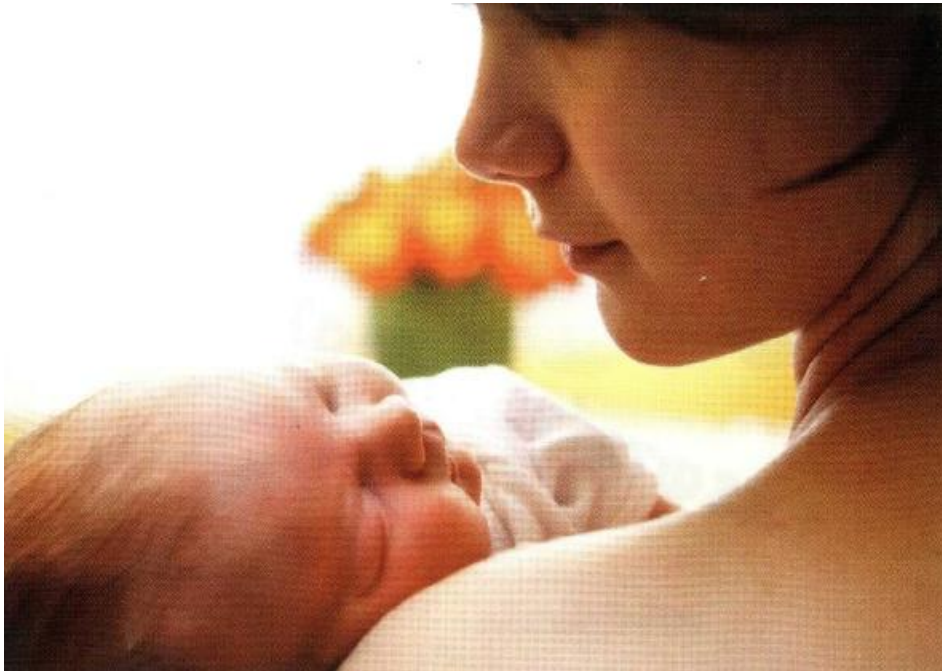


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ
ΛΟΧΕΙΑΣ”**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΖΕΡΒΑ ΝΑΤΑΛΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΙΕΚΚΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΠΑΤΡΑ – ΜΑΡΤΙΟΣ 2009

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ
ΛΟΧΕΙΑΣ”**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	9
1.1. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	9
1.2. ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	14
1.3. Η ΠΥΕΛΟΣ.....	19
1.4. ΟΙ ΜΑΣΤΟΙ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	22
ΚΥΗΣΗ - ΤΟΚΕΤΟΣ	22
2.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΗΣΗΣ	22
2.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	27
2.2.1. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	31
2.2.2. ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	33
2.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΥΗΣΗΣ - ΚΥΗΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	34
2.3.1. ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	35
2.3.2. ΨΕΥΔΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	36
2.3.3. ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....	36
2.3.4. ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ - ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ	37
2.3.5. ΠΡΟΩΡΗ ΡΗΞΗ ΤΩΝ ΕΜΒΡΥΙΚΩΝ ΥΜΕΝΩΝ	38
2.3.6. ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ.....	39
2.3.7. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	41
2.3.8. Η ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	42
2.3.9. ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ.....	44
2.3.10. ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ.....	46

2.3.11. ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΚΥΗΣΗ	46
2.4. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ	47
2.4.1. ΕΜΒΟΛΗ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ	47
2.4.2. ΑΥΧΕΝΙΚΟΣ ΛΩΡΟΣ	48
2.4.3. ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ	48
2.4.4. ΠΡΟΩΡΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ.....	49
2.4.5. ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	55
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΛΟΧΕΙΑΣ.....	55
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ - ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ – ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	55
3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΧΩΙΔΑΣ	61
3.2.1. ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ	62
3.2.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΠΟ Rh ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (ΙΣΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ).....	66
3.2.3. ΕΜΒΟΛΙΑ	66
3.2.4. ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ....	67
3.2.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	68
3.3. ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	77
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ.....	77
4.1. ΕΠΙΛΟΧΕΙΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ - ΓΕΝΙΚΑ.....	77
4.2. ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ.....	77
4.2.1. ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ.....	78
4.2.2. ΨΕΥΔΟΑΚΡΑΤΕΙΑ.....	79
4.2.3. ΜΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑ	79
4.2.4. ΔΥΣΟΥΡΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ	80
4.2.5. ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ.....	80
4.2.6. ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ.....	81

4.3. ΕΜΠΥΡΕΤΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ <i>ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ (ΛΟΧΕΙΟΜΗΤΡΑ)</i>	81
4.4. ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ.....	83
4.5. ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ.....	83
4.6. ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ	83
4.7. ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	84
4.8. ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΗΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΥΣΗΣ	87
4.9. ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΤΗΣ ΘΗΚΗΣ ΤΩΝ ΟΡΘΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΜΥΩΝ	88
4.10. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ	88
4.11. ΑΝΑΙΜΙΑ	90
4.12. ΜΑΣΤΙΤΙΔΕΣ	90
4.13. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	91
4.13.1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	91
4.13.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	96
ΓΑΛΟΥΧΙΑ.....	96
5.1. ΓΕΝΙΚΑ.....	96
5.2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	98
5.3. ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	99
5.4. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	100
5.5. ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΓΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟ.....	100
5.6. ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ – ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ	100
5.7. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑ.....	103
5.8. ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ.....	103
5.9. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ.....	105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	107
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	107
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	107

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	114
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	121

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η περίοδος της λοχείας αποτελεί το 3^ο κατά σειρά στάδιο που περνά η γυναίκα προκειμένου να φέρει στον κόσμο το παιδί της, μετά το στάδιο της κύησης και το στάδιο του τοκετού.

Η περίοδος αυτή διαρκεί περίπου 6 εβδομάδες, κατά την οποία η λεχωίδα παρακολουθείται, ενημερώνεται και της παρέχεται η απαιτούμενη νοσηλευτική φροντίδα. Βέβαια, τα προβλήματα και οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι που εγκυμονούν -είτε μετά από έναν φυσιολογικό τοκετό είτε μετά από μια καισαρική τομή- δυστυχώς είναι πολλοί. Μερικοί από αυτούς τους κινδύνους είναι τα ουρολογικά προβλήματα, οι φλεγμονές του περινέου, η λοίμωξη τραύματος της καισαρικής τομής, η σηψαιμία και σηπτική καταπληξία, η θρομβοεμβολική νόσος, οι αιμορραγίες, η αναιμία, οι μαστίτιδες, τα ψυχιατρικά προβλήματα, οι οποίοι με τις κατάλληλες αγωγές και μεθόδους τις περισσότερες φορές σχεδόν όλοι είναι ιάσιμοι.

Τέλος, μεγάλη είναι η σημασία του θηλασμού καθώς και ό,τι συνεπάγεται αυτού, όπως για παράδειγμα είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του, οι αντενδείξεις, οι συστάσεις για το πώς πρέπει να γίνεται ο θηλασμός, η καταστολή, οι επιπλοκές που τυχόν να παρουσιάζονται, γιατί όπως είναι γνωστό ο θηλασμός αποτελεί σημαντικό κομμάτι της περιόδου της λοχείας και αναμφισβήτητα δημιουργεί έναν ισχυρό και ιερό δεσμό ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εργασία αυτή, αναφέρομαι στην Νοσηλευτική Φροντίδα της λεχωΐδας, στην οποία συμμετέχει τόσο η Μαιευτική (ως ιατρική ειδικότητα) όσο και η Μαιευτική Νοσηλευτική. Η Μαιευτική είναι ο κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται με τον τοκετό και ό,τι προηγείται και έπεται αυτού. Ο νοσηλευτής και ο μαιευτήρας πρέπει να μπορούν να σταθούν δίπλα στην έγκυο και τη λεχωΐδα και να την καθοδηγήσουν κατάλληλα.

Η Μαιευτική Νοσηλευτική επικεντρώνει στη φροντίδα νέων γυναικών, καθώς και της δεύτερης ζωής που βρίσκεται στα σπλάχνα τους, η φροντίδα της οποίας βεβαίως θα συνεχισθεί και μετά τον τοκετό. Συνεπώς, βάσει της μοναδικής σημασίας που χαρακτηρίζει τον ερχομό μιας "νέας ζωής" στον κόσμο, αλλά και της ευθύνης που έχουμε απέναντι στην επίτοκο ως και το τελικό στάδιο της κύησής της, την λοχεία, επέλεξα να ασχοληθώ με αυτό το θέμα.

Οι φυσιολογικές αλλαγές, που συμβαίνουν στον οργανισμό της λεχωΐδας είναι πολλές και παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον. Αυτές επηρεάζονται από την ιδιοσυγκρασία της, τις ιδιαιτερότητες, τη διάρκεια και τα πιθανά προβλήματα του τοκετού, την απώλεια αίματος σ' αυτόν κτλ. Γι' αυτό το λόγο, χρειάζεται παρακολούθηση για πιθανές επιπλοκές σε όλα τα συστήματα (ουροποιητικό, κυκλοφορικό, αναπνευστικό, πεπτικό κτλ.)¹.

Την φυσιολογική λοχεία αλλά και τις συνήθεις επιπλοκές που παρουσιάζει θα αναφέρω παρακάτω, προσπαθώντας να απαντήσω σε όλες τις απορίες που μπορεί να έχει μια γυναίκα, καθώς η φύση της έχει καθορίσει το ρόλο της μητέρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής έχει 4 βασικές λειτουργίες :

- Να παράγει ωοθηκικές ορμόνες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες της αναπαραγωγής
- Να παράγει το ωάριο
- Να παρέχει ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να πραγματοποιηθεί η σύλληψη, καθώς και να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο, γονιμοποιημένο ωάριο ως τον τοκετό και
- Να εκπληρώσει την «παράδοση» του προϊόντος της σύλληψης

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής περιλαμβάνει τα εξωτερικά και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, την πύελο και τις συγγενείς πυελικές κατασκευές και τους μαστούς².

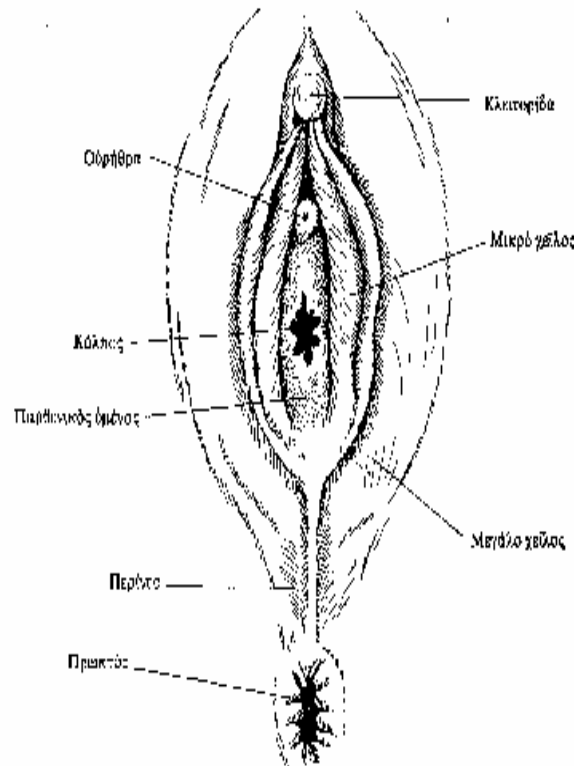
1.1. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Περιλαμβάνουν το εφήβαιο ή το όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδομος του κόλπου, οι βολβοί του προδόμου και οι αδένες του. Όλα μαζί είναι γνωστά με τον όρο **αιδοίο**.

ΕΦΗΒΑΙΟ

Σχηματίζεται από μια διόγκωση του δέρματος που βρίσκεται μπροστά και πάνω από την ηβική σύμφυση. Περιέχει μεγάλη ποσότητα λίπους και συνδετικού

ιστού. Το δέρμα στην περιοχή αυτή σκεπάζεται από άφθονη τριχοφυΐα από την εποχή της ήβης και μετά. Στη γυναίκα οι τρίχες συνήθως σταματούν μέχρι αυτό το ύψος, το οποίο και αποτελεί το άνω όριο του εφηβαίου.



Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.

ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ

Πρόκειται για δυο μακρόστενες και προεξέχουσες πτυχές του δέρματος, που εκτείνονται από το εφηβαίο μέχρι το περίνεο και σχηματίζουν τα πλάγια της ουρογεννητικής σχισμής, μέσα στην οποία καταλήγουν η ουρήθρα και ο κόλπος. Κάθε μεγάλο χείλος έχει δυο επιφάνειες:

α) Την **εξωτερική επιφάνεια**, η οποία παρουσιάζει αρκετή τριχοφυΐα και είναι συνήθως πλούσια σε μελαγχρωστική, μοιάζει δε έτσι περισσότερο με το δέρμα της υπόλοιπης περιοχής και

β) Την **εσωτερική επιφάνεια**, η οποία είναι πολύ πιο μαλακή, άτριχη και γεμάτη σμηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Μεταξύ των δυο αυτών επιφανειών υπάρχει λίπος, αδένες, αγγεία και νεύρα, καθώς επίσης και αρκετές μυϊκές ίνες. Ο στρογγύλος σύνδεσμος της μήτρας, που αποτελείται κυρίως από συνδετικό ιστό, καταλήγει επίσης στο λίπος και στο δέρμα του πρόσθιου μέρους

των μεγάλων χειλέων. Στο πρόσθιο μέρος και πολύ κοντά στην ηβική σύμφυση τα μεγάλα χείλη παχαίνουν σημαντικά και σχηματίζουν στη μέση γραμμή τον *πρόσθιο σύνδεσμο*. Πίσω δεν ενώνονται πραγματικά, αλλά φαίνονται σαν να εξαφανίζονται μέσα στο δέρμα της περιοχής, τελειώνοντας παράλληλα και σχηματίζοντας τον *οπίσθιο σύνδεσμο*.

ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ

Είναι δυο μικρές πτυχές του δέρματος, που βρίσκονται μεταξύ των δυο μεγάλων χειλέων και συνήθως σκεπάζονται από αυτά. Εκτείνονται από την πόσθη της κλειτορίδας λοξά προς τα κάτω και πλάγια και καταλήγουν στην είσοδο του κόλπου προς τα πίσω, ανάμεσα σ' αυτήν και τα μεγάλα χείλη. Προς τα μπρός κάθε ένα από τα μικρά χείλη διαιρείται σε δυο τμήματα, από τα οποία το ένα περνάει πάνω από την κλειτορίδα για να συναντήσει το αντικρινό του και να συμβάλλει έτσι στο σχηματισμό της *πόσθης της κλειτορίδας*. Το άλλο τμήμα περνάει κάτω από την κλειτορίδα και ενώνεται με το αντικρινό του, σχηματίζοντας έτσι το *χαλινό της κλειτορίδας*. Το δέρμα των μικρών χειλέων περιέχει άφθονη μελαγχρωστική, σμηγματογόνους αδένες και αγγεία.

ΠΡΟΔΟΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Πρόκειται για το χώρο που βρίσκεται μεταξύ των δυο μικρών χειλέων και φθάνει μέχρι την είσοδο του κόλπου και πιο συγκεκριμένα μέχρι τον παρθενικό υμένα και την ουρήθρα. Στο χώρο αυτό καταλήγουν τα στόμια πολλών οροβλεννογόνιων αδένων. Το μέρος του προδόμου του κόλπου που βρίσκεται μεταξύ της εισόδου του κόλπου και του χαλινού των μικρών χειλέων ονομάζεται *σκαφοειδής βόθρος*.

ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ

Το όργανο αυτό αποτελείται από σπυραγγώδη σώματα και είναι περίπου ομόλογο με το ανδρικό πέος. Βρίσκεται πίσω και κάτω από τον πρόσθιο σύνδεσμο και

περικλείεται μερικά μέσα στο πρόσθιο άκρο των μικρών χειλέων. Το σώμα της κλειτορίδας αποτελείται από δυο σηραγγώδη σώματα, τα οποία εμφανίζουν στύση, βρίσκονται μέσα σε ένα στρώμα ινώδους ιστού και χωρίζονται μεταξύ τους από ένα ατελές κτενιόμορφο διάφραγμα. Καθένα από τα σηραγγώδη σώματα συνδέεται με τον ηβικό και ισχιακό κλάδο με τη βοήθεια των σκελών της κλειτορίδας.

ΕΙΣΟΔΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Η είσοδος του κόλπου, βρίσκεται κάτω από την ουρήθρα, η δε διάμετρός της ποικίλλει κατά περίπτωση, όπως το ίδιο συμβαίνει και με τον παρθενικό υμένα. Μπορεί να διαταθεί κατά πολύ την ώρα του τοκετού και κατά τη συνουσία.

ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ

Είναι μια λεπτή μεμβρανώδης πτυχή του βλεννογόνου, ποικίλου πάχους, που βρίσκεται ακριβώς γύρω από την είσοδο του κόλπου, περιβάλλοντας το στόμιό του. Εκτείνεται προς τα πάνω μέχρι το έδαφος της ουρήθρας και προς τα κάτω μέχρι το σκαφοειδή βόθρο. Το σχήμα του, το μέγεθος και η μορφή του ποικίλλουν. Μετά την πρώτη συνουσία γίνεται ρήξη του υμένα και στη θέση μένουν τα *μόρτα*.

ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΟΜΟΥ

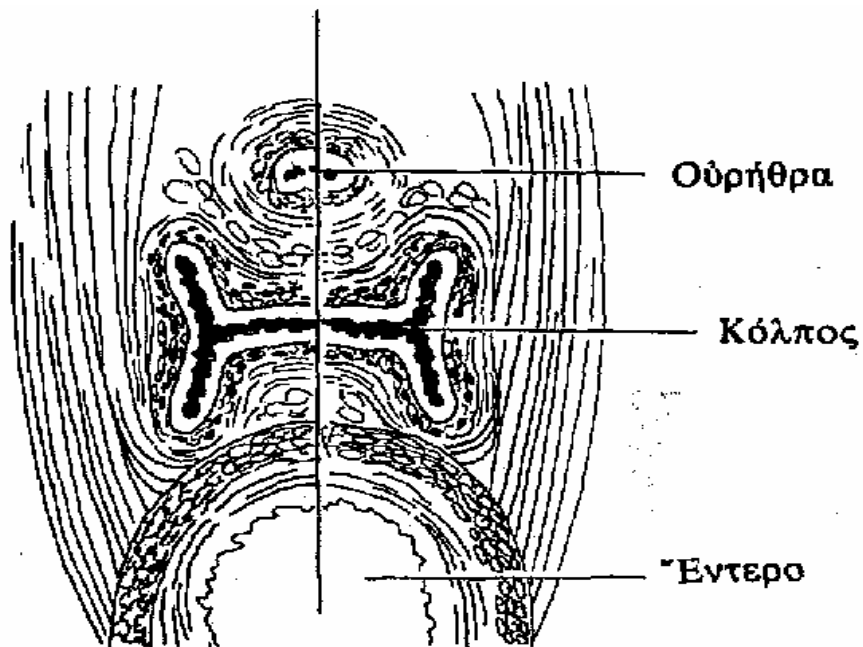
Οι βολβοί είναι σπογγώδη σωμάτια, αποτελούμενα από στυτικό ιστό και είναι τοποθετημένοι δεξιά και αριστερά από το άνοιγμα του κόλπου. Βρίσκονται πάνω από την περιτονία του πυελικού διαφράγματος και κάτω από τους βολβοσηραγγώδεις μυς του περινέου. Τελειώνοντας προς τα εμπρός, συναντούν το αντίστοιχο άκρο του απέναντι βολβού, ενώ προς τα πίσω είναι σ' επαφή με τους βαρθολίνειους αδένες.

ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Είναι μικροί στρογγυλοί ή ωοειδείς αδένες με ερυθροκίτρινη απόχρωση. Βρίσκονται δεξιά και αριστερά από την είσοδο του κόλπου και προς τα κάτω, και συνήθως είναι σκεπασμένοι από το πίσω μέρος της πλάγιας πλευράς των βολβών του προδόμου. Κάθε ένας από αυτούς έχει έναν πόρο μήκους 2cm., που καταλήγει στα πλάγια του υμένα και προς την πλευρά των μικρών χειλέων. Μεγάλη ανάπτυξη παρουσιάζουν οι αδένες αυτοί στην ήβη, ενώ στην εμμηνόπαυση συρρικνώνονται.

ΠΕΡΙΟΥΡΗΘΡΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Οι αδένες αυτοί, γνωστοί με το όνομα αδένες του *Skene*, βρίσκονται αριστερά και δεξιά της ουρήθρας και αποτελούν το ομόλογο του ανδρικού προστάτη στη γυναίκα. Το έκκριμά τους καταλήγει στην ουρήθρα, όπως και εκείνο των βλεννωδών αδενίων της.



Έγκάρσια τομή κόλπου.

1.2. ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούνται από τον **κόλπο**, τη **μήτρα**, τις **σάλπιγγες** και τις **ωοθήκες**.

ΚΟΛΠΟΣ

Είναι ένας ινοελαστικός σωλήνας, που επενδύεται με πλακώδες επιθήλιο και εκτείνεται από τον πρόδομο μέχρι τη μήτρα. Είναι τοποθετημένος μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού και σχηματίζει με τη μήτρα μια γωνία που ξεπερνάει τις 90° σε φυσιολογική κατάσταση και όταν η ουροδόχος κύστη και το έντερο είναι κενά. Το μήκος του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος είναι 6-8cm, ενώ το οπίσθιο τοίχωμα είναι συνήθως 1-2cm μακρύτερο.

Το ανώτερο μέρος του κόλπου καταλήγει προς τα μέσα γύρω από τον τράχηλο της μήτρας, την ενδοκολπική μοίρα του οποίου περιβάλλει κυκλικά, σχηματίζοντας έτσι γύρω της τον *κολπικό θόλο*. Αυτός πάλι διακρίνεται σε τέσσερις μοίρες: την *πρόσθια*, την *οπίσθια* και τις *δυο πλάγιες*. Το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου βρίσκεται σε επαφή με το περίνεο και την ορθοκολπική περιτονία. Στα πλάγια του κόλπου βρίσκονται οι ανελκυστήρες του πρωκτού και η πυελική περιτονία. Καθώς οι ουρητήρες κατεβαίνουν προς τα κάτω για να μπουν στη κύστη, πλησιάζοντας τους πλάγιους κολπικούς θόλους, έρχονται μπροστά από τον κόλπο για να καταλήξουν στην κύστη, αφού προηγουμένως διασταυρωθούν με τα μητριαία αγγεία.

ΜΗΤΡΑ

Είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με παχιά τοιχώματα που βρίσκεται μέσα στη μικρή πύελο, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Προς τα κάτω η κοιλότητα του οργάνου αυτού επικοινωνεί με την κοιλότητα του κόλπου, ενώ προς τα επάνω υπάρχουν στο ύψος του πυθμένα της δυο στόμια, με τα οποία η μητρική κοιλότητα έρχεται σε επικοινωνία με τους αυλούς των δυο

σαλπίγγων. Το μήκος ολόκληρου του οργάνου είναι συνήθως 7–7,5cm, το πλάτος 4,5–5cm και το πάχος του τοιχώματος 2,5–3cm.

Το σχήμα της μήτρας είναι σαν αποπλατυσμένο αχλάδι, ο δε επιμήκης άξονάς της συμπίπτει συνήθως με τον άξονα της εισόδου της λεκάνης. Παρ' όλα αυτά, η μήτρα είναι αρκετά κινητό όργανο, λόγω των χαλαρών συνδέσμων και των αλλαγών που υφίσταται η θέση της από τη γεμάτη ουροδόχο κύστη ή το έντερο. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες και με άδεια κύστη και έντερο, σχηματίζει μια ορθή περίπου γωνία με τον κόλπο, αφού ο άξονας του κόλπου συμπίπτει με τον άξονα της εξόδου της λεκάνης. Το οξύ άκρο της μήτρας είναι γυρισμένο προς τα κάτω και περιβάλλεται από τον κοιλικό θόλο, γι' αυτό και ονομάζεται ενδοκοιλιακή μοίρα, σε αντίθεση με το υπόλοιπο όργανο που βρίσκεται υπερκοιλιακά και μέσα στο κύτος της κοιλιάς.

Η μήτρα διαιρείται στον **τράχηλο** και στο **σώμα**. Στο **σώμα** διακρίνουμε το *κυρίως σώμα* και προς τα πάνω τον *πυθμένα*, ο οποίος δεξιά και αριστερά καταλήγει στα *κέρατα*. Οι *σάλπιγγες* μπαίνουν στον πυθμένα της μήτρας ακριβώς στο ύψος των δυο κεράτων, με τα *ωαγωγικά στόμια*, τα οποία έτσι καθορίζουν και το όριο του πυθμένα από το κυρίως σώμα.

Το κυρίως σώμα προς τα κάτω στενεύει αρκετά, παίρνοντας ένα κάπως τριγωνικό σχήμα, το οποίο έχει ως βάση τον πυθμένα και κορυφή το πιο στενό σημείο της μήτρας που ονομάζεται *ισθμός*, και που χωρίζει το σώμα από τον τράχηλο. Στο σώμα της μήτρας διακρίνουμε την **πρόσθια** και την **οπίσθια επιφάνεια**, που καλύπτονται από το *περισπλάχνιο πέταλο* του περιτοναίου. Η πρόσθια επιφάνεια είναι ελαφρά κυρτή και στη φυσιολογική μήτρα βρίσκεται σε επαφή με την ανώτερη μοίρα της ουροδόχου κύστεως.

Η οπίσθια επιφάνεια της μήτρας είναι ελαφρά υπόκυρτη και σκεπάζεται από το περιτόναιο, που κατεβαίνοντας προς τα κάτω καλύπτει επίσης τους ιερομητρικούς συνδέσμους, τον τράχηλο και το οπίσθιο τοίχωμα του κοιλιακού τοιχώματος πριν ανακάμψει προς τα πάνω, δηλαδή προς το ορθό έντερο και το σιγμοειδές. Ο πυθμένας της μήτρας, που έχει ημικυκλικό σχήμα, σκεπάζεται

επίσης τελείως από το περιτόναιο και σε μερικές περιπτώσεις βρίσκεται σε επαφή με εντερικές έλικες.

Τα *πλάγια χείλη της μήτρας*, δεξιά και αριστερά, δέχονται προς τα άνω τα μητρικά στόμια των σαλπίγγων, ενώ πιο κάτω από αυτά προσφύεται προς τα μπρος ο *στρογγύλος σύνδεσμος*, και πιο πίσω καταλήγει ο *μητροωοθηκικός ή ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης*. Τα τρία αυτά ανατομικά στοιχεία βρίσκονται μέσα στα πέταλα του πλατέος συνδέσμου, που εκτείνεται από τα πλάγια αυτά χείλη της μήτρας μέχρι το πλάγιο τοίχωμα της πυέλου.

Οι δυο λοιπόν πλατείς σύνδεσμοι σχηματίζουν με τη μήτρα ένα είδος διαφράγματος στη μέση περίπου της μικρής πυέλου, χωρίζοντάς την έτσι σε δυο τμήματα, από τα οποία το πρόσθιο περιέχει την κύστη και το οπίσθιο το ορθό, το τελικό τμήμα του ειλεού και μέρος του σιγμοειδούς. Το τμήμα του πλατέος συνδέσμου που εκτείνεται από τον άνω πόλο της ωοθήκης στο πλάγιο τοίχωμα της πυέλου ονομάζεται *κρεμαστήρας σύνδεσμος της ωοθήκης* και περιέχει τα αγγεία της. Η μητριαία αρτηρία πορεύεται μεταξύ των πετάλων του πλατέος συνδέσμου και διασταυρώνεται με τον ουρητήρα 1,5cm πλάγια από τον τράχηλο.

Οι *στρογγύλοι σύνδεσμοι* της μήτρας είναι δυο στρογγυλές ταινίες μήκους 10cm περίπου και πλάτους 0,5–0,8cm, που αρχίζουν από τον πυθμένα της μήτρας λίγο πιο μπρος και χαμηλότερα από τα μητρικά στόμια των σαλπίγγων. Πορεύονται μέσα στους πλατείς συνδέσμους δεξιά και αριστερά προς τα πλάγια της πυέλου, εισερχόμενοι στο βουβωνικό πόρο και καταλήγοντας στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Αποτελούνται από μυϊκές ίνες που προέρχονται από επέκταση των ινών της έξω στιβάδας του μυομητρίου, αλλά περιέχουν επίσης ινώδη συνδετικό ιστό, αγγεία, λεμφαγγεία και νεύρα. Με τη συνεργασία και των υπόλοιπων συνδέσμων της μήτρας οι στρογγύλοι σύνδεσμοι συμβάλλουν βασικά στη στήριξη της μήτρας στη φυσιολογική της θέση μέσα στη λεκάνη.

Ο **τράχηλος της μήτρας** έχει μήκος 2,5–3cm, είναι πιο στενός από το σώμα και παρουσιάζει κυλινδρικό σχήμα. Σχηματίζει ελαφρά γωνία με το σώμα της

μήτρας, η δε σχέση αυτή του σώματος της μήτρας προς τον τράχηλο ονομάζεται *κάμψη*, ενώ η σχέση του επιμήκους άξονα της μήτρας προς τον άξονα της πυέλου ονομάζεται *κλίση*.

Η πιο συνηθισμένη και φυσιολογική θέση της μήτρας είναι η πρόσθια κλίση και κάμψη.

ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Οι **σάλπιγγες** ή **ωαγωγοί** είναι δυο μυϊκοί σωλήνες, που εκτείνονται από τη μήτρα μέχρι τις ωοθήκες. Κάθε μια από αυτές έχει μήκος 10–12cm και βρίσκεται στο άνω χείλος του σύστοιχου πλατέος συνδέσμου, καλυπτόμενη από αυτόν με μια περιτοναϊκή αναδίπλωση, γνωστή ως *μεσοσαλπίγγιο*. Κάθε σάλπιγγα έχει δυο στόμια. Το *μητρικό* στόμιο της σάλπιγγας είναι πολύ λεπτό και καταλήγει στο σύστοιχο κέρασ της μήτρας. Το *κωδωνικό* ή *κοιλιακό* είναι ελεύθερο στην περιτοναϊκή κοιλότητα και βρίσκεται κοντά στην ωοθήκη. Το στόμιο αυτό έχει χωνοειδές σχήμα και παρουσιάζει προσεκβολές που ονομάζονται *κροσσοί*.

Η σάλπιγγα διαιρείται σε τέσσερα τμήματα:

1. Το **ενδομητρικό** ή **ενδοτοιχικό τμήμα** αρχίζει από τη μητρική κοιλότητα και περιλαμβάνει το μέρος της σάλπιγγας που διασχίζει το μητρικό τοίχωμα μέχρι του σημείου της εξόδου της σάλπιγγας από τη μήτρα.
2. Ο **ισθμός** είναι το δεύτερο σχετικά ευθύ τμήμα της σάλπιγγας, που έχει στενό αυλό και αποτελείται από σχετικά λεπτό τοίχωμα που παχαίνει προοδευτικά όσο απομακρύνεται από τη μήτρα.
3. Η **λήκυθος** είναι το μακρύτερο τμήμα της σάλπιγγας και έχει σχετικά λεπτό μυϊκό τοίχωμα με αρκετή διατασιμότητα.
4. Ο **κώδωνας** είναι το τελευταίο και κροσσωτό τμήμα της σάλπιγγας που έχει μορφή καμπάνας. Ένας από τους κροσσούς, σημαντικά μεγαλύτερος, συνδέει τον κώδωνα με το μεσοσαλπίγγιο και την ωοθήκη και ονομάζεται *ωοθηκικός κροσσός*.

Το **τοίχωμα** της σάλπιγγας αποτελείται από τρεις χιτώνες: Τον εξωτερικό ή ορογόνο χιτώνα, τον ενδιάμεσο ή μυϊκό και τον εσωτερικό ή βλεννογόνο χιτώνα. Ο ορογόνος χιτώνας αποτελεί προέκταση του πλατέος συνδέσμου του περιτοναίου και επενδύει τη σάλπιγγα, εκτός από το ενδοτοιχικό τμήμα της. Ο μυϊκός χιτώνας παρουσιάζει δυο στιβάδες λείων μυϊκών ινών, που δεν αφορίζονται τελείως μεταξύ τους. Η έξω στιβάδα αποτελείται από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες και η έσω στιβάδα από κυκλωτερείς. Ο βλεννογόνος παρουσιάζει επιμήκεις πτυχές που αναστομώνονται πολλαπλά και γίνονται περισσότερες προς το κωδωνικό άκρο.

ΩΟΘΗΚΕΣ

Οι **ωοθήκες** αποτελούν τους γυναικείους γεννητικούς αδένες και βρίσκονται κοντά στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου. Η θέση αυτή είναι συνήθως κάτω και πίσω από το κωδωνικό στόμιο της σύστοιχης σάλπιγγας. Η εξωτερική τους επιφάνεια πριν από την ήβη είναι ομαλή. Αργότερα, όταν αρχίσει η ωοθυλακιορρηξία, παρατηρούνται διάφορου μεγέθους οζοειδείς σχηματισμοί που αντιστοιχούν σε ωοθυλάκια διάφορου βαθμού ωρίμανσης ή ουλές, οι οποίες δημιουργούνται από τα ωχρά σωματίδια σε υποστροφή ή λευκά σωματίδια.

Το σχήμα της κάθε ωοθήκης είναι αμυγδαλοειδές, με μήκος 3cm, πλάτος 1,5cm και πάχος 1cm, η δε θέση της στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα ονομάζεται *ωοθηκικό βοθρίο*. Ο άνω πόλος της ωοθήκης βρίσκεται κοντά στην έξω λαγόνια φλέβα και σ' αυτόν καταλήγουν οι ίνες του κωδωνικού στομίου της σάλπιγγας και του *κρεμαστήρα συνδέσμου* της ωοθήκης. Ο σύνδεσμος αυτός σχηματίζεται από μια περιτοναϊκή αναδίπλωση και περιέχει επίσης τα ωοθηκικά αγγεία και νεύρα. Ο κάτω πόλος της ωοθήκης συνδέεται με τον πυθμένα της μήτρας με τη βοήθεια ενός άλλου συνδέσμου, ο οποίος ονομάζεται *ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης* ή *μητροωοθηκικός* και βρίσκεται επίσης μέσα στον πλατύ σύνδεσμο.

Η πλάγια επιφάνεια της ωοθήκης βρίσκεται σε επαφή με το τοιχωματικό περιτόναιο που επενδύει το ωοθηκικό βοθρίο, ενώ η εσωτερική της επιφάνεια

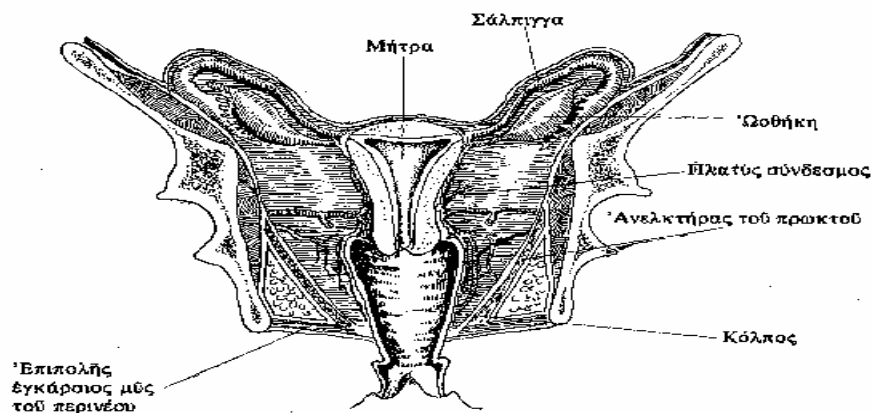
έρχεται σε επαφή με τη σύστοιχη σάλπιγγα και την περιτοναϊκή ανάκαμψη μεταξύ της σάλπιγγας και του μεσοσαλπιγγίου³.

1.3. Η ΠΥΕΛΟΣ

Η πυέλος σχηματίζεται από τα τρία **ανώνυμα οστά** (το λαγόνιο, το ισχιακό και το ηβικό οστό), το ιερό οστό, τον κόκκυγα και τους συνδέσμους που τα ενώνουν. Τα ανώνυμα οστά σχηματίζουν τα πλάγια και πρόσθια όρια της πυέλου. Το ιερό οστό, ένα μεγάλο σφηνοειδές οστό που αποτελείται από πέντε ενωμένους σπονδύλους, σχηματίζει το οπίσθιο τοίχωμα της πυέλου. Ο κόκκυγας είναι ένα μικρό, τριγωνικό οστό που δημιουργήθηκε από τη συγχώνευση τεσσάρων σπονδύλων και βρίσκεται στο τέλος της σπονδυλικής στήλης.

Η πυέλος χωρίζεται επιπλέον στη μεγάλη και στη μικρή πυέλο. Το ανώτερο μέρος είναι η μεγάλη πυέλος, η οποία σπάνια εμπλέκεται στα προβλήματα του τοκετού. Η μικρή πυέλος είναι το κατώτερο τμήμα της πυέλου και σχηματίζει μια οστεώδη δίοδο μέσω της οποίας το έμβρυο πρέπει να περάσει κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η είσοδος της πυέλου χωρίζει τη μεγάλη από τη μικρή πυέλο.

Περίπου 50% των γυναικών έχουν **γυναικοειδή πυέλο**. Είναι μια στρογγυλεμένη η εγκάρσια ωοειδής πυέλος και είναι καλή για κύηση. Η **ανδροειδής πυέλος** έχει σχήμα καρδιάς ή σφηνοειδές, και δεν προσφέρεται ιδιαίτερα για κύηση. Η **ανθρωποειδής πυέλος** έχει μεγαλύτερη προσθιοπίσθια διάμετρο και είναι στενότερη στην εγκάρσια τομή της. Αυτή η πυέλος ενδείκνυται επίσης για φυσιολογικό τοκετό. Η **επίπεδη** πυέλος είναι η πιο ασυνήθιστη από όλα τα σχήματα, εμφανίζεται σε λιγότερο από 5% των γυναικών. Είναι μια ισοπεδωμένη πυέλος και δεν ενδείκνυται για κύηση².



Κάθετη μέση τομή των γεννητικών οργάνων της γυναίκας.

ΤΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΕΔΑΦΟΣ

Όλα τα όργανα της πυέλου στηρίζονται από συνδέσμους και περιτονίες, τα οποία αποτελούνται από συνδετικό ιστό, ίνες, συνδέσμους και στοιβάδες. Ένας δυνατός μυς που ονομάζεται **ανεγκυστήρας του πρωκτού** ενισχύει τους συνδέσμους και τις περιτονίες της πυέλου. Ο κόλπος, το ορθό έντερο, η ουροδόχος κύστη και η μήτρα υποστηρίζονται από συνδέσμους και περιτονίες πάνω από τον ανεγκυστήρα του πρωκτού. Τα έσω γεννητικά όργανα, τα οποία σχηματίζουν ένα κανάλι για το πέρασμα του ωαρίου και του σπέρματος, περιλαμβάνουν μύες και συνδετικό ιστό τελείως επικαλυμμένο με βλενώδη μεμβράνη. Είναι μερικώς καλυμμένα από το περιτόναιο, μια διαφανή μεμβράνη η οποία καλύπτει εσωτερικά την περιτοναϊκή κοιλότητα.

1.4. ΟΙ ΜΑΣΤΟΙ

Οι μαστοί θεωρούνται επικουρικά γεννητικά όργανα, εφόσον διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη και το θηλασμό. Βρίσκονται πάνω από το πρόσθιο τμήμα του στήνους. Ο εξωτερικός μαστός χωρίζεται σε τρία μέρη:

1. τη μαλακή περιοχή από δέρμα
2. την **θηλαία άλω**, η οποία περιλαμβάνει την θηλή και περιέχει τους **αδένες Montgomery** και
3. τη θηλή.

Εσωτερικά κάθε μαστός περιέχει 15-20 λοβούς από αδενικό ιστό (μαστικοί αδένες) και λίπος. Οι μαστικοί αδένες ευθύνονται για την παραγωγή γάλακτος (γαλουχία). Οι λοβοί του μαστικού αδένου αποτελούνται από αρκετά λόβια διαμορφωμένα σε συμπλέγματα γύρω από μικρούς πόρους. Αυτά τα συμπλέγματα ονομάζονται **κυψελίδες** και καλύπτονται εσωτερικά με κύτταρα που παράγουν γάλα και ονομάζονται **λόβια** (λόβια μικτού αδένου). Όπως οι πόροι οδηγούν από τις κυψελίδες στους λοβούς και από τους λοβούς στη θηλή, πλαταίνουν σχηματίζοντας μικρές δεξαμενές όπου το γάλα αποθηκεύεται. Το μέγεθος των μαστών διαφέρει ανάλογα με την ποσότητα λίπους που υπάρχει σ' αυτούς., αλλά δεν υπάρχει καμιά σχέση μεταξύ μεγέθους και ικανότητας παραγωγής γάλακτος. Όσο εξελίσσεται η εγκυμοσύνη, οι μαστοί υφίστανται φυσιολογικές αλλαγές ούτως ώστε να είναι έτοιμοι για τις ανάγκες θηλασμού του νεογέννητου².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΥΗΣΗ - ΤΟΚΕΤΟΣ

Η μεγάλη ελαστικότητα της μήτρας της επιτρέπει να χρησιμεύει για κατάλυμα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η μήτρα είναι το δίχως άλλο το πιο καταπληκτικό όργανο του σώματος. Οι γιατροί μεταμοσχεύουν ήδη νεφρά, καρδιές, ακόμα και πνεύμονες. Όμως μήτρα δεν κατάφεραν ακόμα να μεταμοσχεύσουν με επιτυχία. Όμοια με μικρό αγλάδι, η μήτρα ξεπερνά στην κύηση το μέγεθος ενός μεγάλου καρπουζιού, για να επανέλθει αμέσως μετά τον τοκετό και σε ελάχιστο χρονικό διάστημα στο αρχικό της σχήμα. Η κοιλότητα της μήτρας, που μόλις χωρά μια κουταλιά νερό, στον ένατο μήνα της κύησης καταφέρνει να χωρέσει ένα έμβρυο 5 περίπου κιλών, έναν πλακούντα ½ κιλού (μετά τη γέννηση) και 250 gr περίπου αμνιακό υγρό⁴.

Η εγκυμοσύνη διακρίνεται σε φυσιολογική, όταν το έμβρυο αναπτυχθεί μέσα στη μήτρα, και σε εξωμήτριο, όταν αναπτυχθεί έξω από αυτήν, στις σάλπιγγες.

2.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

Μια γυναίκα μπορεί τις περισσότερες φορές να καταλάβει και μόνη της αν είναι έγκυος. Υπάρχουν διάφορα σημεία, άλλα πιθανά και άλλα σίγουρα. Τα *πιθανά* είναι⁵:

- 1) *Διακοπή της εμμηνορρυσίας.* Παρά τη διακοπή, κατά τη διάρκεια της κύησης επέρχονται καμιά φορά ακανόνιστες αιμορραγίες.
- 2) *Σκλήρυνση του στήθους σε προεξοχή της θηλής.* Γύρω από τη θηλή παρουσιάζονται μικρά ογκίδια που άμα πιεσθούν βγάζουν ένα υγρό.
- 3) *Μια σκοτεινή γραμμή στην κοιλιά,* που ξεκινάει από το κάτω μέρος του στέρνου, περνάει από τον ομφαλό και φτάνει ως χαμηλά.
- 4) *Αφθονα πτύελα.*

- 5) *Συχνουρία.*
- 6) *Γενική αδιαθεσία.*
- 7) *Τάση για έμετο και συχνά έμετος.*
- 8) *Νευραλγίες.*
- 9) *Κνησμός.*
- 10) *Εκνευρισμός γενικός.*
- 11) *Αλλαγές στην κοιλία.* Η κοιλία σταδιακά αυξάνεται σε μέγεθος. Καθώς αυξάνεται, το βάδισμα και το παράστημα της γυναίκας αλλάζουν.
- 12) *Σημείο Hegar* (μαλάκυνση του χαμηλότερου τμήματος της μήτρας).
- 13) *Αντιτυπία.* Πρόκειται για απαλό χτύπημα του εμβρύου, το οποίο απομακρύνεται και αναπηδά μέσα στη μήτρα. Η κύηση μπορεί να γίνει αισθητή από έμπειρα χέρια.
- 14) *Σημείο Braxton–Hicks* (ανώδυνες συσπάσεις της μήτρας που εμφανίζονται περιοδικά κατά τη διάρκεια της κύησης, διογκώνοντας τη μήτρα έτσι ώστε να προσαρμοστεί με το αναπτυσσόμενο έμβρυο).
- 15) *Σχεδίαση του εμβρύου.* Το σώμα του εμβρύου μπορεί να ψηλαφηθεί από τα τοιχώματα της κοιλίας της μητέρας από το 2^ο μισό της κύησης.
- 16) *Ορμονικές εξετάσεις².*

Η πλειονότητα των εγκύων γυναικών αντιμετωπίζει κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα τα οποία οφείλονται στις μεγάλες βιολογικές και ανατομικές αλλαγές που συντελούνται την εποχή της εγκυμοσύνης. Συνήθως τα προβλήματα αυτά είναι περισσότερο ενοχλητικά απ' ό,τι ανησυχητικά. Βέβαια καμιά φορά, η παρουσία ενός μικρού προβλήματος μπορεί να συγκαλύπτει κάποιο μεγαλύτερο. Οι γυναίκες, που αναγνωρίζουν τα συνήθη συμπτώματα εγκυμοσύνης, αφενός αποφεύγουν άσκοπες αγωνίες και αφετέρου ξέρουν να αναζητήσουν έγκαιρα βοήθεια για ό,τι μπορεί να χρειάζεται σοβαρότερη αντιμετώπιση⁶.

Τα πιθανά σημεία, όταν συνυπάρχουν, παρέχουν υψηλή βεβαιότητα κύησης. Τα **σίγουρα** σημεία κύησης είναι:

1) Παλμός της καρδιάς του εμβρύου. Οι τόνοι της καρδιάς του εμβρύου μπορούν να ακουστούν από τον 3^ο μήνα με το στηθοσκόπιο.

2) Υπερηχογράφημα.

3) Ακτινογραφία.

4) Φύσημα του ομφαλίου λώρου (παράγεται από το αίμα που κυλά στις ομφαλικές αρτηρίες).

5) Φύσημα του πλακούντα (παράγεται από το αίμα που κυλά στον πλακούντα).

6) Κινήσεις του εμβρύου. Η κύηση του εμβρύου μπορεί να γίνει αισθητή από το γιατρό ή τη νοσοκόμα γύρω στην 20^η εβδομάδα της κύησης αλλά και από την αντίληψη της ίδιας της μητέρας λόγω των κινήσεων του εμβρύου μέσα στην κοιλιά της (χτυπήματα)².

Η εγκυμοσύνη διαρκεί συνήθως 270–280 ημέρες. Το βάρος του νεογνού είναι συνήθως 3000gr. Για να βρει μια γυναίκα περίπου την ημερομηνία που θα γεννήσει, δεν έχει παρά να προσθέσει 5 ημέρες στην ημερομηνία της διακοπής της περιόδου και να μετρήσει εννέα μήνες μετά. Δηλαδή διακοπή π.χ. στις 3 Μαρτίου, 3+5=8. Τοκετός 8 Δεκεμβρίου.

Μετρώντας κανείς το ύψος, από την ηβική σύμφυση ως εκεί που φτάνει η μήτρα μιας εγκύου, κι αυτό μπορεί να γίνει εύκολα με την ψηλάφηση της κοιλιάς, βγάζει συμπέρασμα για την ηλικία του εμβρύου. Έτσι, όταν το ύψος αυτό είναι 9 πόντοι, έχουμε ηλικία 3 μηνών. Όταν είναι 15 πόντοι, η ηλικία είναι 4 μηνών, 20 πόντοι σημαίνουν 5 μήνες, 24 πόντοι 6 μήνες, 27 πόντοι 7 μήνες, 30 πόντοι 8 μήνες και 34 πόντοι σημαίνουν έμβρυο 9 μηνών⁵.

ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:

Το γυναικείο σώμα υπόκειται πολλές αλλαγές κατά τη διάρκεια της κύησης⁷.

Στο σύστημα αναπαραγωγής:

Η μήτρα κλίνει περισσότερο από το κανονικό προς τα εμπρός.

Επίσης, αυξάνεται σταδιακά 500 φορές από το αρχικό της μέγεθος.

Την 6^η εβδομάδα περίπου της κύησης γίνεται αντιληπτό το σημείο *Hegar*, δηλαδή το μαλάκωμα του χαμηλότερου σημείου της μήτρας πάνω από τον τράχηλο.

Γίνεται αντιληπτό επίσης, το σημείο *Goodell*, δηλαδή το μαλάκωμα του τραχήλου.

Το σημείο *Chadwick* είναι άλλη μια από τις αρχικές ενδείξεις της εγκυμοσύνης. Οι ιστοί γύρω από τον κόλπο και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα διογκώνονται και μαλακώνουν.

Στους μαστούς:

Η θηλή των μαστών είναι *ανασηκωμένη* και η θηλαία άλωσ γίνεται πιο *σκούρα*.

Το *βάρος* των μαστών αυξάνεται σημαντικά.

Στο σκελετικό και μυϊκό σύστημα:

Το σκελετικό σύστημα παράγει *περισσότερο αίμα* στο μυελό των οστών. Οι σύνδεσμοι που συγκρατούν την πύελο στην ηβική σύμφυση και την ιερολαγόνιο άρθρωση χαλαρώνουν λόγω ορμονικών αλλαγών κατά τη διάρκεια της κύησης, επιτρέποντας στην πύελο να *απλωθεί*, με αποτέλεσμα να δημιουργείται περισσότερος χώρος για τη δίοδο του εμβρύου.

Ο γενικός μυϊκός τόνος *αυξάνεται*.

Στο δέρμα:

Το *χλόασμα* των εγκύων (μελάχρωση με μορφή φακίδων στο πρόσωπο).

Η *μέλαινα γραμμή* (είναι μια σκουρόχρωμη γραμμή που αρχίζει από τον ομφαλό και φτάνει ως το εφηβαίο).

Οι *υποδερμικές ραβδώσεις* της κύησης (είναι ραβδώσεις στα πλαϊνά της κοιλιάς, των μαστών και των μηρών).

Στο κυκλοφορικό σύστημα:

Ο όγκος του αίματος αυξάνεται κατά 30%. Η αύξηση του όγκου του αίματος οφείλεται κυρίως στην αύξηση της περιεκτικότητάς του σε νερό. Ο αυξημένος όγκος αίματος αναγκάζει την καρδιά να *αντλεί 50% περισσότερο αίμα το λεπτό*, απ' ότι αντλούσε πριν την εγκυμοσύνη.

Κιρσοί των φλεβών είναι συνήθεις ειδικότερα στα πόδια, το αιδοίο και το ορθό.

Στο ουροποιητικό σύστημα:

Στην κύηση η *ποσότητα των ούρων* αυξάνεται, ενώ το *ειδικό βάρος* τους μειώνεται.

Καμιά φορά εμφανίζεται *σάκχαρο* στα ούρα λόγω της ελάττωσης της νεφρικής οδού της γλυκόζης.

Οι ουρητήρες *διαστέλλονται*, γιατί η διογκωμένη μήτρα πιέζει τους ουρητήρες καθώς διασχίζουν το χείλος της πυέλου και τα τοιχώματά τους *μαλακώνουν*.

Στο αναπνευστικό σύστημα:

Η έγκυος γυναίκα πρέπει να εισπνέει *πιο πολύ αέρα* από μια γυναίκα που δεν εγκυμονεί, γιατί πρέπει να οξυγονώνει όχι μόνο το δικό της αίμα αλλά και του εμβρύου.

Στους τελευταίους μήνες της κύησης, το *διάφραγμα* μπορεί να εκτοπιστεί προς τα πάνω.

Ασκείται πίεση στους πνεύμονες από τη διογκωμένη μήτρα και μπορεί να παρατηρηθεί *δύσπνοια*.

Στο πεπτικό σύστημα:

Κατά τους πρώτους μήνες η *ναυτία* είναι συνήθης (μερικές φορές ακολουθείται από *εμετό*).

Η *όρεξη* μπορεί είτε να μειωθεί, εάν παρατηρείται ναυτία, είτε να αυξηθεί τους πρώτους μήνες.

Επίσης, αποτελεί συχνό φαινόμενο και η *δυσκοιλιότητα*, που οφείλεται κατά ένα μέρος στο νευρικό έλεγχο του παχέος εντέρου, σε ορμονικές επιδράσεις και στην πίεση που ασκεί η διογκωμένη μήτρα στο σιγμοειδές και το ορθό. Μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα φαρμακευτικής αγωγής.

Πύρωση στομάχου συμβαίνει συχνά κατά το 2^ο τρίμηνο. Είναι η παλινδρόμηση υγρού οξέος από το στομάχι στον οισοφάγο, γεγονός που προκαλεί ένα αίσθημα καψίματος στον οισοφάγο. Η *πύρωση του στομάχου* μπορεί να προκληθεί από ένταση νευρικής φύσεως, άγχος, κούραση ή λανθασμένη τροφή.

Στο ενδοκρινικό σύστημα:

Ο *πρόσθιος λοβός* της υπόφυσης εκκρίνει ορμόνες που επιδρούν στους μαστούς, τις ωοθήκες, το θυρεοειδή και τη διαδικασία ανάπτυξης του σώματος.

Ο *οπίσθιος λοβός* της υπόφυσης εκκρίνει ωκυτοκίνη, μια ορμόνη που προκαλεί τις συσπάσεις της μήτρας.

Ο *θυρεοειδής αδένας* τείνει να διογκώνεται και καθώς αυτό γίνεται η λειτουργία του ελαττώνεται προκαλώντας κόπωση και λήθαργο.

Στο βάρος:

Κατά τους πρώτους μήνες της κύησης η γυναίκα μπορεί να χάσει λίγο βάρος. Αυτή η απώλεια βάρους διορθώνεται από *αύξηση* βάρους αργότερα. Το σώμα αποθηκεύει λευκωματίνη και λίπος για να το διαθέσει για την ανάπτυξη του εμβρύου, για την ενέργεια που θα χρειαστεί κατά τον τοκετό και για την απόκτηση συστατικών για γάλα στους μαστούς².

2.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τις πιο πολλές φορές το έμβρυο βγαίνει, την ώρα φυσικά του τοκετού, με το «κεφάλι», όπως λένε, κι αυτός είναι ο πιο εύκολος και φυσιολογικός τρόπος. Σπανιότερα βγαίνει με το πρόσωπο. Παρουσιάζεται δηλαδή πρώτο στην έξοδο το πρόσωπο του παιδιού κι όχι το πάνω μέρος του κεφαλιού του, όπως στην προηγούμενη περίπτωση. Ακόμη σπανιότερα βγαίνει με την «έδρα» και ακόμη πιο σπάνια με τον «ώμο». Σε χίλιους τοκετούς έχουμε 950 – 960 με το κεφάλι, 25 με το πρόσωπο, 10-15 με την έδρα και 10–15 με τον ώμο. Όταν το έμβρυο παρουσιάζεται στην έξοδο με τους δυο τελευταίους τρόπους, ο τοκετός είναι δύσκολος.

Τα σημάδια εκείνα που προαναγγέλλουν τον τοκετό είναι συνήθως τα εξής:

1) 8–15 ημέρες πριν η κοιλιά της εγκύου «πέφτει», μικραίνει κατά κάποιον τρόπο, κι αυτό γιατί το έμβρυο κατεβαίνει μέσα στη λεκάνη της γυναίκας. Η εγκυος αισθάνεται συνήθως καλύτερα παρ' ότι πριν, τρώει, χωνεύει, αναπνέει

και βαδίζει καλύτερα. Καμιά φορά όμως, αντιθέτως, το βάρος της λεκάνης την ενοχλεί περισσότερο.

Το «πέσιμο» αυτό της κοιλιάς δεν γίνεται όταν το έμβρυο έχει ανώμαλη θέση και κυρίως όταν έρχεται με τον ώμο ή με την έδρα.

2) Την ημέρα του τοκετού αρχίζουν οι πόνοι, οι «ωδίνες» του τοκετού, οι οποίες αποδίδονται στις συστολές της μήτρας και οι οποίες αποτελούν τον εφιαλτικό φόβο, κυρίως των πρωτοτόκων αλλά πολλές φορές και των πολύτοκων⁵.

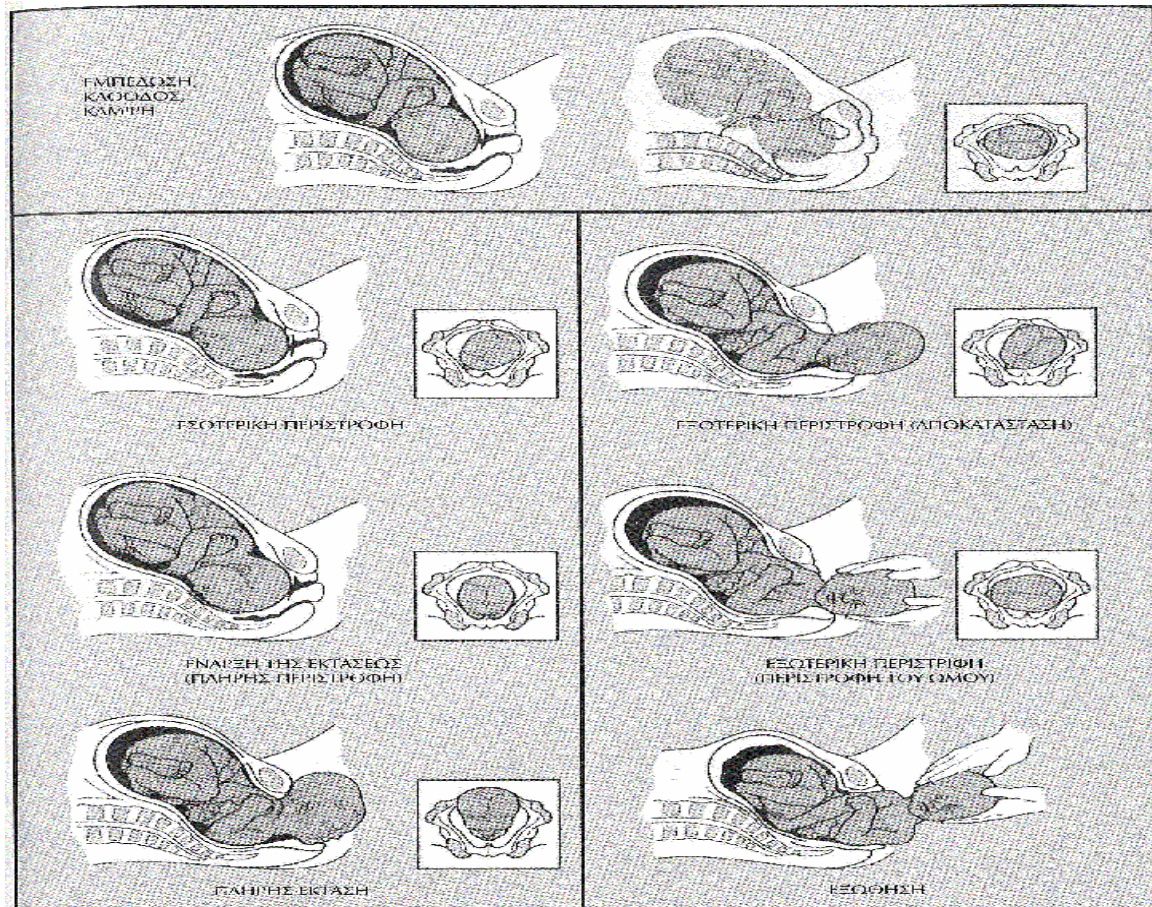
Σε μια γυναίκα που γεννά πρώτη φορά ο τοκετός μπορεί να διαρκέσει πολλές ώρες, που μπορεί να φθάσουν τις 15–20. Οι γυναίκες που έχουν γεννήσει στο παρελθόν συνήθως γεννούν πιο γρήγορα.

Η εξέλιξη του τοκετού έχει ως εξής:

1^ο στάδιο (διαστολή του τραχήλου)

Ο φυσιολογικός τοκετός ξεκινάει με την έναρξη ρυθμικών συστολών της μήτρας και την έναρξη της διαστολής του τραχήλου. Αρχικά οι συστολές αυτές είναι αραιές και μικρής έντασης και προκαλούν μικρή πρόοδο στη διαστολή του τραχήλου. Η γυναίκα μπορεί να βρίσκεται σε αυτήν την κατάσταση για αρκετές ώρες (10 – 14) έως ότου οι συστολές της μήτρας γίνουν πολύ έντονες και περισσότερο συχνές. Τότε θεωρείται ότι η γυναίκα βρίσκεται στην ενεργό φάση του πρώτου σταδίου του τοκετού.

Η ενεργός φάση μπορεί να διαρκέσει 4 με 6 ώρες και κατά τη διάρκεια της η διαστολή του τραχήλου ολοκληρώνεται. Οι υμένες υφίστανται ρήξη (τα νερά σπάνε) συνήθως κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου.



Τα Στάδια και ο Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού.

2^ο στάδιο (κάθοδος του εμβρύου και τοκετός)

Σε κάθε συστολή της μήτρας το κεφάλι του εμβρύου κινείται προς τα κάτω και μέσα στον κόλπο. Η επαφή της κεφαλής του εμβρύου με τα τοιχώματα του κόλπου δημιουργεί στη γυναίκα έντονο αίσθημα εξώθησης και έτσι σε κάθε συστολή της μήτρας σφίγγεται και εξωθεί ολοένα και πιο κάτω το έμβρυο. Η κάθοδος του εμβρύου μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά μέχρι και λίγες ώρες. Αν η κάθοδος και ο τοκετός καθυστερούν ιδιαίτερα, ή αν υπάρχουν ενδείξεις ότι το έμβρυο δεν οξυγονώνεται καλά τότε παρεμβαίνει ο γυναικολόγος και επιταχύνει τον τοκετό χρησιμοποιώντας κάποιας μορφής εμβρυουλκία.

Τελικά το κεφάλι του εμβρύου αρχίζει να διακρίνεται μέσα από τα χείλη του αιδοίου. Με μερικές εξωθήσεις και υπό τις οδηγίες του γιατρού και της μαίας η έγκυος τελικά γεννά αρχικά το κεφάλι του νεογνού. Σε αυτήν τη φάση διενεργείται ή όχι περινεοτομή. Στη συνέχεια θα εξέλθει το υπόλοιπο σώμα του νεογνού. Ο ιατρός και η μαία θα απολινώσουν τον ομφάλιο λώρο και το νεογνό θα τοποθετηθεί σε ειδικό χώρο για τη φροντίδα του.

3^ο στάδιο (έξοδος του πλακούντα)

Μετά από λίγα λεπτά και με μικρότερης έντασης συστολές η μήτρα γεννά τον πλακούντα και τους υμένες. Ο ιατρός θα εξετάσει τη γυναίκα και θα αποκαταστήσει με ράμματα τυχόν ρήξεις που έχουν προκληθεί στον τράχηλο, στον κόλπο ή στο περίνεο⁷.

4^ο στάδιο (ανάρρωση)

Το τέταρτο στάδιο αποτελείται από τις πρώτες λίγες ώρες μετά τον τοκετό. Οι πρώτες ώρες μετά τον τοκετό είναι ένα πολύ ιδιαίτερο διάστημα για την οικογένεια, το βρέφος είναι συνήθως πιο ευκίνητο και πιο δεκτικό προς τους γονείς απ' ό,τι τις προσεχείς 24 ώρες.

Όταν η κατάσταση της μητέρας θεωρηθεί σταθερή, μεταφέρεται σε κρεβάτι όπου συνεχίζει να αναρρώνει. Οι πρώτες ώρες μετά τον τοκετό είναι το διάστημα κατά το οποίο η μητέρα πρέπει να παρακολουθείται στενά. Η μήτρα της ελέγχεται για σταθερότητα και θέση. Η φυσιολογική ροή του αίματός της, επιπλέον ιστοί και υγρά από τη μήτρα, ονομάζονται λόγια. Ελέγχονται για ποσότητα και σύσταση. Η πίεση του αίματός της, η θερμοκρασία και ο σφυγμός ελέγχονται για σταθερότητα και κανονικότητα. Της ζητάται να ουρήσει και ελέγχεται η ουροδόχος κύστη εάν έχει εκκενωθεί πλήρως. Η μήτρα συσπάται για κάποιο χρόνο μετά τον τοκετό και ίσως προκαλέσει δυσφορία που ονομάζεται **υστερότοκος πόνος**. Αργή, βαθιά αναπνοή βοηθά να μειωθούν αυτοί οι πόνοι. Επίσης μπορεί να δοθούν φάρμακα εάν είναι αναγκαίο. Η μητέρα πρέπει να συνεχίσει να παρακολουθείται καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο².

ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Οιδήματα στα πόδια, αιμορροΐδες, κίρσοι, κυτταρίτιδα. Αυτές οι παθήσεις μπορούν να διορθωθούν εύκολα με ήπιες ασκήσεις (βάδισμα, αεροβική γυμναστική) και σωστή διατροφή. Αλλά η λεχwoΐδα μπορεί να έχει και συναισθηματική αλλαγή. Η κατάθλιψη και οι ακεφιές μετά τον τοκετό είναι συνηθισμένες. Συμπτώματα κατάθλιψης μετά τον τοκετό είναι τα εξής: Διάθεση για κλάματα, ακεφιές, ανικανότητα συγκέντρωσης, αυπνία, ιδέες αυτοκτονίας, ανορεξία ή βουλιμία, απώλεια ενδιαφέροντος για σεξ, αδιαφορία ή φόβος για το μωρό. Η βοήθεια του γυναικολόγου και του ψυχολόγου της θα την απαλλάξει κατά το μέγιστο δυνατό από αυτά τα νοσηρά συναισθήματα⁸.

2.2.1. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ο τοκετός με καισαρική τομή γίνεται όλο και πιο συνηθισμένος. Περίπου 1 στις 7 εγκύους που ξεκινούν φυσιολογικό τοκετό τελικώς υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση καισαρικής τομής για διάφορους λόγους⁷. Υπάρχουν πολυάριθμοι λόγοι για την καισαρική τομή:

- εμβρυοπυελική δυσαναλογία
- πλημμελής ή ανώμαλη προβολή του εμβρύου
- αποτυχία προόδου του τοκετού (ελάχιστη ή ανύπαρκτη τραχηλική διαστολή)
- εμβρυϊκή δυσφορία
- πρόπτωση του ομφάλιου λώρου
- πρόδρομος πλακούντας
- πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- μητρική νόσος (προεκλαμψία, διαβήτης, υψηλή πίεση αίματος, οξεία περίπτωση έρπητος των γεννητικών οργάνων).

Σε μερικά νοσοκομεία, οι τοκετοί με καισαρική τομή γίνονται σε χειρουργείο γιατί θεωρούνται σοβαρή χειρουργική επέμβαση. Η περιοχή του χειρουργείου ενώνεται με τη μονάδα τοκετού στα περισσότερα νοσοκομεία, οπότε η γυναίκα

παραμένει στην ίδια περιοχή όπου τη φροντίζει το ειδικά εκπαιδευμένο μαιευτικό προσωπικό. Η ρουτίνα της προετοιμασίας για έναν τοκετό με καισαρική τομή είναι όμοια με τη συνήθη χειρουργική μέθοδο, αλλά ο εξοπλισμός είναι διαφορετικός λόγω των ειδικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται. Εάν η επέμβαση είναι προαιρετική (όχι επείγουσα ανάγκη) ο γιατρός μπορεί να την προγραμματίσει μια ή δυο εβδομάδες πριν την αναμενόμενη ημερομηνία για να αποφύγει την έναρξη του αυτόματου τοκετού.

Η διαδικασία διαρκεί περίπου 1 με 2 ώρες αλλά συχνά το βρέφος γεννιέται μόνο σε 5 έως 10 λεπτά μετά την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης. Η αναισθησία είναι απαραίτητη γι' αυτή τη μέθοδο. Η αναισθησία με ενδορραχιαία ένεση ναρκώνει τη μητέρα από το στήθος έως τα δάκτυλα των ποδιών. Μερικές γυναίκες αναφέρουν ένα αίσθημα δυνατής έλξης, πόνο στους ώμους, πίεση, αίσθημα καύσου, ναυτία ή βραχύτητα της αναπνοής. Η γενική αναισθησία χρησιμοποιείται μερικές φορές σε τοκετούς με καισαρική τομή όταν ο αναισθησιολόγος το κρίνει αναγκαίο ή σε έκτακτη ανάγκη.

Υπάρχουν δύο τύποι τομών του δέρματος για μια καισαρική. Η **διάμεση τομή** είναι κάθετη μεταξύ του ομφαλού και του ηβικού οστού. Επιτρέπει τον ταχύτερο τοκετό σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Οι λόγοι για τη χρήση της διάμεσης τομής περιλαμβάνουν:

- το κατώτερο τμήμα της μήτρας δεν μπορεί να εκτεθεί ή να εισαχθούμε σε αυτό με ασφάλεια λόγω της ουροδόχου κύστεως
- ένα μεγάλο βρέφος κείται εγκάρσια και ο ώμος είναι ενσφηνωμένος στη γεννητική δίοδο
- υπάρχει πρόσθια εμφύτευση επίστομου ή πρόδρομου πλακούντα
- υπάρχουν ορισμένες δυσπλασίες της μήτρας.

Η εγκάρσια τομή του δέρματος (η Pfannenstiel εγκάρσια υπερηβική τομή) ή «**κόψιμο μπικίνι**» γίνεται ακριβώς πάνω από το ηβικό οστό. Αυτός ο τύπος της τομής συνδέεται με λιγότερη απώλεια αίματος και μειωμένες μετεγχειρητικές

λοιμώξεις. Μετά από μια εγκάρσια τομή του χαμηλότερου τμήματος της μήτρας ένας μελλοντικός κολπικός τοκετός είναι πιθανός.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αυτής της λεχωΐδας είναι παρόμοια με αυτή που παρέχεται σε οποιονδήποτε ασθενή με χειρουργική επέμβαση της κοιλίας. Εάν στη γυναίκα έχει δοθεί γενικό αναισθητικό και είναι αναίσθητη πρέπει να της παρασχεθεί ιδιαίτερη φροντίδα μετά τη γέννα και την αποκατάσταση. ²

2.2.2. ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Η μέθοδος πρέπει να αποβλέπει σε δυο κυρίως σκοπούς:

1) Εξάλειψη των αρνητικών εξαρτημένων συνδέσεων, όπως: τοκετός = πόνος, τοκετός = φόβος, που αποτελούν ένα μέρος του δράματος της γυναίκας στη συναισθηματική και σεξουαλική ζωή της.

2) Δημιουργία νέων θετικών συνδέσεων, όπως: τοκετός = προσπάθεια, τοκετός = χαρά, με συγκεκριμένη αγωγή, δεμένη με λεπτομερειακή διδασκαλία σε μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης.

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος θέλει να μεταμορφώσει την παθητική επίτοκο σε ενεργητικό πλάσμα. Βασίζεται στην εκπαίδευση και στην εξάσκηση. Προσπαθεί να αποδείξει με συγκεκριμένα στοιχεία, ότι οργανωμένες δραστηριότητες, που ρυθμίζονται κατά το στάδιο της προετοιμασίας, θα επιτρέψουν να δημιουργηθεί μια αμυντική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ότι μια ρυθμισμένη δραστηριότητα του εγκεφάλου είναι πολύ προτιμότερη από μια κατάσταση έλλειψης ισορροπίας, που οφείλεται στην αδιάκοπη πάλη ανάμεσα στα θετικά και αρνητικά ερεθίσματα.

Αποδεικνύει στην επίτοκο ότι οι δραστηριότητες αντιδράσεως, είτε είναι αναπνευστικές, είτε νευρομυϊκής χαλάρωσης, αποτελούν γι' αυτήν μέσα δράσης και προσαρμογής κατά τη διάρκεια του τοκετού, ότι όσο περισσότερο ο εγκέφαλός της είναι απαλλαγμένος από παλιούς ή πρόσφατους τραυματισμούς, από το φόβο, την αγωνία, το δέος του θανάτου για την ίδια ή το παιδί της, τόσο

ευκολότερα βρίσκει την ισορροπία της και ενεργεί αποτελεσματικά στον ουσιαστικό της ρόλο του ελέγχου.

Πρέπει να κάνουμε την γυναίκα να συνειδητοποιήσει τις δυνατότητες της και τις ευθύνες της, που σημαίνει ότι ο ανώδυνος τοκετός είναι σχολείο αυτοκυριαρχίας, χάρη:

- Στην απλή και λογική εκπαίδευση, που θεμελιώνεται ουσιαστικά σε αποδεικτικά στοιχεία
- Στη λεπτολόγο και τακτική εξάσκηση κάτω από τον έλεγχο ανθρώπων με πείρα
- Στη δημιουργία αμοιβαίας κατανόησης σε ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, ασφάλειας και εκτίμησης⁹.

2.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΥΗΣΗΣ - ΚΥΗΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η διάγνωση και αντιμετώπιση των προβλημάτων της κύησης συνεπάγεται ιδιαίτερη ευθύνη για τον μαιευτήρα ο οποίος έχει να κάνει με δυο ασθενείς, τη μητέρα και το έμβρυο, σε αντίθεση με κάθε άλλο θεράποντα γιατρό. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να είναι πολύ καλά ενημερωμένος και να έχει στη διάθεσή του τεχνική υποδομή και βοήθεια ώστε να μπορέσει να διαγνώσει το πρόβλημα που υπάρχει στον καθένα.

Το έμβρυο είναι γνωστό ότι εξαρτάται εξ ολοκλήρου από τη μητέρα για την ανάπτυξη και τη διατήρησή του και είναι φυσικό να επηρεάζεται από τα προβλήματα που τυχόν υπάρχουν στη μητέρα. Είναι γνωστό για παράδειγμα, ότι το έμβρυο μιας διαβητικής μητέρας έχει ορισμένα προβλήματα, ενώ άλλου είδους προβλήματα έχει το έμβρυο μιας υπερτασικής μητέρας, γενικότερα όμως και τα δυο έμβρυα έχουν κάτι κοινό: *την υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα.*

Υπάρχουν πολλές άλλες καταστάσεις στη Μαιευτική που συνδέονται με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και είναι δυνατόν να παρουσιαστούν ή να εξελιχθούν στη διάρκεια της κύησης, του τοκετού ή και στις δυο περιόδους. Τις κυήσεις οι οποίες συνοδεύονται από παθολογικές καταστάσεις ώστε να

αυξάνουν την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, τις συμπεριλαμβάνουμε σε μια μεγάλη ομάδα που ονομάζουμε κήσεις υψηλού κινδύνου. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται έγκυες που παρουσιάζουν ιστορικό με παθήσεις ή δέχονται εξωγενείς επιδράσεις από παράγοντες που δημιουργούν αυξημένους κινδύνους τόσο στη μητέρα, όσο και στο έμβρυο.

Στην κήση υψηλού κινδύνου παρατηρούνται πολύ περισσότερες πιθανότητες για αυτόματη έκτρωση, εμβρυικό θάνατο, πρόωρο τοκετό, υπολειπόμενη ανάπτυξη στο έμβρυο ή νεογέννητο, νόσηση, διανοητική καθυστέρηση ή άλλη αναπηρία του. Στην κατηγορία των γυναικών αυτών περιλαμβάνονται επίσης και οι γυναίκες εκείνες με ιατρικές ενδείξεις για αυξημένη πιθανότητα παθολογικής κήσης ή γέννηση ενός προβληματικού παιδιού.

Η κακή έκβαση της κήσης στις γυναίκες υψηλού κινδύνου δεν μπορεί να εξαλειφθεί απόλυτα, μπορεί όμως πολλές φορές να βελτιωθεί. Όταν με τη βοήθεια διαγνωστικών μεθόδων είναι δυνατόν να προσδιορισθούν έγκαιρα τα αίτια, τότε η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα μετριάσει τα προβλήματα που δημιουργούνται στη διάρκεια της κήσης και του τοκετού¹⁰.

2.3.1. ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εξωμήτριος εγκυμοσύνη είναι πολύ σπάνια. Μπορεί να γίνει μέσα στις σάλπιγγες ή πάνω στην ωοθήκη ή μέσα στην κοιλιά. Σπανίως εξελίσσεται ως το τέλος, οπότε γίνεται αντιληπτή είτε από το σταμάτημα των κινήσεων του εμβρύου είτε από δυνατούς πόνους, χωρίς να γίνεται και τοκετός, παρά το πέρασμα του χρόνου. Συνήθως όμως γίνεται σύντομα αντιληπτή, γιατί ακολουθείται από περιοδικούς πόνους και βαριά φαινόμενα τα οποία αναγκάζουν την έγκυο να πάει στον γιατρό. Στην εξωμήτριο, η περίοδος μετά από μια αρχική διακοπή επανέρχεται κι αυτό μπερδεύει τα πράγματα τους πρώτους κυρίως μήνες. Άμα διαγνωσθεί εξωμήτριος, επιβάλλεται διακοπή της εγκυμοσύνης με εγχείρηση.

2.3.2. ΨΕΥΔΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Εκτός από τις πραγματικές εγκυμοσύνες υπάρχουν και μερικές καταστάσεις που μοιάζουν με εγκυμοσύνη χωρίς να είναι. Η διακοπή της περιόδου από διάφορες αιτίες μπορεί καμιά φορά να παρεξηγηθεί από τη γυναίκα σαν εγκυμοσύνη, όταν μάλιστα, όπως συχνά συμβαίνει, η διακοπή αυτή ακολουθείται από σκλήρυνση του στήθους κλπ. Μια χρόνια φλεγμονή της μήτρας, ένας καλοήθης όγκος της, μια διάτασή της, από αίμα περιόδου, ή αέρια σήψεως, όπως και διάφοροι όγκοι της κοιλιάς μπορούν να μας γελάσουνε⁵.

2.3.3. ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Είναι γνωστό σήμερα ότι η υπέρταση εμφανίζεται στο 10% περίπου των εγκύων γυναικών. Οι έγκυες αυτές θα πρέπει να διαχωριστούν από εκείνες που εμφανίζουν το σύνδρομο της προεκλαμψίας–εκλαμψίας, γιατί η υπέρταση μόνη στην κύηση αποτελεί χωριστή παθολογική κατάσταση.

Βασικά τις έγκυες με υπέρταση τις διαιρούμε σε δυο ομάδες: α) Αυτές που εμφανίζουν την υπέρταση και πριν την κύηση, δηλαδή που έχουν χρόνια υπέρταση, και β) τις έγκυες που παρουσιάζουν την υπέρταση μόνο στη διάρκεια της κύησης, παθολογική κατάσταση που ονομάζεται «υπέρταση προκαλούμενη από την κύηση».

Και οι δυο κατηγορίες των γυναικών αυτών κατατάσσονται στην κατηγορία της κύησης υψηλού κινδύνου γιατί παρουσιάζουν, λόγω της πάθησης αυτής, σειρά σοβαρών επιπλοκών στις ίδιες και τα έμβρυά τους. Η περιγεννητική θνησιμότητα, κυρίως όταν δεν έχουν παρακολουθηθεί σωστά και η αρτηριακή πίεση φθάνει σε υψηλά επίπεδα, πλησιάζει το 50%. Οι επίτοκες αυτές έχουν αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και συχνά εμφανίζουν καρδιαγγειακές και νεφρικές επιπλοκές, λόγω των μεταβολών που συμβαίνουν στα συστήματα αυτά κατά την κύηση.

Όσον αφορά την ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου, έχει αποδειχθεί ότι, τα έμβρυα των μητέρων με υπέρταση εμφανίζουν πολύ νωρίτερα την παραγωγή

του επιφανειοδραστικού παράγοντα σε σχέση με τα έμβρυα της ίδιας ηλικίας φυσιολογικών εγκύων γυναικών.

ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Εμφανίζεται συχνά για πρώτη φορά μετά την 26^η εβδομάδα της κύησης, αλλά υπάρχει αρκετή βεβαιότητα ότι είναι χρόνια εξελισσόμενη νόσος που οι βλάβες της στη μητέρα και το έμβρυο, αρχίζουν πολλές εβδομάδες πριν την εκδήλωση του συμπτώματος της υψηλής αρτηριακής πίεσης. Ο μαιευτήρας θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι από την ώρα που θα διαγνωσθεί η υπέρταση που προκλήθηκε από την κύηση, η ροή του αίματος στη μητρο-πλακουντιακή μονάδα έχει μειωθεί κατά 50% – 60% από τα φυσιολογικά όρια. Η αιτιολογία του είδους αυτού της υπέρτασης παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη και η διάγνωσή της θα τεθεί μετά την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης δυο τουλάχιστον φορές που να απέχουν μεταξύ τους 6 ή περισσότερες ώρες. Η τιμή της αρτηριακής πίεσης πρέπει να βρεθεί ίση ή μεγαλύτερη από 140/90 mmHg και να υπάρχει αύξηση στις προηγούμενες μετρήσεις στην συστολική 30 mmHg και στη διαστολική 20 mmHg¹⁰.

2.3.4. ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ - ΕΚΛΑΜΨΙΑ

Η **προεκλαμψία** είναι επικίνδυνη για την έγκυο γυναίκα και το μωρό της. Είναι μια τοξιναιμία που γίνεται εμφανής με το οίδημα των ιστών του σώματος και με ταχεία αύξηση βάρους, με την αυξημένη πίεση του αίματος και με την ύπαρξη λευκώματος στα ούρα. Η ποσότητα ούρων της γυναίκας μπορεί να μειωθεί. Μπορεί επίσης να αισθανθεί επιγαστρικό πόνο, αλλαγές στην όραση και πονοκέφαλο και τα αντανακλαστικά της ίσως να παρουσιάζουν αυξημένη ενεργητικότητα. Η επίτοκος συνήθως δεν αντιλαμβάνεται τίποτα το ασυνήθιστο μέχρι να αρρωστήσει. Πρέπει να τεθεί υπό την αυστηρή επιτήρηση του γιατρού με τακτικές επισκέψεις στο ιατρείο και μερικές φορές εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν η κατάσταση δεν εξελιχθεί σε εκλαμψία, η πλειοψηφία των

εγκύων επιστρέφουν στην κανονική τους ζωή μέσα σε δέκα μέρες περίπου μετά τον τοκετό.

Γυναίκες μικρότερες των 18 ή άνω των 35 ετών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν τοξιναιμία της κύησης από ότι όσες βρίσκονται στο ενδιάμεσο αυτών των δυο ηλικιών. Οι γυναίκες με πολλαπλή κύηση κινδυνεύουν περισσότερο. Μειωμένη ροή του αίματος στον πλακούντα κάνει το μωρό να υποφέρει. Νεογνά που γεννιούνται από γυναίκες με τοξιναιμία της κύησης τείνουν να είναι μικρόσωμα σε σχέση με το χρονικό διάστημα που κυοφορήθηκαν. Επίσης αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γεννηθούν νεκρά από ότι τα νεογνά από φυσιολογικές μητέρες.

Η **εκλαμψία** είναι οξεία τοξιναιμία της εγκυμοσύνης. Χαρακτηρίζεται από τα ίδια συμπτώματα της προεκλαμψίας με την προσθήκη σπασμωδικών και επίμονων συσπάσεων και απώλεια των αισθήσεων που ακολουθείται από κώμα. Μερικές φορές καταλήγει στο θάνατο του εμβρύου ή της μητέρας. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες που κυοφορούν για πρώτη φορά από ότι σε όσες έχουν ξαναμείνει έγκυες. Επίσης εμφανίζεται σε γυναίκα με ανεπαρκή διατροφή ή σε διαβητικές².

2.3.5. ΠΡΟΩΡΗ ΡΗΞΗ ΤΩΝ ΕΜΒΡΥΙΚΩΝ ΥΜΕΝΩΝ

Αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων, δηλαδή του χορίου και του αμνίου, μπορεί να συμβεί σε κάθε στιγμή κατά τη διάρκεια της κύησης. Όταν η ρήξη αυτή γίνεται πριν την έναρξη του τοκετού, ονομάζεται πρόωρη ρήξη. Το διάστημα που μεσολαβεί από την ρήξη των υμένων μέχρι τον τοκετό, ποικίλλει στους διάφορους συγγραφείς και κυμαίνεται από 1 μέχρι 72 ώρες. Στην τελειόμηνη κύηση το 80% των τοκετών αρχίζουν μέσα σε 24 ώρες από τη ρήξη ενώ σε μικρότερης ηλικίας κύηση το ποσοστό φθάνει το 35% έως 50%, μέσα σε 24 ώρες ή το 70% σε 72 ώρες. Το αμνιακό υγρό είναι δυνατόν να ρέει από τον τράχηλο άφθονο, και σημαίνει ευρεία ρήξη στους υμένες, ή να εμφανίζεται κατά σταγόνες, πολλές φορές δυσδιάκριτο, όταν η ρήξη είναι μικρή. Τέλος

αναφέρεται και περιοδική απώλεια αμνιακού υγρού, όταν η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου αποφράσσει τη ρήξη ή η διάτρηση κλείνει.

Η πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων (ΠΡΕΥ) , που αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της κύησης, συμβαίνει σε 6% - 12% περίπου από όλες τις έγκυες. Εκθέτει στον κίνδυνο της μόλυνσης τόσο το έμβρυο όσο και τη μητέρα. Η ανιούσα φλεγμονή μπορεί να αναπτυχθεί γρήγορα ενώ επιπλέον στο έμβρυο παρουσιάζεται και ο κίνδυνος του πρόωρου τοκετού. Επιπλέον για το έμβρυο υπάρχει και ο κίνδυνος της πρόπτωσης της ομφαλίδος ή ενός μέλους από τον τράχηλο, που συνήθως παρουσιάζει μικρή διαστολή.

Θα πρέπει σχολαστικά να αποφεύγεται η κοιλική εξέταση στις γυναίκες με ΠΡΕΥ και να γίνεται μόνον εφόσον υπάρχει πιθανότητα ο τοκετός να γίνει στις επόμενες 24 ώρες. Από τους Αγγλοσάξονες λέγεται χαρακτηριστικά ότι «η κοιλική εξέταση που θα γίνει μετά την ΠΡΕΥ, κουρδίζει το ρολόι της λοίμωξης».

2.3.6. ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ανάμεσα στις πιο συχνές επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης είναι και ο πρόωρος τοκετός. Η προωρότητα παραμένει ο αιτιολογικός παράγοντας στα 2/3 των νεογνικών θανάτων παρά την πρόοδο που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια. Ο πρόωρος τοκετός μένει σαν το πιο περίπλοκο πρόβλημα στη μοντέρνα Μαιευτική γιατί η παθογένειά του δεν είναι ακόμα ξεκαθαρισμένη, η ορθότητα μερικών σχημάτων θεραπείας αμφισβητήσιμη και το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής θεραπείας απέχει ακόμη πολύ από το ιδανικό.

Ο πρόωρος τοκετός συμβαίνει σε ποσοστό πάνω από 10% όλων των κυήσεων και θεωρείται ότι η προωρότητα συνδέεται για ποσοστό πάνω από 75% όλων των περιγεννητικών κινδύνων. Αυτές οι παρατηρήσεις κάνουν ακόμη μεγαλύτερη την αξία της χρήσης των τοκολυτικών φαρμάκων για την παρεμπόδιση του πρόωρου τοκετού. Βέβαια παρ' όλη την ευρεία εφαρμογή των φαρμάκων αυτών η ελάττωση της προωρότητας έμεινε αμετάβλητη τα

τελευταία 20 χρόνια. Αυτό συμβαίνει ίσως γιατί ακόμη δεν γνωρίζουμε την πλήρη εικόνα του μηχανισμού με τον οποίο αρχίζει η δραστηριότητα της μήτρας, παρά την ουσιαστική πρόοδο που έγινε στην ανεύρεση των αιτίων του τοκετού.

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

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Είναι σημαντικός ο καθορισμός των προδιαθεσικών παραγόντων που συντελούν στην πρόκληση του πρόωρου τοκετού, οι επιδράσεις τους και τα αποτελέσματα των παραγόντων αυτών στην κύηση. Η ακριβής αιτιολογία του πρόωρου τοκετού μπορεί να είναι δύσκολο να προσδιορισθεί αλλά υπάρχουν μερικές ισχυρές κλινικές συσχετίσεις που επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση κυήσεων που περικλείουν τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό.

Τις παθήσεις που προδιαθέτουν για πρόωρο τοκετό τις χωρίζουμε σε:

A) Ιατρικές γενικά (Υπέρταση, νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακή νόσος, πυελονεφρίτιδα, οξείες φλεγμονές, κάπνισμα, αλκοολισμός ή λήψη φαρμάκων, έντονη αναιμία, κακή διατροφή ή υπερβολικό βάρος κατά την κύηση).

B) Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό (Πρόωρα ή χαμηλού βάρους νεογέννητα).

Γ) Επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης (Προεκλαμψία – εκλαμψία, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, προδρομικός πλακούντας, πλακουντιακή ανεπάρκεια, πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων, πολύδυμη κύηση, υδράμνιο, κύηση που άρχισε σε λιγότερο από 3 μήνες από την προηγούμενη).

Δ) Ανωμαλίες στη διάπλαση της μήτρας (Δίκερως, μονόκερως μήτρα, διαφράγματα στη μήτρα) ή του τραχήλου (Ανεπάρκεια ή χειρουργική επέμβαση).

E) Όγκοι της μήτρας (ινομώματα).

2.3.7. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Ήταν γνωστό από παλιά ότι ο σακχαρώδης διαβήτης ασκεί πολύ δυσμενή επίδραση στην κύηση και η επίδραση αυτή ήταν πολύ χειρότερη πριν τη χρήση της ινσουλίνης. Σήμερα η πρόοδος στην περιγεννητική επέφερε στις διαβητικές έγκυες μια πολύ σημαντική μείωση στη συχνότητα γέννησης νεκρών εμβρύων και περιορίσε τον αριθμό των νεογέννητων που παρουσιάζουν το σύνδρομο της αναπνευστικής δυσχέρειας. Ελαττώθηκε επίσης ο αριθμός των καισαρικών τομών αλλά παραμένει σχεδόν αμετάβλητο το ποσοστό εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών.

Οι επιπλοκές που περιμένει ο γιατρός στην κύηση, και μάλιστα σε γυναίκες με κακή ρύθμιση του διαβήτη είναι:

- Δυσμενής επίδραση στην σύλληψη.
- Αυτόματες εκτρώσεις του πρώτου τριμήνου. Βρέθηκε ότι η συχνότητα των αυτομάτων εκτρώσεων είναι τριπλάσια στις ινσουλινο – εξαρτώμενες διαβητικές από ότι στις φυσιολογικές έγκυες.
- Συγγενείς ανωμαλίες στο έμβryo. Η ανεύρεση συγγενών ανωμαλιών στα παιδιά των διαβητικών μητέρων που λαμβάνουν ινσουλίνη είναι τριπλάσια από ότι στις άλλες έγκυες (5% – 10%). Οι πιο κοινές διαμαρτίες είναι δυσπλασίες του σκελετού, όπως η δυσχιδής ράχη, η μηνιγγομυελοκήλη, ή οι ατέλειες των σπονδύλων, η δυσπλασία της ιεροκοκκυγικής χώρας και οι συγγενείς καρδιοπάθειες. Οι βλάβες αυτές είναι συχνότερες όταν οι μητέρες έχουν μακροχρόνιο διαβήτη ή παρουσιάζουν αγγειακές ή νεφρικές επιπλοκές.

Επιπλοκές στην κύηση: 1) Υπέρταση. Η συχνότητά της φθάνει το 10%–20% στις διαβητικές έγκυες, 2) Υδράμνιο. Έχει διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης από ότι στις μη διαβητικές, 3) Ενδομήτρια βραδύτητα ανάπτυξης των εμβρύων και 4) Πρόωρος τοκετός.

- Ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου: Συμβαίνει γύρω στην 36^η – 37^η εβδομάδα της κύησης και αποδίδεται στη μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια.

- Υπερβολικού μεγέθους νεογέννητα με αυξημένο κίνδυνο για δυστοκία, τραυματισμό της μητέρας ή του παιδιού στον τοκετό και αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών.
- Αυξημένο ποσοστό νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω:
 - συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας (25% – 30%)
 - υπερχολερυθριναιμίας (5% – 10%)
 - υπογλυκαιμίας (10% – 25%)
 - υπασβεσταιμίας (25%).
- Μεταβολές στην έκκριση των ορμονών και ειδικά των ορμονών του πλακούντα.

2.3.8. Η ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η αναιμία είναι πολύ συχνή επιπλοκή της κύησης με σοβαρές ή και μοιραίες κάποτε επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο. Ακόμη και σήμερα αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα συνδεδεμένο με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, την κακή διατροφή και την έλλειψη περιγεννητικής φροντίδας στην έγκυο. Όταν εκδηλωθεί στην κύηση, κατατάσσει την έγκυο στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου και απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα. Προκαλείται πολύ συχνά από ανεπάρκεια του σιδήρου και σπανιότερα από παθολογικές καταστάσεις που έχουν σχέση με ανεπαρκή παραγωγή ή ταχεία καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Οι περισσότερες όμως έγκυες γυναίκες που παρουσιάζουν χαμηλές τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης, δεν έχουν πραγματική αναιμία αλλά είναι επηρεασμένες από τη «φυσιολογική κατάσταση της κύησης», που ονομάζεται «αιμοδιάλυση ή υδραιμία της κύησης». Αυτή η κατάσταση αρχίζει από την 8^η εβδομάδα της κύησης και εκδηλώνεται στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, οφείλεται δε στη μεγαλύτερη αύξηση του όγκου του πλάσματος της εγκύου σε σχέση με την αύξηση της μάζας των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η δυσανάλογη αυτή άνοδος του όγκου του πλάσματος, που φθάνει μέχρι και 50% πάνω από

τον φυσιολογικό όγκο του αίματος της μη εγκύου, είναι μικρή, όπως αναφέρθηκε, πριν τη 10^η εβδομάδα της κύησης, στη συνέχεια αυξάνει προοδευτικά και γίνεται μεγαλύτερη από την 30^η έως την 34^η εβδομάδα.

Η μάζα των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνει επίσης κατά την κύηση. Η μεταβολή αυτή αρχίζει μεταξύ της 10^{ης} και 20^{ης} εβδομάδας της κύησης, αυξάνει αργά και μόνο στις τελευταίες 8 – 10 εβδομάδες επιταχύνεται. Αποτέλεσμα όλων αυτών των μεταβολών είναι η πρόσκαιρη πτώση του αιματοκρίτη μεταξύ 24^{ης} και 32^{ης} εβδομάδας της κύησης μέχρι 5 μονάδες (35%) ή και 7 μονάδες (33%) στη δίδυμη κύηση. Ο αιματοκρίτης ανέρχεται στα κανονικά επίπεδα στο τέλος της κύησης και ακόμη περισσότερο κατά 3% – 5% την 2^η ή 3^η ημέρα μετά τον τοκετό σαν αποτέλεσμα της φυσιολογικά αυξημένης διούρησης που ελαττώνει τον όγκο του πλάσματος. Γενικά στην υγιή έγκυο, της οποίας ο αιματοκρίτης στην αρχή της κύησης βρίσκεται μεταξύ 38% και 40%, πρέπει να θεωρείται σαν φυσιολογικός όταν πέσει μέχρι 34% -35%, μεταξύ της 25^{ης} και 32^{ης} εβδομάδας της κύησης.

Δυστυχώς πολύ συχνά τίθεται η λανθασμένη διάγνωση της αναιμίας στην έγκυο γιατί οι τιμές της αιμοσφαιρίνης (Hb) και του αιματοκρίτη (Ht), συγκρίνονται με τις αντίστοιχες τιμές της μη εγκύου. Σαν πραγματική αναιμική πρέπει να χαρακτηριστεί η έγκυος όταν η πτώση της Hb, στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, είναι ίση ή κατώτερη από 10 gr /ml ή αν η τιμή του Ht είναι ίση ή κατώτερη από 30%.

Αιτιολογικά η αναιμία στην κύηση μπορεί να διαιρεθεί σε δυο κατηγορίες. Στην πρώτη που έχει σχέση με την διατροφή της εγκύου και αφορά την έλλειψη σιδήρου και φυλλικού οξέος. Στην κατηγορία αυτή υπάγεται ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών και περιλαμβάνει την σιδηροπενική και την αναιμία από έλλειψη φυλλικού οξέος (μεγαλοβλαστική αναιμία).

Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται οι αναιμικές έγκυες με ειδική νόσο του αίματος που κληρονομήθηκε ή αποκτήθηκε μετά τη γέννησή τους και έχει σχέση με την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή της αιμοσφαιρίνης. Εδώ

υπάγονται οι αιμοσφαιρονοπάθειες, καθώς και οι αναιμίες που προκαλούνται από αιμόλυση, όπως συμβαίνει στις λοιμώξεις ή τις νεφροπάθειες.

2.3.9. ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Η συχνότητα καρδιακής νόσου στις έγκυες μειώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια φθάνοντας περίπου στο 0,5% του συνόλου των εγκύων, ενώ στη δεκαετία 1940–1950 κυμαινόταν μεταξύ 2,3% και 3,7%. Ακόμη παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διαφορά στο είδος των καρδιοπαθειών που συναντούμε σήμερα σε σχέση με εκείνες που συνόδευαν την κύηση παλαιότερα. Στο παρελθόν η ρευματική καρδιοπάθεια ήταν 20 φορές συχνότερη από τις συγγενείς καρδιοπάθειες, ενώ σήμερα η αναλογία αυτή μειώθηκε στο 3:1. Εξάλλου οι εξελίξεις στην καρδιοχειρουργική επέφεραν μια επιπλέον μεταβολή. Σήμερα σημαντικός αριθμός γυναικών, που έχουν υποστεί χειρουργική διόρθωση της καρδιακής βλάβης, είναι σε θέση να διεκπεραιώσει με επιτυχία την κύηση και τον τοκετό.

Όπως είναι γνωστό, μια σειρά από σημαντικές καρδιαγγειακές μεταβολές συνοδεύουν κάθε κύηση και τοκετό. Οι μεταβολές αυτές προσθέτουν σημαντικό φορτίο στην καρδιά που σε ασθενείς με συγγενή ή επίκτητη καρδιοπάθεια μπορεί να αποδειχθούν μοιραίες για την έγκυο και το έμβρυο. Καθώς όμως η κύηση γίνεται πιο συχνή σε ασθενείς με διορθωμένη καρδιακή νόσο, και δεδομένου ότι αδιάγνωστες ή ατελώς θεραπευόμενες καρδιοπαθείς έγκυες γυναίκες δεν είναι σπάνιες, πρέπει ο μαιευτήρας να συνειδητοποιήσει το μέγεθος του προβλήματος και να είναι προετοιμασμένος για τη σωστή αντιμετώπιση της ομάδας αυτών των γυναικών. Πρόσφατη ανασκόπηση μεγάλου αριθμού καρδιοπαθών εγκύων επιβεβαιώνει τα παραπάνω με τη διαπίστωση ότι η καρδιακή νόσος ενοχοποιήθηκε σαν αιτία στο 22% των θανάτων που δεν οφειλόταν σε κάποιο μαιευτικό πρόβλημα (Πίνακας I)

Πίνακας I: Η μητρική και η εμβρυική θνησιμότητα στις καρδιοπαθείς έγκυες

Καρδιακή βλάβη	Μητρική θνησιμότητα (%)	Εμβρυική θνησιμότητα (%)
Στένωση της αορτής	9	13
Σύνδρομο του Marfan	50	-
Τετραλογία του Fallot	12	30
Σύνδρομο του Eisenmenger	27	-
Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση	53	40
Κύηση μετά από κλειστή βαλβιδοτομή	4 – 6	-
Έμφραγμα του μυοκαρδίου	28	26

Οι καρδιοπαθείς έγκυες μπορούν να διαιρεθούν σε δυο ομάδες: α) Εκείνες που φθάνουν στην κύηση με αδιάγνωστη καρδιοπάθεια και β) αυτές στις οποίες η νόσος είναι γνωστή πριν από την κύηση. Και στις δυο περιπτώσεις για τη σωστή διάγνωση και αξιολόγηση της σοβαρότητας της καρδιοπάθειας είναι απαραίτητη η γνώση των καρδιαγγειακών μεταβολών που συμβαίνουν στην κύηση.

Έτσι, διευκολύνεται η ακριβής ταξινόμηση των καρδιοπαθών εγκύων με βάση τα κριτήρια της Καρδιολογικής Εταιρίας της Νέας Υόρκης (Πίνακας II) που λαμβάνουν υπόψη τη λειτουργική κατάσταση της καρδιάς. Καρδιοπαθείς έγκυες που ανήκουν στην κλάση II έως και IV αποτελούν κυρίως την ομάδα υψηλού κινδύνου, ειδικά όταν η λειτουργική ανεπάρκεια της καρδιάς αποτελεί έκφραση ανάλογης ανατομικής βλάβης όπως π.χ. στη στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας.

Πίνακας II: Λειτουργική ταξινόμηση των καρδιοπαθών εγκύων όπως προτείνεται από την N. York Heart Association

Κλάση I :	Ασυμπτωματική ασθενής
Κλάση II :	Συμπτωματική μετά από βαριά άσκηση
Κλάση III :	Συμπτωματική μετά από ελαφριά άσκηση
Κλάση IV :	Συμπτωματική και στην ανάπαυση

Μολονότι η καρδιακή νόσος εκθέτει την έγκυο και το κύημα σε μεγάλο κίνδυνο, η σωστή διάγνωση σε συνδυασμό με την κατάλληλη αντιμετώπιση, που μπορούν να επιτευχθούν με τη συνεργασία του μαιευτήρα και του καρδιολόγου, εξασφαλίζουν ομαλή κύηση και αποτελεσματική περιγεννητική αντιμετώπιση ακόμα και σε βαριά καρδιοπαθείς¹⁰.

2.3.10. ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Οι γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης είναι οπωσδήποτε πιο ευάλωτες στις κυστίτιδες εξαιτίας των ορμονικών και φυσιολογικών αλλαγών. Ο τόνος της ουροδόχου κύστης π.χ. μειώνεται φυσιολογικά κατά την κύηση. Έτσι, η κύστη γεμίζει και κρατά περισσότερα ούρα πριν νιώσει η γυναίκα την ανάγκη για διούρηση. Σαν αποτέλεσμα, το άδειασμα της κύστης σε πιο αραιά διαστήματα οδηγεί σε στάση των ούρων και αυξάνει τις πιθανότητες μόλυνσης. Ένα 10% των εγκύων γυναικών έχουν πράγματι ασυμπτωματική και συχνά κρυφή κυστίτιδα. Επειδή αυτές οι κρυφές κυστίτιδες κατά την εγκυμοσύνη μπορούν να οδηγήσουν σε πυελονεφρίτιδες, σε βλάβες των νεφρών και ακόμα σε πρόωρο τοκετό, είναι πολύ σημαντικό να εντοπίζονται έγκαιρα και να θεραπεύονται⁴.

2.3.11. ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΚΥΗΣΗ

Όταν δυο ή περισσότερα έμβρυα αναπτύσσονται συγχρόνως μέσα στη μήτρα, η κατάσταση είναι γνωστή σαν πολλαπλή κύηση. Τα δίδυμα είναι σχετικά συνηθισμένα, εμφανίζονται σε 1 περίπου από 80 έγκυες. Οι διοωγενείς δίδυμοι προέρχονται από τη γονιμοποίηση δυο ωαρίων από δυο σπερματοζωάρια. Οι μονοωγενείς δίδυμοι εμφανίζονται όταν ένα σπερματοζωάριο γονιμοποιεί ένα

ωάριο, το οποίο αργότερα διαιρείται σε δυο αναπτυσσόμενα βρέφη. Τρίδυμα εμφανίζονται κατά προσέγγιση σε 1 από 6400 κυήσεις και τετράδυμα ή πεντάδυμα λιγότερο συχνά. Υπάρχουν υπόνοιες πολλαπλού τοκετού εάν υπάρχει ιστορία διδύμων στην οικογένεια, εάν υπάρχει ταχεία αύξηση βάρους ή εάν η ανάπτυξη της μήτρας υπερβαίνει τον φυσιολογικό ρυθμό. Μια πολλαπλή κύηση μπορεί εύκολα να πιστοποιηθεί με υπερήχους.

Η μέλλουσα μητέρα αισθάνεται μεγαλύτερες ενοχλήσεις και αντιμετωπίζει περισσότερους κινδύνους από ότι μια άλλη με απλή κύηση. Η υπέρταση που προκαλείται και επιδεινώνεται από την κύηση είναι πολύ πιο πιθανό να αναπτυχθεί σε κυήσεις με περισσότερα του ενός έμβρυα. Επίσης είναι πολύ πιθανό να συμβεί πρόωρος τοκετός θέτοντας έτσι τα μωρά σε ακόμα πιο επικίνδυνη θέση. Η ανάπαυση σε κρεβάτι πιστεύεται ότι βοηθάει να παραταθεί μια τέτοια κύηση έως ότου ολοκληρωθεί.

2.4. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

Περίπου το 85% όλων των γεννήσεων είναι κολπικοί τοκετοί. Ορισμένες καταστάσεις, όμως μπορούν να απειλήσουν τη ζωή και της μητέρας και του εμβρύου. Μια επιπλοκή στον τοκετό παρουσιάζει πρόβλημα στη μητέρα ή στο έμβρυο που απαιτούν ιατρική βοήθεια και επέμβαση για να εξασφαλισθεί η επιθυμητή έκβαση. Παρατήρηση, αναφορά, τεχνική και φυσικά και συναισθηματικά μέτρα υποστήριξης πρέπει να πραγματοποιηθούν με απόλυτη ικανότητα².

2.4.1. ΕΜΒΟΛΗ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Η εμβολή αμνιακού υγρού είναι σπάνια επιπλοκή της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Η κλινική της εικόνα χαρακτηρίζεται από έντονη δύσπνοια, κυάνωση, διαταραχές από το κεντρικό νευρικό σύστημα και σοβαρή υπόταση. Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη επιπλέκει συχνά την εμβολή αμνιακού υγρού και έχει συνήθως θανατηφόρα κατάληξη. Περιγράφεται περίπτωση εμβολής αμνιακού

υγρού με διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, σε έγκυο που βρισκόταν στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και υποβλήθηκε σε τεχνητές ωδίνες για την αφαίρεση νεκρού εμβρύου. Η ταχεία διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία είχαν ως αποτέλεσμα την πλήρη ανάρρωση της εγκύου και την έξοδό της από τη μονάδα εντατικής θεραπείας με παρέλευση δυο εβδομάδων¹¹.

2.4.2. ΑΥΧΕΝΙΚΟΣ ΛΩΡΟΣ

Αμέσως μετά από την εμφάνιση του κεφαλιού του εμβρύου, ο γιατρός ελέγχει για αυχενικό λώρο (γύρω από το λαιμό). Τα δάκτυλα περνιούνται κατά μήκος του ινίου προς το λαιμό του νηπίου για να καθορίσουν εάν ένας ή περισσότεροι βρόγχοι ομφαλίου λώρου κυκλώνουν το λαιμό. Εάν ο ομφάλιος λώρος περιτυλίσσεται γύρω από το λαιμό τραβιέται απαλά προς τα κάτω και εάν είναι αρκετά χαλαρός περνιέται πάνω από το κεφάλι του μωρού. Αυτό γίνεται για να προληφθεί οποιαδήποτε ανάμειξη με την παροχή οξυγόνου του μωρού την ώρα που εμφανίζονται οι ώμοι.

Εάν ο ομφάλιος λώρος είναι τυλιγμένος πολύ σφιχτά για να επιτρέψει αυτή την διαδικασία τοποθετείται αιμοστατική λαβίδα και κόβεται ο λώρος πριν εμφανισθούν οι ώμοι, το έμβρυο εξάγεται αμέσως και λαμβάνονται μέτρα για να αποφευχθεί η ασφυξία. Εάν ο ομφάλιος λώρος τυλίγεται γύρω στο λαιμό ή στο σώμα και είναι πολύ βραχύς για να επιτρέψει στο κεφάλι να εμφανισθεί γίνεται καισαρική τομή.

2.4.3. ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Όταν ο πλακούντας καλύπτει ή μερικά καλύπτει τον τράχηλο, η κατάσταση ονομάζεται πρόδρομος πλακούντας. Ο πλακούντας είναι μπροστά από το προβαλλόμενο μέρος του βρέφους. Ο πρόδρομος πλακούντας συμβαίνει σε 1 στις 200 εγκυμοσύνες. Καθώς διαστέλλεται ο τράχηλος, ο πλακούντας χωρίζεται από τη μήτρα, στερώντας το οξυγόνο από το βρέφος και

προκαλώντας ανώδυνη αιμορραγία στη μητέρα. Εάν υπάρχει αιμορραγία, δεν πρέπει ποτέ να γίνεται πυελική εξέταση εκτός και αν η γυναίκα είναι σε χειρουργικό θάλαμο. Ο πρόδρομος πλακούντας μπορεί να είναι οριακός, μερικός ή ολικός. Η ακριβής διάγνωση της θέσης του πλακούντα και του βαθμού διαχωρισμού είναι σημαντική. Διαχωρισμός του πλακούντα μεγαλύτερος του 50% δεν συμβιβάζεται με την επιβίωση του εμβρύου. Το υπερηχογράφημα είναι ο ασφαλέστερος και πιο ακριβής τρόπος για να αποκτηθεί αυτή η πληροφορία.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την ποσότητα της αιμορραγίας και την ηλικία της κύησης. Η κατάσταση αυτή είναι σοβαρή και συνήθως οδηγεί σε καισαρική τομή. Η μέγιστη επιπλοκή, για τη μητέρα, που συνδέεται με τον πρόδρομο πλακούντα είναι αιμορραγική καταπληξία (σοκ). Σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι η θνησιμότητα αμέσως μετά τον τοκετό και κατά τον τοκετό είναι χαμηλή και συνήθως προκαλείται από το γεγονός ότι το βρέφος είναι πρόωρο.

2.4.4. ΠΡΟΩΡΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είναι ο πρόωρος διαχωρισμός ενός φυσιολογικά εμφυτευμένου πλακούντα από το τοίχωμα της μήτρας. Συμβαίνει περίπου σε 1 στους 200 τοκετούς. Η αντιμετώπιση μπορεί να εξαρτάται από το βαθμό διαχωρισμού του πλακούντα. Εάν η κολπική αιμορραγία είναι ελαφρά (<100ml), η δραστηριότητα της μήτρας μόνο ελαφρά αυξημένη και δεν υπάρχει ανωμαλία στους καρδιακούς τόνους του εμβρύου η αποκόλληση θεωρείται ήπια. Εάν η αιμορραγία είναι μέτρια (100–500ml), ο τόνος της μήτρας αυξημένος και υπερευαίσθητος και οι εμβρυικοί καρδιακοί τόνοι υποδηλώνουν κάποια δυσφορία, η αποκόλληση θεωρείται μέτρια. Η σοβαρή αποκόλληση αναγνωρίζεται από μέτρια έως υπερβολική αιμορραγία (>500ml), μια μήτρα η οποία είναι τετανική και αντιδρά πολύ στη ψηλάφηση και εμφανή εμβρυική δυσφορία.

Η κοιλιακή αιμορραγία εμφανίζεται στο 80% των περιπτώσεων, είναι εσωτερική στο 20% των περιπτώσεων. Σχεδόν πάντα υπάρχει αιφνίδιος πόνος που επικεντρώνεται στη μήτρα και στο χαμηλότερο μέρος της πλάτης. Υπερτονικότητα της μήτρας υπάρχει στις σοβαρότερες αποκολλήσεις. Η μήτρα μπορεί να διογκωθεί, ειδικότερα όταν η περισσότερη αιμορραγία είναι εσωτερική. Η υγεία του βρέφους συμβιβάζεται και η καταπληξία (σοκ) είναι πιθανή.

Η μόνη ένδειξη για αντιμετώπιση αναμονής μιας ασθενούς με πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είναι μια ήπια αποκόλληση με ένα πρόωρο έμβρυο. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις πρέπει να γίνεται προσπάθεια επίσπευσης του τοκετού. Μόλις γίνει η διάγνωση πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα πρέπει να γίνει αμνιοτομία (τομή των εμβρυικών υμένων) εφ' όσον μπορεί να διευκολύνει τον τοκετό. Μπορεί να αρχίσει η χορήγηση οξυτοκίνης για να επιταχύνει τον τοκετό όσο είναι αναγκαίο.

2.4.5. ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Περιστασιακά η νοσηλεύτρια ίσως παρατηρήσει ότι μια γυναίκα βρίσκεται στη διαδικασία του τοκετού για ώρες και ώρες χωρίς πρόοδο. Υπάρχει εμφανώς κάποιο πρόβλημα με το μηχανισμό τοκετού. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται **δυστοκία** (δύσκολος τοκετός). Η αιτία μπορεί να έχει σχέση με τρεις παράγοντες: τις δυνάμεις, τον επιβάτη ή τη δίοδο.

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η καθυστέρηση σε οποιαδήποτε φάση του τοκετού είναι γνωστή ως δυσλειτουργία της μήτρας. Αυτή η καθυστέρηση μπορεί να οφείλεται στην κακή ποιότητα των συσπάσεων της μήτρας ή στην εξάντληση της μητέρας. Τα κύρια αίτια της δυσλειτουργίας της μήτρας είναι:

- Αδύναμες, ακανόνιστες, ασυντόνιστες συσπάσεις της μήτρας
- Ελάχιστος βαθμός πυελικής σύσπασης
- Ελαφρά έκταση της κεφαλής του εμβρύου

- Αλόγιστη χρήση αναλγησίας

Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στη δυσλειτουργία της μήτρας περιλαμβάνουν την υπερβολική διόγκωση της μήτρας, ηλικία της μητέρας, επιτυχείς κυήσεις σε εγγύς χρονικά διαστήματα, ινώματα της μήτρας που παρεμβαίνουν στο συντονισμό των μυών της μήτρας και δυσκαμψία του τραχήλου. Μερικές φορές η πραγματική αιτία είναι άγνωστη. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι ατυχείς. Τραυματισμός ή θάνατος του εμβρύου είναι τα πιο σοβαρά συμβάντα. Για τη μητέρα επέρχεται εξάντληση και αφυδάτωση εάν ο τοκετός διαρκέσει πάρα πολύ. Η παρέμβαση μπορεί να είναι αποτελεσματική για την πρόληψη αυτών των σοβαρών προβλημάτων εάν η νοσηλεύτρια έχει καλή παρακολούθηση και υποστήριξη και ενημερώνει τον υπεύθυνο γιατρό σχετικά με την κατάσταση της επιτόκου. Μια παρατεταμένη λανθάνουσα φάση μπορεί να αντιμετωπισθεί με έναν εκ των δυο τρόπων: είτε πρέπει να χορηγηθούν καταπραϋντικά στη μητέρα ώστε να της επιτραπεί να ξεκουραστεί για 4 – 6 ώρες είτε να προκληθούν συσπάσεις για να διευκολυνθεί η πρόοδος του τοκετού. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από την κατάσταση της μητέρας και του μωρού της.

ΑΦΥΣΙΚΗ ΕΜΒΡΥΙΚΗ ΘΕΣΗ

ΕΠΙΜΟΝΗ ΙΝΙΑΚΗ ΟΠΙΣΘΙΑ ΣΤΑΣΗ

Η ινιακή οπίσθια στάση παρατείνει τον τοκετό οπότε κεφαλή του εμβρύου εισέρχεται στην πύελο με το ινίο να κατευθύνεται διαγώνια προς τα πίσω. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το κεφάλι πρέπει να περιστραφεί μέσω ενός τόξου 135 μοιρών από τη διαδικασία της εσωτερικής περιστροφής αντί του φυσιολογικού 45 έως 90 μοίρες τόξου. Με καλές συσπάσεις, επαρκή κάμψη και ένα μετρίου μεγέθους έμβρυο, τα περισσότερα από αυτά τα νήπια αυτόματα περιστρέφονται σε αυτό το τόξο των 135 μοιρών αμέσως μόλις το κεφάλι φτάσει στο πυελικό

έδαφος. Όμως, το έμβρυο μπορεί να περιστραφεί μόνο μερικά και να γεννηθεί με το πρόσωπό του προς τα επάνω.

Η μητέρα ίσως αισθανθεί μεγάλη δυσφορία στην πλάτη της καθώς η κεφαλή του εμβρύου πιέζει αντίθετα στο ιερό οστούν κατά τη διάρκεια της περιστροφής. Για να ανακουφισθεί μπορεί να βοηθήσει η άσκηση αντίθετης πίεσης στο ιερό οστούν, η μάλαξη της πλάτης και η συχνή αλλαγή θέσης από πλευρό σε πλευρό.

ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ

Η ισχιακή προβολή συμβαίνει σε περίπου 3% από όλες τις ολοκληρωμένες εγκυμοσύνες: οι γλουτοί αντί του βρέγματος (κορυφής του κρανίου) προβάλλει στην είσοδο της πυέλου. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες της ισχιακής στάσης:

Ισχιακή προβολή με εκτεταμένες τις κνήμες: προβάλλουν οι γλουτοί, οι κνήμες είναι εκτεταμένες προς τα επάνω και πιέζουν ενάντια στην κοιλία και στο στήθος.

Πλήρης ισχιακή προβολή: προβάλλουν οι γλουτοί και τα πέλματα και τα γόνατα είναι μαζεμένα προς τα επάνω.

Ισχιακή προβολή επί πόδας: προβάλλει το ένα ή και τα δυο πόδια.

Στην ισχιακή στάση, το βρέφος συχνά περνά μηκόνιο (ένα πρασινωπό, μαύρο προς ανοικτό καφετί υλικό, σαν πίσσα), από το ορθό του εντέρου μετά τη ρήξη των υμένων. Μόλις η νοσηλεύτρια δει αυτό το υλικό να έρχεται από το γεννητικό κανάλι πρέπει να είναι σίγουρη ότι το βρέφος είναι όντως σε ισχιακή στάση. Αυτή η διάγνωση γίνεται με πυελική εξέταση. Οι απαλοί, μαλακοί γλουτοί και τα γεννητικά όργανα, τα ισχιακά κυρτώματα και το ιερό οστούν γίνονται αισθητά με ιδιαίτερη ευκολία καθώς προχωρά η διαστολή του τραχήλου. Εάν εμφανισθεί πλήρης ή επί πόδας ισχιακή προβολή, συχνά μπορεί να γίνει αισθητό και ένα άκρο. Εάν το βρέφος βρίσκεται σε κάθετη στάση, αποβολή μηκωνίου είναι ένδειξη εμβρυϊκής δυσφορίας.

Η αντιμετώπιση της ισχιακής προβολής είναι σε ένα ρευστό στάδιο προς το παρόν. Η χρήση της καισαρικής τομής αυξάνεται. Συνιστάται η προσπάθεια

εξωτερικής στροφής (στροφή της ισχιακής σε κάθετη στάση)με τη χρήση τοκολυτικών παραγόντων για τη χαλάρωση της μήτρας. Η στροφή βοηθάται από τη χρήση υπερήχων που παρακολουθούν τη στάση του βρέφους. Πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις για να γεννηθούν κολπικά νεογνά που βρίσκονται σε ισχιακή στάση. Η στάση πρέπει να είναι ισχιακή με εκτεταμένες τις κνήμες. Το βάρος του εμβρύου πρέπει να είναι μεταξύ 2500 και 3500g. Ο τοκετός πρέπει να προχωρήσει, με την τραχηλική διαστολή και την κάθοδο να συμβαίνουν σε φυσιολογικό χρονικό διάστημα (κάτω των 18 ωρών).

ΣΧΗΜΑ ΕΠ' ΩΜΟΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ

Εδώ το έμβρυο κείται διαγώνια. Αυτή είναι μια σοβαρή επιπλοκή. Η ρήξη των υμένων παρουσιάζει ένα σημαντικό κίνδυνο πρόπτωσης του ομφαλίου λώρου. Μερικές φορές ένα από τα άκρα εμφανίζεται μαζί με το προβαλλόμενο μέρος και τα δυο εισέρχονται στην πύελο ταυτόχρονα. Αυτή η επιπλοκή δε συναντάται συνήθως, με τη μεγαλύτερη συχνότητα να συνδέεται με βάρος τοκετού μικρότερο των 1500g και με πολλαπλές κήσεις. Η διάγνωση γίνεται με ψηλάφηση της κοιλίας και πυελικής εξέτασης. Ο βραχίονας, ο ώμος και τα πλευρά γίνονται αντιληπτά κολπικά. Επίσης ο πυθμένας είναι συνήθως χαμηλότερα απ' ότι αναμένεται για τη διάρκεια της κήσεως. Ο γιατρός ίσως προσπαθήσει να γυρίσει το μωρό με τοκόλυση σε κάθετη στάση (η αλλαγή της θέσης του εμβρύου μέσα στη μήτρα για να διευκολυνθεί ο τοκετός είναι γνωστή σαν στροφή). Οι υπέρηχοι βοηθούν στις στροφές για να επιβεβαιώνεται η θέση του εμβρύου. Συχνότερα είναι αναγκαία η καισαρική τομή.

Η προσωπική προβολή συμβαίνει περίπου μια φορά σε 500 γεννήσεις και καταλήγει, στις περισσότερες περιπτώσεις, από μια αρχική προβολή δια των οφρύων η οποία επεκτείνεται σε προσωπική προβολή στην είσοδο της πυέλου. Οι μεσομετωπιαίες ραφές, η προσθία μέση ή μετωπιαία πηγή (η μεγάλη πηγή), η κογχιαία ακρολοφία, οι οφθαλμοί και η μύτη μπορούν να γίνουν αντιληπτά με την αφή κατά την κολπική εξέταση. Συνήθως παρουσιάζεται καθυστέρηση στην

κάθοδο. Η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί με κοιλιακή ακτινογραφία ή υπέρηχο. Αντιμετώπιση αυτών των στάσεων είναι συνήθως η καισαρική τομή εκτός αν το μωρό αλλάξει τη στάση του στην αρχή του τοκετού.

ΕΜΒΡΥΟΠΥΕΛΙΚΗ ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΙΑ

Η **εμβρυοπυελική δυσαναλογία** εμφανίζεται όταν το νήπιο είναι πολύ μεγάλο για να περάσει από μια μικρή, συσπασμένη πύελο είτε στην είσοδο, στη μεσοπύελο, ή στην έξοδο. Μια μικρή πύελος γίνεται συχνά αντιληπτή κατά τη διάρκεια της φροντίδας πριν από τον τοκετό. Το μέγεθος του νηπίου την ώρα του τοκετού είναι επίσης σημαντικό. Μια από τις συνηθισμένες αιτίες ενός μεγάλου, για την ηλικία της κύησης, βρέφους είναι ο διαβήτης. Ένας πρόσθετος παράγοντας μπορεί να είναι και η παρατεταμένη κύηση.

Εάν οι συσπάσεις είναι αδύναμες, τα μαλακά μόρια άκαμπτα, η θέση αφύσικη, ή το κεφάλι δεν έχει σχηματισθεί σωστά, ο κοιλιακός τοκετός είναι αδύνατος. Όταν ο τοκετός δεν προοδεύει, ο γιατρός θα αξιολογήσει κάνοντας πυελική εξέταση και μερικές φορές χρησιμοποιώντας πυελομετρία με ακτίνες Χ. Εάν δεν έχει επιβεβαιωθεί η υποψία εμβρυοπυελικής δυσαναλογίας μπορούν να αρχίσουν η αμνιοτομία και ερεθισμός με οξυτοκίνη. Η λογική είναι απλά πως εάν η πύελος δεν είναι επαρκής δεν θα επέλθει γέννηση. Προσεκτική και στενή παρακολούθηση είναι ουσιώδης για να βεβαιωθούμε ότι το μωρό δεν είναι εκτεθειμένο. Εάν ο τοκετός δεν προχωρήσει με αυτές τις επεμβάσεις ή εάν το έμβρυο παρουσιάζει οποιαδήποτε ένδειξη δυσφορίας με τον παρατεταμένο τοκετό, θα εφαρμοσθεί καισαρική τομή².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΛΟΧΕΙΑΣ

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ - ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ – ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Λοχεία είναι η περίοδος μετά τον τοκετό που αρχίζει μετά την έξοδο του πλακούντα και των υμένων και τελειώνει με την επάνοδο των έσω και έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας στην προ της κύησης κατάσταση. Το διάστημα αυτό διαρκεί περίπου έξι εβδομάδες.

Οι μεταβολές που συμβαίνουν στην περίοδο αυτή γίνονται αντιληπτές με την καθημερινή εξέταση της γυναίκας. Στην εξέταση αυτή γίνεται έλεγχος ορισμένων οργάνων, αλλά και ολόκληρου του γυναικείου σώματος, ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις.

Με το πέρας του τοκετού, η λεχωΐδα παραμένει στην αίθουσα τοκετών δύο ώρες περίπου, γιατί ο κίνδυνος μιας αιμορραγίας, κυρίως από ατονία της μήτρας, υπάρχει το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό. Στο διάστημα αυτό ελέγχονται τα εξής:

- Σφυγμός και αρτηριακή πίεση ανά 15 λεπτά.
- Ψηλάφηση της μήτρας και έλεγχος της σκληρότητας και του ύψους του πυθμένα της ανά 15 λεπτά. Ο πυθμένας βρίσκεται περίπου λίγο κάτω από τον ομφαλό ή 12–15 cm πάνω από την ηβική σύμφυση. Όταν στην ψηλάφηση η μήτρα εμφανίζεται μαλθακή, γίνεται μάλαξη με το χέρι, ώστε να σκληρύνει. Έτσι, συσπάται και σταματά η διαφυγή του αίματος από την πλακουντιακή άλω.

- Κένωση ουροδόχου κύστεως. Γίνεται συνήθως με τοποθέτηση του αποστειρωμένου καθετήρα στην ουροδόχο κύστη. Γεμάτη ουροδόχος κύστη εμποδίζει την παλινδρόμηση της μήτρας.

Μετά την παρέλευση των δύο ωρών από τον τοκετό, η λεχωίδα μεταφέρεται σε δωμάτιο όπου εξετάζεται καθημερινά (πρωί-απόγευμα). Η εξέταση περιλαμβάνει τα εξής:

- **Σφυγμός:** Ταχυκαρδία δηλώνει είτε την απώλεια αίματος είτε την παρουσία πυρετού.

- **Αρτηριακή πίεση:** Χαμηλή αρτηριακή πίεση μπορεί να σημαίνει απώλεια αίματος (ή να υπάρχει φυσιολογικά). Αύξηση της αρτηριακής πίεσης μπορεί να είναι εκδήλωση υπέρτασης ή προεκλαμψίας.

- **Θερμοκρασία του σώματος:** Θερμομέτρηση από τη μασχάλη ή το ορθό γίνεται 3 φορές την ημέρα ή συχνότερα ανάλογα με την ένδειξη.

Αξιολόγηση της αυξημένης θερμοκρασίας γίνεται, όταν αυτή υπερβαίνει τους 38°C για δύο τουλάχιστον ημέρες μετά το πρώτο 24ωρο μέχρι τη δέκατη ημέρα μετά τον τοκετό. Τότε μπορεί να δηλώνει την ύπαρξη φλεγμονής στα γεννητικά όργανα ή στα άλλα συστήματα, οπότε επιβάλλεται έλεγχός τους¹².

- **Μαστοί:** Στην κύηση, οι μαστοί αυξάνονται σε μέγεθος λόγω της επίδρασης οιστρογόνων, προγεστερόνης και πλακουντιακού γαλακτογόνου. Από τον 2^ο μήνα αρχίζει η παραγωγή γάλακτος που συνεχίζεται ως τον τοκετό. Η προλακτίνη, αν και παράγεται σε μεγάλες ποσότητες, δεν προκαλεί την παραγωγή γάλακτος κατά την κύηση, γιατί τα υψηλά επίπεδα στεροειδών ορμονών ανταγωνίζονται τη δράση της στο επίπεδο του μαστού. Η δράση αυτή καταργείται μετά την υστεροτοκία, και ξεκινά η γαλουχία 48–72 ώρες μετά. Το αντανακλαστικό του θηλασμού κινητοποιεί την αύξηση παραγωγής προλακτίνης. Συγχρόνως παράγεται ωκυτοκίνη που προκαλεί συστολή των μυϊκών κυττάρων των κυψελίδων και των γαλακτοφόρων πόρων του μαζικού αδένου και συντελεί στην έκκριση γάλακτος¹³.

Συμφόρηση των μαστών, που βρίσκονται σκληροί στην εξέταση και μεγαλύτεροι στο μέγεθος με διαγραφή των φλεβών στο δέρμα τους, συμβαίνει μετά το δεύτερο 24ωρο και οφείλεται στην έκκριση του γάλακτος. Με την ελαφρά πίεση των μαστών εξέρχεται από τις θηλές γάλα.

Η λεχωΐδα αισθάνεται βάρος στους μαστούς. Η εικόνα μοιάζει με φλεγμονή, χωρίς όμως να πρόκειται για πραγματική φλεγμονή. Μικρή αύξηση της θερμοκρασίας (ως 38,5°C) και για μερικές μόνο ώρες μπορεί να αποδοθεί στη συμφόρηση των μαστών, αν και αυτό αμφισβητείται από πολλούς οι οποίοι αποδίδουν τη μικρή αύξηση της θερμοκρασίας σε λοίμωξη. Τα δύο πρώτα 24ωρα, όπως και στην εγκυμοσύνη, η πίεση των μαστών καταλήγει στην έξοδο από τις θηλές του πύατος που είναι κολλώδες υγρό με διαφορετική χημική σύνθεση από το γάλα. Με την έκκριση του γάλακτος αρχίζει ο θηλασμός του νεογνού. Εξετάζεται η κατάσταση των θηλών, εάν δηλαδή προέχουν ή προσέχουν, οπότε μπορεί να δυσκολευτεί ο θηλασμός¹².

- **Μήτρα:** Η μήτρα αμέσως μετά τον τοκετό ελαττώνεται σε μέγεθος λόγω της εξόδου του αμνιακού υγρού, του εμβρύου και του πλακούντα. Τότε η μήτρα ζυγίζει περίπου 1000gr, το μέγεθός της αντιστοιχεί σε κύηση περίπου 20 εβδομάδων¹⁴.

Ο πυθμένας της μήτρας, αμέσως μετά τον τοκετό βρίσκεται λίγο κάτω από τον ομφαλό. Την πρώτη ημέρα μπορεί να βρεθεί 2-3 δακτύλους πάνω από τον ομφαλό. Καθημερινά ο πυθμένας κατέρχεται κατά 1cm. Έτσι, την 5^η ημέρα βρίσκεται 7-10cm πάνω από την ηβική σύμφυση και τη 12^η - 15^η ημέρα έχει εξαφανισθεί μέσα στην πύελο σχεδόν μη ψηλαφούμενος από την κοιλία. Αυτή η προοδευτική σμίκρυνση της μήτρας στη λοχεία λέγεται **παλινδρόμηση** και γίνεται αντιληπτή με την καθημερινή εξέταση.

Ο τράχηλος της μήτρας επίσης παρουσιάζει μεταβολές. Αμέσως μετά τον τοκετό είναι οίδηματώδης με μικρορρήξεις. Το πάχος του είναι 1cm και το μήκος του 3-6cm. Μέσα σε 18 ώρες μετά τον τοκετό γίνεται σκληρότερος και πιο κοντός. Την 3^η ημέρα της λοχείας μπορούν δύο δάκτυλοι να μπαίνουν μέσα

στη μήτρα. Τη 12^η ημέρα ένας μόνο δάκτυλος φθάνει μέχρι το έσω τραχηλικό στόμιο, χωρίς να το διαπερνάει.

Την παλινδρόμηση της μήτρας μπορεί να συνοδεύουν πόνοι ρυθμικοί στο υπογάστριο, κυρίως τις 2-3 πρώτες ημέρες, λόγω της συσπάσεως της μήτρας. Είναι πιο έντονοι κατά τον θηλασμό.

Ένα άλλο φαινόμενο που συνοδεύει την λοχεία είναι τα λόγια. Τα λόγια είναι υγρά που εξέρχονται από τη μήτρα προς τα έξω, μέσω των έξω γεννητικών οργάνων, από το πέρας του τοκετού μέχρι 10 ημέρες περίπου μετά τον τοκετό. Μπορεί όμως να υπάρχουν σε όλη τη διάρκεια της λοχείας σε ποσότητα προοδευτικά μειούμενη. Την πρώτη ημέρα είναι αιματηρά (ερυθρά λόγια). Στη συνέχεια, αποχρωματίζονται προοδευτικά (ορώδη λόγια) και τέλος παίρνουν λευκωπή χροιά (λευκωπά λόγια). Φυσιολογικά η οσμή των λοχίων δεν είναι δυσάρεστη¹².

Τα λόγια σταματούν στο τέλος περίπου της τρίτης εβδομάδας. Το διάστημα αυτό ο κόλπος επανέρχεται στο φυσιολογικό μέγεθος και γίνεται επούλωση των υπολειμμάτων του παρθενικού υμένα (μύρτα). Αν τα λόγια παραμένουν άφθονα και ερυθρά ή η παλινδρόμηση της μήτρας καθυστερεί υπάρχει μεγάλη πιθανότητα παραμονής υπολειμμάτων πλακούντα ή υμένων ή ύπαρξης ενδομητρίτιδας¹⁴.

- **Περίνεο:** Στον τοκετό γίνεται συνήθως περινεοτομία. Συνεπώς επιβάλλεται καθημερινός έλεγχος του τραύματος για την επούλωση, πιθανή φλεγμονή ή διάσπαση. Χρειάζεται συνεχής καθαριότητα, πλύσεις με αντισηπτικό ή χαμομήλι από πάνω προς τα κάτω¹².

- **Ουροδόχος κύστη:** Προκαλείται σχετική ατονία αυτής (επίσχεση ούρων). Οφείλεται στην πίεση που δέχτηκε κατά τον τοκετό, σε τραυματισμό λόγω επέμβασης ή στον πόνο που προκαλούν τα ράμματα του περινέου. Πρέπει να διατηρείται συνεχώς κενή. Αυτό γίνεται με αυτόματη ούρηση της λεχωϊδας. Μόνο επί αδυναμίας της να ουρήσει γίνεται καθετηριασμός¹³.

- **Έντερο:** Τις 2-3 πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό μπορεί να υπάρχει δυσκοιλιότητα.
- **Κάτω άκρα:** Γρήγορη κινητοποίηση της λεχωΐδας προλαμβάνει τη δημιουργία φλεβίτιδας. Εάν υπάρχουν κίρσοι, γίνεται περίδεση των σκελών. Η λεχωΐδα παίρνει εξιτήριο από το νοσοκομείο την 4^η-5^η ημέρα της λοχείας με οδηγίες για προοδευτική ανάληψη δραστηριότητας και αποφυγή σεξουαλικών επαφών για 6 εβδομάδες. Η έμμηνος ρύση σε μη θηλάζουσες εμφανίζεται συνήθως μέσα στις 6 πρώτες εβδομάδες, ενώ σε θηλάζουσες μπορεί να καθυστερήσει όσο διαρκεί ο θηλασμός. Εάν το διάστημα αυτό υπάρχει σεξουαλική δραστηριότητα, μια νέα κύηση δεν αποκλείεται¹².

Προς το τέλος της λοχείας, η μήτρα έχει βάρος περίπου 100gr. Κατά τη λοχεία επομένως, η μήτρα και τα υπόλοιπα γεννητικά όργανα, επανέρχονται προοδευτικά στην προ της εγκυμοσύνης κατάσταση (μέγεθος, σύσταση κλπ.). Μετά από κάθε εγκυμοσύνη, στο τέλος της λοχείας, η μήτρα παρουσιάζει ελαφρά μεγαλύτερο μέγεθος από εκείνο που είχε πριν από την κύηση λόγω παραμονής στο μυομήτριο αγγείων και συνδετικού ιστού.

Η αποκατάσταση του περινέου που γίνεται νωρίτερα και η αποκατάσταση του κοιλιακού τοιχώματος (με εξάλειψη των ραβδώσεων του δέρματος) που γίνεται αργότερα υποβοηθούνται με ειδικές ασκήσεις. Οι μύες του πυελικού εδάφους αποκτούν προοδευτικά τον τόνο τους και αυτό μπορεί, επίσης, να υποβοηθηθεί από ειδικές ασκήσεις (ασκήσεις Kegal)¹⁴.

Η λεχωΐδα επιστρέφει στο Νοσοκομείο για γυναικολογική εξέταση 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η εξέταση περιλαμβάνει έλεγχο των έξω γεννητικών οργάνων, περινεοτομίας, τραχήλου, κόλπου μήτρας, μαστών, θηλών, κοιλιακών τοιχωμάτων. Χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων μπορεί να βρεθεί και μερικές φορές είναι αρκετά έντονη (κρεμασμένη κοιλία). Εάν έχει παρέλθει έτος από τη λήψη κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου, θα ληφθεί εκ νέου¹².

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΑΛΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Παράλληλα με τις αλλαγές του γεννητικού συστήματος, οι λειτουργίες των άλλων συστημάτων εμφανίζουν προοδευτική προσαρμογή.

Ο όγκος παλμού και ο όγκος του πλάσματος επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα σε μια περίπου εβδομάδα. Αυτό επιτυγχάνεται με την απώλεια 2 λίτρων υγρών κατά την πρώτη εβδομάδα και 1,5 λίτρου κατά τις συνεχόμενες 5 εβδομάδες. Με την απώλεια αυτή παρατηρείται εμφανής αύξηση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης, αύξηση του νατρίου, των διττανθρακικών και της ωσμωτικής πίεσης του πλάσματος¹⁵.

Στην αρχή της λοχείας, ο μυελός των οστών εμφανίζει αυξημένη δραστηριότητα, παράγοντας μεγάλο αριθμό νεαρών κυττάρων. Ειδικά, η αύξηση των λευκοκυττάρων που εμφανίζεται στον τοκετό και στην αρχή της λοχείας αποδίδεται στην ένταση του τοκετού. Στην αρχή της λοχείας μπορεί να διαπιστωθούν ακόμα και 25.000 λευκοκύτταρα/μL με αυξημένο ποσοστό πολυμορφοπύρηνων.

Η αύξηση του ινωδογόνου, του παράγοντα VIII και των αιμοπεταλίων, μαζί με την ακινησία του σώματος, την ύπαρξη τραύματος και την πιθανή μόλυνση, προδιαθέτουν σε θρομβοεμβολικά επεισόδια στη διάρκεια της λοχείας. Ο κίνδυνος αυτός ελαττώνεται από την αντισταθμιστική αύξηση ινωδολυτικής δραστηριότητας που εμφανίζεται αμέσως μετά τον τοκετό. Το επίπεδο της πρωτεΐνης S (συνολική και ελεύθερη) αυξάνει την πρώτη ημέρα μετά τον τοκετό και προοδευτικά επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα μετά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας. Ένα μικρό ποσοστό γυναικών που εμφανίζουν ελαττωμένη ικανότητα ενεργοποίησης του ινωδολυτικού συστήματος, φαίνεται ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών κατά τη λοχεία.

Προοδευτικά, ελαττώνεται η πλασματική ροή και η σπειραματική διήθηση στα νεφρά που ήταν αυξημένες στη διάρκεια της κύησης και ο αυξημένος όγκος των

νεφρών ελαττώνεται. Η γλυκοζουρία που είχε προκληθεί από την κύηση προοδευτικά εξαφανίζεται.

Ως προς το αναπνευστικό σύστημα, στο τέλος του πρώτου σταδίου του τοκετού παρατηρείται σημαντική υποκαπνία ($PCO_2 < 30\text{mmHg}$) που επεκτείνεται στην αρχή της λοχείας. Μέσα σε λίγες ημέρες, παρατηρείται αύξηση των τιμών της PCO_2 που φτάνει προοδευτικά τα επίπεδα ($35\text{--}40\text{ mmHg}$) πριν την κύηση.

Παράλληλα, γίνεται προσαρμογή και άλλων μεταβολικών και χημικών αλλαγών του οργανισμού. Για παράδειγμα, στη διάρκεια των πρώτων ημερών της λοχείας, οι συγκεντρώσεις της γλυκόζης (και σε νηστεία και μετά από σίτιση) είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με εκείνες που υπήρχαν κατά την κύηση και τον τοκετό.

Τα επίπεδα των ορμονών του πλακούντα πέφτουν γρήγορα μετά τον τοκετό. Το πλακουντιακό γαλακτογόνο έχει χρόνο ημισείας ζωής 20 λεπτών και φτάνει σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα στο μητρικό πλάσμα στη διάρκεια της πρώτης ημέρας μετά τον τοκετό.

Προοδευτική ελάττωση παρουσιάζουν επίσης τα επίπεδα της χοριακής γοναδοτροπίνης, της 17β-οιστραδιόλης και της προγεστερόνης. Την έβδομη ημέρα μετά τον τοκετό τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης φτάνουν τα επίπεδα προ κύησης. Αυτό το εύρημα συνδυάζεται με αύξηση της προλακτίνης του ορού στις γυναίκες που θηλάζουν. Τη δέκατη ημέρα μετά τον τοκετό, η χοριακή γοναδοτροπίνη δεν ανιχνεύεται πια. Τα επίπεδα της θυλακιοτρόπου ορμόνης και της ωχρινοτρόπου είναι πολύ χαμηλά σε όλες τις γυναίκες στη διάρκεια των 10–12 ημερών της λοχείας, άσχετα αν θηλάζουν ή όχι¹⁴.

3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΧΩΙΔΑΣ

Οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της λοχείας ή περιόδου μετά τον τοκετό περιλαμβάνουν:

Ø Προώθηση της αναβίωσης της σωματικής και συναισθηματικής ενέργειας

- Ø Ενίσχυση της φυσιολογικής παλινδρόμησης των γεννητικών οργάνων
- Ø Πρόληψη της λοίμωξης του γεννητικού και ουροποιητικού συστήματος
- Ø Προαγωγή της ίασης των ιστών που καταστράφηκαν κατά τη διάρκεια της κυήσεως και του τοκετού
- Ø Ενίσχυση της φυσιολογικής γαλουχίας ή καταστολή της γαλουχίας με ελάχιστη δυσφορία².

3.2.1. ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Η λεχωΐδα μετά από φυσιολογικό τοκετό παραμένει συνήθως στο νοσοκομείο 3 ημέρες και μετά από καισαρική τομή 4–5 ημέρες (ή περισσότερο). Τα τελευταία χρόνια, το χρονικό διάστημα παραμονής της γυναίκας στο νοσοκομείο έχει την τάση να ελαττώνεται και αυτό γίνεται κυρίως για οικονομικούς λόγους. Πάντως η υποχρεωτική έξοδος από το νοσοκομείο δε θεωρείται κατάλληλη τακτική. Συχνά η παραμονή της γυναίκας εξαρτάται από την παράλληλη πορεία του νεογνού (εμφάνιση ίκτερου κλπ.)

Στο διάστημα της παραμονής στο νοσοκομείο ελέγχονται οι σφύξεις, η αρτηριακή πίεση και η θερμοκρασία της γυναίκας.

Η **ταχυκαρδία** που υπήρχε στη διάρκεια του τοκετού, αναμένεται να υποχωρήσει τις πρώτες ώρες μετά από τον τοκετό. Αν η ταχυκαρδία επιμένει, χωρίς αυτό να δικαιολογείται από απώλεια αίματος, μπορεί να σημαίνει θρομβωτική κατάσταση.

Η **αρτηριακή πίεση** ελέγχεται συστηματικά και ο έλεγχος αυτός γίνεται συχνότερα αν υπήρχε προεκλαμψία.

Αν υπάρχει **άνοδος της θερμοκρασίας**, πρέπει να γίνει έλεγχος για συμφόρηση των μαστών, μαστίτιδα, ενδομητρίτιδα, ουρολοίμωξη, θρομβοφλεβίτιδα κ.τ.λ. Αν η καλλιέργεια των ούρων δείξει μικροβιακή παρουσία, πρέπει να γίνει τριήμερη αντιβιοτική αγωγή (νιτροφουραντοΐνη, αμπικιλλίνη κ.τ.λ.)

Αν διαπιστώνεται φυσιολογική **παλινδρόμηση της μήτρας** με φυσιολογική ποσότητα και ποιότητα λοχίων, η απλή καθημερινή παρακολούθηση είναι

αρκετή. Η συστηματική χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων δεν έχει νόημα και πρέπει να γίνεται μόνο στις λεχωίδες με σχετικό πρόβλημα (αιμορραγία μετά τον τοκετό, ενδομητρίτιδα κ.τ.λ.)

Συχνά, **η ουροδόχος κύστη**, μετά τον τοκετό μπορεί να είναι οιδηματώδης, άτονη και διατεταμένη (λόγω της ταλαιπωρίας και της πολυουρίας μετά τον τοκετό). Αν υπάρχει αδυναμία αυτόματης αποβολής των ούρων πρέπει να γίνει καθετηριασμός. Η αποφυγή της διατεταμένης ουροδόχου κύστης θα βοηθήσει και στην ταχύτερη παλινδρόμηση της μήτρας.

Η **σίτιση** της εγκύου μπορεί να ξεκινήσει μόλις το ζητήσει η ίδια και μόλις συνέλθει από την πιθανή αναισθησία (γενικά σύντομα μετά τον τοκετό). Τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, γαλακτοκομικά προϊόντα, λαχανικά και φρούτα, σε ένα ημερήσιο σύνολο 2.700 θερμίδων περίπου, θα βοηθήσουν την έγκυο να ανακτήσει δυνάμεις, να ανταποκριθεί στο θηλασμό και ενδεχομένως να καταπολεμήσει την δυσκοιλιότητα. Η δυσκοιλιότητα, που τις πρώτες ημέρες της λοχείας ευνοείται από το τραύμα της περινεορραφίας, την απώλεια υγρών και την υποκινητικότητα του εντέρου, μπορεί να αντιμετωπιστεί με παραφινέλαιο, γάλα μαγνησίας και ουσίες που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων (π.χ. πολυσακχαρίτες). Μετά από καισαρική τομή, δεν υπάρχουν αποδείξεις που να υποστηρίζουν ότι ελαττώνεται η ασφάλεια από την κατανάλωση στερεάς τροφής σύντομα μετά την επέμβαση και από την τακτική να αφήνουμε τη γυναίκα να αποφασίσει πότε θα φάει μετά την επέμβαση. Στην πραγματικότητα, η γρήγορη σίτιση, όταν είναι ανεκτή από τη γυναίκα, έχει δείξει ότι είναι ασφαλής και διευκολύνει τη γρηγορότερη επάνοδο στην κανονική διαίτα και τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.

Η γυναίκα πρέπει να κινητοποιηθεί γρήγορα μετά τον τοκετό. Αυτό θα βοηθήσει στην αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας (της οποίας η πιθανότητα είναι αυξημένη κατά τη λοχεία), στην ευκολότερη έξοδο των λοχίων, στην ταχύτερη παλινδρόμηση της μήτρας, στην καλή λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης και στην καλή ψυχική διάθεση. Η γρήγορη κινητοποίηση δε

σημαίνει άμεση επιστροφή σε κανονική δραστηριότητα ή στην εργασία. Σε τοκετούς που δεν παρουσίασαν επιπλοκές, μπορεί να επιχειρηθεί πιο έντονη δραστηριότητα χωρίς καθυστέρηση, όπως ανέβασμα σκάλας, σήκωμα βαριών αντικειμένων, οδήγηση και εκτέλεση κάποιων ασκήσεων¹⁴.

Από την επόμενη ημέρα του τοκετού, είναι απαραίτητη η γυμναστική, για την αποκατάσταση της τονικότητας του μυϊκού συστήματος και η χρησιμοποίηση ελαστικής ζώνης (Lastex).

Προτεινόμενη γυμναστική με κινήσεις κυρίως των ποδιών¹²:

- Κάμψη του ποδιού στον αστράγαλο και περιστροφή του δεξιά και αριστερά
- Κάμψη του γονάτου με γλίστρημα του ποδιού πάνω στο κρεβάτι. Μην κάνετε κινήσεις ανοίγματος των ποδιών ιδίως αν έχει γίνει περινεοτομή, γιατί διακινδυνεύετε να εμποδίσετε την ανάπλαση των ιστών. Κάθε κίνηση θα γίνεται 4-5 φορές, πρωί και βράδυ. Την 3^η ή 4^η μέρα μπορείτε να προσθέσετε κινήσεις κοιλιακών συστολών:
 - Είτε σηκώνοντας τεντωμένα τα πόδια 20-25cm από το επίπεδο του κρεβατιού
 - Είτε ρουφώντας την κοιλιά με ταυτόχρονη αργή και βαθιά εισπνοή
- Την 5^η ή 6^η μέρα, κάμψη του θώρακος προς την κοιλιά, με τα χέρια τεντωμένα μπροστά. Αρχίστε κινήσεις συστολής του περινέου. Αυτό γίνεται με συστολή των γλουτών και του σφιγκτήρα και ταυτόχρονο ρούφηγμα της κοιλιάς. Είναι φανερό ότι θα κάνετε και τις κινήσεις των προηγούμενων ημερών. Οι κινήσεις αυτές μπορούν να εκτελούνται πρωί και βράδυ, γύρω στις δέκα φορές η κάθε μια, τον πρώτο μήνα ύστερα από τον τοκετό⁹.

Τονίζεται η σημασία του **ύπνου** και της **ανάπαυσης** και η συναισθηματική και φυσική υποστήριξη του συντρόφου.

Η περινεοτομία ή άλλα εξωτερικά τραύματα πρέπει να διατηρούνται καθαρά και στεγνά. Η γυναίκα, αμέσως μετά την κινητοποίησή της, πρέπει να κάνει ντους και από τη δεύτερη ημέρα, κανονικό λουτρό. Ο πόνος του περινέου μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με τη χρησιμοποίηση αναλγητικών από το στόμα, την

εφαρμογή παγοκύστης για τον περιορισμό του οιδήματος και / ή αναισθητικό σπρέι.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην **ψυχική κατάσταση** της λεχωΐδας, που παρουσιάζει συχνά διακυμάνσεις. Αυτές μπορεί να σχετίζονται με την ταλαιπωρία του τοκετού, τον πόνο της περινεοτομίας ή της καισαρικής τομής, το άγχος για τη φροντίδα του παιδιού και το φόβο για το μελλοντικό ρόλο της στο σπίτι και η μαία παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην τόνωση του ηθικού της μητέρας. Η ελαχιστοποίηση των ιατρικών επεμβάσεων, το “rooming in” (αντί το νεογνό να απομακρύνεται σε θάλαμο βρεφών) και ένα περιβάλλον που διευκολύνει το θηλασμό συνεισφέρουν στην ενίσχυση του δεσμού της μητέρας με το παιδί της¹⁴.

Στις λεχωΐδες που είναι Rh αρνητικές, ενώ ο σύζυγος και το νεογνό Rh θετικοί, χορηγείται αντι-Rh-γ-σφαιρίνη 200mg, τις πρώτες 72 ώρες της λοχείας, για προφύλαξη από την ευαισθητοποίηση στον παράγοντα Rh¹².

ΣΗΜΕΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Καθοδηγούμε την γυναίκα να αναφέρει αυτά τα σημεία αμέσως στον γιατρό:

- Κολπική αιμορραγία.
- Αυξημένη ή δύσοσμη κολπική έκκριση.
- Πυρετός, με ή χωρίς ρίγη.
- Διογκωμένη, ευαίσθητη στην πίεση, ερυθρή ή ζεστή περιοχή στο πόδι.
- Καύσος ή πόνος κατά την ούρηση, ή ανικανότητα ούρησης.
- Επίμονος πόνος στην πύελο ή το περίνεο.
- Διογκωμένη, ευαίσθητη στην πίεση, ερυθρή ή θερμή περιοχή στο μαστό.
- Επίμονα αισθήματα κατάθλιψης ή έλλειψης ενδιαφέροντος για τον εαυτό της ή το μωρό¹⁶.

3.2.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΠΟ Rh ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (ΙΣΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ)

Μετά τον τοκετό, γίνεται άμεση Coombs από το αίμα του ομφάλιου λώρου και αν είναι αρνητική και το νεογέννητο διαπιστωθεί ότι έχει Rh (+), θα γίνει ενδομυϊκή ένεση στη μητέρα 300mg αντι-D σφαιρίνης (Rhesogamma P), μέσα στις επόμενες 72 ώρες για την αποφυγή της ευαισθητοποίησης. Η χορήγηση πρέπει να γίνει αφού προηγηθεί δοκιμασία ευαισθησίας με μικρή δόση της ανοσοσφαιρίνης για αποφυγή αλλεργικής αντίδρασης.

Σε κάθε ένα κυβικό εκατοστό εμβρυϊκών κυττάρων που περνά στη μητρική κυκλοφορία χρειάζονται περίπου 25mg ανοσοσφαιρίνης για την πρόληψη της ευαισθητοποίησης. Με δεδομένο ότι ο συνηθισμένος όγκος εμβρυϊκού αίματος που περνάει στη μητρική κυκλοφορία είναι <0,5 ανά κυβικό εκατοστό, η συνηθισμένη δόση των 300mg θεωρείται αρκετή για τη μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών. Οι λεχωίδες πρέπει να βρίσκονται υπό παρακολούθηση τουλάχιστον επί 20 λεπτά μετά τη χορήγηση. Σε παράλειψη της χορήγησης το προηγούμενο χρονικό διάστημα, η αντι-D ανοσοσφαιρίνη θα μπορούσε να χορηγηθεί μέχρι και 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η πρόσκαιρη αύξηση των διαφόρων αντισωμάτων που μεταφέρονται παθητικά στο αίμα ασθενών μετά την ένεση ανοσοσφαιρίνης μπορεί να συνεπάγεται ψευδώς θετικά αποτελέσματα κατά τις ορολογικές δοκιμασίες. Η δοκιμασία Coombs επηρεάζεται σημαντικά από τη χορήγηση της ανοσοσφαιρίνης αντι-D.

3.2.3. ΕΜΒΟΛΙΑ

Αν ο έλεγχος των αντισωμάτων εναντίον της ερυθράς ήταν αρνητικός, η γυναίκα μπορεί να εμβολιαστεί στην αρχή της λοχείας (άσχετα αν θηλάζει ή όχι). Πιθανές παρενέργειες του εμβολιασμού είναι το εξάνθημα και οι αρθραλγίες. Μετά τον εμβολιασμό πρέπει να γίνει αποφυγή σύλληψης για 3 μήνες. Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης κατά της ηπατίτιδας Β και η πρώτη δόση του

εμβολιασμού θα πρέπει να γίνει στα νεογνά μητέρων με θετικό το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β.

3.2.4. ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΧΩΪΔΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Û Τα συμπτώματα για τα οποία η γυναίκα πρέπει να έρθει σε άμεση επαφή με τον γιατρό είναι η μεγάλη αιμορραγία από τον κόλπο, η έντονη ταχυκαρδία, η υπόταση, η αύξηση της θερμοκρασίας, ο πόνος στη γαστροκνημία, ο πόνος στο θώρακα και η δύσπνοια.

Û Το τραύμα της περινεοτομίας ή της καισαρικής τομής πρέπει να παραμένει καθαρό και στεγνό.

Û Η καθαριότητα του σώματος πρέπει να εξασφαλίζεται με καθημερινό λουτρό.

Û Θα συστηθούν τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, γαλακτοκομικά προϊόντα, λαχανικά και φρούτα. Κυρίως μετά το διάστημα του θηλασμού, θα συστηθεί κατάλληλο διαιτολόγιο για να επανέλθει η γυναίκα στο βάρος που είχε πριν από την εγκυμοσύνη ή σε μικρότερο βάρος αν αυτό ήταν ήδη αυξημένο.

Û Πρέπει να γίνονται ειδικές ασκήσεις για την ενίσχυση των μυών του περινέου και του κοιλιακού τοιχώματος.

Û Όσον αφορά τις σεξουαλικές σχέσεις και την αντισυλληπτική προστασία, δεν υπάρχουν κανόνες και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι προτεραιότητες που έχει η γυναίκα. Η κόπωση και η ψυχική φόρτιση που έχει η λεχωΐδα για τη φροντίδα του νεογνού, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες που μπορεί να προστίθενται σε μια συνειδητή επιλογή. Συνήθως υπάρχει μειωμένη σεξουαλική επιθυμία τους πρώτους δυο μήνες μετά τον τοκετό. Σε εκείνες που θηλάζουν, η υπερπρολακτιναιμία προκαλεί καταστολή της ωθητικής λειτουργίας και υποοιστρογοναιμία με συνέπεια την καθυστέρηση της επανόδου του κολπικού επιθηλίου και την ξηρότητα του κόλπου που αποτελεί επίσης ανασταλτικό παράγοντα¹⁴.

3.2.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα για τη γέννηση με καισαρική συνίσταται στην παροχή της κατάλληλης φροντίδας, προκειμένου να επιτευχθεί επιτυχής ανάνηψη από την ταλαιπωρία της εγχείρησης.

▼ **ΑΙΓΟΣ** : Όταν παρατηρούνται αναφορές άλγους στη διαμηθείσα περιοχή - κοιλία, έκφραση του άλγους στο πρόσωπο, ελαττωμένη κινητικότητα, αυξημένη αρτηριακή πίεση - συχνότητας του σφυγμού, παράπονα για κράμπες της μήτρας μετά το μητρικό θηλασμό (ή τον κατά Crede χειρισμό της μήτρας), τότε σκοπός μας είναι η λεχωΐδα να εκφράσει προφορικώς ανακούφιση από το άλγος ή ικανότητα ανοχής της δυσφορίας και να εμφανίζεται ανακουφισμένη και χαλαρωμένη. Αρχικά αξιολογείται το άλγος και χορηγείται αναλγητικό φάρμακο στην λεχωΐδα, πριν ο πόνος καταστεί ανυπόφορος (αυτό θα αυξήσει την επίδραση του αναλγητικού). Έπειτα ενθαρρύνεται η λεχωΐδα να ζητά την εξάλειψη του άλγους προ της δραστηριότητας (η λεχωΐδα είναι πιθανώς πιο κινητική στο κρεβάτι και τη μετακίνηση, αν είναι ανακουφισμένη). Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα εφαρμογής άλλων πιθανών ανακουφιστικών μέτρων π.χ. αλλαγή της θέσεως ή του περιβάλλοντος, τεχνικές αναπνοής - χαλάρωσης και τέλος επιδεικνύονται οι καλύτερες θέσεις για το κράτημα - θηλασμό του νεογνού (αυτό ελαττώνει το άγχος και το άλγος).

▼ **ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΟΓΚΟΣ ΥΓΡΩΝ**: Όταν παρατηρείται ατονία της μήτρας, παραμένοντα τμήματα του πλακούντα - λοίμωξη, μη απολινωθέντα αγγεία, τότε σκοπός μας είναι η λεχωΐδα να διατηρήσει καλό ισοζύγιο υγρών (όπως αυτό φαίνεται από τα ακόλουθα, όπως η αρτηριακή πίεση εντός των φυσιολογικών ορίων και η μη ένδειξη αιμορραγίας). Αρχικά αξιολογείται το ύψος, ο τόνος και η θέση της μήτρας (αυτά θα εξασφαλίσουν ότι η μήτρα παλινδρόμησε στην ορθή θέση). Στη συνέχεια ψηλαφίζεται και επικρούεται ελαφρά η ουροδόχος

κύστη για τυχόν διάταση (η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί να εκτοπίσει τη μήτρα, με αποτέλεσμα τη χαλάρωση της μήτρας και αυξημένη αιμορραγία. Οι λεχωίδες οι οποίες υποβλήθηκαν σε επισκληρίδιο - σπονδυλική αναισθησία μπορεί να αδυνατούν να έχουν αυτόματη σύρση, μέχρις ότου επανέλθει η αισθητικότητα). Μετά εκτιμώνται τα σημεία για ένδειξη αιμορραγίας ,αξιολογούνται η ποσότητα και το χρώμα της αιμορραγίας για την παρουσία πηγμάτων αίματος και τέλος διατηρείται μια ενδοφλέβια οδός για ενυδάτωση, αντικατάσταση των υγρών, και μετάγγιση αν είναι απαραίτητη (η ενδοφλέβια έγχυση μπορεί να είναι απαραίτητη για την σταθεροποίηση της λεχωΐδας, αν έχει προκληθεί αιμορραγία - μεγάλη απώλεια αίματος από την ατονία της μήτρας - παραμονή τεμαχίων του πλακούντα).

ν ΛΟΙΜΩΞΗ: Όταν παρατηρείται χειρουργική τομή, ενδομητρίτιδα - περιτονίτιδα, στάση των ούρων, εκκρίσεις στην αναπνευστική οδό, τότε σκοπός μας είναι η λεχωΐδα να εκφράσει προφορικά τα σημεία και τα συμπτώματα πιθανής λοιμώξεως, να καθορίσει τα αναγκαία προληπτικά, ασφαλή μέτρα φροντίδας (φροντίδα του περινέου, βήχας, βαθιά αναπνοή) και να έχει φυσιολογική θερμοκρασία και αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων. Στο αρχικό στάδιο ανασκοπείται το ιατρικό ιστορικό της λεχωΐδας ή η παρατεταμένη ρήξη των μεμβρανών (η ρήξη των μεμβρανών για περισσότερο από 24 ώρες έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα λοιμώξεως) και η λεχωΐδα παρακολουθείται για σημεία λοιμώξεως:

- Αυξημένος ερεθισμός της μήτρας
- Δύσσοσμα λόγια
- Συσπασμένη κοιλία (περιτονίτιδα)
- Διάσπαση των περιθωρίων της τομής
- Πυώδες έκκριμα από την τομή
- Αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων
- Αυξημένη θερμοκρασία / καρδιακός ρυθμός.

Στη συνέχεια, λαμβάνονται καλλιέργειες, αν είναι αναγκαίο, από το τραύμα, το αίμα και τα ούρα και γίνεται αξιολόγηση για σημεία κυστίτιδας.

- Αυξημένη θερμοκρασία, καρδιακός ρυθμός
- Συχνουρία, ανάγκη για ούρηση, καύσο κατά την ούρηση
- Δύσοσμα ούρα
- Αιματουρία
- Υπερηβικό άλγος

Επίσης, ψηλαφίζεται και επικρούεται ελαφρά η ουροδόχος κύστη για τυχόν διάταση. Αξιολογείται η θέση του καθετήρα (η στάση των ούρων προδιαθέτει σε λοίμωξη), λαμβάνονται ούρα για ανάλυση και καλλιέργεια, χορηγούνται τα συσταθέντα υγρά (η αραίωση των ούρων σχετίζεται με χαμηλό αριθμό μικροβίων), συνιστάται στην λεχωίδα η φροντίδα του περινέου (η σωστή φροντίδα του περινέου θα ελαττώσει τον κίνδυνο της λοιμώξεως), γίνεται αξιολόγηση για πνευμονία μετά την αναισθησία:

- Δύσκολη, επώδυνη αναπνοή
- Παρουσία ρόγχων, ανομοιόμορφη κίνηση του θώρακα
- Ρίγος, πυρετός 39° C
- Παραγωγικός βήχας μη κατακράτηση των εκκρίσεων
- Κίτρινα ή πράσινα πτύελα
- Κυάνωση

Τέλος, λαμβάνονται πτύελα για καλλιέργεια, ενθαρρύνονται η στροφή, ο βήχας και η βαθιά αναπνοή (αυτά βοηθούν στην κινητοποίηση των υγρών: προλαμβάνουν την πιθανότητα πνευμονίας) και χορηγούνται τα συσταθέντα αντιβιοτικά (ο κατάλληλος χρόνος χορηγήσεως των αντιβιοτικών προάγει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά τους).

✓ ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ ΟΥΡΩΝ: Όταν παρατηρείται οίδημα του περινέου, υπεραιμία, αυξημένη χωρητικότητα και ελαττωμένη αίσθηση της πληρώσεως

της ουροδόχου κύστεως, παραισθησία του περινέου, τότε σκοπός μας είναι η λεχωΐδα να αποβάλλει τουλάχιστον 60 ml / ώρα ούρων. Αρχικά ψηλαφείται η ουροδόχος κύστη για διάταση και εξετάζεται η λεχωΐδα για δυσουρία. Έπειτα ενθαρρύνεται η ούρηση μετά την αφαίρεση του καθετήρα. Αν η λεχωΐδα αδυνατεί να ουρήσει, τότε, και εφόσον είναι απαραίτητο, επανατοποθετείται ο καθετήρας (ο καθετηριασμός προλαμβάνει τη διάταση της ουροδόχου κύστεως, αν η λεχωΐδα έχει ελαττωμένη αισθητικότητα) και τέλος συνιστάται σωστή φροντίδα του περινέου.

▼ ΔΥΣΚΟΛΙΟΤΗΤΑ: Όταν παρατηρείται ελαττωμένη περισταλτική δραστηριότητα και μαλάξεις των εντέρων κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως, τότε σκοπός μας είναι η λεχωΐδα να διατηρήσει τα προεγχειρητικά χαρακτηριστικά της αφοδεύσεως. Στην αρχή γίνεται αξιολόγηση για την παρουσία ήχων του παχέος εντέρου μέχρις ότου αποκατασταθεί η λειτουργία του παχέος εντέρου και ερωτάται η λεχωΐδα όσον αφορά την αποβολή αερίων (οι ήχοι του παχέος εντέρου και η εντερική κινητικότητα ελαττώνονται ως αποτέλεσμα των φαρμάκων τα οποία χορηγούνται κατά την εγχείρηση). Στη συνέχεια γίνεται αυξημένη ενυδάτωση (2.000 – 3.000 ml / ημερησίως), όταν αυτό επιτρέπεται (αυτό αυξάνει την ποσότητα του νερού στα έντερα, με αποτέλεσμα πιο μαλθακά κόπρανα τα οποία αποβάλλονται πιο εύκολα) και ενθαρρύνεται η μετακίνηση της λεχωΐδας στα όρια της ανοχής (η μετακίνηση διευκολύνει την επάνοδο της περιστάλσεως). Επίσης, παρακολουθείται η διαιτητική πρόσληψη και χορηγούνται τα συσταθέντα, ήπια καθαρτικά και παρακολουθείται η αποτελεσματικότητά τους (αυτό συμβάλλει στην εξάλειψη του φόβου της λεχωΐδας για το άλγος το οποίο συνοδεύει την κινητικότητα του παχέος εντέρου, και διευκολύνει την αποβολή των κοπράνων, επειδή αυτά καθίστανται μαλακότερα).

▼ **ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ:** Όταν παρατηρείται αυξημένη πηκτικότητα παρατηρούμενη κατά τη διάρκεια της κύησης, ελαττωμένη κινητικότητα και προηγούμενο ιστορικό θρομβώσεως, τότε σκοπός μας είναι η λεχωίδα να μην εμφανίζει σημεία όπως:

- Διαταραχή της περιφερικής κυκλοφορίας
- Πνευμονική εμβολή

Αρχικά γίνεται αξιολόγηση για σημεία εν τω βάθει θρομβώσεως:

- Εντοπισμένη ευαισθησία
- Άλγος στη γαστροκνημία
- Ερυθρότητα
- Οίδημα
- Περιοχή μετρίως θερμή με την επαφή
- Θετικό σημείο Homan

(λεχωίδες υποβληθείσες σε καισαρική τομή έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα θρομβοεμβολικών προβλημάτων συγκριτικά με εκείνες με κοιλικό τοκετό).

Αργότερα γίνεται αξιολόγηση για σημεία και συμπτώματα πνευμονικής εμβολής:

- Θωρακικό άλγος
- Δύσπνοια
- Ταχυκαρδία
- Μεταβολή της αρτηριακής πίεσεως
- Μεταβολή της ψυχικής καταστάσεως
- Αιμόπτυση

Στη συνέχεια αξιολογούνται η προθρομβίνη, ο χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης και το ινωδογόνο (η κύηση συνοδεύεται από υπερπηκτικότητα) και βοηθείται για πρόιμη κινητοποίηση (αυτή προάγει τη βελτίωση της κυκλοφορίας).

Τέλος γίνεται κατάλληλη εκπαίδευση:

- Μη σταύρωση των σκελών
- Ανύψωση των σκελών, αν είναι αναγκαίο (η τροποποίηση της συμπεριφοράς της λεχωΐδας μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης εν τω βάθει φλεβικής θρομβώσεως).
- Εφαρμόζεται ανιεμβολική υποστηρικτική κάλτσα (αυτή προάγει τη βελτίωση της κυκλοφορίας).

✓ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ / ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ:

- Παρέχεται η δυνατότητα φροντίδας του νεογνού μέχρι την οριστική έξοδο της λεχωΐδας από το νοσοκομείο.
- Ενθαρρύνεται η λεχωΐδα να δεχθεί τη βοήθεια της οικογένειας για τις ευθύνες της, κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης.
- Συνιστάται η επάνοδος για την αφαίρεση των ραμμάτων.
- Διδάσκονται τεχνικές φροντίδας της τομής.
- Συνιστάται να αναφέρει στον επιφορτισμένο με τη φροντίδα της υγείας της τα τυχόν παρατηρούμενα σημεία της λοιμώξεως¹⁷.

3.3. ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

ΓΕΝΙΚΑ

Η αναλγησία κατά τη λοχεία ενδείκνυται κυρίως για τη δυσφορία στην περιοχή του περινέου που προέρχεται από τραυματισμούς, περινεοτομία και αιμορροΐδες ή για το μετεγχειρητικό πόνο από την καισαρική τομή ή την απολίνωση των σαλπίνγων. Οι λεχωΐδες επίσης μπορεί να χρειαστούν φαρμακευτική αναλγησία για τις επώδυνες συσπάσεις του μυομητρίου μετά τον τοκετό.

ΕΙΔΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ

Συνηθισμένα σκευάσματα για αυτήν την αναλγησία περιλαμβάνουν την ακεταμινοφαίνη (σε περιπτώσεις σοβαρού πόνου σε συνδυασμό με κωδεΐνη) την ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

Μετά από καισαρική τομή, υπάρχει ποικιλία εναλλακτικών λύσεων για την ανακούφιση του πόνου που περιλαμβάνουν τη χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, την ενδοφλέβια και ενδομυϊκή χορήγηση οπιοειδών, την αυτοελεγχόμενη αναλγησία από τη γυναίκα και την επισκληρίδια ή υπαραχνοειδή χορήγηση οπιοειδών. Πλεονέκτημα της επισκληριδίου αναισθησίας είναι ότι ο καθετήρας μπορεί να παραμείνει στη θέση του για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.

Οι λεχωίδες μετά από καισαρική τομή διαφέρουν από τους κλασικούς μετεγχειρητικούς ασθενείς κατά δύο κυρίως τρόπους. Πρώτο, βρίσκονται σε ανησυχία και θέλουν να σηκωθούν όσο γίνεται νωρίτερα ώστε να μπορέσουν να φροντίσουν τα μωρά τους. Δεύτερο, αν θηλάζουν ενδιαφέρονται για τον τύπο και την ποσότητα των αναλγητικών που λαμβάνουν, εφόσον αυτά μπορούν να περάσουν μέσα στο γάλα τους. Παλαιότερα κυρίως, οι μετεγχειρητικές οδηγίες της καισαρικής τομής ήταν περίπου σταθερές και γινόταν ενδομυϊκή χορήγηση ενός οπιοειδούς κάθε 3-4 ώρες, ανάλογα με τις ανάγκες. Αυτού του είδους η ανακούφιση έχει το μειονέκτημα ότι εξαρτάται από το μαιευτικό προσωπικό και μπορεί να καθυστερήσει. Οι ενδομυϊκές ενέσεις είναι επίσης ενοχλητικές για τις περισσότερες λεχωίδες. Επιπλέον, τα οπιοειδή προκαλούν υπνηλία που δυσκολεύει την ικανότητα της μητέρας να περιποιηθεί το μωρό της και την επικοινωνία με την οικογένειά της. Παράλληλα, οι λεχωίδες συχνά παρουσιάζουν κάποια ναυτία σε αυτές τις δοσολογίες. Τέλος, τα φάρμακα αυτά μπορούν να περάσουν μέσω του γάλακτος στο νεογνό.

Παρόλα αυτά τα μειονεκτήματα, η μετεγχειρητική ανακούφιση του πόνου με ενδομυϊκή χορήγηση οπιοειδών μπορεί να είναι πολύ ικανοποιητική για ορισμένες λεχωίδες. Εδώ περιλαμβάνονται εκείνες που αναφέρουν ικανοποιητική ανακούφιση σε προηγούμενη καισαρική τομή με την ίδια αγωγή.

Παράλληλα, υπάρχουν μερικές λεχωίδες που προτιμούν να βρίσκονται σε κατάσταση υπνηλίας την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Αυτή η τεχνική ενδείκνυται επίσης όταν αντενδείκνυνται οι άλλες εναλλακτικές λύσεις.

Οι άλλες εναλλακτικές λύσεις περιλαμβάνουν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη που έχουν αναλγητικές, αντιφλεγμονώδεις και αντιπυρετικές ιδιότητες. Η δράση τους στηρίζεται στην αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδινών. Με αυτόν τον τρόπο, είναι ιδιαίτερα δραστικά στους «υστερόπονους» από τις συσπάσεις του μυομητρίου. Αυτοί οι πόνοι μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονοι σε πολύτοκες λεχωίδες τις πρώτες 12 ώρες μετά τον τοκετό. Καθώς τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι ασθενώς όξινα, παρουσιάζουν μικρή συγκέντρωση στο γάλα. Η ιβουπροφαίνη είναι μια πολύ καλή επιλογή διότι έχει μικρό χρόνο ημισείας ζωής και διασπάται σε ανενεργούς μεταβολίτες. Έτσι, έχει μικρή επίδραση στο νεογνό που θηλάζει. Η δοσολογία του φαρμάκου είναι 400mg από το στόμα κάθε 6 ώρες και θα πρέπει να αποφεύγονται μεγαλύτερες δόσεις. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν γαστρεντερικό ερεθισμό που μπορεί να αποφευχθεί με τη χρησιμοποίηση ειδικών σκευασμάτων της ουσίας. Επίσης, λόγω του ότι το φάρμακο μπορεί να αναστείλει την αιμοπεταλιακή συγκέντρωση πρέπει να αποφεύγεται η χορήγησή του σε αιμορραγικές διαταραχές και ανεπάρκεια βιταμίνης Κ. Συνοπτικά, η ιβουπροφαίνη είναι ένα ήπιο, μη οπιοειδές, φτηνό αναλγητικό που είναι δραστικό στις συσπάσεις του μυομητρίου μετά τον τοκετό και θεωρείται αποδεκτό σε γυναίκες που θηλάζουν. Αν και είναι δραστικό για τους «υστερόπονους», το φάρμακο αυτό από μόνο του δεν επαρκεί για τον πόνο μετά από καισαρική τομή.

Άλλα μεταγενέστερα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη έχουν ισχυρότερη δράση που είναι ισοδύναμη με εκείνη της μορφίνης και της μεπεριδίνης και δρουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, διασπώνται σε ανενεργούς μεταβολίτες και δεν προκαλούν αναπνευστική καταστολή και εξάρτηση. Όπως και η ιβουπροφαίνη, μπορεί να αναστέλλουν τη συγκέντρωση των αιμοπεταλίων και θα πρέπει να αποφεύγονται σε λεχωίδες με αιμορραγικές διαταραχές και ανεπάρκεια της

βιταμίνης Κ. Αντενδείκνυται επίσης σε λεχωίδες με άσθμα, ιστορικό βρογχόσπασμου ή με νεφρική ανεπάρκεια, ενώ πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε λεχωίδες με ηπατική νόσο, διότι μπορεί να ενεργοποιήσουν τις ηπατικές λειτουργίες. Τα φάρμακα αυτά είναι εξαιρετικά στον έλεγχο του πόνου από τις συσπάσεις του μυομητρίου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνα τους ή σε συνδυασμό με ένα οπιοειδές και μόνο πολύ μικρές ποσότητές τους εκκρίνονται στο γάλα.

Μια άλλη εναλλακτική λύση είναι η αυτοελεγχόμενη μετεγχειρητική αναλγησία (AMA) από την ίδια την λεχωίδα. Με αυτή την τεχνική, με μια μικρή αντλία AMA γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση. Η AMA θα μπορούσε να χορηγηθεί και με άλλο τρόπο αλλά η ενδοφλέβια χορήγηση, πλεονεκτεί γενικά στο ότι απαιτούνται μικρότερες αποτελεσματικές δόσεις λόγω γρηγορότερης έναρξης της δράσης. Η αντλία AMA διοχετεύει μια μικρή, προγραμματισμένη δόση ενός συστηματικού φαρμάκου, συνήθως μορφίνη ή μεπεριδίνη, όταν η λεχωίδα πιέζει ένα κουμπί. Η αντλία είναι προγραμματισμένη να απελευθερώνει το αναλγητικό μέχρι μια προκαθορισμένη μέγιστη δόση στη μονάδα του χρόνου. Μετά από αυτή την ποσότητα, δε διοχετεύεται καθόλου φάρμακο μέχρι να διανυθεί μια προκαθορισμένη χρονική περίοδος. Αυτό περιορίζει τον κίνδυνο υπερδοσολογίας. Οι δοσολογίες καθορίζονται με βάση κάποια πρωτόκολλα. Μια μικρή συνεχής έγχυση μπορεί να προστεθεί στις προηγούμενες δόσεις ή η AMA μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της.

Η AMA έχει ορισμένα πλεονεκτήματα. Προσφέρει πολύ καλή αναλγησία χωρίς να εξαρτάται η λεχωίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν απαιτείται επίσης η ενδομυϊκή χορήγηση που είναι δυσάρεστη. Αν και χρησιμοποιούνται οπιοειδή, οι δόσεις είναι μικρές και συχνές και έτσι υπάρχει μικρότερη καταστολή, κνησμός και ναυτία. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι αρέσει στις λεχωίδες να ελέγχουν εκείνες την αναλγησία τους¹⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

4.1. ΕΠΙΛΟΧΕΙΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ - ΓΕΝΙΚΑ

Χαρακτηρίζεται η κατάσταση όπου η θερμοκρασία της λεχωΐδας βρίσκεται σε δυο μετρήσεις πάνω από 38°C μέσα στις πρώτες 10 ημέρες μετά τον τοκετό (χωρίς να περιλαμβάνεται το πρώτο 24ωρο). Οφείλεται στην ανάπτυξη μικροβιακών παραγόντων. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι¹⁷:

- Χρόνιες παθήσεις λεχωΐδας
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (κακή υγιεινή)
- Εργώδης και παρατεταμένος τοκετός
- Προϋπάρχουσα ρήξη εμβρυικών υμένων
- Προϋπάρχουσα φλεγμονή του γεννητικού συστήματος
- Μαιευτικές επεμβάσεις (καισαρική τομή)
- Κατακράτηση τμήματος του πλακούντα
- Δακτυλικές εξετάσεις από τον κόλπο

Για την πρόληψη των λοιμώξεων, απαιτούνται¹⁸:

- Û Προσεκτική αποστείρωση υλικών που χρησιμοποιούνται στον τοκετό
- Û Χρήση αποστειρωμένων γαντιών
- Û Χρήση χειρουργικής μάσκας
- Û Καλή αντισηψία του περινέου.

4.2. ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια της λοχείας είναι δυνατόν να εμφανισθούν προβλήματα τα οποία αφορούν το ουροποιητικό σύστημα της γυναίκας. Σύμφωνα με τα

δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας, η συχνότητα αυτών των παθολογικών ουρολογικών καταστάσεων είναι πολύ χαμηλή.

Τα προβλήματα που αφορούν το ουροποιητικό σύστημα της γυναίκας κατά τη διάρκεια της λοχείας είναι τα εξής:

- Επίσχεση ούρων
- Ψευδοακράτεια
- Μη συμπτωματική βακτηριουρία
- Δυσουρικά ενοχλήματα
- Κυστίτιδα
- Πυελονεφρίτιδα

4.2.1. ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ

Είναι γνωστό ότι η επίσχεση των ούρων κατά την διάρκεια της κύησης είναι πολύ σπάνια και συμβαίνει σε περιπτώσεις συνύπαρξης νεοπλασμάτων της ελάσσονος πυέλου κατά την κύηση ή σε περιπτώσεις πίεσης και στροφής της μήτρας προς τα πίσω, συνήθως κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Αντιθέτως, η επίσχεση των ούρων κατά τη διάρκεια της λοχείας αναφέρεται σε μεγαλύτερη συχνότητα (8-10% των φυσιολογικών τοκετών), λόγω δυσλειτουργίας του αυχένα της ουροδόχου κύστης. Η συχνότητα της επίσχεσης των ούρων ανέρχεται σε 15% των περιπτώσεων τοκετών με εμβρυουλκία. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ουροδυναμικός έλεγχος και η κυστεοουρηθρογραφία δείχνουν ότι η επίσχεση των ούρων οφείλεται σε δυσυνέργεια εξωστήρα-σφιγκτήρα. Κατά τη διάρκεια της κυστεομανομέτρησης, φαίνεται ότι οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μείωση του μυϊκού τόνου της ουροδόχου κύστης, καθώς και μείωση της αισθητικότητάς της. Παράλληλα εμφανίζεται μια αύξηση της χωρητικότητας του οργάνου, η οποία προδιαθέτει για την κατάσταση της επίσχεσης των ούρων. Στις ανωτέρω παραμέτρους προστίθεται και το οίδημα της βάσης της ουροδόχου κύστης, το οποίο εμφανίζεται μετά από τους χειρισμούς κατά τη διάρκεια του τοκετού. Τότε εμφανίζεται η επίσχεση των

ούρων η οποία είναι δυνατόν να διαρκεί από μερικές ώρες έως 3 ημέρες, οπότε και η ουροδόχος κύστη επανέρχεται στην προηγούμενη φυσιολογική της κατάσταση. Η παροχέτευση των ούρων πρέπει να γίνεται αρχικά με εκκενωτικούς καθετηριασμούς σε τακτά χρονικά διαστήματα και σε περίπτωση που δεν ανακτάται η αυτόματη φυσιολογική ούρηση, τοποθετείται καθετήρας Folley για 48 ώρες τουλάχιστον.

4.2.2. ΨΕΥΔΟΑΚΡΑΤΕΙΑ

Η κατάσταση παροδικής ψευδοακράτειας των ούρων η οποία εμφανίζεται αμέσως μετά τον τοκετό, ανέρχεται συνήθως στο 5-12% στις πολύτοκες γυναίκες. Η διάρκεια αυτής της κατάστασης κυμαίνεται από 15 έως 30 ημέρες και οφείλεται στη μερική ισχαιμία του σφιγκτήρα κατά τη διάρκεια της κύησης. Εφόσον η ούρηση δεν αποκαθίσταται φυσιολογικά, χορηγούνται φάρμακα τα οποία έχουν ως κύριο στόχο την αύξηση της μεγίστης ουρηθρικής πίεσης, όπως η εφεδρίνη, η φαινυλοπροπανολαμίνη ή τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ημιπραμίνη, νοτριπτιλίνη). Τέλος, μία βραχύχρονη οιστρογονοθεραπεία μπορεί να δώσει θετικά αποτελέσματα, ούτως ώστε να αποκατασταθεί η φυσιολογική ούρηση.

4.2.3. ΜΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑ

Η συχνότητα της μη συμπτωματικής βακτηριουρίας κατά την λοχεία κυμαίνεται μεταξύ του 2-8% των περιπτώσεων. Πρόκειται συνήθως για άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ή για ασθενείς που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία. Η φυλή ή η ηλικία δεν φαίνεται ότι εμπλέκονται στην παθογένεση αυτής της ουρολογικής παθολογικής κατάστασης. Το μικρόβιο το οποίο ανευρίσκεται σε υψηλά ποσοστά στις καλλιέργειες των ούρων αυτών των γυναικών είναι η E.Coli (70%). Σε χαμηλότερα ποσοστά ανευρίσκονται ο Proteus Mirabilis, η Klebsiella και διάφορα στελέχη εντερόκοκκου. Η πάθηση αντιμετωπίζεται πάντοτε σύμφωνα με τα δεδομένα του αντιβιογράμματος.

Επαναληπτικές καλλιέργειες των ούρων πρέπει να γίνονται ανά 2μηνο μετά το πέρας της λοχειάς και για μια περίοδο τουλάχιστον 12 μηνών.

4.2.4. ΔΥΣΟΥΡΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

Τα έντονα δυσουρικά ενοχλήματα κατά την περίοδο της λοχειάς οφείλονται σε ερεθισμό ή φλεγμονώδη αντίδραση της ουρήθρας. Σε άλλες γυναίκες, τα συμπτώματα αυτά οφείλονται στην προσωρινή αύξηση του μήκους της ουρήθρας κατά 4-8mm, το οποίο επανέρχεται στα φυσιολογικά όρια περίπου 10 ημέρες μετά από τον τοκετό. Ουροδυναμικές μελέτες έδειξαν ότι οι τιμές πίεσης για τη στεγανοποίηση της ουρήθρας αυξάνονται κατά 10-15cmH₂O κατά τη διάρκεια της κύησης και επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα 50-60cmH₂O κατά την περίοδο της λοχειάς. Όμως κατά την ίδια χρονική περίοδο ο βλεννογόνος της ουρήθρας παραμένει υπεραίμικος και το μεταβατικό επιθήλιό της έχει την τάση να μεταβάλλεται συνεχώς και να παραμένει για αρκετές ημέρες ως επιδερμοειδές, οπότε και διαρκούν τα έντονα δυσουρικά ενοχλήματα. Η αντιφλεγμονώδης και σπασμολυτική αγωγή βοηθά σημαντικά την λεχωίδα μέχρι να υποχωρήσουν όλα τα συμπτώματα.

4.2.5. ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Η κυστίτιδα κατά τη λοχεία εμφανίζεται σε πολύ χαμηλή συχνότητα (1-2%). Οι καλλιέργειες των ούρων είναι αρνητικές. Αντιθέτως, έντονη είναι η παρουσία των λευκών αιμοσφαιρίων και της μικροσκοπικής αιματουρίας. Σπανιότερα, είναι δυνατόν να εμφανισθεί πυουρία ή αιμορραγική κυστίτιδα με μακροσκοπική αιματουρία. Η αντιμετώπιση αυτής της πάθησης κατά τη λοχεία γίνεται με την άφθονη χορήγηση υγρών και αντισηψίας των ούρων, με ή χωρίς χορήγηση πρωτεολυτικών ενζύμων ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Αποτελεσματικότερη θεραπεία επιτυγχάνεται με ταυτόχρονη χορήγηση τριμεθοπρίμης-σουλφομεθοξαζόλης και σπασμολυτικών.

4.2.6. ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Όπως αναφέρεται σε διεθνή δημοσιεύματα, από το σύνολο των γυναικών οι οποίες παρουσιάζουν μη συμπτωματική βακτηριουρία και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις ή κυστίτιδες, ένα μικρό ποσοστό το οποίο ανέρχεται περίπου στο 3-5% των περιπτώσεων θα αναπτύξουν πυελονεφρίτιδα κατά τη διάρκεια της λοχείας. Στις περισσότερες από τις γυναίκες αυτές, οι ουρολοιμώξεις θεωρούνται ότι είναι ιατρογενείς και εμφανίζονται μετά από καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης. Εφόσον εκδηλωθεί πυελονεφρίτιδα με ή χωρίς βακτηριουρία, η αντιμετώπισή της πρέπει να είναι άμεση με τη χορήγηση άφθονων υγρών και, με βάση αντιβιογράμμα, των κατάλληλων αντιβιοτικών¹².

4.3. ΕΜΠΥΡΕΤΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ (ΛΟΧΕΙΟΜΗΤΡΑ)

Η συνηθέστερη εστία λοίμωξης είναι η κοιλότητα της μήτρας (ενδομήτριο), όπου η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί από εξωτερικές ή εσωτερικές εστίες μόλυνσης. Η λοίμωξη αναπτύσσεται ιδιαίτερα σε παράταση του τοκετού, σε μακροχρόνια ρήξη των εμβρυικών υμένων και σε κατακράτηση προϊόντων του κυήματος στην ενδομήτρια κοιλότητα. Η εμπύρετη επιλόχειος ενδομητρίτιδα ή **λοχειόμητρα** εμφανίζεται κλινικώς με πόνο στο υπογάστριο και λόγια συνήθως πυώδη, δύσοσμα και ενίοτε πυοαιματηρά, ιδίως όταν συνυπάρχει και κατακράτηση προϊόντων του κυήματος. Κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, η μήτρα είναι επώδυνη, έχει ζυμώδη σύσταση και μέγεθος μεγαλύτερο από το αναμενόμενο σε φυσιολογικές συνθήκες (είναι σε υποπαλινδρόμηση). Η διάγνωση γίνεται με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και με τη λήψη τραχηλικού εκκρίματος (και αίματος) για καλλιέργεια και ταυτοποίηση του μικροβιακού παράγοντα (E. Coli, στρεπτόκοκκος των κοπράνων και αιμολυτικός στρεπτόκοκκος)¹⁵.

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της ενδομητρίτιδας έχει μεγάλη σημασία γιατί διαφορετικά η μόλυνση θα επεκταθεί στο μυομήτριο (**μυομητρίτιδα**) και στο παραμήτριο (**παραμητρίτιδα**), καταλήγοντας σε σχηματισμό πυελικού

αποστήματος¹⁴. Στις λοιμώξεις του πυελογεννητικού σωλήνα χορηγούνται αντιβιοτικά (αμοξικιλίνη 500χιλ./8ωρο, από το στόμα ή ενδοφλεβίως, και μετρονιδαζόλη 400χιλ. /8ωρο από το στόμα) και αναλγητικά φάρμακα¹⁵.

Αναμένεται βελτίωση της κλινικής εικόνας από τις πρώτες 2–3 ημέρες της αγωγής. Σε αντίθετη περίπτωση, θα εξεταστεί η πιθανότητα δημιουργίας αιματώματος ή αποστήματος (με υπερηχογραφικό έλεγχο) που θα χρειαστεί χειρουργική διάνοιξη με διακολπική ή διακοιλιακή προσπέλαση. Η θεραπεία συνεχίζεται μέχρι η λεχωΐδα να είναι απύρετη για 24-48 ώρες.

Αν έχει γίνει κατακράτηση νεκρωμένων υπολειμμάτων πλακούντα (η διάγνωση διευκολύνεται με υπερηχογραφικό έλεγχο), θα γίνει προσεκτική απόξεση για την αφαίρεσή τους. Σε σπάνιες περιπτώσεις, όπου είμαστε σίγουροι ότι η μόλυνση εντοπίζεται στο γεννητικό σύστημα και η λεχωΐδα δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική θεραπεία, θα γίνει ολική υστερεκτομή για να απομακρυνθεί η εστία νέκρωσης ή μικροαποστημάτων του ενδομητρίου (κλωστηριδικής αιτιολογίας). Σε διάγνωση σηπτικής πυελικής θρομβοφλεβίτιδας, μαζί με την αντιβιοτική αγωγή, γίνεται και χορήγηση ηπαρίνης. Προληπτικά, σε ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων, μετά την απολίνωση του ομφάλιου λώρου μπορεί να γίνει χορήγηση αμικιλίνης ή κεφαλοσπορίνης πρώτης γενιάς σε δυο δόσεις ή κεφαλοσπορίνης δεύτερης γενιάς σε μια δόση¹⁴.

ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΙΤΙΔΑ – ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Η μόλυνση εκ του ενδομητρίου δυνατόν να επεκταθεί κατά συνέχεια ιστών ή δια του λεμφικού συστήματος προκαλώντας σαλπγγίτιδα και στη συνέχεια σαλπγγωθηκίτιδα, με αποτέλεσμα την περιτονίτιδα. Κλινικώς, κατ' αρχήν υπάρχει αυξημένη θερμοκρασία και ταχυσφυγμία. Κατά τη γυναικολογική εξέταση, εκτός της ευαισθησίας του υπογαστρίου, διαπιστώνεται και διόγκωση των σαλπγγων. Στη γενικευμένη περιτονίτιδα, κλινικώς υπάρχει ευαισθησία ολόκληρης της κοιλίας, περιορισμός της κινητικότητας του εντέρου ή αντίθετα διαρροϊκές κενώσεις, μυϊκή αντίσταση, έμετοι, υψηλός πυρετός συνοδευόμενος

από ρίγος. Οι σφύξεις είναι αυξημένες σε σχέση με τη θερμοκρασία και η γενική κατάσταση της λεχωΐδας είναι βαριά. Εργαστηριακά, υπάρχει υπερλευκοκυττάρωση, αύξηση των πολυμορφοπυρήνων και της καθίζησης. Αν η θερμοκρασία πέσει απότομα ή ελαττωθούν οι σφύξεις, αυτό είναι σημείο μεγάλης επιβάρυνσης της λεχωΐδας¹².

4.4. ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Οι φλεγμονές του τραύματος της πλάγιας τομής ή των ρήξεων του περινέου ευτυχώς δεν είναι συνήθεις. Αναπτύσσονται κατά τη δεύτερη μέρα της λοχείας, όταν δεν τηρούνται οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας. Στις φλεγμονές αυτές, το περίνεο είναι εξέρυθρο, επώδυνο και καλύπτεται από πυώδη έκκριση.

Στις φλεγμονές του περινέου χορηγούνται επίσης αντιβιοτικά. Σημαντική ανακούφιση προσφέρουν τα αναλγητικά, οι συχνές πλύσεις και η αφαίρεση των σφικτών ραμμάτων.

4.5. ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ

Οφείλεται στην ατελή τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας κατά τις κολπικές εξετάσεις στον τοκετό, αλλά αναπτύσσεται και σε μακροχρόνια ρήξη των εμβρυικών υμένων και σε παράταση του τοκετού. Καθυστερεί την επούλωση και μπορεί να οδηγήσει σε διάνοιξη του τραύματος.

4.6. ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ

Είναι δυνατόν οποιαδήποτε επιλόχειος μόλυνση να εξελιχθεί σε σηψαιμία που είναι η βαριά εκείνη κατάσταση κατά την οποία υπάρχει είσοδος και μόνιμη επικράτηση των παθογόνων μικροβίων εντός της κυκλοφορίας. Η σηπτική καταπληξία αποτελεί τη δεύτερη μεγάλη αιτία μητρικού θανάτου, μετά τις αιμορραγίες. Πιστεύεται όμως ότι θα μπορούσε να ήταν η πρώτη αιτία, εάν

καταγραφόταν σωστά η αιτιολογία των αιμορραγιών, στις οποίες υπεισέρχεται σε ένα μεγάλο ποσοστό και ο σηπτικός παράγοντας.

Οι παρακάτω ορισμοί βασίζονται στις σύγχρονες αντιλήψεις ως προς την παθοφυσιολογία των διεργασιών, που παρεμβάλλονται στην ανάπτυξη της καταπληξίας.

Καταπληξία καλείται η παθολογική κατάσταση στην οποία η τριχοειδική αιμάτωση είναι ανεπαρκής για την διατήρηση της ζωής. Ζωτικά κύτταρα στερούνται οξυγόνου και άλλων θρεπτικών ουσιών, ενώ τα μεταβολικά προϊόντα δεν απομακρύνονται από τους ιστούς, επειδή η τριχοειδική ροή είναι πολύ βραδεία ή έχει ανασταλεί πλήρως.

Σηπτική ή σηψαιμική καταπληξία : Η καταπληξία σε γενικευμένη σηπτική λοίμωξη (κυρίως από gram-αρνητικά βακτηρίδια), που χαρακτηρίζεται από βαριά κυκλοφορική ανεπάρκεια και διαταραχή του κυτταρικού μεταβολισμού¹⁵. Η λεχωΐδα παρουσιάζει ρίγος, πυρετό υψηλό με διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας, σφυγμό μικρός και συχνό, που δε συμβαδίζει με τη θερμοκρασία (είναι μεγαλύτερος), δυσφορία, αϋπνία και ανορεξία. Σε προχωρημένες καταστάσεις παρουσιάζει οστρακοειδές εξάνθημα, εμετούς και διαρροϊκές κενώσεις. Εργαστηριακά υπάρχει αύξηση των λευκών, αναλόγως της βαρύτητας και αύξηση της καθίζησης των ερυθρών. Η καλλιέργεια του αίματος μπορεί να δείξει μερικές φορές τον παθογόνο μικροοργανισμό. Γενικά, η κατάσταση της λεχωΐδας είναι σοβαρή και μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της μέσα σε λίγες μέρες. Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από συστραφείσα κύστη της ωοθήκης, οξεία σκωληκοειδίτιδα, ελονοσία, οξεία κεχροειδή φυματίωση, κοιλιακό τύφο και πυελίτιδα.

4.7. ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η πλακουντιακή άλως και ιδίως οι θρομβούμενες φλέβες αποτελούν ιδανική τραυματική επιφάνεια για την ανάπτυξη μικροβίων.

Επιπολής θρομβοφλεβίτιδα

Συμπτώματα:

- Μικρή πυρετική κίνηση
- Ερυθρότητα, οίδημα και ευαισθησία της περιοχής που περιβάλλει την επιπολής φλέβα (της γαστροκνημίας).

Θεραπεία:

- Περίδεση σκέλους
- Κινητοποίηση
- Χορήγηση αναλγητικών / αντιφλεγμονωδών¹⁸

Σηπτική πυελική θρομβοφλεβίτιδα

Η βακτηριακή λοίμωξη της πλακουντικής περιοχής του ενδομητρίου, που δεν είναι ασυνήθης σε επίτοκες με μακροχρόνια σηπτική νέκρωση, ενδομητρίτιδα της λοχείας και χοριοαμνιονίτιδα, προκαλεί θρόμβωση των φλεβών του μυομητρίου, η οποία ευνοεί τον πολλαπλασιασμό των αναερόβιων βακτηριδίων. Η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί κατά τη λοχεία κατά μήκος των μητριάων φλεβικών αγγείων και να προκαλέσει θρομβοφλεβίτιδα. Στη συνέχεια μπορούν να εμπλακούν και οι ωοθηκικές φλέβες, που παροχετεύουν το άνω τμήμα της μήτρας και συνεπώς την πλακουντική περιοχή. Η διεργασία είναι συνήθως ετερόπλευρη και περισσότερο συχνή στη δεξιά πλευρά, από την οποία και μπορεί να επεκταθεί στην κάτω κοίλη φλέβα. Η σηπτική φλεβίτιδα μπορεί να επεκταθεί επίσης από την αριστερή ωοθηκική προς την νεφρική φλέβα. Σε άλλες περιπτώσεις προσβάλλονται τα λαγονομηρίαία αγγεία μαζί με την κάτω κοίλη φλέβα, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση θρόμβωσης των δεξιών ωοθηκικών φλεβών.

Το κύριο σύμπτωμα της σηπτικής πυελικής θρομβοφλεβίτιδας είναι ο πόνος, που αναπτύσσεται τυπικά κατά τη δεύτερη ή την τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό, με ή χωρίς πυρετό. Ο πόνος εντοπίζεται στο υπογάστριο, στην οσφύ, ή και στα δυο. Σε ορισμένες περιπτώσεις ψηλαφάται μια επώδυνη μάζα ακριβώς δίπλα στο κέρασ της μήτρας. Συνήθως η θρομβοφλεβίτιδα αναπτύσσεται στη δεξιά ωοθηκική φλέβα, αλλά σε μερικές περιπτώσεις και στις δυο φλέβες, που

επικαλύπτονται από το «φλεγμαίνον» περιτόναιο. Η θρομβοφλεβίτιδα αποτελεί συνήθως συνοδό εύρημα της μητρίτιδας και της παραμητρίτιδας, και η αρχική θεραπεία κατευθύνεται και στα δυο και είναι συνήθως επιτυχής. Σε γυναίκες με επίμονο πυρετό, με ή χωρίς ψηλαφητή μάζα στο παραμήτριο, μπορεί να αποκαλυφθεί η πυελική φλεβίτιδα με αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

Η ενδοφλέβια χορήγηση ηπαρίνης μπορεί να οδηγήσει στη λύση του πυρετού, και η δράση αυτή μπορεί να θεωρηθεί διαγνωστική της πυελικής θρομβοφλεβίτιδας. Στην περίπτωση αυτή η χορήγηση της ηπαρίνης συνεχίζεται. Η θρόμβωση στα προσβλημένα αγγεία περιορίζει συνήθως τη φλεγμονή, και το πήγμα οργανώνεται. Ο θρόμβος υφίσταται σπανίως διαπύηση, ενώ το φλεβικό τοίχωμα γίνεται οίδηματώδες και νεκρωτικό. Η πνευμονική εμβολή, τουλάχιστον αρκετά μεγάλη για να προκαλέσει αιφνίδιο θάνατο, είναι σπάνια. Στις προχωρημένες περιπτώσεις, που είναι αρκετά σπάνιες σήμερα, μικρά σηπτικά έμβολα μπορούν να φθάσουν στους τελικούς κλάδους της πνευμονικής κυκλοφορίας, προκαλώντας πλευριτικό εξίδρωμα, πνευμονικά έμφρακτα και αποστήματα. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο να χρησιμοποιηθεί φίλτρο στην κάτω κοίλη φλέβα ή να διενεργηθεί χειρουργική απολίνωσή της.

Φλεβοθρόμβωση

Η φλεβοθρόμβωση των «εν τω βάθει» φλεβών είναι σημαντικά σοβαρότερη επιπλοκή, που αναπτύσσεται συνήθως σε 7 έως 10 ημέρες από τον φυσιολογικό τοκετό, ιδιαίτερα μετά από εμβρυουλκία ή καισαρική τομή, ή σε μακροχρόνια ακινητοποίηση κατά την εγκυμοσύνη¹⁵.

Συμπτώματα:

- Θετικό σημείο Homan: στη ραχιαία κάμψη πέλματος, παρατηρείται πόνος της γαστροκνημίας.

- Εκτεταμένη θρόμβωση της μηριαίας που οδηγεί στη δημιουργία σκληρού οιδήματος του κάτω άκρου.
- Η πίεση δεν αφήνει εντύπωμα: οι επιφανειακές φλέβες δίνουν την εικόνα μάρμαρου.

Επιπλοκές:

- Πνευμονική εμβολή (μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη)
- Μεταφλεβικό σύνδρομο: Κιρσοί, έκζεμα, εξέλκωση κάτω άκρου¹⁸

Θεραπεία:

- Επιβάλλεται κατάκλιση, κατά προτίμηση σε πλάγια θέση. Το σκέλος πρέπει να ανυψωθεί και να παραμείνει ανυψωμένο, μέχρι να ελαττωθεί ο πόνος με τα αντισηπτικά.
- Η θεραπεία με αντισηπτικά αρχίζει αμέσως μετά τη διάγνωση, στην αρχή με ενδοφλέβιο ηπαρίνη, σε δόσεις 10.000 μ/6ωρο.
- Ακολουθεί σε μακροχρόνια βάση η υποδόρια χορήγηση της ηπαρίνης, μέχρι την έναρξη του τοκετού. Η ηπαρίνη δε διέρχεται τον πλακούντα, αλλά υπάρχει κίνδυνος μητρικής αιμορραγίας και μητρικών εμφράκτων.
- Σε φυσιολογικό τοκετό η επόμενη δόση παρέχεται δυο ώρες μετά την εξώθηση, και σε καισαρική τομή 12 ώρες αργότερα.
- Η θεραπεία συνεχίζεται σε μικρότερες δόσεις και μετά τον τοκετό επί τρεις περίπου μήνες. Ακολουθεί η βαθμιαία κινητοποίηση του σκέλους, και όταν η οξεία διεργασία ελεγχθεί η θεραπεία με ενέσιμα αντισηπτικά μετακινείται στα υποδόρια σκευάσματα και συνεχίζεται για έναν περίπου μήνα.
- Η χρήση ελαστικής κάλτσας στο σκέλος, που πάσχει, είναι μάλλον απαραίτητη¹⁵.

4.8. ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΗΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΥΣΗΣ

Διάσταση της ηβικής σύμφυσης είναι η απομάκρυνση των ηβικών οστών περισσότερο από 2cm. Η αιτία δεν είναι γνωστή. Πιθανώς να οφείλεται στην

χαλάρωση των συνδέσμων που αρχίζει από το πρώτο μισό της κύησης φθάνει το μέγιστο κατά τον 7^ο μήνα και είναι συνέπεια της υπεραιμίας που υπάρχει κατά τη κύηση. Ενοχοποιούνται ακόμα η υπεσβεσταιμία κατά την κύηση, καθώς και οι εργώδεις τοκετοί εξαιτίας σχετικής δυσαναλογίας ή εκτελέσεως εμβρυουλκίας. Κλινικώς, εκδηλώνεται με πόνο στην ηβική σύμφυση κατά το βάδισμα, αργότερα και στην ανάπαυση. Ο πόνος είναι δυνατόν να εμφανιστεί από τον 6^ο – 7^ο μήνα της κύησης και κατά τη λοχεία. Η λεχωίδα αισθάνεται αστάθεια στο βάδισμα, το οποίο προσομοιάζει με αυτό της χήνας.

Κατά την ψηλάφηση διαπιστώνεται κενό μεταξύ των δυο οστών της ηβικής σύμφυσης και ευαισθησία με την πίεση. Η διάγνωση τίθεται ακόμη, εάν ελέγξουμε την κινητικότητα της ηβικής σύμφυσης. Ο έλεγχος αυτός γίνεται εάν τοποθετήσουμε τον δείκτη του χεριού μας στον κόλπο και τον αντίχειρα του ίδιου χεριού στην ηβική σύμφυση. Αν τώρα ένας βοηθός τραβήξει το ένα πόδι προς τα κάτω τεντωμένο και σπρώξει το άλλο προς τα πάνω, ο αντίχειρας αισθάνεται την κινητικότητα των ηβικών οστών. Η ακτινογραφία τέλος δείχνει τη διάσταση της ηβικής σύμφυσης.

4.9. ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΤΗΣ ΘΗΚΗΣ ΤΩΝ ΟΡΘΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΜΥΩΝ

Οι πολύτοκες που συνήθως παρουσιάζουν χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων, αποτέλεσμα του πλούσιου μαιευτικού τους ιστορικού και της πλημμελούς παρακολούθησης κατά τις κύσεις και τους τοκετούς, είναι δυνατόν να παρουσιάζουν, μετά από απότομη εξωθητική προσπάθεια ή έντονο βήχα, ρήξη των μυϊκών ινών και των εν τω βάθει επιγαστρικών φλεβών. Η επιπλοκή αυτή μπορεί να έχει ως συνέπεια τη δημιουργία εκτεταμένου οπισθοπεριτοναϊκού αιματώματος. Κλινικώς, το αιμάτωμα αυτό εκδηλώνεται με διόγκωση της κοιλίας, ισχυρό πόνο και ενίοτε Shock. Πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από κύστη της ωοθήκης και ρήξη της μήτρας¹².

4.10. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

Αποτελούν κύρια αιτία μητρικής θνησιμότητας στη διάρκεια της λοχείας. Αυτές μπορούν να εμφανιστούν αμέσως μετά τον τοκετό ή μέσα στο πρώτο 24ωρο από αυτόν (πρώιμες) αλλά και αρκετά αργότερα ακόμα και στη δεύτερη εβδομάδα της λοχείας (όψιμες).

Οι πρώτες οφείλονται κυρίως σε ατονία της μήτρας, τραυματισμούς του πυελογεννητικού σωλήνα, κατακράτηση τμήματος πλακούντα και διαταραχές της πήκτικότητας (που μπορεί όμως να παρατηρηθούν και μετά από παρατεταμένη αιμορραγία από άλλη αιτία). Η αιμορραγία πολύ σπάνια μπορεί να οφείλεται σε εκτροφή της μήτρας, που όμως αποτελεί σοβαρότατη κατάσταση. Εμφανίζονται σε ποσοστό >5% και συνοδεύονται με αυξημένο κίνδυνο μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε όλες τις περιπτώσεις, τεράστια σημασία έχει η σωστή και έγκαιρη διάγνωση και η αιτιολογική αντιμετώπιση της κατάστασης με έγκαιρη και συστηματική κινητοποίηση του προσωπικού.

Οι όψιμες αιμορραγίες οφείλονται συχνά στην ατελή επούλωση της επιφάνειας στην οποία ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας και στην παρακράτηση τμήματος του πλακούντα ή υμένων. Αν παραμείνει τμήμα του πλακούντα, αυτό υφίσταται συνήθως νέκρωση. Αργότερα, το τμήμα αυτό με την εναπόθεση ινικής μετατρέπεται σε πολυποειδές μόρφωμα που αιμορραγεί όταν αποκολληθεί. Κατακράτηση τμήματος του πλακούντα διαπιστώνεται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων όψιμης αιμορραγίας. Όταν υπάρχει όψιμη αιμορραγία της λοχείας, πρέπει να γίνεται υπερηχογραφικός έλεγχος του γεννητικού συστήματος. Αν ανιχνευθεί ενδομητρικό εύρημα που δικαιολογεί την αιμορραγία, πρέπει να ακολουθήσει προσεκτική απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας.

Σε αντίθετη περίπτωση που είναι και η πιο συνηθισμένη, πρέπει να γίνει συντηρητική αντιμετώπιση της κατάστασης με τη χορήγηση ωκυτοκίνης, εργονοβίνης, μεθυλεργονοβίνης ή προσταγλανδίνης. Αν η αιμορραγία επιμένει παρά τη φαρμακευτική θεραπεία, μπορεί να επιχειρηθεί ήπια απόξεση της

ενδομητρικής κοιλότητας. Η αναρροφητική απόξεση είναι αρκετή στις περισσότερες περιπτώσεις, άσχετα αν υπάρχει ή όχι πλακουντιακός ιστός που έχει κατακρατηθεί. Η ηπιότητα των χειρισμών έχει ιδιαίτερη σημασία για την αποφυγή τραύματος του τοιχώματος της μήτρας κι επιδείνωσης της αιμορραγίας ή δημιουργίας αργότερα ενδομητρικών συμφύσεων.

Σπάνια, η παρουσία υποβλεννογόνιου ινομυώματος που αποφράζει το τραχηλικό στόμιο, μπορεί να αποτελεί εμπόδιο στην αποβολή των λοχιών με συνέπεια τη δημιουργία αιματόμητρας που καταλήγει σε ατονία τη μήτρας και σοβαρή αιμορραγία¹⁴.

4.11. ANAIMIA

Αν η λεχωΐδα χάσει κατά τον τοκετό περισσότερο από το σύνηθες αίμα, δεν παρακολουθηθεί σωστά κατά την κύηση ή πάσχει από ειδικής μορφής αναιμία μπορεί να παρουσιάζει χαμηλό αιματοκρίτη με συνέπεια αναιμία. Η διάγνωση της αναιμίας θα γίνει κλινικώς από την εξέταση του προσώπου, του επιπεφυκότος του στόματος και τα νύχια, και θα επιβεβαιωθεί εργαστηριακά με τον προσδιορισμό του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων, του τύπου της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη¹².

4.12. ΜΑΣΤΙΤΙΔΕΣ

Εμφανίζονται συνήθως κατά τη δεύτερη εβδομάδα από τον τοκετό και, συνεπώς μπορούν να αναπτυχθούν μετά την έξοδο της λεχώνας από την κλινική. Η μόλυνση με σταφυλόκοκκο ή στρεπτόκοκκο γίνεται μέσω των ραγάδων της θηλής, από το μητρικό δέρμα και τον ρινοφάρυγγα ή και από τον ρινοφάρυγγα του εμβρύου. Συχνά ευθύνεται η στάση του γάλατος σε κάποιο λοβίο ή σε αποφραγμένο αγωγό του μαζικού αδένου.

Η συμπτωματολογία είναι η κλασική τετράδα της φλεγμονής:

- Û Διόγκωση
- Û Ερυθρότητα

Û Πόνος

Û Πυρετός

Στο μαστό αναπτύσσεται μια εξέρυθρη, επώδυνη διόγκωση, και το δέρμα γίνεται οιδηματώδες, εάν σχηματισθεί πύο, και αποκτά την κλασική εμφάνιση δέρματος πορτοκαλιού. Η θεραπεία με αντιβιοτικά, η αναλγησία και η συχνή αφαίρεση του γάλακτος είναι μέτρα αποτελεσματικά, όταν η διάγνωση γίνει νωρίς. Η φλεγμονή δεν αποτελεί αντένδειξη για τη συνέχιση του θηλασμού. Εάν σχηματισθεί απόστημα, είναι αναγκαία η εγχειρητική παροχέτευση του πύου. Στην περίπτωση αυτή ο θηλασμός διακόπτεται απ' την πλευρά του μαστού που πάσχει ή διακόπτεται πλήρως η γαλουχία. Τα οιστρογόνα αντενδείκνυνται για τον κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου¹⁵.

4.13. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Αυτά ποικίλουν από την απλή δυσθυμία (κακή διάθεση) μέχρι την ψύχωση της λοχείας. Αναφέρεται παρουσία κατάθλιψης τουλάχιστον στο 10% των περιπτώσεων μετά τον τοκετό.

Η κακή διάθεση σχετίζεται με την ταλαιπωρία του τοκετού, το φόβο για την κατάσταση του νεογνού, τις ευθύνες της γυναίκας ως μητέρας κλπ. και εμφανίζεται συχνά τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Ιδιαίτερο ρόλο στην αποφυγή της κακής διάθεσης της γυναίκας παίζει η μαία, το ιατρικό προσωπικό και το οικογενειακό περιβάλλον. Η κακή διάθεση συχνά επιδεινώνεται μετά την έξοδο της γυναίκας από το νοσοκομείο, αλλά γενικά είναι παροδική. Σχετίζεται με τη φροντίδα του παιδιού στο σπίτι, άλλες εργασίες στο σπίτι, την έλλειψη βοήθειας κλπ. Για την αποφυγή της θα βοηθήσει η συμπαράσταση της οικογένειας με την εξασφάλιση συνθηκών ηρεμίας, η ικανοποιητική ξεκούραση, ο καλός ύπνος και η διόρθωση πιθανής αναιμίας.

4.13.1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η συχνότερη ψυχιατρική εκδήλωση στη λοχεία είναι η κατάθλιψη της λοχείας. Η συχνότητά της είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αλλά είναι γενικά συχνή¹⁴. Την 3^η-4^η ημέρα, πιθανόν η γυναίκα να κλαίει αδικαιολόγητα και να εκθέτει υπερβολικό άγχος για ασήμαντες καταστάσεις, λόγω κόπωσης, πόνου, δυσκολίας στο θηλασμό, αίσθησης ότι δεν αποτελεί το επίκεντρο της προσοχής. Οι περισσότερες επανέρχονται στο φυσιολογικό μέσα σε 48 ώρες. Ένα 10% θα εκδηλώσει και άλλα συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα, ανικανότητα φροντίδας του νεογνού, έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας. Η κατάσταση αυτή μπορεί να κρατήσει μέχρι ένα χρόνο¹⁸.

Συνήθως αναφέρεται ιστορικό ψυχιατρικών προβλημάτων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η πάθηση μπορεί να συνδέεται με προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις, κακή εμπειρία στη διάρκεια του τοκετού κλπ. Η κατάσταση πρέπει να αντιμετωπίζεται με νοσοκομειακή περίθαλψη και ενθάρρυνση της λεχωΐδας¹⁴.

4.13.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Μια άλλη επιπλοκή της λοχείας είναι η καταθλιπτική ψύχωση η οποία δυνατόν να εμφανιστεί επί τοξιναιμίας. Η συχνότητα της ψύχωσης της λοχείας ανέρχεται κατά τον Boyd 1:400. Κλινικά, εκδηλώνεται αρχικά με αϋπνία, ανησυχία και μελαγχολία της λεχωΐδας. Σε πιο βαριές περιπτώσεις, μπορεί να εκδηλωθεί μανία καταδίωξης και τάση για αυτοκτονία ή θανάτωση του παιδιού.

Θεραπευτική αντιμετώπιση της ψύχωσης της λοχείας :

- Û Νοσοκομειακή νοσηλεία για την ασφάλεια της μητέρας και του νεογέννητου
- Û Αντιψυχωτικά φάρμακα
- Û Αντικαταθλιπτικά φάρμακα
- Û Λίθιο
- Û Βενζοδιαζεπίνες

Γενικά, σε ασθενείς με εκδηλώσεις ψυχικής νόσου μετά τον τοκετό σε προηγούμενη κύηση, περίπου 25% παρουσιάζουν υποτροπή μετά την επόμενη κύηση^{14,16}.

◆ **Αποτυχία στο «δέσιμο»**

Προδιαθεσικοί παράγοντες:

- Μη φυσιολογική εγκυμοσύνη, τοκετός ή γέννηση
- Κατάχρηση ουσιών
- Νόσος του νεογνού ή της μητέρας στους πρώτους 12 μήνες
- Οποιαδήποτε κατάσταση που αναβάλλει την επαφή με τη μητέρα ή με τον πατέρα.

Θεραπεία: χρήση της ομαδικής προσέγγισης, περιλαμβάνοντας όλες τις βάρδιες των νοσηλευτών/τριών, όπως επίσης και τους κοινωνικούς φορείς.

Βασική νοσηλευτική φροντίδα:

α) Νοσηλευτική αξιολόγηση.

- Αναγνωρίζουμε τη γυναίκα σε κίνδυνο κατά την προγεννητική περίοδο.
- Αναγνωρίζουμε έγκαιρα οποιεσδήποτε συμπεριφορές κακής προσαρμογής των γονέων.

β) Νοσηλευτική διάγνωση.

- Διαφοροποιημένες διαδικασίες της οικογένειας σχετιζόμενες με την προσθήκη του νέου βρέφους.
- Έλλειψη γνώσεως σχετιζόμενη με τις συναισθηματικές ανάγκες του νεογνού.
- Διαφοροποιημένη γονικότητα σχετιζόμενη με το χωρισμό του νεογνού υψηλού κινδύνου και των γονέων.

γ) Νοσηλευτική παρέμβαση.

- Δίνουμε πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες του νεογνού.
- Ενθαρρύνουμε τις θετικές συμπεριφορές που θα επιδεικνύουν οι γονείς.

- Εξετάζουμε τη διαφοροποίηση της νοσοκομειακής ρουτίνας για να επιτραπεί η αυξημένη επαφή με το βρέφος.
- Παρέχουμε υποστήριξη και κατανόηση.
- Κάνουμε τις κατάλληλες παραπομπές σε κοινωνικούς φορείς και παρέχουμε μεταγεννητικές επισκέψεις παρακολούθησης.

δ) Νοσηλευτική εκτίμηση.

- Η γυναίκα επιδεικνύει την κατάλληλη αλληλεπίδραση με το βρέφος.
- Η γυναίκα χρησιμοποιεί τους κοινωνικούς φορείς για συνεχιζόμενη υποστήριξη και παροχή συμβούλευσης.

♦ Απόλεια του εμβρύου ή του νεογνού και απειλή για απόλεια του βρέφους υψηλού κινδύνου.

Βασική νοσηλευτική φροντίδα.

α) Νοσηλευτική αξιολόγηση.

- Καθορίζουμε τη φύση της απώλειας ή της πιθανής απώλειας και την αντίδραση της γυναίκας.
 - Ερευνούμε τις ατομικές περιστάσεις της γυναίκας και της οικογένειας.
- 1) Προηγούμενες εμπειρίες θλίψης.
 - 2) Θρησκευτικές και πολιτισμικές αντιλήψεις.
 - 3) Ηλικία και επίπεδο ωριμότητας των γονέων.
 - 4) Σύστημα υποστήριξης της οικογένειας.
 - 5) Συνηθισμένες μέθοδοι προσαρμογής στην κρίση.

β) Νοσηλευτική διάγνωση.

- Έλλειψη γνώσεων που σχετίζεται με την περιγεννητική απώλεια.
- Έλλειψη γνώσεων που σχετίζεται με τη διαδικασία θλίψης.
- Αναποτελεσματική ατομική (ή οικογενειακή) προσαρμογή, σχετιζόμενη με το θάνατο του εμβρύου/νεογνού ή της λεχωΐδας.
- Διαφοροποιημένες διαδικασίες/γονικότητα της οικογένειας που σχετίζονται με την απώλεια.

- Πνευματική δυσφορία σχετιζόμενη με την απώλεια.

γ) Νοσηλευτική παρέμβαση.

- Δίνουμε πληροφορίες για τις συνθήκες της απώλειας και προετοιμάζουμε την οικογένεια για το χρόνο με το βρέφος.
- Ενθαρρύνουμε την οικογένεια να συζητήσει τα συναισθήματα.
- Ενθαρρύνουμε τους γονείς να επισκέπτονται το βρέφος υψηλού κινδύνου όσο το δυνατό περισσότερο.
- Προβλέπουμε και πληροφορούμε σχετικά με τα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας θλίψης.
- Υποστηρίζουμε και καθησυχάζουμε την γυναίκα και την οικογένεια κατά τη διαδικασία της θλίψης.
- Βοηθάμε τους γονείς στη λήψη αποφάσεων (να ειδοποιηθεί ο κληρικός, να προετοιμαστεί η κηδεία, να δοθεί όνομα στο βρέφος).
- Παραπέμπουμε στις κατάλληλες κοινωνικές ομάδες υποστήριξης.

δ) Νοσηλευτική εκτίμηση.

- Οι γονείς κατανοούν τη διαδικασία της θλίψης και είναι ικανοί να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλον.
- Οι γονείς είναι ικανοί να εκφράσουν τα συναισθήματά τους.
- Οι γονείς κατανοούν την πρόγνωση για βρέφος υψηλού κινδύνου.
- Οι γονείς νιώθουν υποστηριγμένοι από το προσωπικό της κλινικής και κάνουν χρήση των κατάλληλων κοινωνικών φορέων¹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5



ΓΑΛΟΥΧΙΑ

5.1. ΓΕΝΙΚΑ

Μετά τον τοκετό, καταργείται η ανασταλτική δράση που είχαν τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων και της ντοπαμίνης (που αναστέλλουν την έκκριση προλακτίνης) στην παραγωγή του μητρικού γάλακτος. Επομένως, η παραγωγή γάλακτος μετά τον τοκετό γίνεται κάτω από την αυξημένη έκκριση της προλακτίνης και την παράλληλη πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων.

Σε γυναίκες που δε θηλάζουν, τα επίπεδα της προλακτίνης πέφτουν μέσα σε μια περίοδο 2-3 εβδομάδων στα επίπεδα εκτός κύησης. Σε γυναίκες αντίθετα που θηλάζουν, οι βασικές συγκεντρώσεις της προλακτίνης παραμένουν πάνω από τα επίπεδα εκτός κύησης και αυξάνονται ως ανταπόκριση στο θηλασμό. Για να

ξεκινήσει η έκκριση του γάλακτος, πρέπει να υπάρχει ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα του υποθάλαμου, της υπόφυσης και του μαστού. Στη συνέχεια, η έκκριση του γάλακτος διατηρείται με το θηλασμό που προκαλεί αναστολή της ντοπαμίνης και, μέσω του ανταντακλαστικού της θηλής, έκκριση της ωκυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Συγκεκριμένα, τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα των κυψελίδων και των γαλακτοφόρων πόρων διεγείρονται από την ωκυτοκίνη και με τη συστολή τους προκαλούν έκκριση του γάλακτος.

Ο μαστικός αδένας έχει ονομαστεί ο καθρέπτης του ενδοκρινικού συστήματος διότι η γαλουχία εξαρτάται από τη λεπτή ισορροπία μερικών ορμονών. Για να γίνεται συνεχής παραγωγή γάλακτος, πρέπει να υπάρχει αρκετή ινσουλίνη, κορτιζόλη και θυρεοειδική ορμόνη και φυσικά να γίνεται επαρκής λήψη τροφής και υγρών. Συνήθως συστήνεται στη μητέρα πρόσθετη λήψη βιταμινών (αν και δεν κρίνεται απαραίτητη).

Το πύαρ ή πρωτόγαλα εκκρίνεται τις πρώτες 2-4 ημέρες μετά τον τοκετό (μέχρι την έκκριση του ώριμου γάλακτος). Το πύαρ έχει κιτρινωπό χρώμα και αλκαλικό pH και μπορεί να υπάρχει ήδη από τους τελευταίους μήνες της κύησης. Το πύαρ είναι πλούσιο σε ανοσοσφαιρίνες και ασκεί ευεργετική δράση στο πεπτικό σύστημα του νεογνού. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι βοηθά στην αποβολή του μηκωνίου και την εγκατάσταση της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου.

Το ώριμο γάλα διαφέρει από το πύαρ στο ότι είναι πλουσιότερο σε σάκχαρο και λιπίδια και πτωχότερο σε πρωτεΐνες και ηλεκτρολύτες. Το ώριμο γάλα περιέχει νερό, υδατάνθρακες (όπως λακτόζη), λιπαρά οξέα, πρωτεΐνες (λακτοφερίνη, αλβουμίνη, α-λακταλβουμίνη, καζεΐνη κ.τ.λ.), άλατα, βιταμίνες (εκτός της βιταμίνης K) και ανοσολογικούς παράγοντες (αντισώματα IgA και IgG, λευκά αιμοσφαίρια και μακροφάγα). Οι ανοσολογικοί παράγοντες προστατεύουν το νεογνό από λοιμογόνους παράγοντες¹⁴.

Ο θηλασμός είναι αμφίδρομη σχέση. Μητέρα και βρέφος δίνουν και παίρνουν ο ένας από τον άλλο. Το πόσο βαθιά αμφίπλευρη είναι αυτή η σχέση γίνεται εμφανές ακόμα και στο κατώτερο βιολογικό επίπεδο. Έτσι ακόμη και η σύνθεση του μητρικού γάλακτος κυμαίνεται από ημέρα σε ημέρα, από γεύμα σε γεύμα, ακόμη και κατά τη διάρκεια του ίδιου θηλασμού, ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους και τη στάση της μητέρας. Είναι εντυπωσιακό λόγου χάρη ότι το γάλα πρόωρων νεογνών περιέχει περισσότερο λεύκωμα από ότι το γάλα μητέρων τελειόμηνων. Οι γυναίκες πάντα ήξεραν ότι ψυχολογικοί λόγοι επηρεάζουν τον θηλασμό, ότι η στενοχώρια, ο θυμός, ο εκνευρισμός κάνουν το γάλα να μην «κατεβαίνει»⁶.

5.2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Για τη μητέρα:

- Για τις περισσότερες μητέρες και τις περισσότερες φορές σε κάθε μητέρα, ο θηλασμός προκαλεί ευχάριστο συναίσθημα. Ο θηλασμός αποτελεί αρχικά ένα ισχυρό συνδετικό κρίκο, όχι το μόνο, ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί.
- Από πλευράς φυσιολογίας, ο θηλασμός επιταχύνει την παλινδρόμηση της μήτρας και την απώλεια βάρους λόγω της ενέργειας που καταναλώνει η γυναίκα σε κάθε θηλασμό. Με το θηλασμό επιταχύνεται, επίσης, η κινητικότητα και η απορρόφηση του γαστρεντερικού συστήματος.
- Στα μακροπρόθεσμα οφέλη περιλαμβάνεται ο καλύτερος μεταβολισμός, ο ελαττωμένος κίνδυνος εμφάνισης διαφόρων τύπων κακοήθων νεοπλασιών και οι ευεργετικές ψυχολογικές επιδράσεις.

Για το παιδί:

- Ο θηλασμός αποτελεί έναν ισχυρό συνδετικό κρίκο, ανάμεσα στο παιδί και στη μητέρα.
- Το παιδί παίρνει με το θηλασμό μια τροφή που είναι καθαρή, πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και ανοσολογικούς παράγοντες και βρίσκεται στη σωστή θερμοκρασία. Το μητρικό γάλα είναι εύπεπτο και έχει ιδανική σύνθεση.

- Το μητρικό γάλα είναι ισχυρό αντιμικροβιακό υλικό, που περιέχει περισσότερα από 4.000 κύτταρα/mm³, η πλειονότητα των οποίων είναι λευκοκύτταρα. Στο γάλα υπάρχουν πλήρως δραστικές ανοσοσφαιρίνες. Το γάλα περιέχει επίσης ένα μη ειδικό αντιμικροβιακό παράγοντα, τη λυσοζύμη και ένα «παράγοντα αντίστασης» που προστατεύει το νεογνό από σταφυλοκοκκική μόλυνση.
- Τα νεογνά που θηλάζουν έχουν ελαττωμένη συχνότητα διάρροιας, νεκρωτικής εντεροκολίτιδας, μέσης ωτίτιδας, αιφνίδιου βρεφικού θανάτου κ.τ.λ.
- Τα νεογνά που θηλάζουν είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν παχύσαρκα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.
- Το γάλα μπορεί να έχει και προφυλακτική αξία στις αλλεργίες της παιδικής ηλικίας από τροφές.

Επομένως, ο θηλασμός πρέπει γενικά να ενθαρρύνεται. Θα πρέπει να εξασφαλίζονται οι εργασιακές και οικογενειακές συνθήκες που τον επιτρέπουν, αφού οι ίδιες οι γυναίκες σε μεγάλο ποσοστό έχουν την πρόθεση να συνεχίσουν να θηλάζουν.

5.3. ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ως μειονεκτήματα του θηλασμού μπορούν να θεωρηθούν τα εξής:

- Ο θηλασμός πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και αυτό αποτελεί δεσμευτικό παράγοντα για άλλες δραστηριότητες της γυναίκας. Όμως, όλα τα εμπόδια μπορούν να υπερνικηθούν με βοήθεια από την πολιτεία, την οικογένεια, το προσωπικό των επαγγελματιών υγείας και την αποφασιστικότητα της ίδιας της γυναίκας.
- Η ένταση του πόνου από τις συσπάσεις του μυομητρίου μετά τον τοκετό είναι μεγαλύτερη σε μητέρες που θηλάζουν λόγω της αυξημένης απελευθέρωσης ωκυτοκίνης κατά τη διάρκεια του θηλασμού.
- Σε δίδυμη κύηση, η γυναίκα θα συναντήσει μεγαλύτερη δυσκολία αλλά πρέπει πάντα να σκέφτεται τα πλεονεκτήματα του θηλασμού.

- Σε ελαφρά φλεγμονή του μαστού, η λεχωΐδα δεν πρέπει να φοβηθεί και να συνεχίσει κανονικά το θηλασμό.
- Οι μητέρες που παρατείνουν το θηλασμό πάνω από 5 μήνες παρουσιάζουν, οστική ελάττωση ασβεστίου και άλλων μετάλλων (λόγω της απώλειας που γίνεται με το θηλασμό)¹⁴.

5.4. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ο θηλασμός αντενδείκνυται εάν:

- η μητέρα έχει υποστεί εκτεταμένη εγχείρηση μείωσης των μαστών κατά την οποία αφαιρέθηκε η θηλαία άλω
- η κυκλοφορία στους μαστούς είναι ελαττωματική
- το δίκτυο των αγωγών μέσα στο μαστό έχει αλλοιωθεί από την χειρουργική επέμβαση
- έχει ηπατίτιδα, φυματίωση που δεν έχει θεραπευθεί, έλκος, έρπητα στη θηλαία άλω ή λοίμωξη HIV
- λαμβάνει σημαντικές ποσότητες ορισμένων φαρμάκων (π.χ. φάρμακα χημειοθεραπείας για καρκίνο) ή κάνει χρήση κοκαΐνης
- το νεογνό έχει γαλακτοζαιμία (κατάσταση όπου το μωρό είναι ανίκανο να χωνέψει τη ζάχαρη του γάλακτος)².

5.5. ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΓΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟ

Αυτή μπορεί να παρατηρηθεί σε:

-Ασθενικά, αδύναμα νεογνά.

-Πρόωρα νεογνά.

-Νεογνά με λαγώχειλος.

5.6. ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ – ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Το ιδανικό είναι, όσο γίνεται γρηγορότερα μετά τον τοκετό, να γίνεται τοποθέτηση του νεογνού για λίγα λεπτά σε κάθε μαστό. Ο ερεθισμός του μάγουλου ή της πλάγιας γωνίας του στόματος του βρέφους πρέπει να προκαλεί αντανακλαστικό στροφής προς τη θηλή και άνοιγμα του στόματος. Η γρήγορη έναρξη του θηλασμού μετά τον τοκετό, μαζί με την εφαρμογή του “rooming in” (δηλαδή η μητέρα και το νεογέννητο να περιθάλπονται στο ίδιο δωμάτιο), ο φυσιολογικός και ευχάριστος τοκετός και η αποφυγή χορήγησης μικτής διατροφής περιλαμβάνονται στους παράγοντες που σχετίζονται θετικά με τη συνολική διάρκεια του θηλασμού.

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, η μητέρα πρέπει να κάθεται αναπαυτικά. Ολόκληρη η θηλή τοποθετείται στο στόμα του νεογνού, προσέχοντας το νεογνό να αναπνέει ελεύθερα. Η σωστή προσαρμογή του νεογνού στο μαστό είναι ουσιαστική για την επιτυχία του θηλασμού. Τα συχνά προβλήματα, όπως είναι οι επώδυνες θηλές, η συμφόρηση του μαστού και η μαστίτιδα συχνά συμβαίνουν διότι το νεογνό δεν τοποθετείται σωστά στο μαστό ή γιατί δε σιτίζεται αρκετά συχνά.

Τις πρώτες φορές, το νεογνό θα πάρει μικρές ποσότητες πύατος. Προοδευτικά, καθώς ο θηλασμός συνεχίζεται τακτικά, η ποσότητα του πύατος αυξάνει και το ίδιο ισχύει και με το ώριμο γάλα που προοδευτικά (μέσα σε 3 ημέρες) αντικαθιστά το πύαρ.

Ο θηλασμός αρχικά περιορίζεται σε 2-3 λεπτά σε κάθε μαστό αλλά στη συνέχεια αυτό το διάστημα μπορεί να αυξηθεί. Η γυναίκα πρέπει να γνωρίζει ότι το νεογνό θα πάρει το περισσότερο γάλα μέσα στα πρώτα 3 λεπτά του θηλασμού. Το βρέφος πρέπει να θηλάζει και από τους δυο μαστούς σε κάθε γεύμα, διότι η υπερφόρτωση των μαστών είναι ο κύριος ανασταλτικός παράγοντας στη διατήρηση της έκκρισης του γάλακτος.

Μετά το θηλασμό, το νεογνό πρέπει να κρατιέται σε όρθια θέση για να μπορεί, με το ρέψιμο, να βγάλει τον αέρα που έχει καταπιεί.

Η μητέρα πρέπει να γνωρίζει ότι οι απαιτήσεις του νεογνού τις πρώτες 3 εβδομάδες αντιστοιχούν περίπου σε ένα θηλασμό κάθε 3 ώρες. Επομένως, η μητέρα πρέπει ανάλογα να προγραμματίζει το χρόνο που θα αφήνει το νεογνό στο μαστό της και τα διαστήματα που πρέπει να ξεκουράζεται. Αν η γυναίκα έχει την εντύπωση ότι το γάλα της δεν επαρκεί, όχι μόνο δεν πρέπει να εγκαταλείψει το θηλασμό, αλλά θα πρέπει να συνεχίσει την προσπάθεια με την παράλληλη ενθάρρυνση της μαιίας. Με το θηλασμό, η μέση παραγωγή γάλακτος τη δεύτερη ημέρα μετά τον τοκετό είναι 120mL. Η ποσότητα αυξάνει σε 180mL την τρίτη ημέρα και σε 240mL την τέταρτη ημέρα μετά τον τοκετό. Φυσιολογικά, υπάρχει ελάττωση του βάρους του νεογνού την πρώτη εβδομάδα της ζωής και πρέπει να διαβεβαιώσουμε τη μητέρα ότι αυτό είναι φυσιολογικό. Η περιποίηση των θηλών είναι σημαντική στη διάρκεια του θηλασμού. Οι θηλές πρέπει να πλένονται με νερό και να αφήνονται να στεγνώσουν για 15-20 λεπτά μετά από κάθε γεύμα του βρέφους.

Μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι απαραίτητο να γίνεται έκθλιψη του γάλακτος και αποθήκευσή του, λόγω πολύ έντονης ευαισθησίας των μαστών από ραγάδες των θηλών ή λόγω του ότι το νεογνό είναι άρρωστο. Το γάλα μπορεί να εκθλίβεται με το χέρι ή με ηλεκτρικές αντλίες. Το γάλα αυτό μπορεί με ασφάλεια να αποθηκεύεται στο ψυγείο σε θερμοκρασία 2-4°C για 3-5 ημέρες ή να καταψύχεται και να φυλάσσεται στην κατάψυξη για 3 μήνες.

Η περιεκτικότητα του γάλακτος σε φάρμακα είναι μια συνηθισμένη ανησυχία για τη μητέρα που θηλάζει. Λιγότερο από 1% της συνολικής δόσης οποιουδήποτε φαρμακευτικού σκευάσματος ανιχνεύεται στο γάλα και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην αναγραφή της συνταγής¹⁴.

«ΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΚΛΙΜΑ»

Συχνά επισημαίνεται ότι για να πετύχει ο μητρικός θηλασμός χρειάζεται να υπάρχει το κατάλληλο κλίμα. Πρώτα-πρώτα, τα μωρά έρχονται στον κόσμο στο μαιευτήριο. Αν γεννιόντουσαν στο σπίτι, θα ήταν συνέχεια στο στήθος της

μητέρας. Ακόμη πιο δύσκολα γίνονται τα πράγματα από το γεγονός, ότι το βρέφος κρατιέται μακριά από τη μητέρα του στο τμήμα νεογνών, όπου μοιραία τηρείται ένα σύστημα ωραρίου, τελείως απρόσφορο για την προώθηση του θηλασμού. Όλο και περισσότερο αναγνωρίζουμε ότι η εδραίωση του θηλασμού υποβοηθείται σημαντικά από την τοποθέτηση του βρέφους πάνω στο στήθος της μητέρας, αμέσως μετά την αποκοπή του ομφάλιου λώρου. Διαπιστώθηκε ότι κατ' αυτόν τον τρόπο το βρέφος ευαισθητοποιεί τη μητέρα, την υποβοηθά να γίνεται πιο δοτική και έτσι διευκολύνεται η εξέλιξη του δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους. Μια σύγκριση μεταξύ μητέρων, που θήλασαν τα βρέφη τους αμέσως και αυτών που τα θήλασαν 12 ώρες αργότερα έδειξε, πως οι μητέρες με την πρώιμη επαφή είχαν εντονότερες εκδηλώσεις προς το βρέφος, περισσότερη οπτική επαφή, του μιλούσαν και το χάιδευαν περισσότερο⁶.

5.7. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Η συνιστώμενη πρόσληψη ενέργειας από τη μητέρα που θηλάζει είναι 500Kcal την ημέρα επιπλέον. Αυτή η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων, σε συνδυασμό με την εναπόθεση λίπους κατά την κύηση, πρέπει να παρέχει επαρκή ενέργεια για την παραγωγή γάλακτος. Ο καθορισμός της διατροφής της θηλάζουσας μητέρας καθορίζεται από την καθημερινή παραγωγή γάλακτος και τη δραστηριότητά της.

Η μητρική πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων βιταμινών D μπορεί να αντανακλάται στο γάλα. Σε μητέρα με ανεπαρκή διαίτα χορηγείται πολυβιταμινούχο συμπλήρωμα, αλλά αυτό δεν είναι συνηθισμένη περίπτωση. Η πρόσληψη σιδήρου από τη μητέρα δεν επηρεάζει την περιεκτικότητα του σιδήρου στο γάλα, συνεπώς χορηγείται σίδηρος στη μητέρα μόνο όταν το χρειάζεται η ίδια¹².

5.8. ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

Καταστολή της γαλουχίας μπορεί να χρειασθεί σε γυναίκες που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να θηλάσουν αλλά και σε περίπτωση εμβρυϊκού ή νεογνικού θανάτου.

Η παλαιότερη και απλούστερη μέθοδος καταστολής της γαλουχίας είναι η διακοπή του θηλασμού, η αποφυγή ερεθισμού της θηλής, η αποφυγή έκθλιψης του γάλακτος και η εφαρμογή υποστηρικτικού στηθόδεσμου. Απλή και παλιά μέθοδος καταστολής της γαλουχίας υπήρξε και η συμπίεση των μαστών για τρεις ημέρες περίπου. Ο περιορισμός της λήψης υγρών είναι επίσης ένα σχετικό μέτρο.

Παλαιότερα, τα οιστρογόνα είχαν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για καταστολή της γαλουχίας. Όμως, τα οιστρογόνα αυξάνουν περαιτέρω τον ήδη αυξημένο κίνδυνο για θρόμβωση που παρατηρείται στη διάρκεια της λοχείας. Η χρήση τους στη χώρα μας έχει εγκαταλειφθεί εδώ και πολλά χρόνια. Πάντως, η αρχική περιγραφή του κινδύνου από τα οιστρογόνα βασίστηκε σε δόσεις οιστρογόνων πολύ μεγαλύτερες από τις ποσότητες που είναι απαραίτητες για την καταστολή της γαλουχίας. Εδώ και αρκετά χρόνια, στην καταστολή της γαλουχίας χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία, η βρωμοκρυπτίνη (2,5 mg x 2 για 10 ημέρες), που, μέσω ντοπαμινεργικής δράσης, αναστέλλει την έκκριση της προλακτίνης. Παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη χορήγηση της βρωμοκρυπτίνης, στις δόσεις που είναι απαραίτητες για καταστολή της γαλουχίας, είναι ναυτία, έμετος, υπόταση, ζάλη και λιποθυμία. Το φάρμακο δε χρησιμοποιείται τώρα για το σκοπό αυτό.

Για πρωτοπαθή και δευτεροπαθή απογαλακτισμό χρησιμοποιήθηκε και η λισουρίδη (0,2mg) με το εξής δοσολογικό σχήμα. Στην πρώτη περίπτωση, αμέσως μετά τον τοκετό ή την αποβολή (μέσα στις πρώτες 24 ώρες) λαμβάνονται 1x2 δισκία την ημέρα για 14 ημέρες και στη δεύτερη περίπτωση με σταδιακά αυξανόμενη δοσολογία λαμβάνονται 1x3 δισκία για 14 ημέρες. Αποτελεσματική αναστολή ή διακοπή της γαλουχίας μπορεί να γίνει με χορήγηση καβεργολίνης. Για παρεμπόδιση της έναρξης της γαλουχίας, το

φάρμακο χορηγείται εφάπαξ σε συνολική δόση 1mg (0,5mg x 2) κατά τη διάρκεια της πρώτης ημέρας μετά τον τοκετό. Για διακοπή της γαλουχίας, το φάρμακο χορηγείται σε δόση 0,25mg ανά 12ωρο για διάστημα 2 ημερών (η συνολική δόση είναι και πάλι 1 mg). Και με αυτό το φάρμακο μπορεί να παρουσιαστούν ναυτία, έμετος, υπόταση, ζάλη και λιποθυμία. Τονίζεται ότι είναι προτιμότερο να αποφευχθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή αν η καταστολή μπορεί να επιτευχθεί με συντηρητική αντιμετώπιση¹⁴.

5.9. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

Οι επιπλοκές της γαλουχίας μπορεί να εμφανισθούν κατά τον θηλασμό ή κατά τη διακοπή της γαλουχίας. Οι επιπλοκές αυτές είναι:

ΥΠΕΡΦΟΡΤΩΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Με την έναρξη της γαλουχίας κατά τη 2^η – 3^η ημέρα μετά τον τοκετό, πιθανόν να εμφανιστεί υπερφόρτωση των μαστών.

Για να μην συμβεί αυτό η λεχωίδα πρέπει να μάθει το νεογέννητο να πιάνει τους μαστούς πριν έρθει το γάλα και επιπλέον μετά τον θηλασμό το γάλα που παραμένει στους μαστούς, η λεχωίδα πρέπει να το βγάζει με μαλάξεις των μαστών κατά προτίμηση με τα χέρια και όχι με το θήλαστρο διότι αυτό ανοίγει τους γαλακτοφόρους πόρους και η επιμόλυνση είναι ευκολότερη.

Κλινικά σημεία της υπερφόρτωσης των μαστών:

• Διόγκωση και σκλήρυνση των μαστών

• Πόνος και πιθανόν ελαφρά ερυθρότητα¹²

Η τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων και η στήριξη των μαστών με καλά εφαρμοσμένο στηθόδεσμο ανακουφίζουν συνήθως την επώδυνη διόγκωση των μαστών.

Η χορήγηση ακεταμινοφαίνης, παρακεταμόλης και ανάλογων σκευασμάτων θα ανακουφίσει από το άλγος και τον πυρετό.

Σε ήπιες περιπτώσεις, μπορεί να γίνεται μερική έκθλιψη του γάλακτος πριν από τον θηλασμό. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις θα γίνεται συστηματική εξαγωγή του γάλακτος με ειδική αντλία ή με χειρισμό πίεσης από τη βάση του μαστού προς την κορυφή. Με τα προηγούμενα μέτρα, αναμένεται συνήθως υποχώρηση των συμπτωμάτων σε τρεις ημέρες περίπου.

ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΩΝ ΘΗΛΩΝ

Η ευαισθησία των θηλών είναι ένα κοινό σύμπτωμα των πρώτων ημερών του θηλασμού που γενικά αρχίζει όταν το βρέφος ξεκινά το θηλασμό. Καθώς το γάλα αρχίζει να εκρέει, συνήθως η ευαισθησία των θηλών υποχωρεί¹⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΕΧΩΙΑΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Στις 27/12/08 προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Ιδιωτικού Μαιευτηρίου στην Πάτρα εγκυμονούσα σε καλή κατάσταση με πιθανή ημερομηνία τοκετού 9/1/09. Κατά την τελευταία εξέταση από τον μαιευτήρα το έμβρυο παρουσίασε ισχυακή προβολή και κρίθηκε απαραίτητο να γίνει καισαρική τομή. Η επέμβαση προγραμματίστηκε για την επόμενη ημέρα 28/12/08.

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

ΕΤΩΝ: 27

ΒΑΡΟΣ: 73Kg

ΎΨΟΣ: 1,67m

ΤΟΚΟΣ: 2^{ος}

Σε ηλικία 13 ετών άρχισε η έμμηνος ρύση με κύκλο 28 ημερών. Έχει κάνει test Παπανικολάου. Δεν έχει προηγηθεί έκτρωση ή αποβολή. Ο 1^{ος} τοκετός εξελίχθηκε φυσιολογικά.

Το αποτέλεσμα της καισαρικής τομής ήταν η γέννηση ενός υγιέστατου αγοριού βάρους 3.800 κιλών.

Παρουσιάστηκε επεισόδιο αιμορραγίας στο σημείο της καισαρικής τομής λίγες ώρες μετά την ολοκλήρωσή της και πυρετός 39°C.

Κατά τη λήψη γενικής αίματος και πλήρους βιοχημικού / αιματολογικού ελέγχου εμφάνισε χαμηλό αιματοκρίτη 28 με αιμοσφαιρίνη 9,2 και αδυναμία.

Αναφέρει χρόνια βρογχικό άσθμα από 12 ετών και λαμβάνει συντηρητική αγωγή. Στην ηλικία των 25 ετών έκανε θυρεοειδεκτομή λόγω πολλαπλών όζων από υπερθυρεοειδισμό / λαμβάνει θυροξίνη ημερησίως (1tb x 1).

Η λεχωίδα παρουσίασε αρκετά προβλήματα, τα οποία μαζί με τη νοσηλευτική δραστηριότητα αναφέρονται στους παρακάτω 5 πίνακες:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Πόνος στο σημείο της επέμβασης.	Ανακούφιση από τον πόνο.	Χρήση μηχανικών μέσων και φαρμακευτικής αγωγής.	Τοποθέτηση σε ύπτια θέση, διδασκαλία πώς να κρατά το τραύμα, εντριβή με απαλές κινήσεις και (σε συνέχιση πόνου) παυσίπονη ένεση.	Η λεχωίδα ηρέμησε και κοιμήθηκε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Χαμηλός αιματοκρίτης λόγω απώλειας αίματος κατά την καισαρική τομή.	Αποκατάσταση του αιματοκρίτη.	Έλεγχος αιματοκρίτη και επικοινωνία με την αιμοδοσία για την προετοιμασία μονάδων αίματος.	Παρακολούθηση αιμοσφαιρίνης ανά δωρο, έλεγχος για πιθανή αιμορραγία στην περιοχή του τραύματος, χορήγηση κρυσταλλοειδών κολλοειδών.	Αποκατάσταση του αιματοκρίτη μετά από δυο 24ωρα χωρίς να χρειαστεί χορήγηση μονάδων αίματος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3. Πυρετός.	Αποκατάσταση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	α) Διάγραμμα για την αναγραφή των θερμομετρήσεων, β) προετοιμασία δίσκου αντιπυρετικών και αναλγητικών φαρμάκων, γ) προετοιμασία επιθεμάτων, δ) προετοιμασία δίσκου για τη λήψη αίματος και αιμοκαλλιέργειας.	α) Λήψη θερμοκρασίας ανά 3ωρο και καταγραφή της στο διάγραμμα, β) ακριβής τήρηση χορήγησης των καθορισμένων από το γιατρό αντιπυρετικών και αναλγητικών φαρμάκων, γ) τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων, δ) λήψη αίματος για αιμοκαλλιέργεια.	Πτώση της θερμοκρασίας και διατήρησή της σε σταθερή τιμή 36,8° C.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
4. Επιμόλυνση καισαρικής τομής.	Ταχεία επούλωση του τραύματος.	α) Φροντίδα τραυματικής περιοχής, β) επίδεση τραύματος.	α) Καθαρισμός τραύματος με φυσιολογικό ορό. Απολύμανση με αντισηπτικό διάλυμα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα, β) επίδεση του τραύματος για την πρόληψη μόλυνσης, αιμόσταση και απορρόφηση εκκρίσεων.	Επούλωση τραύματος σε λίγες ημέρες, αφαίρεση ραμμάτων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Δυσκοιλιότητα.	Φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.	α) Διερεύνηση της αιτίας, β) εκτέλεση υποκλυσμού (εάν κριθεί αναγκαίο).	α) Ο φόβος της λεχωΐδας να σηκώνεται από το κρεβάτι τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες αποτελεί πιθανότατα την αιτία αδράνειας του εντέρου, β) εφαρμογή καθαρτικού υποκλυσμού.	Κένωση του εντέρου και ανακούφιση της λεχωΐδας. <i>Μετά την πραγματοποίηση των απαιτούμενων ελέγχων της λεχωΐδας και του νεογνού, ενημερώνεται σχετικά με την φροντίδα της ίδιας και του νεογνού στο σπίτι και παίρνει εξιτήριο.</i>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΕΧΩΪΔΑΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στις 9/1/09 προσήλθε στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο Σταυρούπολης στην Θεσσαλονίκη λεχωΐδα, εκούσια, με τον σύζυγο και την αδερφή της.

Ως αίτιο εισόδου αναφέρεται απόπειρα αυτοκτονίας με λήψη ασπιρινών, που πραγματοποιήθηκε το προηγούμενο βράδυ. Το γεγονός έγινε αντιληπτό εγκαίρως από το σύζυγό της, ο οποίος και την μετέφερε στο νοσοκομείο που εφημέρευε.

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

ΕΤΩΝ: 34

ΒΑΡΟΣ: 65 Kg

ΥΨΟΣ: 1, 69

ΤΟΚΟΣ: 1^{ος}

Το οικογενειακό ιστορικό δεν αναφέρει γνωστές ψυχιατρικές νόσους.

Η ασθενής εμφανίζει ψυχοκινητική ανησυχία, καταθλιπτικό συναίσθημα, αϋπνία και ανορεξία. Είναι ολιγόλογη, εμφανίζει διαταραχές του λόγου, παρουσιάζει ασάφεια σκέψεων ενώ το περιεχόμενο των σκέψεων αφορά αυτοκτονικό ιδεασμό, ιδέες ματαιότητας και απελπισίας.

Αναφέρει δύο χειρουργικές επεμβάσεις (σκωληκοειδεκτομή στην ηλικία των 21 ετών και εξωτερική οστεοσύνθεση μετά από βαρύ τραυματισμό σε τροχαίο στο δεξί κάτω άκρο της ποδοκνημικής σε ηλικία 25 ετών.)

Στα 28 της παρουσίασε αλλεργία μετά από δήγμα μέλισσας με αποτέλεσμα να της προκαλέσει έντονο κνησμό, αναφυλαξία, οίδημα λάρυγγα με βρογχόσπασμο και χρειάστηκε άμεση αντιμετώπιση σε υγειονομική μονάδα.

Επίσης, αναφέρει σιδηροπενική αναιμία και δηλώνει καπνίστρια από τα 19 της (τουλάχιστον 20 τσιγάρα ημερησίως).

Η λεχωΐδα παρουσίασε αρκετά προβλήματα, τα οποία μαζί με τη νοσηλευτική δραστηριότητα αναφέρονται στους παρακάτω 6 πίνακες:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Απόσυρση (επί 2 ημερών).	Παύση απομόνωσης και απόσυρσης από το περιβάλλον.	α) Επικοινωνία της ψυχολόγου/ψυχιάτρου με τη λεχωίδα, β) ενημέρωση για διαμόρφωση της φαρμακευτικής αγωγής, γ) παρακολούθηση για υποτροπή της απόσυρσης.	α) Επικοινωνία ψυχολόγου/ψυχιάτρου με τη λεχωίδα επί 2 ώρες, β) λήψη συστηθείσας φαρμακευτικής αγωγής (η λεχωίδα δεν έφερε αντίρρηση).	Συνεργασία ασθενούς με τον ψυχολόγο/ψυχίατρο - έκφραση συναισθημάτων, λήψη φαρμακευτικής αγωγής χωρίς διακοπή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Θλίψη / στενοχώρια.	Βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασής της.	α) Απασχόληση με εργασία δικού της ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, β) επίσκεψη φίλων και συγγενών.	α) Ζητά κάποιο βιβλίο που της αρέσει, β) ακούει μουσική που της αρέσει, γ) επικοινωνία με φίλους και συγγενείς,	Μείωση της θλίψης, εικόνα θετικής διάθεσης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3. Αυτοκτονικός ιδεασμός.	Περιορισμός του αυτοκτονικού ιδεασμού.	α) Συνέχιση καλής συνεργασίας με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό – συνέχιση συνεδριών ψυχολογίας, β) συχνότερη επίσκεψη φίλων και συγγενών, γ) αντικαταθλιπτική αγωγή.	α) Διακριτική παρακολούθηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, β) επικοινωνία με φίλους και συγγενείς, γ) λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής.	Περιορισμός του αυτοκτονικού ιδεασμού. Ήρεμη συμπεριφορά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
4. Ζάλη / αστάθεια / αδυναμία.	Αντιμετώπιση και ενίσχυση του οργανισμού.	α) Συμβουλή να παραμείνει κλινήρης, β) ενυδάτωση, έλεγχος αιματοκρίτη.	α) Αποφυγή ορθοστασίας και μετακίνησης, β) τοποθέτηση περιφερικής φλεβικής γραμμής, χορήγηση υπέρτονου διαλύματος και σιδήρου IV.	Ενίσχυση του οργανισμού.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Δύσπνοια / βήχας.	Εξάλειψη βήχα και ανακούφισή της.	α) Προετοιμασία του απαραίτητου υλικού και τεχνικού εξοπλισμού, β) διδασκαλία της λεχωΐδας για συγκεκριμένη θέση στην κλίνη.	α) Δίσκος με μάσκα venturi, μάσκα νεφελοποιητή, βρογχοδιασταλτικά, φιάλη οξυγόνου, β) αναπνευστικές ασκήσεις για μεγαλύτερη οξυγόνωση και βαθύτερη απόχρεψη.	Αντιμετώπιση βήχα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
6. Επαρκής συμμόρφωση της λεχωΐδας με το πρόγραμμα θεραπείας.	Διατήρηση της συμμόρφωσης της λεχωΐδας στο πρόγραμμα θεραπείας και προγραμματισμός σύντομης εξόδου της.	α) Εκτίμηση των καθημερινών δραστηριοτήτων της, β) συζήτηση με το γιατρό.	α) Το νοσηλευτικό προσωπικό κρίνει πως η κατάστασή της έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο, β) η ψυχολόγος συμφωνεί πως η ασθενής θα πάρει σύντομα εξιτήριο και θα παρακολουθείται ως εξωτερική ασθενής.	Παίρνει εξιτήριο αφού πρώτα έχουν δοθεί οδηγίες στην ίδια και στους συγγενείς της (σωστή λήψη φαρμακευτικής αγωγής, ήρεμο περιβάλλον, επισκέψεις στην ψυχολόγο για παρακολούθηση και τυχόν υποτροπές).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπανικολάου Ν. και Παπανικολάου Α., «Μαιευτική», Έκδοση 3^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2005, 71-95.
2. Shapiro P.J., *Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001, 2:27, 35-37, 5:81-88, 8:152-153, 10:201, 15:290-302, 16:310.
3. Αραβαντινός Δ., *Φυσιολογία της γυναίκας*, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 1982, 1:1-35.
4. Lanson L., *Από γυναίκα σε γυναίκα*, Μετάφραση Μιχαλοπούλου Μόσχα, Εκδόσεις ΓΛΑΡΟΣ, Αθήνα 1982, 28, 187.
5. Ζακόπουλος Ν., Ο γιατρός της οικογένειας, 3^η έκδοση, Εκδόσεις Γ. ΒΛΑΣΣΗ, Αθήνα 1968, 563-565, 569-570.
6. Δραγώνα Θ., *Γέννηση: η γυναίκα μπροστά σε μια καινούργια ζωή*, Ίδρυμα ερευνών για το παιδί, Εκδόσεις ΔΩΔΩΝΗ, Αθήνα 1987, 3: 51-54, 68.
7. http://www.Femme.gr/vaginal_delivery.Htm
8. Ντόλατζας Θ., *Ο Γιατρός Συμβουλεύει*, Σύγχρονη Προληπτική Ιατρική, Τόμος 4, Εκδόσεις ΛΙΓΚΑΣ, Αθήνα 2002, 707.
9. Vellay P., *Σεξουαλική ανάπτυξη και μητρότητα: ο ανώδυνος με την ψυχοπροφυλακτική μέθοδο*, Μετάφραση Λιναρδάκη Ιφιγένεια, Αθήνα 1969, 133-137, 239-240.
10. Μαμόπουλος Μ., *Κύηση υψηλού κινδύνου*, Σιώκης Α., Θεσσαλονίκη 1988, 3, 128, 131-132, 170-171, 179-180, 197, 212-213, 236-237.
11. <http://www.iatrotek.org>
12. Λώλης Δ., *Γυναικολογία και μαιευτική*, 2^η έκδοση, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 2004, 13:199-201, 15:215-217, 41:745-750.
13. Αραβαντινός Δ., *Μαιευτική*, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 1989, κεφ. 3, σελ. 63-105.
14. Ιατράκης Γ., *Βιβλίο μαιευτικής: φυσιολογία και παθολογία μητέρας-εμβρύου*, Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ, Αθήνα 2004, 42:343-346, 99:711-722, 100:723-728, 102:741-744.

15. Καλογερόπουλος Α., *Μαιευτική*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1992, 12:204-206, 16:253-257.
16. Pappas A.B., Hollingsworth A.O., Livingstone J.C., *Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική*, Μετάφραση Μαστρογιάννης Δήμος, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1999, 11:346, 12:362-365.
17. Gulanick M., Knoll Puzas M., Gradishar D., *Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική φροντίδα*, Μετάφραση Καραχάλιος Γεώργιος, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2003, 275-282.
18. Miller P., Callanter D., *Μαιευτική εικονογραφημένη*, Εκδόσεις Churchill-Livingstone, Αθήνα 1991, κεφ. 6, σελ. 369- 395.