράμματα για την απολίνωση του
ομφάλιου λώρου.



Ψαλίδι για την τομή του ομφάλιου λώρου.

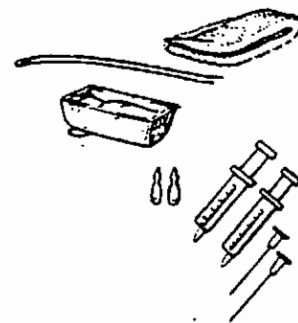
Για τη φροντίδα του νεογνού (βλέπε Φροντίδα του νεογνού και
Ασφυξία)

Αποστειρωμένη πετσέτα - για την
τοποθέτηση του νεογνού.

Καθετήρας αναρρόφησης βλέννας.

Οξυγόνο.

Λαρυγγοσκόπιο.



θερμοκοιτίδα.

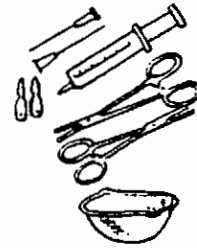
Σύριγγες, βελόνες και ενέσιμα διαλύματα Ναλοξόνης (Narcan).

Για τον έλεγχο της αιμορραγίας

Ωκυτόκια σκευάσματα.

Σύριγγες και βελόνες.

Αιμοστατικές λαβίδες, για τα σημεία που αιμορραγούν στο περίνεο.



Δοχείο για τη συλλογή και μέτρηση της ποσότητας αίματος, που εμφανίζεται στο τρίτο στάδιο του τοκετού και για την τοποθέτηση του πλακούντα.

◆ **Στάδια τοκετού**

Ο τοκετός διαιρείται σε 3 στάδια. Το στάδιο της διαστολής του τραχήλου (1^ο στάδιο), το στάδιο της εξώθησης του εμβρύου (2^ο στάδιο) και το στάδιο της υστεροτοκίας (3^ο στάδιο).

◆ **Πρώτο στάδιο (Διαστολής)**

Το πρώτο στάδιο αρχίζει με την έναρξη του τοκετού και τελειώνει όταν η διαστολή του τραχήλου γίνει τελεία.

Διαιρείται σε λανθάνουσα και ενεργό φάση. Η λανθάνουσα φάση διαρκεί 8 ώρες μέσα στις οποίες ο τράχηλος διαστέλλεται μέχρι 2 εκ. ενώ η ενεργός φάση διαρκεί 8 περίπου ώρες (2 ώρες με ήπια πρόοδο της διαστολής, 2-6 ώρες με ταχύτερη πρόοδο και 1 ώρα με επιβραδυνόμενη ταχύτητα) μέσα στις οποίες η διαστολή γίνεται τελεία, διαμέτρου 10 εκ., με μέση ταχύτητα διαστολή 0,7 εκ./ώρα για

τις πρωτότοκες και 5 εκ./ώρα για τις πολύτοκες. Στις πολύτοκες οι φάσεις αυτές, ιδίως η ενεργός είναι συντομότερες.

Το θυλάκιο, δηλ. η μοίρα των υμένων που προβάλλει μέσα από τον διαστελλόμενο τράχηλο, συμβάλλει στην ομαλή διαστολή του, εμποδίζει την είσοδο μικροβίων και προστατεύει το έμβρυο. Η ακεραιότητα του θυλακίου ελέγχεται με την άμεση παρατήρηση του αμνιακού υγρού που εξέρχεται από τον τράχηλο ή με το χάρτη του ηλιοτροπίου. Όταν υπάρξει ρήξη των υμένων, λόγω της αλκαλικότητας του αμνιακού υγρού το ερυθρό του ηλιοτροπίου χρωματίζεται κυανούν, το κυανούν ή ουδέτερο παραμένει αναλλοίωτο. Τα αποτελέσματα είναι αντίθετα στο όξινο περιβάλλον του κόλπου με ακέραιους τους υμένες.

Οι συστολές του τοκετού γίνονται ρυθμικές, επώδυνες, συχνότερες και εντονότερες. Η διάρκειά τους είναι 30-90 sec, με μέσο όρο 60 sec και η έντασή του 20-60 mm Hg (πίεση στο αμνιακό υγρό) με μέσο όρο 40 mm Hg.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία της επιτόκου, ενώ έχει προηγηθεί υποκλυσμός και ευτρεπισμός των έξω γεννητικών οργάνων της. Στη συνέχεια παρακολουθώντας οι συστολές της μήτρας και η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου με το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το Doppler ή το κοιλιοσκόπιο. Επίσης προσδιορίζονται το σχήμα, η προβολή, η θέση της προβολής με τους χειρισμούς του Leopold και την δακτυλική ψηλάφηση.

Παράλληλα εκτιμάται κατά διαστήματα το ύψος του εμβρύου από το επίπεδο των ισχιακών ακανθών και η πρόοδος της διαστολής του τραχήλου.

Για τη λέπτυνση και τη διαστολή του τραχήλου, χορηγούνται συνήθως μυοχαλαρωτικά σκευάσματα (πχ. Buscopan) ή πεδιθίνη.

Επίσης για την αναλγησία της μητέρας χορηγείται, η πεδοθίνη σε δόση 100-200mg. Αυτή είναι δυνατό να συνδυαστεί με την προμαζίνη για την ελάττωση της ναυτίας.

Τα παραπάνω φάρμακα καταστέλλουν την αναπνευστική λειτουργία του εμβρύου. Στην περίπτωση που το νεογνό είναι επηρεασμένο κατά την έξοδό του, θα πρέπει να χορηγηθεί η Ναλοξόνη ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά. Στην αναλγησία περιλαμβάνεται και η επισκληρίδια αναισθησία που γίνεται στις γυναίκες που δεν θέλουν να αισθάνονται τους πόνους του τοκετού.

Η μέθοδος αυτή προτείνεται από πολλούς γυναικολόγους, πρέπει να εκτελείται από ειδικό αναισθησιολόγο και να παρακολουθείται από τον ίδιο σε όλη την διάρκεια του τοκετού. Το μειονέκτημά της είναι ότι μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, η επίτοκος πρέπει να παραμείνει ξαπλωμένη σε πλάγια θέση για την αποφυγή της υπότασης.

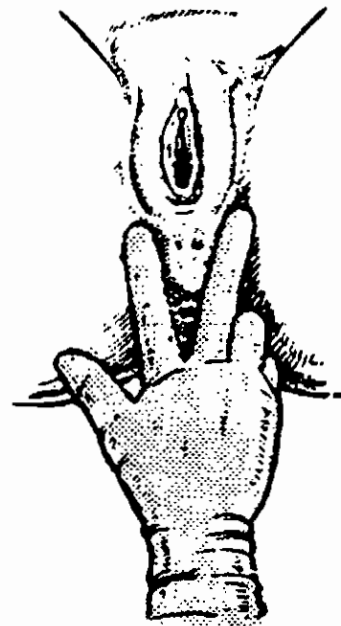
Στην περίπτωση που παρατηρείται μείωση της συχνότητας ή της ένταση των συστολών της μήτρας, τότε επιβάλλεται η χορήγηση σκευασμάτων ωκυτοκίνησης σε συνεχή στάγδην έγχυση (1014 σε 1 λίτρο δεξτρόζης 5%).

Ο ρυθμός της έγχυσης και η πυκνότητα του διαλύματος προοδευτικά αυξάνονται ανάλογα με την ευαισθησία του μυομητρίου και την εξέλιξη του τοκετού.

Οι έντονες ωδίνες με σωστή θέση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου επιταχύνουν τη διαστολή του τραχήλου.

♦ Δεύτερο Στάδιο (Εξώθησης)

Φυσιολογικά, το Δεύτερο Στάδιο του τοκετού στην πρωτοτόκο διαρκεί περίπου μια ώρα και είναι ακόμα μικρότερο στην πολυτόκο. Αναγνωρίζεται από την αλλαγή του χαρακτήρα των συστολών. Αυτές γίνονται εντονότερες και εξωθητικές, ενώ η επίτοκος αισθάνεται την επιθυμία να σφίγγεται ορός τα κάτω. Επίσης οι εξωθητικές ωδίνες ενισχύονται τώρα και από δευτερογενείς δυνάμεις. Το διάφραγμα ακινητοποιείται, η επίτοκος κρατάει την αναπνοή της και συσπώνται οι κοιλιακοί μύες. Μερικές φορές η μητέρα αισθάνεται ναυτία και είναι δυνατό να κάνει εμετό. Αυτή επίσης έχει το αίσθημα της αφόδευσης, που οφείλεται στην πίεση που ασκείται πάνω στο ορθό. Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει ανασταλτική δράση στη μητέρα, μέχρι να δοθεί σ' αυτή η κατάλληλη εξήγηση της αιτίας που το προκαλεί. Η κεφαλή κατεβαίνει στην πύελο και είναι δυνατό να γίνει ορατή ή να ψηλαφηθεί μέσω του περινέου.



♦ Τρίτο Στάδιο (Αντιμετώπισης του τοκετού)

Φροντίδα της μητέρας

1. Γενική - Η μητέρα δεν πρέπει να μένει μόνη της. Με τη βοήθεια της μαιάς, είναι δυνατό να απομακρυνθούν οι φόβοι και να αποκτηθεί εμπιστοσύνη. Σε περίπτωση που απαιτείται περινεοτομία, γίνεται ένα ελαφρό ξύρισμα του περινέου. Αν το έντερο είναι γεμάτο, χρησιμοποιείται υπόθετο για την αποφυγή εξόδου κοπράνων στη διάρκεια του τοκετού. Το μπάνιο ή το ντους αναζωογονεί την επίτοκο.

2. Διατροφή - Δεν πρέπει να χορηγείται τροφή, επειδή η καθυστέρηση της κένωσης του στομάχου δημιουργεί κίνδυνο για εισροφησή του γαστρικού περιεχομένου, σε περίπτωση που θα απαιτηθεί γενική αναισθησία.

Σήμερα η χορήγηση αντιόξινων έχει σταματήσει σε πολλά νοσοκομεία αλλά δίνονται ενδοφλέβια οι αναστολείς των H_2 υποδοχέων, όπως είναι η Cimetidine, αν υπάρχει πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης

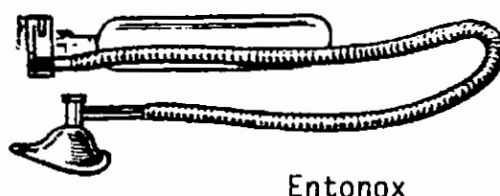
3. Σφύξεις, αρτηριακή πίεση και ούρα ελέγχονται συχνά κι αν παρατηρηθεί κένωση ή αφυδάτωση, τότε αντιμετωπίζεται με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

4. Η εξέλιξη του τοκετού εκτιμάται

5. Αναλγησία, αν απαιτείται. Η μέθοδος που εκλέγεται εξαρτάται από την προτίμηση της μητέρας, την αντίδρασή της στις συστολές της μήτρας και την πιθανότητα παράτασης του τοκετού της.

α) Εισπνοές - Το Entomox, είναι 50/50 μίγμα οξυγόνου και οξιδιου του αζώτου. Χρησιμοποιείται κοντά στο τέλος του πρώτου σταδίου ή στη διάρκεια του δεύτερου σταδίου.

Η συσκευή είναι κατασκευασμένη για να χρησιμοποιείται από την ίδια τη γυναίκα, που εισπνέει το αέριο μέσω της μάσκας. Αυτή συνδέεται με τον κύλινδρο.



β) Ναρκωτικά φάρμακα - Η πεθιδίνη 100-200 mg, η Μορφίνη 10-20mg και η Πενταζοκίνη (Fortral), είναι τα κύρια φάρμακα που χορηγούνται σε γυναίκες μετά την έναρξη του τοκετού τους. Τα δυο πρώτα είναι δυνατό να συνδυαστούν με Προμαζίνη (Sparine) για να ελαττωθεί η ναυτία. Τα παραπάνω τρία φάρμακα καταστέλλουν την αναπνευστική λειτουργία του εμβρύου. Αν το νεογνό είναι επηρεασμένο, θα πρέπει να χορηγηθεί η Ναλοξόνη (Narcan Neonatal), ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά.

γ) Συνεχής επισκληρίδια αναισθησία - Έγχυση του τοπικού αναισθητικού (0,25% ή 0,5% Bupivacaine) σε μεσοδιαστήματα 3-4 ωρών, μέσω ενός καθετήρα που εισάγεται στον επισκληρίδιο χώρο. Με τη μέθοδο αυτή η επίτοκος δεν αισθάνεται τους πόνους του τοκετού.

Πολλοί μαιευτήρες θεωρούν δικαιολογημένη την επισκληρίδια αναισθησία αν το επιθυμεί η επίτοκος και σε μερικές περιπτώσεις είναι η μέθοδος εκλογής π.χ., υπέρταση, πρόωρος τοκετός.

Η χρήση της έχει μεταβάλλει την αντιμετώπιση του δύσκολου και παρατεινόμενου τοκετού και είναι ενεργητική για πολλές γυναίκες.

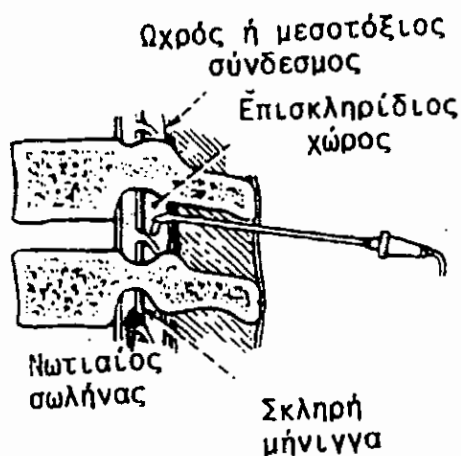
Η έλλειψη δυσφορίας της μητέρας δεν πρέπει να παραπλανήσει το μαιευτήρα και να αγνοήσει τα σημεία της δυσαναλογίας και της ενέργειας των παρατεινόμενων συστολών (υπερδιέγερση μυομητρίου), που επηρεάζουν τη μητέρα και το έμβρυο. Το μειονέκτημα της είναι ότι μετά από τη χορήγησή της, επίτοκος πρέπει να είναι ξαπλωμένη σε πλάγια θέση για να αποφύγει την πιθανότητα της υπότασης.

Επίσης είναι δυνατό να οδηγήσει σε παράταση του δεύτερου σταδίου του τοκετού, από την κατάργηση της ακούσιας εξώθησης, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συχνότητα των μαιευτικών επεμβάσεων.

Για την αποφυγή της παραπάνω κατάστασης, χρησιμοποιούνται μικρότερες πυκνότητες της Bupivacaine. Οι μαιές έχουν συνηθίσει να αντιμετωπίζουν αυτό το είδος των τοκετών. Οι μαιευτικές επεμβάσεις, όπως και η Καισαρική τομή είναι δυνατό να γίνουν με επισκληρίδια αναισθησία.

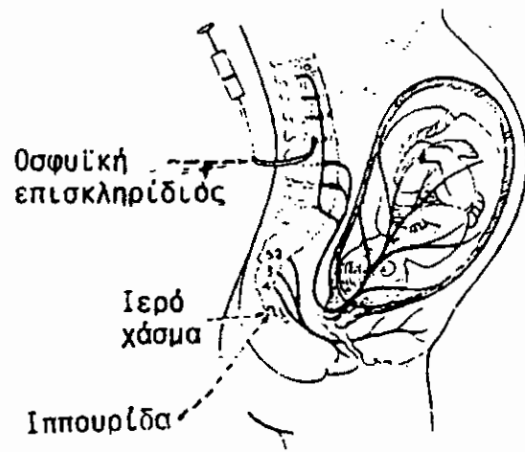
Η επισκληρίδια αναισθησία θα πρέπει να εκτελείται από ειδικά αναισθησιολόγο και η παρακολούθηση να γίνεται από τον ίδιο σε όλη τη διάρκεια του τοκετού, ακόμα κι αν η «πρόσθετη» δόση χορηγείται από τις μαιές.

Ο επισκληρίδιος χώρος έχει εύρος περίπου 4mm και βρίσκεται ανάμεσα από το περίοστεο του σπονδυλικού σωλήνα και τη σκληρή μήνιγγα. Προς τα πάνω καθορίζεται από το ινιακό τρήμα, όπου το περίοστεο και η σκληρή μήνιγγα ενώνονται και προς τα κάτω από το



σύνδεσμο που επικαλύπτει το ιερό χάσμα.

Το τοπικό αναισθητικό εισάγεται στον επισκληρίδιο χώρο, που διασχίζεται από νωτιαία νεύρα και προκαλεί την ίδια ενέργεια όπως στον αποκλεισμό του νωτιαίου, χωρίς όμως τον κίνδυνο του πονοκέφαλου, του



μηνιγγιτισμού ή του' τραυματισμού των νευρικών ριζών.

Επιπλοκές

1. Ελαφρά υπόταση (περίπου 20%)

2. Σηψαιμία

3. Εισαγωγή της βελόνας μέσα στον εγκεφαλονωτιαίο χώρο. (Αυτό αποτελεί αποτυχία της τεχνικής).

4. Ατονία της ουροδόχου κύστης και αύξηση της ανάγκης για καθετηριασμό (περίπου 40%).

5. Ολικός νωτιαίος αποκλεισμός. Αυτός παρατηρείται, όταν το τοπικό αναισθητικό εισέλθει στον εγκεφαλονωτιαίο χώρο. Προκαλεί πτώση της πίεσης και παράλυση της αναπνοής. Είναι μια οξεία κατάσταση, που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση από αναισθησιολόγο.

6. Δεύτερο στάδιο. Επιτρέπουμε στη μητέρα να κάνει ακούσιες εξωθητικές προσπάθειες, εφόσον είναι επιβεβαιωμένη η τελεία διαστολή του τραχήλου. Όταν η επίτοκος σφίγγεται πρόωρα, είναι

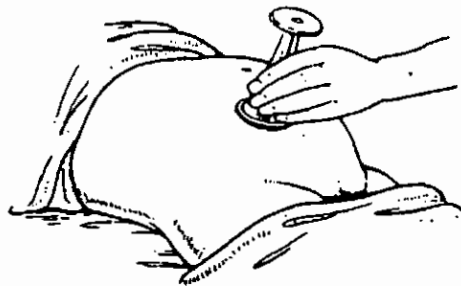
δυνατό να γίνει οίδημα στον τράχηλο και να καθυστερήσει η εξέλιξη του τοκετού.

Η συστηματική εξώθηση δε θα πρέπει να αρχίσει, μέχρι να φανεί το κεφάλι του εμβρύου. Αυτή είναι μια επίπονη εργασία και η μητέρα θα κουραστεί γρήγορα.

Φροντίδα του εμβρύου

Η εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου κατά τον τοκετό, βασίζεται κύρια στην παρακολούθηση των εμβρυακών καρδιακών παλμών. Η παρουσία του Μηκωνίου στο αμνιακό υγρό θα πρέπει πάντοτε να επισημαίνεται, αλλά στην καλύτερη περίπτωση αποτελεί μόνο προειδοποίηση, ότι είναι δυνατό να υπάρχει πρόβλημα. Υπάρχει η θεωρία ότι η ανοξία του εμβρύου, διεγείρει το πνευμονογαστρικό και ερεθίζει το έντερο του εμβρύου, με αποτέλεσμα την έξοδο του μυκωνίου.

Καταγραφή των εμβρυακών καρδιακών παλμών - Η κλασική μέθοδος καταγραφής των εμβρυακών καρδιακών παλμών κατά διαστήματα, μεταξύ των συστολών, με το στηθοσκόπιο του Pinard έχει το μεγάλο μειονέκτημα ότι οι μεταβολές του ρυθμού των καρδιακών παλμών, εμφανίζονται



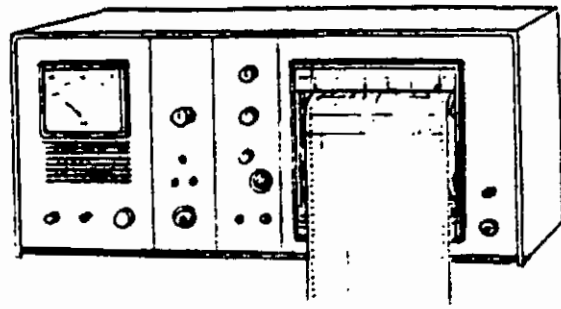
στην αρχή μαζί με τις συστολές της μήτρας και θα πρέπει να διαγνωστούν έγκαιρα.

Η συνεχής καταγραφή των εμβρυακών καρδιακών παλμών, όπως γίνεται σήμερα, έχει το μειονέκτημα ότι ακινητοποιεί τη μητέρα στο κρεβάτι της. Ενώ η χρήση της είναι υποχρεωτική σε τοκετούς

υψηλού κινδύνου, σε φυσιολογικές μητέρες μπορεί να χρησιμοποιείται κατά διαστήματα. Για την απελευθέρωση της μητέρας, βγαίνουν τα καλώδια από τη συσκευή και η καταγραφή θα συνεχιστεί μόνο αν η μητέρα επιθυμεί να παραμείνει στο κρεβάτι ή στην καρέκλα. Η ανάπτυξη της τηλεκαρδιοτοκογραφίας, θα εξουδετερώσει μερικές απ' αυτές τις δυσκολίες.

Συνεχής έλεγχος του εμβρυακού καρδιακού ρυθμού → *ηλεκτροκαρδιοτοκογραφία*

Ο καρδιοτοκογράφος, προσφέρει μια συνεχή εγγραφή του εμβρυακού καρδιακού ρυθμού και των συστολών της μήτρας. Επίσης δίνει μια άμεση πληροφόρηση για τον εμβρυϊκό ρυθμό, μέσω ενός συχνόμετρου, ενός φωτεινού σηματοδότη και ενός ηχητικού σήματος.



Ο εμβρυακός καρδιακός ρυθμός είναι δυνατό να καταγραφεί από



ένα πομποδέκτη (μεταλλάκτης) υπερήχων ή από το ηλεκτροκαρδιογράφημα που λαμβάνεται μέσω, ενός ηλεκτροδίου, τοποθετημένου στο τριχωτό της κεφαλής του εμβρύου. Οι

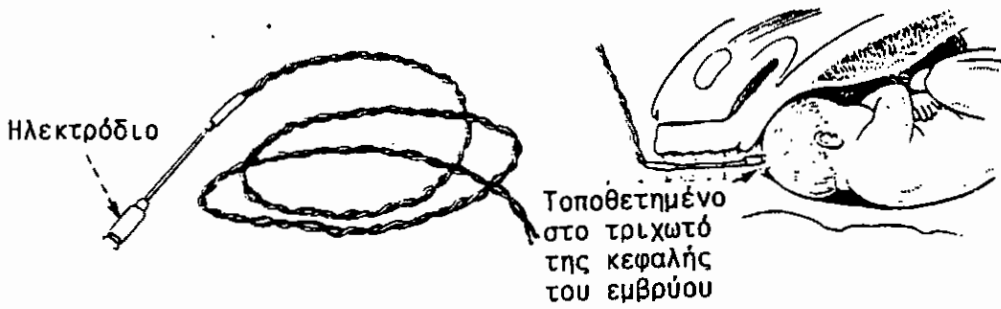
συστολές της, μήτρας παρακολουθούνται μέσω της εξωτερικής τοκογραφίας, που είναι ένας πολύ ευαίσθητος μετρητής πίεσης ή για περισσότερη ακρίβεια μέσω ενός ενδομητρικού καθετήρα.



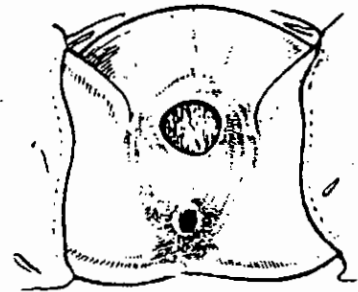
Ηχητικά κύματα πολύ υψηλής συχνότητας, (2 εκατομμύρια ανά λεπτό) μεταβιβάζονται από τον κεντρικά κρύσταλλο. Αρκετά απ' αυτά τα κύματα, αντανακλώνονται από την επιφάνεια της καρδιάς του εμβρύου και συλλαμβάνονται από τους 6 δέκτες. Καθώς κινείται η επιφάνεια της καρδιάς, τα κύματα που επιστρέφουν έχουν διαφορετική συχνότητα (φαινόμενο Doppler) και ο ρυθμός με τον οποίο συλλαμβάνονται αυτές οι διαφορετικές συχνότητες, καταγράφονται από τη συσκευή.

Καταγραφή του εμβρυϊκού Ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ)

Η συσκευή καταγράφει το ρυθμό και το κύμα R του εμβρυϊκού ηλεκτροκαρδιογραφήματος, λαμβάνεται από το ηλεκτρόδιο που είναι τοποθετημένο στο τριχωτό της κεφαλής. Το ΗΚΓ δίνει καλύτερη καταγραφή από εκείνη των υπερήχων, αλλά είναι περισσότερο περίπλοκο - οι εμβρυϊκοί υμένες πρέπει να σπάσουν και η προβάλλουσα μοίρα να είναι προσιτή. Ενώ η συσκευή των υπερήχων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τη μαία σ' οποιοδήποτε στάδιο του τοκετού.

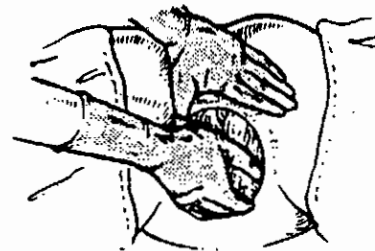
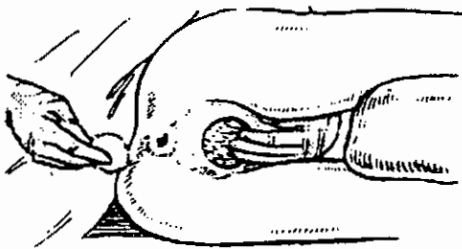


Με την κάθοδο και στροφή της κεφαλής, το περίνεο διατείνεται, ο πρωκτός διαστέλλεται και ο κόλπος ανοίγει με τις ωδίνες. Στη διάρκεια της παύλας, η κεφαλή υποχωρεί λίγο προς τα μέσα, αλλά κάθε ωδίνη προωθεί περισσότερο την εξέλιξη και αναμένεται ο τοκετός.



Ο τοκετός, είναι μια διαδικασία που πρέπει να γίνεται κάτω από συνθήκες ασηψίας.

Ο τοκετός είναι δυνατό να γίνει σε αριστερή πλάγια ή ύπτια θέση.

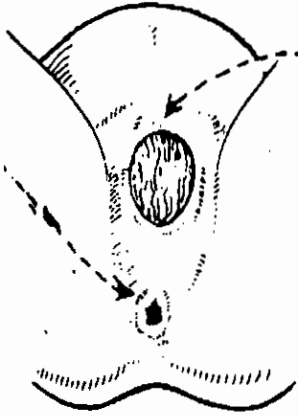


Στην αριστερή πλάγια θέση, το δεξιό πόδι της γυναίκας πρέπει να στηρίζεται.

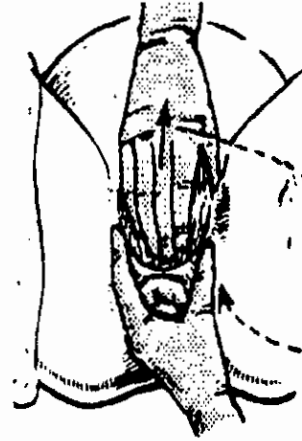
Στην ύπτια θέση, η περιπρωκτική χώρα δε φαίνεται καλά.

Ένα αποστειρωμένο τολύπιο εμποτισμένο με αντισηπτικό διάλυμα, τοποθετείται πάνω στον πρωκτό. Το βρέγμα είναι δυνατό να ψηλαφηθεί πίσω από τον πρωκτό, στο άκρο του ιερού οστού.

Η πίεση με το τολύπιο, στο σημείο αυτό, θα διατηρήσει την κάμψη της κεφαλής



Η πίεση της κεφαλής προς τα κάτω, θα προωθήσει την κάμψη και θα επιτρέψει το ινίο να «γλιστρήσει» κάτω από την ηβική σύμφυση. Η διάμετρος που προκαλεί τη διάταση είναι συνήθως η μετωποϊνιακή



Η έλξη βοηθάει την έκταση

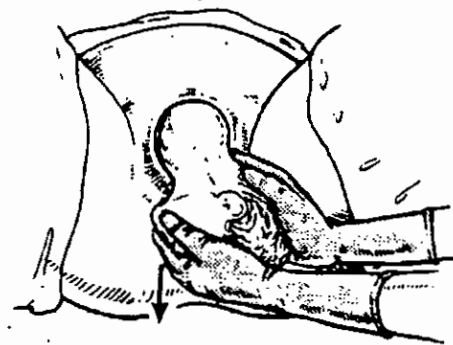
Πίεση προς τα πάνω

Εμφάνιση της κεφαλής στην αιδοϊκή σχισμή (Crowning) είναι, όταν αυτή δεν υποχωρεί κατά την παύλα. Αυτό σημαίνει ότι η αμφιβρέγματική διάμετρος έχει περάσει από την οστεΐνη πύελο.

Όταν απελευθερωθεί το ινίο, υποβοηθείται η έκταση και εξέρχεται η κεφαλή. Ελέγχεται η περιοχή του αυχένα του νεογνού και αν ψηλαφάται ο ομφάλιος λώρος, τότε αυτός έλκεται λίγο για να χαλαρώσει. Μετά καθορίζονται τα μάτια του νεογνού.

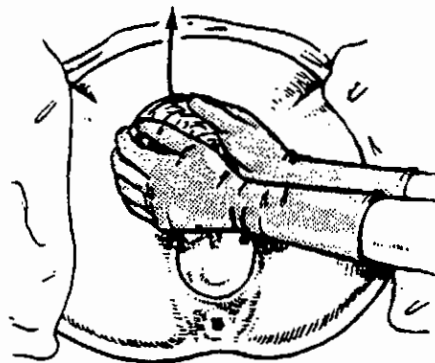
Με την κάθοδο των ώμων στην πύελο, γίνεται η αποκατάσταση και στη συνέχεια η εξωτερική στροφή.

Η κεφαλή τώρα πιάνεται με τα δάχτυλα του αριστερού χεριού, τοποθετημένα κάτω από το σαγόνι και τα δάχτυλα του δεξιού, κάτω από το ινίο.



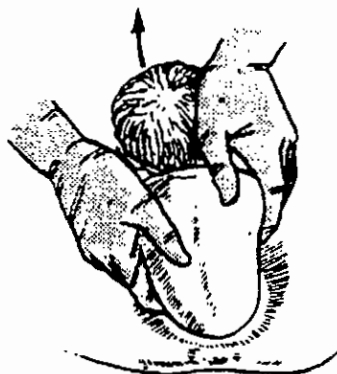
Η κεφαλή έλκεται τώρα προς τον πρωκτό, για να εξέλθει ο πρόσθιος ώμος από το κάτω μέρος της ηβικής σύμφυσης.

Μετά την έξοδο του πρόσθιου ώμου, η κεφαλή σηκώνεται προς τα πάνω (προς την ηβική σύμφυση). Αυτό βοηθάει την έξοδο του οπίσθιου ώμου, που γλιστράει πάνω στο περίνεο.



Η έλξη δεν είναι απαραίτητη, αλλά μόνο η καθοδήγηση.

Η έξοδος των ώμων συχνά προκαλεί ρήξη του περινέου και ειδικά όταν ο τοκετός επιταχύνεται και δεν αφήνεται να εξελιχτεί με τις ωδίνες της μήτρας.



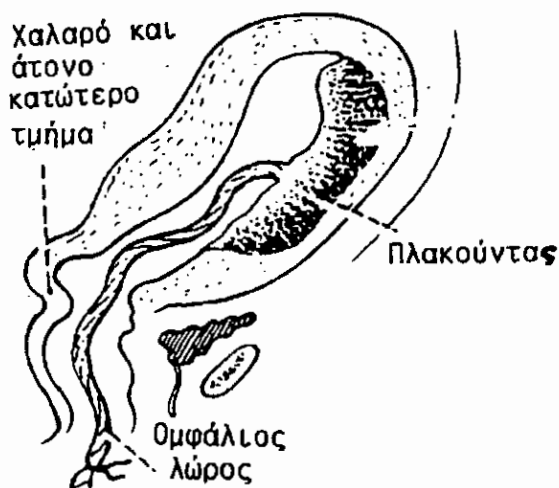
Μετά πιάνονται οι ώμοι, που η έλξη τους προς την ηβική σύμφυση, θα προκαλέσει την έξοδο του κορμού. Μερικές φορές, είναι δυνατό να βοηθήσει την έξοδο αυτή, η έλξη των ώμων πρώτα προς τα πίσω και μετά προς τα πάνω. Έτσι, τελικά εξέρχονται ο κορμός και τα άκρα.

Το στόμα και η μύτη του νεογνού καθαρίζονται, με την τοποθέτηση στην κατάλληλη θέση και με την αναρρόφηση. Το νεογνό αρχίζει να κλαίει και στη συνέχεια τοποθετείται ανάμεσα στα πόδια της μητέρας ή πάνω στην κοιλιά της. Ο ομφάλιος λώρος, κόβεται ανάμεσα στις λαβίδες απολίνωσης ή τα ράμματα.

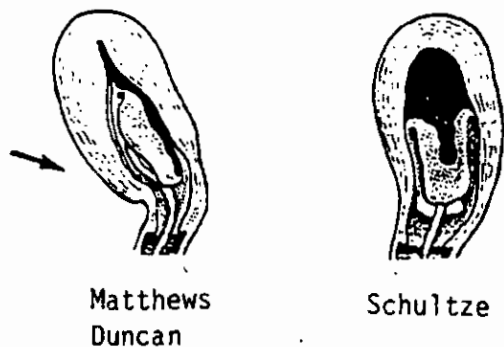
Όταν ολοκληρωθεί το πρώτο και το δεύτερο στάδιο του τοκετού, αρχίζει το ΤΡΙΤΟ στάδιο.

Η αντιμετώπιση του Τρίτου Σταδίου αρχίζει κατά τη διάρκεια της εξόδου του εμβρύου. Είναι σχεδόν διεθνής πρακτική, σε φυσιολογικές περιπτώσεις, η χορήγηση Syntometrine (Syntocinon 5 μονάδες και Ergometrine 0,5 mg) ενδομυϊκά, μόλις εμφανιστεί η κεφαλή στην αιδοϊκή σχισμή ή μόλις εξέλθει ο πρόσθιος ώμος. Το Syntocinon ενεργεί σε 2 1/2 - 3 λεπτά, και ο στόχος είναι να περιορίσει τον κίνδυνο του τρίτου σταδίου και την άμεση αιμορραγία μετά τον τοκετό. Αν η ένεση χορηγηθεί μόλις εμφανιστεί η κεφαλή στην αιδοϊκή σχισμή και στη συνέχεια ο τοκετός εξελιχτεί με κανονικό ρυθμό, το φάρμακο θα αρχίσει να δρα στη μήτρα, μετά την έξοδο του εμβρύου.

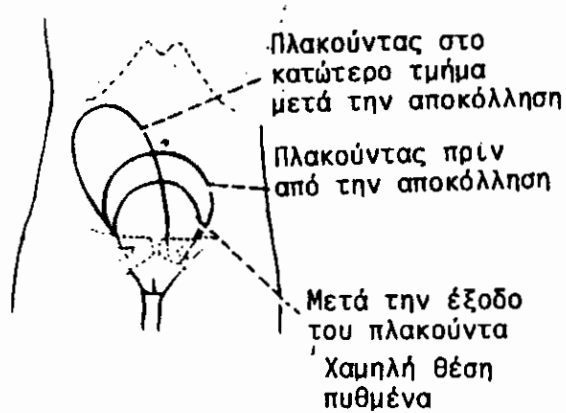
Ο πλακούντας συνήθως είναι προσκολλημένος στον πυθμένα και στο πρόσθιο τμήμα της μήτρας. Το κατώτερο τμήμα έχει διαταθεί και δεν εμφανίζει τόνο με αποτέλεσμα να είναι χαλαρό και άτονο. Το ανώτερο τμήμα είναι σκληρό και α πυθμένας βρίσκεται λίγο πιο κάτω από το ύψος του ομφαλού.



Υπάρχουν δύο κλασικοί μέθοδοι αποκόλλησης του πλακούντα. Το ανώτερο τμήμα συσπάται και αποκολλάται ο πλακούντας. Συνήθως κατά τη στιγμή αυτή υπάρχει μικρού βαθμού αιμορραγία.



Ο πλακούντας κατέρχεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και το διογκώνει. Έτσι ο πυθμένας ανέρχεται πάνω από τον ομφαλό, είναι σκληρός, επειδή δεν περιέχει τον πλακούντα, είναι στενότερος και συχνά

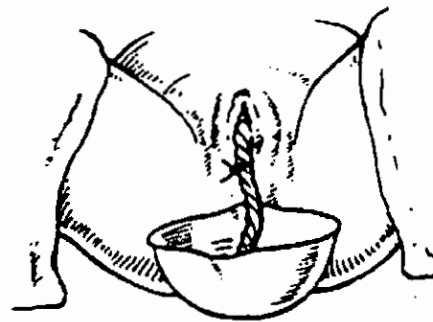


μετατοπίζεται προς τα πλάγια. Στη συνέχεια, ο πλακούντας αποβάλλεται ή αφαιρείται και το κατώτερο τμήμα επειδή αδειάζει γίνεται πάλι άτονό και χαλαρό, ενώ ο πυθμένας γίνεται στενός, σκληρός και βρίσκεται μεταξύ ομφαλού και ηβικής σύμφυσης.

Η αντιμετώπιση του τρίτου σταδίου, σήμερα εξηγείται με βάση αυτή τη φυσιολογική περιγραφή.

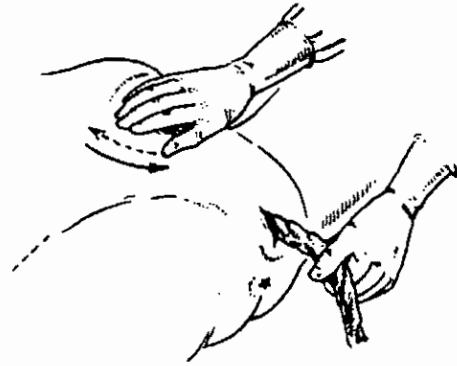
1. Το ύψος, το πάχος και η σύσταση του πυθμένα είναι δυνατό να προσδιοριστούν από την ήπια ψηλάφηση. Η μάλαξη του πυθμένα μπορεί να δημιουργήσει ανώμαλη δραστηριότητα της μήτρας, που θα αποκολλήσει μερικώς τον πλακούντα και θα προκαλέσει αιμορραγία.

2. Η τοποθέτηση ενός ράμματος ή μιας λαβίδας, για την απολίνωση του ομφάλιου λώρου κοντά στο αιδοίο είναι αρκετά χρήσιμη. Ένα δοχείο τοποθετείται κοντά στο περίνεο, για τη συλλογή του αίματος.



3. Τα σημεία της αποκόλλησης του πλακούντα είναι: πυθμένας στενός, σκληρός και σφαιρικός. Μικρή αιμορραγία. Επιμήκυνση του ομφάλιου λώρου.

4. Ο πλακούντας που έχει αποκολληθεί είναι δυνατό να βγει με έλξη του ομφάλιου λώρου, ενώ το άλλο χέρι πιέζει σταθερά τον πυθμένα της μήτρας (Μέθοδος του Brandt-Andrews).



Η έλξη του ομφάλιου λώρου, είναι συνηθέστερος τρόπος που έχει επικρατήσει για την έξοδο του πλακούντα. Επίσης είναι δυνατό να ζητηθεί από τη μητέρα, να σφίγγεται προς τα κάτω μόλις αποκολληθεί ο πλακούντας. Οι κίνδυνοι από την έλξη του ομφάλιου λώρου είναι η εκτροφή της μήτρας (βλέπε κεφάλαιο 13) ή η αποκοπή του ομφάλιου λώρου.



5. Όταν ο πλακούντας εμφανιστεί στο αιδοίο, πιάνεται με τα δύο χέρια και οι υμένες περιστρέφονται ήπια για την πλήρη αποκόλλησή τους. Ένα δοχείο τοποθετείται κοντά στο περίνεο, για να επιτρέψει την εκτίμηση της απώλειας του αίματος. Η φυσιολογική απώλεια αίματος είναι περίπου 250 ml.

6. Ο πυθμένας της μήτρας τρίβεται για να εξασφαλιστεί μια σταθερή σύσπαση.

7. Ο κόλπος, τα χείλη και το περίνεο, ελέγχονται για ρήξεις ή για άλλες κακώσεις. Καθαρίζεται το αιδοίο και τοποθετείται ένα αποστειρωμένο τολύπιο για να μαζεύει τα λόγια.

8. Στη συνέχεια εξετάζεται ο πλακούντας, που συγκρατείται από τον ομφάλιο λώρο και σηκώνεται ψηλά για να φανεί η έκταση των υμένων και οποιαδήποτε ανωμαλία. Μετά τοποθετείται με τη μητρική επιφάνεια προς τα πάνω, για να ελεγχθεί η ακεραιότητά του.

Αν ο πλακούντας δεν είναι ακέραιος, τότε επιβάλλεται η άμεση διερεύνηση της μήτρας.

♦ **Λοχεία – Φυσιολογικά φαινόμενα**

Είναι η χρονική περίοδος από το τέλος του τοκετού έως τη συμπλήρωση 6 εβδομάδων. Κατά τη διάρκεια της λοχείας εμφανίζονται Φυσιολογικά φαινόμενα.

α. Σταδιακή επάνοδος στην αρχική κατάσταση όπως ήσαν πριν την εγκυμοσύνη της μήτρας και των άλλων οργάνων του ουροποιογεννητικού συστήματος. Λιγότερο εντυπωσιακές μεταβολές παρατηρούνται και στα άλλα σύστημα του οργανισμού, καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, αιμοποιητικό

β. Αρχίζει μία φυσιολογική σημαντική λειτουργία, η Γαλουχία με σκοπό την εξασφάλιση διατροφής στο νεογνό.

Η μήτρα που κατά την εγκυμοσύνη αυξάνεται σημαντικά και φθάνει σε βέρος 1 Kgr μετά την έξοδο του πλακούντα συσπάται ταχύτατα και κατά την ψηλάφηση ευρίσκεται μέχρι το ύψος του ομφαλού. Στο τέλος της 1^{ης} εβδομάδας ψηλαφάται στο ύψος της

ηβικής σύμφυσης, επανέρχεται στο φυσιολογικό μέγεθος (βάρος 100 gr) στο τέλος της λοχείας.

Στις πρωτότοκες υπάρχει συνεχής τονική σύσπαση μυϊκή

Στις πολύτοκες παροδική χάλαση ακολουθούμενη από έντονη συστολή (Υστερόπονοι).

Τα λοχία συνοδεύουν την παλινδρόμηση της μήτρας (είναι υπολείμματα φθαρτού επιθηλικά κύτταρα, ερυθροκύτταρα, λευκοκύτταρα, βακτηρίδια).

Τις δύο πρώτες ημέρες, είναι αιματηρά, προοδευτικά γίνονται οροαιμάτρηρα και από τη 10^η ημέρα ορώδη. Σταματούν τελικώς μετά την 4^η εβδομάδα.

Το ενδομήτριο αναγεννάται από τη βασική στοιβάδα. Η διεργασία αυτή αρχίζει αμέσως μετά τον τοκετό και ολοκληρώνεται την 3^η εβδομάδα της Λοχείας. Στην περιοχή πρόσφυσης του πλακούντα γίνεται απόπτωση των νεκρωθέντων κυτταρικών στοιχείων και αναπαραγωγή του ενδομητρίου, χωρίς ουλή, συμπληρώνεται την 5^η-6^η εβδομάδα.

Ο τράχηλος: Κλείνει σταδιακά και παχύνεται έως της 3^η εβδομάδα

Ο κόλπος: Επανέρχεται στο φυσιολογικό τέλος της 3^{ης} εβδομάδας

Οι ουρητήρες: που ήταν επιμυκησμένοι, διατεταμένοι, και υποτονικοί και η ουροδόχος κύστη επανέρχεται στο φυσιολογικό μέχρι τη 3-4^η εβδομάδα.

Πολυουρία φυσιολογική, τις δύο πρώτες ημέρες και φυσιολογική πρωτεϊνουρία (λόγω καταβολισμού του μυομητρίου).

Παροδική αιμοσυμπύκνωση λόγω του εξόδου υγρών από την κυκλοφορία στους ιστούς.

Υπερπηκτικότητα παροδική με προδιάθεση για θρομβώσεις την πρώτη εβδομάδα.

Συγχρόνως επανέρχονται στη φυσιολογική προ της εγκυμοσύνης κατάσταση η καρδιά, το αναπνευστικό, το πεπτικό σύστημα και οι ενδοκρινείς αδένες που λειτουργούσαν για τις ανάγκες της εγκυμοσύνης.

Γαλουχία: Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι μαστοί υπερπλάσσονται και διαφοροποιούνται με την επίδραση των οιστρογόνων, προγεστερόνης και (πλακουντιακή γαλακτόνο ορμόνης) που παράγονται σε μεγάλες ποσότητες, αλλά και άλλων ορμονών όπως προλακτίνης, κορτιζόλης, ινσουλίνης.

Για να θηλάσει μία γυναίκα είναι απαραίτητη η ανατομική ακεραιότητα του μαστού και η καλή λειτουργία της Νευροορμονικής οδού (Σύνδεση της θηλής του μαστού με τον υποθάλαμο και την υπόφυση).

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχουν υψηλά επίπεδα προλακτίνης αλλά δεν παράγεται γάλα λόγω ανταγωνισμού τοπικά στο επίπεδο του μαστού από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη.

Μετά τον τοκετό, έχουμε απότομη πτώση των στεροειδών ορμονών, κατάργηση της ανταγωνιστικής δράσης και έναρξη Γαλουχίας σε 48-72 ώρες.

Απαραίτητες για την γαλουχία είναι οι ορμόνες των επινεφριδίων και του θυρεοειδούς.

Αγωγή λοχείας

Αμέσως μετά τον τοκετό επιβάλλεται συστηματική παρακολούθηση της Λεχωϊδας για 2-3 ώρες. Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων (ΑΠ, ΣΦ, θερμοκρασία).

Έλεγχος των λοχείων, περινεορραφίας και τονικότητας της μήτρας.

Εφόσον δεν υπάρχει πρόβλημα μεταφέρεται στο δωμάτιό της.

Κατά την παραμονή στο μαιευτήριο

- Παρακολουθούνται ζωτικά σημεία
- Παλινδρόμηση μήτρας
- Περινεορραφία
- Λοχία (ποσότητα, ποιότητα)
- Ούρηση
- Λειτουργία εντέρου
- Μαστοί

Η σίτιση αρχίζει όταν συνέλθει η λεχωϊδα. Ο θηλασμός αρχίζει στο τέλος του 1^{ου} 24ώρου ανά 3-4 ώρες.

Η γρήγορη κινητοποίηση της λεχωϊδος βοηθεί στην παλινδρόμηση της μήτρας, την έξοδο των λοχείων, καλή λειτουργία του εντέρου και ουροδόχου κύστεως. Αποφεύγονται οι θρομβοφλεβιτιδες και τονώνεται το ηθικό.

Η ψυχική κατάσταση της λεχωϊδας παρουσιάζει συχνά αστάθεια λόγω της ταλαιπωρίας του τοκετού, συναισθηματική φόρτιση για την υγεία του νεογνού, επίσης ανησυχία για το ρόλο και τις ευθύνες σαν μητέρα.

Έλεγχο ομάδος και RH και κατάλληλη αντιμετώπιση στις RH αρνητικές λεχωϊδες.

Οδηγίες για μετά την έξοδο από το μαιευτήριο

Υγιεινή σώματος, περιποίηση τραύματος, διατροφή, αποφυγή σεξουαλικής επαφής, σωματική δραστηριότητα και ανάπαυση. Ασκήσεις για αποκατάσταση μυών κοιλίας και περινέου. Χορήγηση σκευασμάτων Σιδήρου, Ασβεστίου και Βιταμινών.

Επανεξέταση μετά το τέλος της λοχείας

- Έλεγχος σωματικού βάρους. Πρέπει να έχει επανέλθει στο φυσιολογικό.
- Λοχία: Πρέπει να έχουν σταματήσει, αλλιώς χρειάζεται διαγνωστικός έλεγχος
- Έλεγχος περινεορραφής και τραυμάτων κόλπου, τραχήλου
- Γυναικολογική αμφίχειρος εξέταση
- Εξέταση μαστών.

ΜΕΡΟΣ Β΄

◆ **Νοσηλευτικές επισημάνσεις**

1. Η διαδικασία της γέννησης περιλαμβάνει παράγοντες που σχετίζονται με το μέγεθος του εμβρύου, το σχήμα και το μέγεθος της πυέλου της μητέρας, τις δυνάμεις που ενεργούν για την εξώθηση του εμβρύου και την ψυχολογική προετοιμασία της μητέρας για τον τοκετό και τη γέννηση.

2. Η αμφίπλευρη εκτίμηση περιλαμβάνει την προσοχή στις σωματικές και τις ψυχολογικές ανάγκες της μητέρας, όπως επίσης και τη συνεχή παρακολούθηση του εμβρύου.

3. Οι πόνοι κατά τη διάρκεια της γέννησης επηρεάζονται τόσο από σωματικούς παράγοντες, όσο και από την απόκριση της μητέρας σ' αυτούς.

4. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι και φάρμακα για τον έλεγχο των πόνων, και η εκλογή βασίζεται στην προτίμηση της μητέρας και στις κλινικές συνθήκες.

5. Ο/ η νοσηλευτής / τρια δε θα πρέπει να είναι επικριτικός, αλλά υποστηρικτικός σε ότι αφορά την αντίδραση της εγκύου στους πόνους.

6. Ένα σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να παρέχει σιωπηρή επιβεβαίωση κατά τη διαδικασία του τοκετού, η οποία είναι μία στιγμή κρίσεως.

7. Οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας εγκαθιδρύονται με βάση την εκτίμηση των σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων.

8. Οι συμπεριφερολογικές αποκρίσεις στον τοκετό διαφέρουν σύμφωνα με τη φάση του τοκετού και την προετοιμασία της γυναίκας,

την προηγούμενη εμπειρία, τις μορφωτικές πεποιθήσεις, το επίπεδο της ανάπτυξης και το σύστημα υποστήριξης.

♦ Προειδοποιητικά σημεία του τοκετού

Α. Αίσθημα ελάττωσης της διάτασης της κοιλιάς, το οποίο προκαλείται από κάθοδο της μήτρας εντός της πυέλου πριν τον τοκετό: Συνοδεύεται από πιθανό πόνο στα πόδια λόγω της πίεσης στο ισχιακό νεύρο, των κολπικών αλλαγών και της αυξημένης συχνότητας ούρησης.

1. Για τις πρωτοτόκους, συνήθως λαμβάνει χώρα στον τελευταίο μήνα τη κύηση.

2. Για τις πολυτόκους, συνήθως λαμβάνει χώρα ακριβώς πριν από τον τοκετό. Β. Οι συσπάσεις Braxton-Hicks: διαλείπουσες συσπάσεις της μήτρας, συνήθως χωρίς πόνο που συχνά εκλαμβάνονται λανθασμένα ως πραγματικός τοκετός.

Γ. Ο ψευδής τοκετός: μεγαλοποιημένες συσπάσεις Braxton-Hicks, συχνά με δυσφορία που συμβαίνει κοντά στον τοκετό.

Δ. Κολπική εμφάνιση: βλέννη από το βλεννώδες πώμα του τραχηλικού στομίου αναμειγμένη με αίμα από διηρηγμένα τριχοειδή αγγεία του τραχήλου.

Ε. Η ρήξη των μεμβρανών: οδηγεί σε αυθόρμητο τοκετό εντός 24 ωρών στο 80% των γυναικών (βλέπε κεφάλαιο 6, παράγραφο II, Ε, για πληροφόρηση τη πρόωρης ρήξης των μεμβρανών).

1. Κίνδυνος πρόπτωσης του ομφάλιου λώρου εάν το προβαλλόμενο μέρος δε καλύπτει τον τράχηλο.

2. Η έγκυος είναι σε αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη.

ΣΤ. Αλλαγές του τραχήλου: μαλάκωμα (ωρίμανση) του τραχήλου και ξεκίνημα της εξάλειψης και της διαστολής.

Ζ. Γενική απόκριση της μητέρας: πιθανή απώλεια 0.5-1.5 Kg βάρους υγρών και ξέσπασμα ενέργειας.

♦ Ξεχωρίζοντας των Ψευδή τοκετό από τον Πραγματικό Τοκετό

	Ψευδής	Πραγματικός
Συσπάσεις	Ακανόνιστα μεσοδιαστήματα	Κανονικά μεσοδιαστήματα
Μεσοδιαστήματα	Καμία αλλαγή	Βαθμιαία σμίκρυνση
Διάρκεια	Καμία αλλαγή	Βαθμιαία αύξηση
Δυσφορία	Στην κοιλιακή χώρα	Στην πλάτη περί την κοιλιά
Ένταση	Που λιγοστεύει ή δεν επηρεάζεται απ' το βάδισμα	Βαθμιαία αύξηση. Το βάδισμα αυξάνει την ένταση
Αλλαγές τραχήλου	Καμία αλλαγή	Προοδευτική διαστολή και εξάλειψη

♦ Πόνος κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννησης

A. Ο μηχανισμός του πόνου: η θεωρία ελέγχου της πύλης.

1. Η μεταβίβαση των κυμάτων του πόνου ρυθμίζεται από λειτουργίες «ανοίγματος και κλεισίματος της πύλης» από το κεντρικό νευρικό σύστημα.
2. Οι διαφοροποιήσεις στην αντίληψη του πόνου επηρεάζονται από προηγούμενες εμπειρίες, αποσπάσεις, σκέψεις και αισθήματα.
3. Ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί μέσω δερματικής διέγερσης και απόσπασης και μπορεί να διαφοροποιηθεί από λειτουργίες που ελέγχονται απ' το κεντρικό νευρικό σύστημα.

B. Ο πόνος κατά τη διάρκεια των σταδίων του τοκετού.

1. Πρώτο στάδιο: ο πόνος προκαλείται απ' τη διαστολή του τραχήλου και την ισχαιμία της μήτρας.
 - α) Δυσφορία εντοπίζεται στα σπλάχνα.
 - β) Ο πόνος αναφέρεται στο κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα και στην περιοχή πάνω από τη κατώτερη οσφυϊκή χώρα και το άνω ιερό οστό.
2. Δεύτερο στάδιο: ο πόνος προξενείται από την υποξία της μήτρας, τη διαστολή του κόλπου και του περινέου και την πίεση σε γειτονικές δομές.
 - α) Η δυσφορία είναι σωματική: Οι συσπάσεις της μήτρας προκαλούν σοβαρό πόνο χαμηλά στην πλάτη και στην υπερηβική χώρα.
 - β) Η δυσφορία μπορεί να είναι τοπική λόγω της διαστολής ή της ρήξης.

γ) Ο πόνος μπορεί επίσης ν' αναφέρεται στην πλάτη, το λαγόνιο οστόν και τους μηρούς.

3. Τρίτο στάδιο: ο πόνος προκαλείται από τις συσπάσεις της μήτρας και τη διαστολή του τραχήλου καθώς αποβάλλεται ο πλακούντας. Η δυσφορία είναι όμοια μ' αυτήν του πρώτου σταδίου.

Γ. Παράγοντες που επιδρούν στην αντίδραση του πόνου.

1. Γνώση και αυτοπεποίθηση αποκτημένες μέσω της εκπαίδευσης σχετικά με τη διαδικασία της γέννησης.
2. Επίδραση της μορφωτικής καλλιέργειας στην έκφραση ή την καταστολή της απόκρισης στον πόνο (αν και τα στερεότυπα θα πρέπει ν' αποφεύγονται).
3. Κόπωση, στέρηση ύπνου και άγχος της μητέρας.
4. Προσωπική σημασία και προηγούμενη εμπειρία του πόνου.
5. Πρόβλεψη του πόνου.
6. Άλλες αισθήσεις (τέντωμα και πίεση) που ερμηνεύονται λανθασμένα ως πόνος.

♦ **Γενικές αρχές της αντιμετώπισης του πόνου.**

1. Ο στόχος της αντιμετώπισης του πόνου είναι να επιτευχθεί η μέγιστη αναλγησία με τον μικρότερο κίνδυνο για την πελάτη και το έμβρυο.
2. Το σχέδιο πρέπει να λάβει υπ' όψη τις επιδράσεις των φαρμάκων στην έγκυο, στις συσπάσεις και στο έμβρυο.

3. Οποιαδήποτε διαταραχή της ομοιόστασης της μητέρας επιδρά στο περιβάλλον του εμβρύου.
4. Όλα τα συστηματικά φάρμακα διαπερνούν το φράγμα του πλακούντα και οι δράσεις τους εξαρτώνται από το ρυθμό του μεταβολισμού τους.
5. Ο αιματεγκεφαλικός φραγμός του εμβρύου είναι περισσότερο διαπερατός κατά τον τοκετό.
6. Οι επιδράσεις στο έμβρυο καθορίζονται από τη δόση της μητέρας, τη φαρμακοκινητικότητα του φαρμάκου, και την οδό και το χρονισμό της χορήγησης.
7. Σε ιδανική κατάσταση, τα συστηματικά φάρμακα δίνονται στην πρωτοτόκο όταν η διαστολή του τραχήλου είναι 5-6 cm και στην πολυτόκο όταν η διαστολή είναι 3-4 cm.
8. Η δόση τιτλοποιείται μέχρι να επιτευχθεί η επιθυμητή επίδραση.

◆ Προετοιμασία για τον τοκετό

A. Μέθοδοι προετοιμασμένης του τοκετού

1. Μέθοδος Grantly Dick- Read ή ψυχοσωματική προετοιμασία: Εστιάζεται αντικατάσταση του φόβου για το άγνωστο, με την κατανόηση και την αυτοπεποίθηση.

α) Τα συστατικά που συνθέτουν το πρόγραμμα.

- (1) Εκπαίδευση που θα βοηθήσει τις γυναίκες να κατανοήσουν τις σωματικές διαδικασίες κατά τον τοκετό.

(2) Ασκήσεις για βελτίωση του μυϊκού τόνου και εγκαθίδρυση της χαλάρωσης.

(3) Υποδείγματα αναπνοής που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια των σταδίων του τοκετού: συνδυασμός βαθιών κοιλιακών αναπνοών, ρηχών αναπνοών από το διάφραγμα και αναπνοή σε ρυθμό λαχανιάσματος.

β) Πλεονεκτήματα.

(1) Το μωρό μπορεί να είναι υγιέστερο, λόγω της μειωμένης ανάγκης αναλγητικών και αναισθητικών.

(2) Το ζευγάρι συμμετέχει στον τοκετό.

2. Μέθοδος Lamaze (επίσης γνωστή ως ψυχοπροφυλακτική μέθοδος): Το επίκεντρο συνίσταται στην ανάπτυξη από την γυναίκα, μίας εξαρτημένης απόκρισης και από συγκεκριμένα, να μη βιώσει πόνο κατά τον τοκετό.

α) Τα συστατικά μέρη του προγράμματος.

(1) Εκπαίδευση στις ασκήσεις, στις τεχνικές αναπνοής και στις θεωρίες μάθησης και κινήτρου.

(2) Ασκήσεις χαλάρωσης για να επιτευχθεί η ενεργητική ο συμμετοχή και έλεγχος του εγκεφάλου στο σώμα (π.χ. προοδευτική χαλάρωση, χαλάρωση επαφής, χαλάρωση διαχωρισμού)

(3) Χρήση των εικόνων, κατά την οποία το άτομο εστιάζει την προσοχή του σε κάποιο αντικείμενο για να μειώσει τον πόνο.

(4) Τεχνικές αναπνοής για να κρατηθεί η πίεση του διαφράγματος μακριά από τη συσπασμένη μήτρα. Εκτελούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού για να βοηθηθεί η έγκυος στον έλεγχο του πόνου. Η επιλογή των τύπων τους από την πελάτη εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα κι όχι απ' το στάδιο του τοκετού.

(α) Καθάρισμα αναπνοής (γίνεται στην αρχή και στο τέλος κάθε σύσπασης): εισπνοή μέσω της μύτης και εκπνοή μέσα από συρωμένα χείλη.

(β) Αργές, βαθιές αναπνοές (επίσης ονομαζόμενες αναπνοές αργού βήματος) κατά τη διάρκεια των οποίων η γυναίκα εισπνέει από τη μύτη (κινώντας μόνο το στήθος της) και εκπνέει μέσα από συρωμένα χείλη.

(γ) Ρηχές αναπνοές (επίσης ονομαζόμενες αναπνοές τροποποιημένου βήματος) κατά τη διάρκεια των οποίων η γυναίκα εισπνέει και εκπνέει με ρυθμό 4-5 αναπνοών κάθε 5 δευτερόλεπτα.

(δ) Αναπνοές λαχανιάσματος (επίσης ονομαζόμενες αναπνοές καθορισμένου

βήματος): όμοιες με τις γρήγορες, ρηχές αναπνοές, αλλά διαφέρουν στη χρήση ενεργητικής εκπνοής μέσα από συρωμένα χείλη που επαναλαμβάνεται μετά από λίγες αναπνοές.

β) Πλεονεκτήματα.

(1) Η γυναίκα έχει περισσότερο έλεγχο στη διαχείριση του πόνου κατά τη διάρκεια των συσπάσεων.

(2) Τα επεκτεταμένα εκπαιδευτικά στοιχεία καλύπτουν, τώρα, τους τομείς της διατροφής, της θρέψης του νεογνού, της γέννας με καισαρική τομή, της σεξουαλικότητας, της απόκτησης παιδιού σε μικρή ηλικία και προσαρμοστικές δεξιότητες.

3. Μέθοδοι Bradley (επίσης γνωστή ως συζυγοπροπονητικής γέννησης): Εστιάζεται στη χρήση των τεχνικών αναπνοής κατά τον τοκετό, με σύζυγο ως προπονητή και στις τροποποιήσεις του περιβάλλοντος.

α) Τα συστατικά που συνθέτουν το πρόγραμμα.

(1) Αργές, βαθιές κοιλιακές αναπνοές και γενικό χαλάρωμα του σώματος.

(2) Χρήση του σκοταδιού, της απομόνωσης και της ησυχίας για να γίνει η γέννα μία περισσότερο φυσική εμπειρία.

β) Πλεονέκτημα: αποθαρρύνει τη χρήση φαρμάκων.

♦ **Βασική νοσηλευτική φροντίδα στην αντιμετώπιση του πόνου.**

1. Νοσηλευτική εκτίμηση: πριν τη χορήγηση του φαρμάκου.

α) Ιστορικό: Λήψη πληροφοριών σχετικά με αλλεργίες (ειδικά σε αναισθητικούς παράγοντες), με το κάπνισμα, με νευρολογικές και της σπονδυλικής στήλης ανωμαλίες, με την παρουσία νόσου, με το ιστορικό κατάχρησης φαρμάκων και με τις συνηθισμένες μεθόδους προσαρμογής στον πόνο.

β) Συνέντευξη: Καθόρισε το χρόνο και τον τύπο της τροφής που λήφθηκε τελευταία, τις παρούσες αναπνευστικές συνθήκες, την παρούσα χρήση φαρμάκων εμπεριεχομένου του τύπου και του χρόνου της τελευταίας χρήσης και της μεθόδου χορήγησης, τυχόν ασυνήθιστη αντίδραση στα φάρμακα. Καθόρισε επίσης την προγεννητική προετοιμασία και εκπαίδευση της μητέρας, τις προτιμήσεις της για την αντιμετώπιση του πόνου, το χρόνο έναρξης του τοκετού, την κατάσταση των μεμβρανών, τις επιπλοκές της κύησης και τυχόν προβλήματα από την τελευταία ιατρική εξέταση.

γ) Πληροφορίες σχετικά με το έμβρυο: Καθόρισε την ηλικία της κύησης, την απόκριση του εμβρύου στον τοκετό και τ' αποτελέσματα των εμβρυικών εκτιμήσεων (συμπεριλαμβανομένου του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου). Ψηλάφησε τη μήτρα για να καθορίσεις το μέγεθος του εμβρύου, τη θέση και την προβολή του.

δ) Πληροφορίες σχετικά με τη μητέρα: Επιβεβαίωσε το χαρακτήρα και το καθεστώς του τοκετού, το καθεστώς της

ενυδάτωσης και τη συναισθηματική αντίδραση στη διαδικασία της γέννησης. Εκτέλεσε κολπική εξέταση και επέβαλε στην έγκυο την κένωση της ουροδόχου κύστεως.

2. Νοσηλευτική αξιολόγηση: μετά τη χορήγηση των φαρμάκων.

α) Καθόρισε το επίπεδο της ανακούφισης του πόνου και εάν οι αισθήσεις του πόνου επιστρέφουν.

β) Παρακολούθησε για αλλεργικές ή ανεπιθύμητες αντιδράσεις.

γ) Έλεγχξε την αρτηριακή πίεση και το ρυθμό της καρδιάς του εμβρύου κάθε 15 λεπτά μετά τη χορήγηση της περιοχικής αναισθησίας.

δ) Παρακολούθησε τις συσπάσεις, τις αλλαγές του τραχήλου και την στάση του προβαλλόμενου μέρους.

ε) Παρακολούθησε την απόκριση του εμβρύου, εμπεριεχομένων των αλλαγών της βασικής γραμμής, της μεταβλητότητας, των επιταχύνσεων και των πιθανών επιβραδύνσεων.

στ) Παρακολούθησε τη συναισθηματική απόκριση της μητέρας.

3. Νοσηλευτική διάγνωση.

α) Έλλειψη γνώσεων που σχετίζεται με την αναμενόμενη αίσθηση, το ρόλο της, τις επιλογές της αντιμετώπισης του πόνου και με τη διαδικασία για αναλγησία ή αναισθησία.

β) Χαμηλή αυτοεκτίμηση, λόγω της κατάστασης, συσχετισμένη με την αρνητική αντίληψη της συμπεριφοράς.

γ) Αναποτελεσματική προσωπική προσαρμογή που σχετίζεται με την αυξημένη ένταση και τη συχνότητα των συσπάσεων του τοκετού.

δ) Υψηλός κίνδυνος διαφοροποίησης της έκχυσης του ιστού στη μητέρα και το έμβρυο που σχετίζεται με τις επιδράσεις της αναισθησίας ή της αναλγησίας ή με τη θέση της μητέρας.

ε) Υψηλός κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στη μητέρα, που σχετίζεται με τις επιδράσεις της αναισθησίας ή της αναλγησίας στον εκούσιο έλεγχο των κινήσεων και αισθήσεων.

στ) Ελαττωμένη αποβολή ούρων που σχετίζεται με τις επιδράσεις της αναισθησίας.

4. Νοσηλευτική παρέμβαση:

α) Να παρέχεις πληροφόρηση όσον αφορά τον πόνο στη διαδικασία της γέννησης και μεθόδων αντιμετώπισής του.

β) Εξήγησε τις διαδικασίες, όπως η χορήγηση φαρμάκων, η λήψη σωστής θέσης και η ενυδάτωση. Εξήγησε τη σημασία της συνεχούς εκτίμησης.

γ) Να παρέχεις συναισθηματική βοήθεια στην έγκυο και ως άτομο. Υποστήριξε την απόφαση σχετικά με τον τύπο της αναλγησίας που θα χρησιμοποιηθεί.

δ) Χορήγησε τα φάρμακα (όπως έχει καθορισθεί), ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αντιμετώπιση του πόνου με τον μικρότερο κίνδυνο για τη μητέρα και το έμβρυο.

ε) Παρακολούθησε την αρτηριακή πίεση και το ρυθμό της καρδιάς του εμβρύου. Να είσαι έτοιμος/η για σημεία παρενεργειών στη μητέρα και δυσφορίας στο έμβρυο.

στ) Ενυδάτωσε επαρκώς με ενδοφλέβια υγρά πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη χορήγηση της περιοχικής αναισθησίας για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος υπότασης.

ζ) Να ικανοποιήσεις τις αναγκαίες παρεμβάσεις της εγκύου με μειωμένη κινητικότητα.

η) Μετά τη χορήγηση της περιοχικής αναισθησίας, μην αφήσεις την έγκυο να στηρίζεται στην πλάτη της, για ν' αποφευχθεί η συμπίεση της κοίλης φλέβας.

θ) Χορήγησε οξυγόνο μέσω της μάσκας προσώπου με ροή 10-12 l/ λεπτό για λόγους πρόληψης εμβρυϊκής δυσφορίας ή υπότασης της μητέρας.

ι) Συνεργάσου με τον ιατρό ή το νοσηευτή/τρια - βοηθό αναισθησιολόγου για τα καθορισμένα φάρμακα για ν' αντιμετωπισθεί η υπόταση της μητέρας κι ο επιπρόσθετος πόνος.

κ) Ψηλάφισε την ουροδόχο κύστη της πελάτη κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνε την κένωσή της. Εάν έχει χρησιμοποιηθεί η περιοχική αναισθησία, πρόβλεψε την ανάγκη για καθετηριασμό.

5. Νοσηλευτική εκτίμηση

α) Ο νοσηλευτής/τρια αναγνωρίζει έγκαιρα τα προβλήματα και εισάγει διορθωτικά μέτρα. Η έγκυος και το έμβρυο δεν παρουσιάζουν δυσφορία.

β) Η έγκυος επιτυγχάνει επαρκή ανακούφιση του πόνου, είναι πιο ήρεμη και νιώθει ότι ελέγχει περισσότερο τη διαδικασία του τοκετού

γ) Η έγκυος κατανοεί τη διαδικασία του πόνου κατά τον τοκετό και τη γέννα, τις επιλογές για την ανακούφιση του πόνου και γιατί είναι απαραίτητο στο νοσηλευτή/τρια να παρέχει συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση

δ) Τα ζωτικά σημεία της μητέρας και του εβρύου μένουν εντός των φυσιολογικών ορίων, ο φυσιολογικός τοκετός συνεχίζεται και εκδηλώνονται παρενέργειες.

◆ **Βασική νοσηλευτική φροντίδα κατά την εισαγωγή**

A. Νοσηλευτική αξιολόγηση.

1. Εκτίμηση της μητέρας.

α) Ιστορικό: Λήψη του ονοματεπώνυμου, της ηλικίας, του περιθάλποντας ιατρού, της αναμενόμενης ημερομηνίας, του διαθέσιμου υποστηρικτικού συστήματος, προηγούμενης νόσου, της καταγραφής της προγεννητικής φροντίδας και των προβλημάτων, των στοιχείων της κύησης, της προγεννητικής εκπαίδευσης, των αποτελεσμάτων των ειδικών εξετάσεων, της ομάδας αίματος και του Rh, του καταλόγου των φαρμάκων και

πληροφοριών των παραγόντων κινδύνου κατά τον τοκετό, των αλλεργιών και της πρόσληψης τροφής.

β) Σωματική εξέταση: Εκτίμησε τη γενική σωματική κατάσταση (εμπεριεχομένων των ήχων της καρδιάς και των πνευμόνων), τα ζωτικά σημεία και την αρτηριακή πίεση.

(1) Εκτίμησε τις συσπάσεις (συχνότητα, διάρκεια, ένταση).

(2) Έλεγε την κατάσταση του αμνιακού υγρού: Η εξέταση νιτραζίνης καθορίζει την οξύτητα ή την αλκαλικότητα του κοιλιακού υγρού (το pH του αμνιακού υγρού είναι 7-7,75).

(3) Έλεγε τη δραστηριότητα της μήτρας χρησιμοποιώντας υπερηχογραφία και / ή ψηλάφηση.

(4) Εκτέλεσε κοιλιακή εξέταση για να καθορίσεις,

(α) Το βαθμό της διαστολής του τραχήλου: κλεισμένος (0 cm) έως τέλεια διεσταλμένος (10 cm).

(β) Το βαθμό της εξάλειψης: 0% (παχής) έως 100% (λεπτός).

(γ) Τη θέση και τη στάση του εμβρύου.

!Συναγερμός νοσηλεύτριας!

Προειδοποίηση όσον Αφορά Την Κοιλιακή Εξέταση

- Μην εκτελείς κοιλιακή εξέταση όταν η έγκυος έχει κοιλιακή αιμόρραγια λόγω της πιθανότητας προδρομικού πλακούντα

- Εξχώρισε την αιμορραγία από το απέκκριμα (παρουσίαση) βλέννης αναμεμιγμένης με αίμα, φαινόμενο το οποίο είναι φυσιολογικό

(5) Επιβεβαίωσε την ανάγκη λήψης φαρμάκων κατά του πόνου, αλλά ενθάρρυνε πρώτα τις μεθόδους που δεν απαιτούν τη χρήση φαρμάκων

(6) Έλεγχε την κατάσταση της ενυδάτωσης: ενεργητική υπεραιμία του δέρματος, βλεννώδεις μεμβράνες, διαστολή της ουροδόχου κύστεως, την αποβολή των ούρων

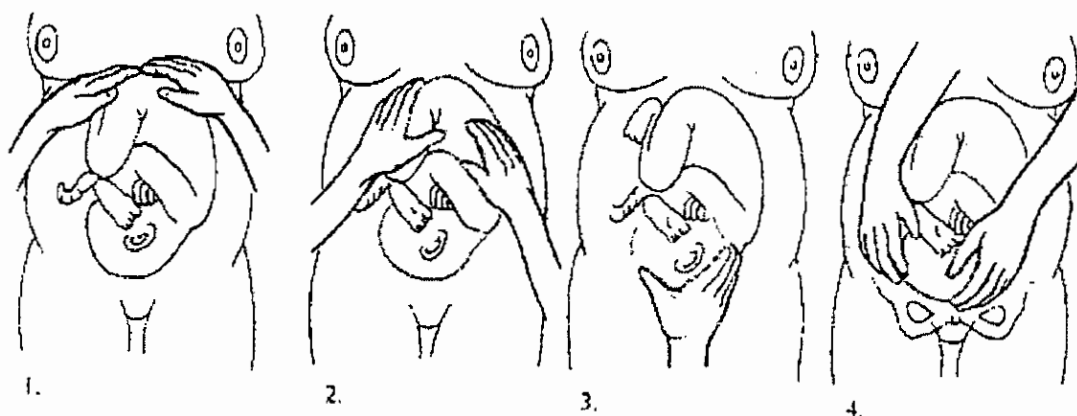
γ) Εργαστηριακές εξετάσεις: Εκτέλεσε ανάλυση ούρων (χρησιμοποιώντας stick προς εξέταση παρουσίας λευκώματος στα ούρα), αιματοκρίτη κι αιμοσφαιρίνης, έλεγχο σύφιλης (VDRL), έλεγχο ηπατίτιδας (HBsAg) και έλεγχο πιθανών φαρμάκων

δ) Ψυχολογική κατάσταση: Παρακολούθησε τα συναισθήματα, το σύστημα υποστήριξης (εμπεριεχομένης της συζυγικής κατάστασης), τη λεκτική αλληλεπίδραση, τη γλώσσα του σώματος και τη στάση του, την οξύτητα αντίληψης και το επίπεδο ενέργειας. Παρατήρησε το πολιτισμικό υπόβαθρο

2. Αξιολόγηση του εμβρύου

α) Αναγνώρισε την εκτινόμενη ημερομηνία της γέννας (ΕΗΓ)

β) Καθόρισε το ύψος του πυθμένα



γ) Εκτέλεσε τους χειρισμούς του Leopold: 4 κοιλιακές ψηλαφίσεις, μέσω των οποίων εκτιμάται το σχήμα η προβολή και η θέση της προβολής του εμβρύου. Γίνονται πριν την αρχική κολπική εξέταση.

(1) Ψηλάφησε την άνω κοιλιακή χώρα με τα δύο χέρι: Το κεφάλι ή οι γλουτοί θα πρέπει να καταλαμβάνουν τον πυθμένα.

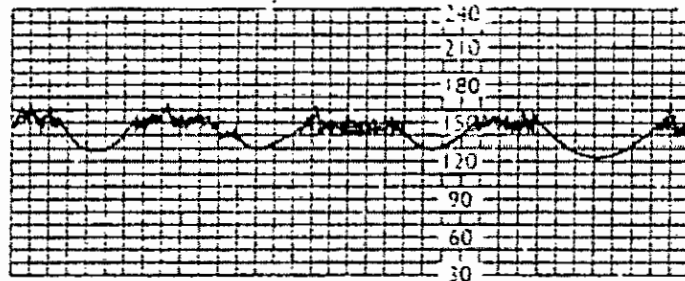
(2) Ψηλάφησε τις πλευρές της κοιλιάς με βαθιά, αλλά ήπια πίεση: Καθόρισε την θέση της πλάτης του εμβρύου και αν είναι από τη δεξιά ή την αριστερή πλευρά.

(3) Κράτησε απαλά την κοιλιά χαμηλά ακριβώς πάνω απ' την ηβική σύμφυση: Καθόρισε ποιο μέρος του εμβρύου βρίσκεται πάνω από την είσοδο.

(4) Μετακίνησε τα δάκτυλα προς τα κάτω πλευρικός της μήτρας προς το ηβικό οστόν: Εντόπισε την προεξοχή της κεφαλής ή το υπεκόγχιο χείλος.

δ) Έλεγε τον ρυθμό της καρδιάς του εμβρύου (PKE) μέσω εξωτερικών ή εσωτερικών μεθόδων.

Πρώιμη
επιβράδυνση

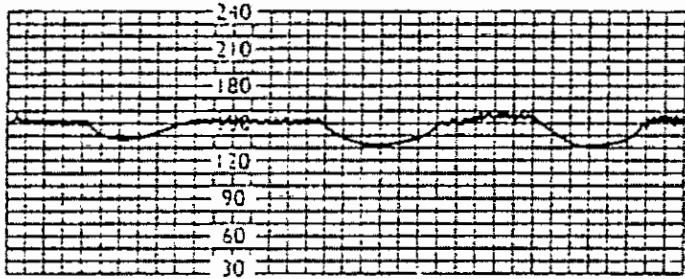


Ρυθμός
καρδιάς
εμβρύου

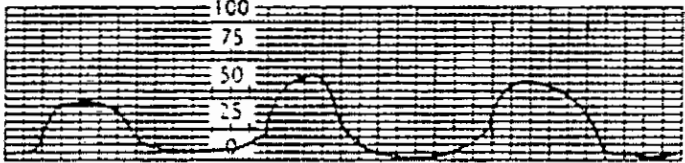


σύσπαση
μήτρας

Καθυστερημένη
επιβράδυνση

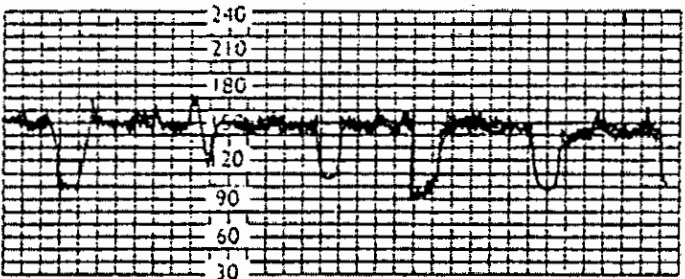


Ρυθμός
καρδιάς
εμβρύου



σύσπαση
μήτρας

Μεταβαλλόμενη
επιβράδυνση



Ρυθμός
καρδιάς
εμβρύου



σύσπαση
μήτρας

(1) Ο φυσιολογικός ρυθμός είναι 120-160 παλμοί ανά λεπτό (παλ), παρατηρημένοι μεταξύ των συσπάσεων.

- (α) Βραδυκαρδία (< 100 σφυγμοί / bpm ή πτώση 20 σφυγμοί κάτω από το βασικό όριο): μπορεί να συμβεί λόγω προοδευτικής οξέωσης του εμβρύου, συμπίεσης του ομφάλιου λώρου, αποκόλλησης του πλακούντος.
- (β) Ταχυκαρδία (160 σφυγμοί): μπορεί να συμβεί λόγω οπίσθιας προβολής, πυρετού της μητέρας, ανωριμότητας του εμβρύου, δυσφορίας του εμβρύου.
- (2) Μεταβλητότητα: αλλαγές στην καρδιακή συχνότητα του εμβρύου, οι οποίες περιγράφονται ως ελάχιστες, μέτριες, αξιοσημείωτες.
- (α) Βραχείας περιόδου: φυσιολογικές διακυμάνσεις της καρδιακής συχνότητας του εμβρύου μεταξύ ενός καρδιακού παλμού και του επομένου.
 - (β) Μακράς περιόδου: φυσιολογικές διακυμάνσεις γύρω από το βασικό όριο που γίνονται σε ρυθμικούς κύκλους ή κύματα. Ταξινομούνται σύμφωνα με τον αριθμό των σφυγμών ανά λεπτό, από 0-25.
 - (γ) Απουσία μεταβλητότητας: ομαλό (επίπεδο) βασικό όριο, το οποίο είναι σημείο δυσφορίας του εμβρύου, χρήσης φαρμάκου από τη μητέρα ή ύπνου του εμβρύου (μπορεί να διαρκέσει μέχρι 20 λεπτά).
- (3) Περιοδικές αλλαγές: πρόσκαιρες επιταχύνσεις ή επιβραδύνσεις στο ρυθμό της καρδιάς του εμβρύου.

(α) Επιταχύνσεις: συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των κινήσεων του εμβρύου και των συσπάσεων. Κατατάσσονται σε αυθόρμητες, ομοιόμορφες, μεταβαλλόμενες, ανακλαστικές και λαμβάνονται ως σημείο καλής κατάστασης του εμβρύου.

(β) Επιβραδύνσεις: περιγράφονται από τη σχέση τους με την έναρξη, και το τέλος της σύσπασης, το σχήμα τους και τη σοβαρότητα της πτώσης (ήπια, μέτρια, σοβαρή).

(i) Πρώιμη επιβράδυνση: κανονική απάντηση στη συμπίεση της κεφαλής.

(ii) Καθυστερημένη επιβράδυνση: συμβαίνει μετά την ακμή σε απόκριση της πλακουντιακής ανεπάρκειας. Είναι απειλητικό σημείο εάν δεν διορθωθεί.

(iii) Μεταβαλλόμενη επιβράδυνση: λαμβάνει χώρα σε μεταβαλλόμενα μεσοδιαστήματα προς απόκριση της συμπίεσης του ομφάλιου λώρου (θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η συμπίεση).

(4) Τεχνικές παρακολούθησης:

(α) Ακρόαση με το εμβρυοσκόπιο: προς ανίχνευση χονδροειδών αλλαγών στο ρυθμό της καρδιάς του εμβρύου μεταξύ, κατά τη διάρκεια και μετά από μία σύσπαση.

(β) Ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου

i) Εξωτερική (έμμεση) παρακολούθηση: πηγή υπερήχων που τοποθετείται στην κοιλία της γυναίκας.

ii) Εσωτερική (άμεση) παρακολούθηση: το ηλεκτρόδιο εφαρμόζεται στο προβαλλόμενο μέρος του εμβρύου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί καθετήρας ενδομήτριας πίεσης (ΚΕΠ) που περιέχει υγρό, ο οποίος τοποθετείται στη μητρική κοιλότητα για να μετρηθεί η δραστηριότητα της μήτρας και να συσχετιστεί με το μοτίβο του ΡΚΕ. Το ηλεκτρόδιο και η συσκευή ΚΕΠ παρέχουν συνεχόμενες πληροφορίες, οι οποίες είναι περισσότερο ακριβείς από τα στοιχεία που συλλέγονται μέσω της εξωτερικής παρακολούθησης.

(5) Γίνεται καταϊωνιστικό λουτρό καθαριότητας της επιτόκου

(α) Υποκλισμός για την αποφυγή εξόδου κοπράνων και ρύπανση του περινέου κατά την εξώθηση και γιατί βοηθάει την πρόοδο του τοκετού

(β) Κένωση της ουροδόχου κύστης με ούρηση

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

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

B. Νοσηλευτική διάγνωση

1. Άγχος που σχετίζεται με το περιβάλλον του νοσοκομείου, τον τοκετό και τη γέννηση, την πιθανή απώλεια του εμβρύου.
2. Έλλειψη γνώσεων που σχετίζεται με τις προσδοκίες στον τοκετό, τις διαδικασίες του τοκετού, τις τεχνικές χαλάρωσης, τις διαδικασίες παρακολούθησης του εμβρύου.

Γ. Νοσηλευτική παρέμβαση.

1. Να καθουχάσεις την έγκυο από τη στιγμή της εισαγωγής της και κατά τη διάρκεια της αρχικής εκτίμησης.
2. Ζήτησε από την έγκυο να περιγράψει τις προσδοκίες της όσον αφορά τη διαδικασία της γέννησης. Πληροφόρησέ την όσο χρειάζεται σχετικά με τον τοκετό, τη γέννα και με τις τεχνικές χαλάρωσης.

!Συναγερμός νοσηλεύτριας !

Ενδείξεις για την Ηλεκτρονική Παρακολούθηση του Ρυθμού της Καρδιάς του Εμβρύου

- Ανώμαλος ρυθμός της καρδιάς του εμβρύου κατά την ακρόαση
- Δίοδος μηκωνίου ή αίματος
- Μειωμένη κινητικότητα του εμβρύου
- Πυρετός, λοίμωξη, νόσος της μητέρας
- Προηγούμενη θνησηγένεια

- Ανώμαλη εξέλιξη του τοκετού
- Χρήση ωκυτοκίνης κολλοειδούς πήγματος προσταγλανδίνης, περιοχικής αναισθησίας
- Παρατεινόμενη ή πρόωρη ρήξη των μεμβρανών
- Πρόωρος τοκετός
- Πρόπτωση του ομφάλιου λώρου

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ηλεκτρονική παρακολούθηση μπορεί να θεωρείται διαδικασία ρουτίνας από μερικούς ιατρούς.

3. Πληροφόρησε την έγκυο όσον αφορά την παρακολούθηση του εμβρύου: τις συσκευές, πότε ενδείκνυται και τι εμπλέκεται στις διαδικασίες παρακολούθησης.

4. Παρακολούθησε το ρυθμό της καρδιάς του εμβρύου και αναγνώρισε τους τρόπους που απαιτούν στενότερη προσοχή και αντιμετώπιση.

5. Καθησύχασε την έγκυο ότι η πρόοδος της θα παρακολουθείται στενά και ότι οι νοσηλευτικές δραστηριότητες θα εστιαστούν στη καθησύχηση, τόσο της δικής της καλής κατάστασης, όσο και της καλής κατάστασης του εμβρύου.

Δ. Νοσηλευτική εκτίμηση.

1. Η έγκυος αισθάνεται άνετα και είναι χαλαρωμένη κατά τη διάρκεια της εισαγωγής.

2. Η έγκυος έχει γνώσεις για τον τοκετό, τη γέννηση και τις τεχνικές χαλάρωσης

3. Η έγκυος κατανοεί τη συσκευή παρακολούθησης του εμβρύου, το πότε αυτή ενδείκνυται και ποιες διαδικασίες εμπλέκονται.
4. Ο νοσηλευτής/τρια παρακολουθεί στενά την έγκυο και το έμβρυο και αναφέρει τις ανωμαλίες αμέσως και με ακρίβεια.
5. Η έγκυος αισθάνεται διασφαλισμένη ότι η παρακολούθηση και οι νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι αποτελεσματικές στην έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη των προβλημάτων.

♦ **Βασική νοσηλευτική φροντίδα κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού**

A. Νοσηλευτική αξιολόγηση.

1. Γενικώς: Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης ανά ώρα και το ρυθμό της αναπνοής, τον σφυγμό και τη θερμοκρασία κάθε 4 ώρες. Οι κλινικές καταστάσεις μπορεί να υπαγορεύσουν συχνότερη μέτρηση των ζωτικών σημείων.
2. Κολπική εξέταση: Ακολούθησε τη διαδικασία του τοκετού και καθόρισε πότε πρέπει να καλέσεις ειδικευμένη μαία ή γιατρό. Η εξέταση αυτή αντενδείκνυται σε περίπτωση ιστορικού ή σημείων αιμορραγίας.
3. Συσπάσεις της μήτρας.
 - α) Παρακολούθησε για τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση.
 - β) Σημείωσε αλλαγές του χαρακτήρα κατά την εξέλιξη του τοκετού: Όσο η πελάτης πλησιάζει τη μετάβαση, οι συσπάσεις

γίνονται δυνατότερες, διαρκούν περίπου 60 λεπτά και λαμβάνουν χώρα με ενδιάμεσα διαστήματα 2-3 λεπτών με τη μήτρα να χαλαρώνει εντελώς μετά από κάθε σύσπαση.

γ) Καθόρισε το βαθμό του πόνου και την ικανότητα της πελάτου να χρησιμοποιήσει τις τεχνικές αναπνοών και χαλάρωσης αποτελεσματικά.

4. Ρήξη των μεμβρανών: Εάν οι μεμβράνες ρηχθούν, έλεγξε το ρυθμό της καρδιάς του εμβρύου και μετά έλεγξε το υγρό ως προς το χρώμα, την οσμή και την ποσότητα.

5. Καρδιακός ρυθμός του εμβρύου: Εκτίμησε κάθε 15 λεπτά κατά τη διάρκεια της ενεργητικής φάσης του τοκετού. Εκτίμησε πριν την έγερση, τη χορήγηση υποκλυσμού, την τεχνητή ρήξη των μεμβρανών και τη χορήγηση αναλγησίας, ή αναισθησίας.

B. Νοσηλευτική διάγνωση.

1. Έλλειψη όγκου υγρών που σχετίζεται με τη μειωμένη πρόσληψη υγρών.

2. Αναποτελεσματική προσαρμογή της οικογένειας, συσχετισμένη με τους πόνους που έχει η έγκυος.

3. Αλλαγή στην άνεση που σχετίζεται με τις συσπάσεις της μήτρας.

4. Έλλειψη αυτοφροντίδας που σχετίζεται με την ακινησία κατά τη διάρκεια του τοκετού.

5. Αναποτελεσματική προσωπική προσαρμογή συσχετισμένη με την απώλεια ελέγχου των σωματικών λειτουργιών.

6. Διαφοροποιημένη πλακουντιακή έκχυση ιστού συσχετισμένη με τη θέση της μητέρας.

Γ. Νοσηλευτική παρέμβαση.

1. Χορήγησε νιφάδες πάγου ή γουλιές διαυγών υγρών, όπως χρειάζεται και διατήρησε την παρεντερική πρόσληψη σε 125 ml / ώρα.

2. Ενθάρρυνε τη συμμετοχή του ατόμου που παρέχει υποστήριξη. Διατήρησε την έγκυο και το άτομο υποστήριξης ενήμερους για την εξέλιξη του τοκετού.

3. Στην λανθάνουσα φάση.

α) Τρίψε την πλάτη και τοποθέτησε ένα κρύο πανί στο μέτωπο.

β) Εάν η έγκυος δεν είναι υπό παρακολούθηση, ενθάρρυνε το βάδισμα και πρότεινε συχνές αλλαγές στάσης. Αποθάρρυνε την ύπτια θέση, γιατί έτσι ελαττώνεται η υστεροπλακουντιακή έκχυση.

γ) Ενθάρρυνε τη συμμετοχή του ατόμου υποστήριξης με τις τεχνικές αναπνοών κατά τη διάρκεια των συσπάσεων.

δ) Δώσε πληροφορίες όσον αφορά τη δυσφορία:

(1) Είναι διαλείπουσα και περιορισμένης διάρκειας.

(2) Η ανάπαυση μεταξύ των συσπάσεων είναι απαραίτητη.

- (3) Δραστηριότητες απόσπασης της προσοχής μπορεί να βοηθήσουν.
4. Άλλαξε τα σεντόνια και τη ρόμπα. Διατήρησε την περινεϊκή περιοχή καθαρή και στεγνή.
5. Βοήθησε την έγκυο και το άτομο υποστήριξης να συγκεντρωθούν στα μέτρα αναπνοής και χαλάρωσης.
6. Υποστήριξε την απόφαση της εγκύου όσον αφορά τη λήψη φαρμάκων για τους πόνους.
7. Προσέφερε δοχείο νυκτός; ή βοήθησε την έγκυο να πηγαίνει συχνά στην τουαλέτα.
8. Τέλεσε καθετηριασμό όπως χρειάζεται σε έγκυες με περιοχική αναισθησία.
9. Έλεγε την ομαλότητα των Ζωτικών σημείων της μητέρας. Προσάρμοσε τη συσκευή ηλεκτρονικής παρακολούθησης του εμβρύου ή χρησιμοποίησε εμβρυοσκόπιο. Έλεγε το ρυθμό της καρδιάς του εμβρύου ως προς το βασικό όριο, τις επιταχύνσεις, τη μεταβλητότητα και τις επιβραδύνσεις.
10. Επανατοποθέτησε την έγκυο όπως χρειάζεται, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό μοτίβο του ρυθμού της καρδιάς του εμβρύου.
11. Επανεξέτασε τους τρόπους των συσπάσεων και ρυθμού καρδιάς του εμβρύου για να καθορίσεις την ανάγκη αλλαγής θέσης ή την ανάγκη για περαιτέρω παρέμβαση.
12. Ανάφερε την παρουσία αμνιακού υγρού με κηλίδες μηκωνίου στον ιατρό ή την νοσηλεύτρια-μαία.

Δ. Νοσηλευτική εκτίμηση.

1. Η έγκυος παραμένει καλώς ενυδατωμένη. Η πρόσληψη και αποβολή υγρών βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά όρια.
2. Η έγκυος απολαμβάνει αυξημένη άνεση μέσω της χρησιμοποίησης των μέσων ατομικής άνεσης, της χορήγησης της κατάλληλης αναλγησίας και της υποστήριξης από το νοσηλευτή/τρια και το άτομο υποστήριξης.
3. Η έγκυος και το άτομο υποστήριξης είναι επιβεβαιωμένοι όσον αφορά την εξέλιξη του τοκετού.
4. Το έμβryo δε δείχνει σημεία δυσφορίας και οι μετρήσεις του ρυθμού της καρδιάς του είναι καθησυχαστικές. Τα ζωτικά σημεία της μητέρας βρίσκονται εντός των φυσιολογικών ορίων και ο τοκετός εξελίσσεται ομαλά.
5. Ο νοσηλευτής/τρια αναγνωρίζει νωρίς τα προβλήματα και εισάγει τα διορθωτικά μέτρα. Η έγκυος και το έμβryo δεν π

♦ **Βασική νοσηλευτική φροντίδα κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού**

A. Νοσηλευτική αξιολόγηση.

1. Να βρίσκεσαι σε ετοιμότητα για σημεία που υποδηλώνουν την έναρξη του δεύτερου σταδίου του τοκετού.
 - α) Αιφνίδια εμφάνιση ιδρώτα στο άνω χείλος.
 - β) Αιφνίδια αύξηση της προβολής, που έχει περισσότερο την απόχρωση του αίματος.
 - γ) Επεισόδιο εμετού.

δ) Αύξηση της αντίληψης ή της ευερεθιστότητας.

ε) Έναρξη των ακούσιων προσπαθειών εξώθησης.

στ) Ρήξη των μεμβρανών.

ζ) Αλλαγή στον τόνο της φωνής (χαμηλοί ήχοι γρυλισματος).

η) Παράπονα για πίεση στο ορθό και το περίνεο.

2. Τέλεσε κολπική εξέταση για τον καθορισμό της καταλληλότητας των εξωθήσεων.

α) Διαπίστωσε την τέλεια διαστολή του τραχήλου (10 cm).

β) Διαπίστωσε την κάθοδο του προβαλλόμενου μέρους στην είσοδο.

3. Εκτίμησε την κατάσταση των συσπάσεων (συχνότητα, διάρκεια, ένταση)

4. Εκτίμησε τη σωματική κατάσταση της μητέρας.

α) Πάρε τον σφυγμό και την αρτηριακή πίεση.

β) Συνέχισε την παρακολούθηση του τοκετού της εγκύου.

γ) Σημείωσε την παρουσία αμνησίας μεταξύ των συσπάσεων.

5. Παρακολούθησε την απόκριση του εμβρύου και τον ρυθμό της καρδιάς του: ήπιες, σύντομες βραδυκαρδίες και πρώιμες επιβραδύνσεις λαμβάνουν χώρα στο 90% των γυναικών.

6. Έλεγε το αμνιακό υγρό για κηλίδες μηκωνίου, την οσμή και την ποσότητα. 7. Εκτίμησε τη δυνατότητα προσαρμογής της πελάτου και του ατόμου υποστήριξης.

B. Νοσηλευτική διάγνωση.

1. Διαφοροποίηση της άνεσης: αυξημένος πόνος, που σχετίζεται με τη θέση του εμβρύου και με τις συσπάσεις.
2. Αναποτελεσματική προσωπική προσαρμογή, συσχετισμένη με τη σωματική εξάντληση.
3. Άγχος συσχετισμένο με την άγνωστη έκβαση του τοκετού και την πιθανή απώλεια του ελέγχου.
4. Κόπωση που σχετίζεται με την κατανάλωση ενέργειας κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Γ. Νοσηλευτική παρέμβαση.

1. Συνέχισε την παροχή μέτρων άνεσης όσον αφορά τη θέση, την στοματική υγιεινή, τα καθαρά και στεγνά σεντόνια και ένα ήσυχο περιβάλλον.
2. Τοποθέτησε την έγκυο σε κατάλληλη θέση για εξώθηση. Ενθάρρυνε την ολοκληρωτική ανάπαυση μεταξύ των συσπάσεων.
3. Καθοδήγησε την έγκυο όσον αφορά τις θέσεις και τις τεχνικές εξώθησης (π.χ. ημι-Fowler, καθιστή θέση, κάθισμα στις φτέρνες, πλάγια θέση). (Βλέπε τον Διδακτικό Κατάλογο Ελέγχου Πελάτη, "Μέθοδοι Εξωθήσεως").

4. Συνέχισε την παρακολούθηση των τρόπων των συσπάσεων και του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού για να καθορίσεις την ανάγκη παρέμβασης.
5. Συνέχισε την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μορφή διασφαλίσεως και προγύμνασης. Ενθάρρυνε το άτομο υποστήριξης στη συνέχιση του έργου του.
6. Να δίνεις σύντομες ρητές οδηγίες γιατί η έγκυος μπορεί να αποκοιμηθεί μεταξύ των συσπάσεων.
7. Προετοιμασία για τον τοκετό.
 - α) Παρατήρησε για διόγκωση του περινέου και για διαστολή του στομίου το πρωκτού
 - β) Μετέφερε την πελάτη στην αίθουσα τοκετού με τα πλευρικά προστατευτικά κινκλιδώματα πάνω ή έτοιμασε το κρεβάτι του τοκετού.
 - γ) Μετακίνησε την έγκυο στο κρεβάτι του τοκετού μεταξύ των συσπάσεων.
 - δ) Τοποθέτησε την έγκυο σε θέση για αναισθησία και/ή για τον τοκετό.
 - ε) Εξήγησε στην έγκυο και το άτομο υποστήριξης όλες τις διαδικασίες και τις συσκευές.
 - στ) Προετοίμασε την περινεϊκή περιοχή: καθάρισε το αιδοίο και τη γύρω περιοχή.
8. Βοήθησε στον τοκετό και υποστήριξε την έγκυο κατά τη διάρκεια της επισειοτομής.

α) εμφάνιση του κεφαλιού στο αιδοίο (στέψη): το πλατύτερο μέρος της εμβρυικής κεφαλής διαστέλλει το αιδοίο ακριβώς πριν την γέννηση. Η επισειοτομή ή περινεοτομή γίνεται συνήθως σ' αυτή τη χρονική στιγμή για να ελαχιστοποιηθεί η βλάβη του μαλακού ιστού.

β) Χειρισμός Ritgen: βοηθάει στον έλεγχο της γέννησης της κεφαλής. Πίεση προς τα πάνω με το ένα χέρι εφαρμοσμένο στο πηγούνι του εμβρύου και προς τα κάτω με το άλλο χέρι εφαρμοσμένο στο ινίο.

γ) Ελαστική σύριγγα (πούαρ): χρησιμοποιείται για την αναρρόφηση από το στόμα και τη μύτη.

δ) Γέννηση του σώματος: γέννηση του εμπρόσθιου ώμου, ακολουθούμενου απ' τον οπίσθιο ώμο.

9. Σύσφιξε τον ομφάλιο λώρο χρησιμοποιώντας 2 αιμοστατικές λαβίδες τύπου Kelly και κόψε τον ομφάλιο λώρο πριν παύσουν οι παλμικές κινήσεις.

10. Διευκόλυνε το δέσιμο της οικογένειας.

Δ. Νοσηλευτική εκτίμηση.

1. Η έγκυος διατηρεί τα ζωτικά της σημεία σταθερά.
2. Το έμβρυο διατηρεί σταθερό καρδιακό ρυθμό.
3. Η έγκυος ωθεί αποτελεσματικά και συνεχίζει να χρησιμοποιεί τις τεχνικές αναπνοής και χαλάρωσης μεταξύ των συσπάσεων.

4. Το άτομο υποστήριξης συμμετέχει ενεργητικά και είναι ικανό να παρέχει καθυσύχαση και βοήθεια κατά τη διάρκεια των συσπάσεων.
5. Η έγκυος έχει μεταφερθεί με ασφάλεια στην αίθουσα τοκετού.
6. Η έγκυος αισθάνεται μείωση του πόνου μετά τη χορήγηση αναισθησίας / αναλγησίας.
7. Η έγκυος και το άτομο υποστήριξης κατανοούν τις διαδικασίες της αίθουσας τοκετού και τις συσκευές.
8. Η έγκυος τοποθετεί το σώμα της σε κατάλληλη θέση για τον τοκετό και γεννά ένα υγιές βρέφος.
9. Ο νοσηλευτής/τρια αναγνωρίζει νωρίς τα προβλήματα και εισάγει διορθωτικά μέτρα. Η έγκυος και το έμβρυο δεν παρουσιάζουν δυσφορία.

Διδακτικός κατάλογος ελέγχου της εγκύου

Μέθοδοι εξώθησης

Εξηγήσεις προς την έγκυο:

- ✓ Ώθησε μόνο όταν νοιώσεις σφοδρή επιθυμία ωθήσεως
- ✓ Χρησιμοποίησε τους κοιλιακούς μυς
- ✓ Χρησιμοποίησε σύντομες ωθήσεις όχι μεγαλύτερες των 6-7 δευτερολέπτων
- ✓ Ώθησε περίπου 3-5 φορές κατά τη διάρκεια κάθε σύσπασης
- ✓ Ώθησε με ανοικτή γλωττίδα και έκπνευσε ελαφρά

◆ **Βασική νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια του τρίτου σταδίου του τοκετού**

A. Νοσηλευτική αξιολόγηση:

1. Παρακολούθηση της αποκόλλησης του πλακούντα.

α) Επιβεβαίωσε το ύψος και τη συνοχή του πυθμένα αμέσως μετά τη γέννηση του βρέφους.

β) Παρατήρηση για σημεία της αποκόλλησης.

(1) Σταθερές συστάσεις της μήτρας.

(2) Αλλαγή στο σχήμα της μήτρας από δισκοειδές σε σφαιρικό ωοειδές.

(3) Προεκβολή του ομφάλιου λώρου από τον κόλπο (ενδεικτική κάθοδος του πλακούντα).

(4) Ξαφνική εκροή σκουρόχρωμου αίματος από τον κόλπο.

2. Καθόρισε την ανάγκη ωκυτοκοειδών ή προσταγλανδίνης για να διεγερθεί η σύσπαση της μήτρας, ευνοώντας την αιμόσταση.

3. Παρακολούθηση της σωματικής κατάστασης της μητέρας.

α) Ο κατά λεπτό όγκος αίματος θα πρέπει ν' αυξηθεί μετά τον τοκετό.

β) Ο σφυγμός θα πρέπει να γίνει πιο αργός και η αρτηριακή πίεση να επιστρέψει στα προ του τοκετού επίπεδα.

γ) Η αιμορραγία θα πρέπει να είναι ελάχιστη.

δ) Η πιθανότητα ρήξης του προϋπάρχοντα εγκεφαλικού ανευρύσματος και της πνευμονικής εμβολής του αμνιακού υγρού αυξάνεται.

ε) Ο πυθμένας της μήτρας θα πρέπει να συσπάται για να προληφθεί η αιμορραγία.

4. Εκτίμησε το επίπεδο του πόνου, που είναι αποτέλεσμα της επισειοτομής.

5. Εκτίμησε το νεογνό (βλέπε κεφάλαιο 9).

B. Νοσηλευτική διάγνωση.

1. Έλλειψη γνώσης σχετικής με τη διαδικασία γέννησης του πλακούντα.

2. Κόπωση, συσχετισμένη με την κατανάλωση ενέργειας κατά τη διάρκεια του τοκετού.

3. Μεταβολή της άνεσης, συσχετισμένη με τις περινεϊκές τομές.

4. Προσαρμογή της οικογένειας: πιθανότητα αύξησής της, η οποία σχετίζεται με τις αλλαγές στην οικογενειακή δομή.

5. Κίνδυνος μεταβολής της έκχυσης του ιστού της μήτρας, συσχετισμένος με την ατονία της μήτρας.

Γ. Νοσηλευτική παρέμβαση.

1. Περιέγραψε τη διαδικασία της πλακουντιακής αποκόλλησης και εξώθησης.

2. Καθοδήγησε την έγκυο να ωθήσει, όταν τα σημεία της αποκόλλησης έχουν λάβει χώρα.

3. Χορήγησε ωκυτοκίνη ή προσταγλανδίνη εάν έχει ορισθεί και ενδείκνυται.
4. Προσέφερε υποστήριξη και πληροφόρηση στην έγκυο όσον αφορά την αποκατάσταση της επισειοτομής και της σχετικής ανακούφισης του πόνου και τα μέτρα αυτοφροντίδας.
5. Για να καταπραϊνθεί ο πόνος από την επισειοτομή, εφάρμοσε ψυχρό επίθεμα για 20-30 λεπτά μετά τον τοκετό. Αφαίρεσέ το για 30 λεπτά και επανατοποθέτησέ το.
6. Καθάρισε την έγκυο και βοήθησέ τη να τοποθετηθεί σε μία άνετη θέση. Βοήθησε στη μεταφορά στην αίθουσα ανάνηψης.
7. Ενθάρρυνε την έγκυο προς κένωση.
8. Ενθάρρυνε το δέσιμο μεταξύ των γονέων και του νεογνού. Παρέχεται ιδιωτικό περιβάλλον για τις πρώτες στιγμές του ζεύγους με το βρέφος και ενθάρρυνε το θηλασμό εάν αυτός αποτελεί την επιθυμητή μέθοδο διατροφής του βρέφους.
9. Παρακολούθησε τα ζωτικά σημεία κάθε 15 λεπτά για διάστημα 1 ώρας, κάθε 30 λεπτά για την επόμενη ώρα και μετά κάθε ώρα για διάστημα 2 ωρών.
10. Έλεγγχε την περινεϊκή περιοχή κάθε μέρα προς εκτίμηση της επούλωσης της αιδοιοτομής.
11. Παρακολούθησε για την επαναφορά της αίσθησης και την ικανότητα προς κένωση σε περίπτωση που είχε χορηγηθεί περιοχική αναισθησία.

Δ. Νοσηλευτική εκτίμηση

1. Η έγκυος κατανοεί την πλακουντιακή αποκόλληση και το ρόλο της στην ολοκλήρωσή της
2. Ο πλακούντας της εγκύου παραδίδεται ακέραιος
3. Η μήτρα της εγκύου είναι στέρεη και η απώλεια αίματος είναι μικρότερη των 500 ml
4. τα ζωτικά σημεία της εγκύου διατηρούνται σταθερά
5. Η έγκυος είναι ικανή προς κένωση.
6. Η έγκυος νιώθει μεγαλύτερη άνεση και είναι χαλαρωμένη
7. Το ζεύγος έχει την δυνατότητα να δεθεί με το νέο του βρέφος
8. Ο θηλασμός αρχίζει, εάν το επιθυμεί η μητέρα

◆ **Νοσηλευτική φροντίδα λεχιάδας**

Μετά την μεταφορά της στο θάλαμο η λεχιάδα έχει ανάγκη από προσεκτική παρακολούθηση, που περιλαμβάνει

1) Παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα και καταγραφή των ζωτικών σημείων, όπως σε κάθε μετεγχειρητική πορεία. Όταν η θερμοκρασία δεν υπερβαίνει τους 38 βαθμούς και δεν κρατάει περισσότερο από 24 ώρες, δεν προκαλεί ανησυχία. Όταν όμως παραμένει σε υψηλά επίπεδα, πρέπει να βρούμε την αιτία ανόδου της. Συνηθέστερες αιτίες αύξησης της θερμοκρασίας είναι η ενδομητρίτιδα και μαστίτιδα. Άλλες φορές οι ουρολοιμώξεις ή οι θρομβοφλεβίτιδες.

2) Η ταχυσφυγμία τις δύο πρώτες ημέρες της λοχείας υποδηλώνει απώλεια αίματος, κόπωση, υπερδιέγερση και μόλυνση ή αγγειακή θρόμβωση

3) Ελέγχεται η παλινδρόμηση της μήτρας με παρακολούθηση καθημερινά του ύψους του πυθμένα της και καθημερινή έκθλιψη της για την έξοδο των λοχιών

- ο Ελέγχουμε για αιμορραγία μεγαλύτερη της συνήθους, (αποβολή λοχιών)

4) Η τακτική κένωση της ουροδόχου κύστης είναι απαραίτητη γιατί όταν είναι γεμάτη εμποδίζει την παλινδρόμηση της μήτρας. Γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε περιπτώσεις που η ούρηση είναι αδύνατη μετά την πίεση της ουροδόχου κύστης, το άκουσμα ροής νερού, την έγχυση αντισηπτικής διάλυσης μπροστά από την ουρήθρα. Σε περίπτωση εργώδους τοκετού ή εμβρουσκίας ή σικουσκίας, πάντοτε είναι απαραίτητη η εφαρμογή μόνιμου καθετήρα για μερικές μέρες.

5) Οι κενώσεις πολλές φορές γίνονται δύσκολες από ατονία του εντέρου και ευαισθησία της περιοχής του πρωκτού από περινεοτομία. Μερικές φορές απαιτείται η χορήγηση ελαφρών καθαρτικών ή και η εκτέλεση υποκλισμού αν οι συνθήκες του περινέου το επιτρέπουν.

6) Ελέγχουμε και περιποιούμαστε το τραύμα της περινεοτομίας. Γίνονται πλύσεις μετά από κάθε κένωση, ούρηση ή πίεση του πυθμένα της μήτρας για έξοδο λοχιών. Για την πλύση χρειαζόμαστε χλιαρή αντισηπτική διάλυση, αποστειρωμένα τολύπια γάζας. Αποστειρωμένη τολυπαλαβίδα, δοχείο και τετράγωνο αδιάβροχο και

τετράγωνο αλλαγών. Η πλύση γίνεται με φορά από την ουρήθρα προς τον πρωκτό. Ύστερα από τον ευτρεπισμό του περινέου τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα και εφαρμόζουμε για τη συγκράτηση της επίδεσμο σε σχήμα Τα ή του περιγέου. Αν η περιοχή του τραύματος είναι σιδηματώδης και ερεθισμένη, χρησιμοποιούμε τοπικά αντιβιοτικά σε σπρέι, σκόνη, κ.λ.π.

7) Ελέγχουμε και περιποιούμαστε τους μαστούς. Ο έλεγχος των μαστών αποσκοπεί στην πρόληψη συμφόρησης γάλακτος ή ανάπτυξης μαστίτιδας επίσης στην πρόληψη των ραγάδων. Γίνεται καθαριότητα των θηλών πριν και μετά τον θηλασμό για αποφυγή μολύνσεων. Μετά το καθάρισμα τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα και συστήνουμε την χρήση κατάλληλου στηθόδεσμου που δεν πιέζει αλλά σηκώνει ψηλότερα τους μαστούς. Σε περίπτωση ραγάδων γίνεται επάλειψη των θηλών με αλοιφή που περιέχει βιταμίνη Α ή παντοθειικό οξύ.

8) Ελέγχουμε και εκτιμούμε την σύσταση την οσμή και την ποσότητα των λοχιών

9) Ελέγχουμε τα κάτω άκρα για ύπαρξη θρομβοφλεβίτιδας ή φλεβοθρόμβωσης

10) Απαραίτητη είναι η γενική καθαριότητα της λεχwoίδας αμέσως μετά την πρώτη έγερσή της. Η καθαριότητα γίνεται με χλιαρό καταιονισμό και σαπούνι. Η πλύση των χεριών πριν κάθε θηλασμό είναι απαραίτητη, όπως απαραίτητο είναι το κόψιμο των νυχιών.

11) Ειδική διαίτα δεν είναι απαραίτητη στη λεχwoίδα, απλά να αποτελείται από όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και θερμίδες που πρέπει να περιέχονται σε κάθε σωστό διαιτολόγιο.

12) Επιβάλλεται η έγερση της λεχωίδας στο συντομότερο χρονικό διάστημα, όταν η κατάσταση της το επιτρέπει, γιατί υποβοηθάει στην παλινδρόμηση της μήτρας τη καλή λειτουργία της ουροδόχου κύστης και του εντέρου και προλαμβάνει την ανάπτυξη θρομβοφλεβίτιδας. Επίσης βοηθάει στην ανάπτυξη τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων και στην πρόληψη κάμψης της μήτρας προς τα πίσω ή πρόπτωσης της.

13) Πρέπει να περιορίζονται οι επισκέψεις τις πρώτες ημέρες της λοχείας ειδικά μικρών παιδιών για τον κίνδυνο μεταφοράς λοιμώξεων.

14) Για την αποκατάσταση του τόνου των κοιλιακών τοιχωμάτων της λεχωίδας εκτός από την εφαρμογή ζώνης κοιλιάς είναι απαραίτητες ειδικές ασκήσεις που διδάσκονται από ειδικευμένο προσωπικό (μαίες, νοσηλεύτες).

15) Μετά τον τοκετό η λεχωίδα πρέπει να συνεχίζει τις ασκήσεις και μάλιστα μπορεί να επιδοθεί σε αυτές περισσότερο πιο ελεύθερα και με μεγαλύτερη ένταση. Ο σκοπός της συνέχισης των ασκήσεων είναι.

α) Αναζωογόνηση της κυκλοφορίας του αίματος.

β) Αναζωογόνηση της ανταλλαγής (ειδικότερα ενδείκνυται οι αναπνευστικές ασκήσεις και οι ασκήσεις των άνω και κάτω άκρων).

γ) Προφύλαξη από φλεβίτιδες.

δ) Εξασφάλιση κανονικής επαναφοράς της μήτρας στο φυσιολογικό της μέγεθος.

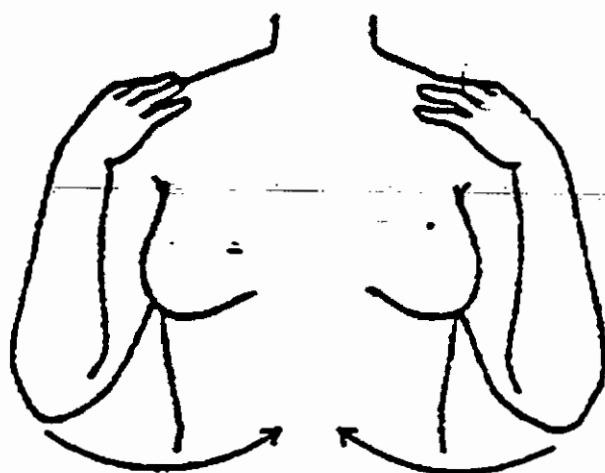
ε) Πρόσδοση τονικότητας σε όλους τους μύες και ειδικότερα περινεϊκούς και κοιλιακούς.

Οι ασκήσεις εκτελούνται πάντα με την λεχвіδα σε ύπτια θέση και με ένα μαξιλάρι κάτω από την κεφαλή.

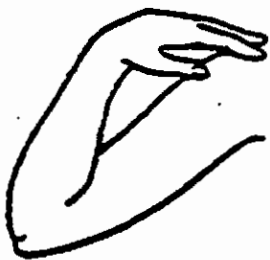
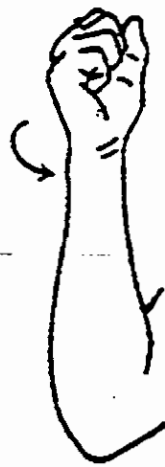
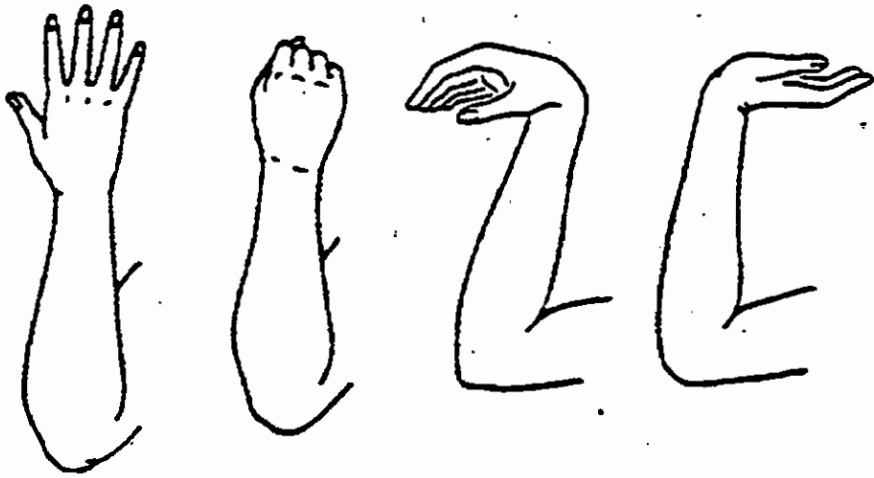
Οι ασκήσεις μπορεί να γίνουν με την έξης σειρά

1^η ημέρα (12 ώρες μετά τον τοκετό)

Άσκηση 1. Ύπτια θέση. Κυκλική κίνηση του αγκώνα γύρω από την άρθρωση της ωμοπλάτης. (5 φορές προς τα έξω και 5 φορές προς τα μέσα).

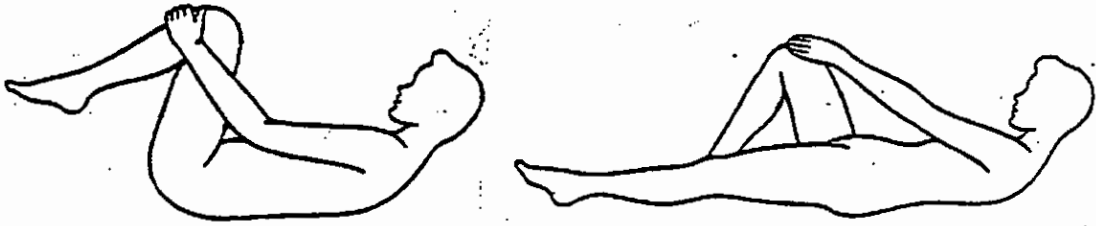


Άσκηση 2. (10 φορές)



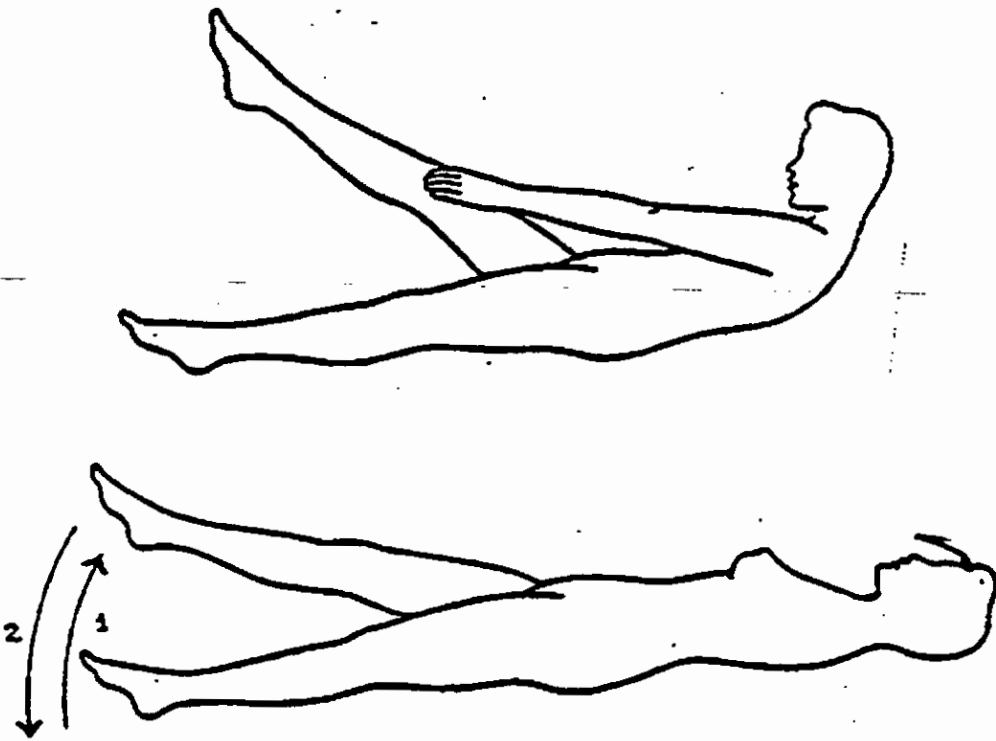
2^η Ημέρα. Επαναλαμβάνονται όλες οι ασκήσεις συν την άσκηση 3.

Άσκηση 3. (10 φορές)



3^η Ημέρα. Επαναλαμβάνονται όλες οι ασκήσεις συν την άσκηση 4.

Άσκηση 4.



♦ **Νοσηλευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών της λοχείας**

Οι κυριότερες επιπλοκές της λοχείας είναι:

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

Εάν τα λοχεία είναι δύσοσμα τότε θα χορηγήσουμε αντιβιοτικά και θα παρακωλύσουμε τη μικροβιαμία τοποθετώντας στο υπογάστριο παγοκύστη που θα μειώσει την κυκλοφορία του αίματος στη μήτρα. Για τη θεραπεία της παραμητρίτιδας χορηγούμε αντιβιοτικά για 2 εβδομάδες ή έως ότου υποχωρήσει η διήθηση.

Σε περιτονίτιδα χορηγούμε μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών ενδοφλέβια, καθώς και ηλεκτρολυτικά διαλύματα και υποστήριξη της κυκλοφορίας και εφαρμόζουμε ρινοστομαχικό καθετήρα. Και για τη θεραπεία της σηψαιμίας συνιστάται η χορήγηση υψηλών δόσεων αντιβιοτικών, η καλλιέργεια αίματος όταν υπάρχει πυρετική έξαρση και χορηγούμε επίσης κορτιζόνη. Επίσης εκτελούμε και μετάγγιση αίματος και φροντίζουμε για την καλή διατροφή της άρρωστή μας.

B) Μαστίτιδα

Η φλεγμονή των μαστών ονομάζεται μαστίτιδα και προκαλείται από τη συμφόρηση των μαστών από το γάλα, με κύρια συμπτώματα

υψηλό πυρετό με ρίγος. Με τοπική ερυθρότητα και οίδημα. Το γάλα είναι σηπτικό.

Κύρια νοσηλευτική μας φροντίδα είναι η κένωση των μαστών και η καθημερινή τους καθαριότητα χορηγώντας ταυτόχρονα αντιβιοτικά όπως π.χ. η κλοξακιλλίνη. Αν η μαστίτιδα έχει προχωρήσει εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα, ενώ στην γαλακτική υπερφόρτωση τοποθετούμε θερμοφόρες για να ρευστοποιηθεί το γάλα και να εξέλθει εύκολα με την έκθλιψη. Εάν δεν αποδώσει και αυτό το μέτρο, τότε εφαρμόζουμε τον απογαλακτισμό με χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων ή ανδρογόνων, τα οποία αναστέλλουν τη γαλακτοτρόπο ορμόνη. Σήμερα χορηγούμε ρωμοκρυπτίνη. Συμβουλευούμε τη λεχωίδα να περιορίσει τη λήψη των υγρών και να εφαρμοσθεί σφιχτή περιδέση. Στην περίπτωση της αποτυχίας και αυτής της θεραπείας, τότε καταφεύγουμε στην χειρουργική διάνοιξη του αποστήματος.

Γ) Φλεβοθρόμβωση

Αυτή συμβαίνει χωρίς φλεγμονώδη αντίδραση και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη του θρόμβου μέσα στη φλέβα και παρατηρείται συχνότερα μετά από εγχείρηση καισαρικής τομής. Αίτια της οι κίρσοι, η παρατεταμένη κατάκλιση και ακινησία των κάτω άκρων. Για την αποφυγή της συνιστούμε στη λεχωίδα να εγερθεί όσο το δυνατό γρηγορότερα από το κρεβάτι. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγουμε τη χορήγηση οιστρογόνων ορμονών για τη διακοπή του θηλασμού, επειδή προδιαθέτουν σε θρομβοεμβολικά επεισόδια. Σε ελαφρές περιπτώσεις φλεβοθρόμβωσης, περιδένουμε το σκέλος και το τοποθετούμε σε ανάρροπη θέση και εφαρμόζουμε θερμά επιθέματα μαζί με αντισηπτικές αλοιφές και ελαστικό επίδεσμο. Επίσης χορηγούμε αντιβιοτικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα και συνιστούμε

και εκτέλεση ασκήσεων. Όταν υποχωρήσουν οι ενοχλήσεις συνιστούμε την έγερση της λεχωίδας.

Σε βαθύτερες περιπτώσεις χορηγούμε ταυτόχρονα με τα παραπάνω και ηπαρίνη από τις πρώτες 48 ώρες σε δόση 5.000 μονάδων κάθε 4 ώρες ενδοφλέβια. Καλύτερα αποτελέσματα πετυχαίνουμε με το συνδυασμό ηπαρίνης – δικουμαρόλης.

Δηλαδή χορηγούμε ηπαρίνη για επτά μέρες και παραμένουμε με παράγωγα δικουμαρόλης. Διακόπτουμε τη θεραπεία μετά από 10 έως 12 μέρες. Για να πετύχουμε θρομβόλυση μπορούμε να χορηγήσουμε στρεπτοκινάση ή ουροκινάση.

Σε βαθύτερες θρομβώσεις όπως π.χ. σαφηνομηριαίας συμβολής και λαγόνιας φλέβας, προβαίνουμε σε εγχείρηση στις πρώτες 48 ώρες μετά τον τοκετό.

Δ) Μόλυνση τραυμάτων

Στις περιπτώσεις αυτές προβαίνουμε στον αντισηπτικό καθαρισμό τους. εάν υπάρχει διάσπαση στις δύο πρώτες μέρες, τα επανασυρράπτουμε αφού απομακρύνουμε τους νεκρούς ιστούς και χορηγούμε αντιβιοτικά από το στόμα.

ΜΕΡΟΣ Γ΄

♦ **Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική φροντίδα εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας σε επίτοκο με φυσιολογικό τοκετό**

Πρώτο περιστατικό

Η κυρία Παπαϊωάννου Μαρία του Παναγιώτη, ηλικίας 25 ετών, τόπος διαμονής Κόρινθος, διεύθυνση Νικομηδείας 4, εισήλθε στο μαιευτικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου στις 6-12/2001 με πόνους στο υπογάστριο και μας ανέφερε ότι άρχισε να αισθάνεται τους πόνους 2 ώρες προτού έλθει στο Νοσοκομείο.

Την παρέλαβα και την οδήγησα στο θάλαμο 114 του τμήματός μας όπου κι έγινε και η λήψη του ιστορικού της. Η επίτοκος είχε ελεύθερο το κληρονομικό και το ατομικός γενικό αναμνηστικό της.

Ακολούθησε η μαιευτική εξέταση, από το μαιευτήρα που έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

Η επίτοκος διατρέχει τον ένατο μήνα της εγκυμοσύνης της, το θυλάκιο της είναι άρρηκτο και ότι η διαστολή του τραχηλικού στομίου είναι 3 εκ. επίσης ο μαιευτήρας καθόρισε το σχήμα, την προβολή και η θέση του εμβρύου με τους χειρισμούς του Leopold. Το σχήμα ήταν κάθετο, η προβολή του κεφαλική και η θέση του αριστερή πρόσθια.

Μετά την εξέταση της επίτοκου από το Μαιευτήρα γιατρό, οδήγησα την επίτοκο στην αίθουσα ωδινών όπου της πήρα τα ζωτικά σημεία.
Αρτηριακή πίεση φυσιολογική Συστολική: 110mmHg

Διαστολική: 70mmHg

Σφύξεις: 80 το λεπτό

Θερμοκρασία: 36,7°C

Επίσης της έγινε εφαρμογή Dextrose 5% ορού με 10 μονάδες ΟΧΥΤΟCΙΝ για να ενισχύσουμε τις ωδίνες της επιτόκου.

Η επίτοκος παρουσίασε τα παρακάτω προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν με τις ανάλογες Νοσηλευτικές ενέργειες:

<i>Προβλήματα, ανάγκες</i>	<i>Αντικειμενικοί Νοσηλευτικοί σκοποί</i>	<i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών</i>	<i>Εφαρμογή Προγράμματος της Νοσηλ. Φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων</i>
Θυλάκιο άρρηκτο	Ρήξη θυλακίου ώστε να εξελιχθεί ο τοκετός	Τεχνητή ρήξη του θυλακίου με εντολή γιατρού εφόσον η διαστολή είναι 5εκ.	Εφαρμογή τεχνητής ρήξης του θυλακίου με αποστειρωμένη λαβίδα KOCHER	Υπήρξε πρόοδος στην εξέλιξη του τοκετού και ο τοκετός προχώρησε ομαλά
Ασθενείς ωδίνες	Ενίσχυση των διασταλτικών ωδινών ώστε να υπάρξει πλήρης διαστολή του τραχηλικού στομίου	Χορήγηση ωδινοποιητικών φαρμάκων με ιατρική εντολή	Χορήγηση 10 μονάδες ωκυτοκίνης μέσα σε ορό και ρύθμιση της ταχύτητας ροής του ορού σε 15 /λεπτό	Η ωκυτοκίνη επέδρασε στο μυομήτριο, έτσι αυξήθηκαν οι συσπάσεις του και οι στατολικές ωδίνες έγιναν εντονότερες και συχνότερες
Ακαμψία του τραχηλικού στομίου	1. χαλάρωση του τραχηλικού στομίου με αποτέλεσμα την ομαλή εξέλιξη του τοκετού 2. πρόληψη του οιδήματος τραχήλου	1. χορήγηση σπασμολυτικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία 2. πρόληψη του πρόωρου σφιζιματος της επιτόκου, διότι προκαλείται έτσι οίδημα του τραχήλου	1. χορήγηση σπασμολυτικών όπως BUSCOPAN, SPARINE μέσω της ενδοφλέβιας χορήγησης σε δόση 4 μονάδων 2. συμβουλές στην επίτοκο να σφιγγεται μόνο στη διάρκεια των ωδινών αφού πάρει βαθιά εισπνοή	Η χαλάρωση του τραχηλικού στομίου επιτεύχθηκε και με την ενέργεια των διασταλτικών ωδινών , η διαστολή του τραχηλικού στομίου έγινε τέλεια.

T.E.I. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΤΗΚΗ

Αφού αντιμετωπίστηκαν τα παραπάνω προβλήματα, ο τοκετός εξελίχθηκε ομαλά.

Η διαστολή του τραχηλικού στομίου έγινε τέλεια στις 15:30 μμ της 6-12-2001.

Η επίτοκος γέννησε ζωντανό νεογνό ώριμο κορίτσι βάρους 3.700kg στις 15:50μμ. , είχε αυτόματη υστεροτοκία.

Η λεχωίδα κυρία Παπαϊωάννου Μαρία εξήλθε από τη μαιευτική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου στις 11/12/2001 με γενική κατάσταση της υγείας της καλή.

Δεύτερο περιστατικό

Η λεχωίδα Ηλιοπούλου Αικατερίνη του Χρήστου, ηλικίας 26 ετών, τόπος διαμονής Κόρινθος, διεύθυνση: Κολοκοτρώνη 25, γέννησε στο Μαιευτικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου στις 16-5-2001 με φυσιολογικό τοκετό, ζωντανό νεογνό αγόρι βάρους 3.500kg. Εισήλθε στο τμήμα στις 16-5-2001 και εξήλθε στις 24-5-2001.

Ως επίτοκος κατά την γενική της εξέταση, μου ανέφερε η ίδια ότι είχε πυρετό 38,2°C και ότι είχε κρυστολογήσει.

Αφού την τοποθέτησα στον θάλαμο 203 του τμήματος κατόπιν εντολής του ιατρού της έγινε συμπτωματική θεραπεία με αντιπυρετικά φάρμακα όπως DEPON TABL 1x3.

Όμως την ίδια μέρα εξελίχθηκε και ο τοκετός, αφού η επίτοκος είχε έλθει με πόνους στο υπογάστριο και το θυλάκιο της ερρηγμένο, με διαστολή 5 εκατοστών.

Μετά τον τοκετό και πάλι παρουσίασε πυρετική έξαρση στις θερμομετρήσεις που της έγιναν κάθε 3 ώρες, η λεχωίδα είχε πυρετό από 38,5°C ως 39°C.

Τα προβλήματα που παρουσίασε η λεχωίδα, δίδονται στον παρακάτω πίνακα, καθώς επίσης περιγράφονται οι νοσηλευτικές δραστηριότητες τόσο οι ανεξάρτητες όσο και οι εξαρτημένες εκ μέρους του νοσηλευτού.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικοί Νοσηλευτικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων και Επιστημονική εξήγηση
Πυρετός	<p>1. Μείωση του πυρετού. Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>1α) Χορήγηση άφθονων και δροσερών υγρών 1β) Εφαρμογή υποθερμικού στρώματος 1γ) Εφαρμογή εξωτερικών μέσων 1δ) Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων με ιατρική εντολή και θερμομέτρηση στα τακτά χρονικά διαστήματα 1ε) Λήψη των ζωτικών σημείων τακτικά</p>	<p>1α) Χορήγηση άφθονου δροσερού νερού και χυμών φρούτων 1γ) Χρησιμοποίηση ψυχρών περιτυλιξών, λουτρού με δροσερό νερό, στο οποίο έχουμε διαλύσει οινόπνευμα 1δ) Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων πχ. DEPON, EGICALM και εκτίμηση της διαφοροποίησης της θερμοκρασίας την οποία μετράμε και καταγράφουμε 1ε) Μέτρηση, αξιολόγηση και καταγραφή των σφύξεων και της Αρτηριακής πίεσης της ασθενούς κάθε ώρα</p>	<p>1α) Η ενυδάτωση μειώνει τη θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διούρησης και παράλληλα προλαμβάνεται η αφυδάτωση που προκαλεί ο πυρετός 1β) Η θερμότητα αποβάλλεται με την αγωγιμότητα 1γ) Η απώλεια θερμότητας προκαλείται με την εξάτμιση, που αυξάνεται με την ύγρανση του δέρματος και την αγωγιμότητα 1δ) Η χορήγηση του αντιπυρετικού φαρμάκου, προκαλεί εφίδρωση και πτώση του πυρετού και με τη λήψη της θερμοκρασίας αξιολογούμε τα αποτελέσματα της θεραπείας 1ε) Η αύξηση της θερμοκρασία του σώματος προκαλεί και αύξηση των συστολών της καρδιάς με αποτέλεσμα την αύξηση των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης</p>

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικοί Νοσηλευτικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων και Επιστημονική εξήγηση
<p>Πυρετός</p> <p>2. Μείωση των δυσμενών επιπτώσεων πυρετού</p> <p>Αποκατάσταση</p>	<p>2) Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών προληπτικά, λόγω των εφιδρώσεων που γίνονται εξαιτίας της αύξησης του βασικού μεταβολισμού</p>	<p>2α) Ακριβής μέτρηση και αναγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p> <p>2β) Ακριβής τήρηση των ιατρικών οδηγιών σχετικά με τη χορήγηση υγρών (παραντερικά, από το στόμα)</p> <p>2γ) Παρακολούθηση της ποσότητας και πυκνότητας καθώς και του ειδικού βάρους των ούρων</p> <p>2δ) Συνεχής εκτίμηση των αποτελεσμάτων των παραπάνω νοσηλευτικών δραστηριοτήτων για τυχόν νέων προβλημάτων που ίσως παρουσιασθούν</p>	<p>2α) Με την ακριβή μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών επιτυγχάνεται ο έλεγχος του ισοζυγίου των υγρών</p> <p>2γ) Η παρακολούθηση των ούρων (ποσότητα, πυκνότητα, χρώμα, ειδικό βάρος) μας βοηθά να αξιολογήσουμε την λειτουργική αριότητα των ουροφόρων σωληναρίων και να εντοπίσουμε τυχόν παθολογικά στοιχεία που μπορεί να υπάρχουν</p>	

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικοί Νοσηλευτικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων και Επιστημονική εξήγηση
Δυσκοιλιότητα	Αποκατάσταση και διατήρηση φυσιολογικής λειτουργίας εντέρου	<p>1) Καθορισμός διαίτας ανάλογης με την περίπτωση</p> <p>2α) Διδασκαλία της ασθενούς για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας</p> <p>2β) Ενίσχυση της φυσικής δραστηριότητας της ασθενούς</p> <p>3α) Εφαρμογή υπόθετου</p> <p>3β) Εφαρμογή καθαρτικού υποκλυσμού εάν η παραπάνω θεραπεία δεν αποδώσει</p>	<p>1) Χορήγηση τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη και ενίσχυση της ασθενούς να παίρνει άφθονα υγρά</p> <p>2α) Διδασκαλία της ασθενούς να κάνει μαλάξεις στην κοιλιά (η μάλαξη ακολουθεί την κατεύθυνση του παχέος εντέρου)</p> <p>2β) Συμβουλευόμε την ασθενή για έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι και να κινηθεί</p> <p>3α) Τοποθέτηση του υποθέτου 30' λεπτά της ώρας πριν από το γεύμα</p>	<p>1) Οι τροφές που περιέχουν άφθονη κυτταρίνη διεγείρουν το έντερο και αυξάνουν την συσταλτικότητα του με αποτέλεσμα την προώθηση του περιεχομένου του</p> <p>2α) Με τη μάλαξη προωθείται μηχανικά το περιεχόμενο του εντέρου</p> <p>2γ) Ο συνδυασμός της σωματικής κίνησης και της θεραπείας βοηθά στη λειτουργικότητα του εντέρου</p> <p>3α) Το υπόθετο αυξάνει τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου με την επίδραση των φαρμάκων που περιέχει στις αποπληξίες των νεύρων του βλεννογόνου του εντέρου και έτσι ερεθίζονται οι κινητικές νευρικές ίνες του βλεννογόνου και προκαλείται περιστολή και έτσι κένωση</p>
				105

Με τα παραπάνω μέτρα που ελήφθησαν και εφαρμόστηκαν η θεραπεία απέδωσε και δεν χρειάστηκε να γίνει καθαρτικός υποκλυσμός στον ασθενή. Επίσης η γενική της κατάσταση, χάρη στο σωστό συνδυασμό της θεραπεία και της επιμελημένης νοσηλευτικής φροντίδας που της προσφέρθηκε , παρουσίασε σημαντική βελτίωση.

Ο πυρετός παρουσίασε πτώση και η θερμοκρασία επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα των 37,5°C, το μεσημέρι της 22-5-2001.

Η λεχώϊδα Ηλιοπούλου Αικατερίνη εξήλθε από τη Μαιευτική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου στις 24-5-2001 με γενική κατάσταση της υγείας της καλή.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Για την κάθε γυναίκα η γέννηση ενός παιδιού είναι ένα υπέροχο γεγονός της ζωής της και μία εμπειρία που πρέπει να είναι ευχάριστη. Καλούμαστε λοιπόν να προσφέρουμε τις γνώσεις και την υποστήριξη μας απλόχερα σε κάθε επίτοκο που διανύει αυτή την ξεχωριστή στιγμή τη ζωή της.

Με τα λόγια αυτά επέρχεται και η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας. Ευελπιστώ να έγινε η όσο το δυνατόν καλύτερη αξιοποίηση, επεξεργασίας και ανάλυση όλων των στοιχείων και να βοήθησαν στην προσέγγιση και κατανόηση αυτού θαύματος που καλείται «φυσιολογικός τοκετός».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. MILLER CALLANDER «Εικονογραφημένη Μαιευτική» 4^η Έκδοση, CHURCHILL LIVING STONE EDINBURGH LONDON MELBOURNE AND NEW YORK 1989
2. Μαιευτική και Γυναικολογική Μαιευτική. Επίτομος. Απόδοση στην Ελληνική Δήμος Μαστρογιάννης. Εκδόσεις Έλλην
3. ΝΙΚΟΛΑΟΣ Α. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ «Μαιευτική» Επίτομος, έκδοση 3^η. Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιανός», Αθήνα 1994
4. Διεθνή ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΤΣΙΓΓΟΥΝΗΣ. Σημειώσεις μαθήματος Μαιευτικής – Γυναικολογίας» Πάτρα 1995
5. ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Ι.Σ. «Σύναψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας» Επίτομος. Έκδοση Β'. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
6. Σ.Ε. ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ «Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία» Επίτομος. Ιατρικές εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος. Αθήνα 1998
7. ΠΟΥΓΓΟΥΡΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ «Μαιευτική – Γυναικολογία». Τόμος Α', Εκδόσεις : Ο.Ε.Δ.Β Θεσσαλονίκη 1986
8. BOURNE GORDON «Εγκυμοσύνη, τοκετός, μητρότητα» Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Δ. Μέρτης –Αθ. Γεωργιάδης. Μετάφραση Μίνας Ζωγράφου. Αθήνα 1985
9. Manual of Gynecologic oncology Hugh R.K Barber. Second edition, Lippincott company 1989
10. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ ΙΟΡΔΑΝΙΔΟΥ «Μαιευτική Νοσηλευτική» Αθήνα

11. BARBARA BATES «Οδηγός για κλινική εξέταση» 2^η έκδοση,
εκδόσεις «Λίτσας»

