

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**



**Επιμέλεια:**  
**Καρακαλπάκη Δήμητρα**  
**Ταστάνη Μαρία**

**Εισηγητής:**  
**κος Νικόλαος Γιαννούλης**

**ΠΑΤΡΑ 2010**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θελήσαμε στην Πτυχιακή Εργασία μας να εργαστούμε και να παρουσιάσουμε την πορεία της κύησης. Καθώς η γονιμότητα και η γέννηση ενός ανθρώπου αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα θαύματα της φύσης.

Ως νοσηλευτές θέλουμε να αναφέρουμε ότι ο εξειδικευμένος νοσηλευτής βρίσκεται σε μια ιδιαίτερη θέση, λίγα επαγγέλματα προσφέρουν τόση πολύ υπευθυνότητα και πρόκληση αμέσως μετά την αποφοίτηση. Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής που βρίσκεται στην πρώτη γραμμή πρέπει να μπορεί να παίρνει αποφάσεις και να δέχεται τις ευθύνες, καθώς η συμβολή του σε όλα τα στάδια της κύησης (είτε πρακτικά, είτε ψυχολογικά) είναι πολύτιμη.

Κλείνοντας τον πρόλογο μας θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας, οι οποίοι στάθηκαν ακούραστοι συμπαραστάτες σε όλη την φοιτητική μας πορεία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας μας αυτής, είναι η απόκτηση γνώσης για το πώς πρέπει να φροντίζουμε την γυναίκα στην περίοδο της εγκυμοσύνης, όταν εκείνη παρουσιάσει επιπλοκές και διακομισθεί στο νοσοκομείο.

Η εγκυμοσύνη αποτελεί το θαύμα της ζωής και όπως είναι κοινωνικά αποδεκτό την πιο σημαντική περίοδο στην ζωή της γυναίκας. Οι επιπλοκές όμως μπορούν να διαταράξουν την αρμονικότητα αυτής της περιόδου. Κάποια σημάδια, τα λεγόμενα σημεία κινδύνου, είναι αυτά που πρέπει να θορυβήσουν την έγκυο και να οδηγήσουν στο νοσοκομείο. Τέτοια σημεία είναι: η κολπική αιμορραγία, επίμονη κεφαλαλγία, οιδήματα προσώπου ή κιρσών οπτικές διαταραχές, πόνος σε κοιλιά και όσφυ, ναυτία- έμετος, ρίγος, υψηλός πυρετός  $>38^{\circ}\text{C}$ , υψηλή πίεση  $>140/90\text{ mm Hg}$ , κ.ά.

Αναλύοντας, την αιμορραγία ως επιπλοκή την διαχωρίζουμε σε αυτή των πρώτων 20 εβδομάδων κύησης που υποδηλώνει πιθανή αποβολή, έκτοπη κύηση ή τροφοβλαστική νόσο και σε αυτή των 20 τελευταίων εβδομάδων που υποδηλώνει προδρομικό πλακούντα ή πρόωρη αποκόλλησή του, έναρξη διαστολής του τραχηλικού στομίου, ρήξη προδρομικών αγγείων ή κιρσών κόλπου ή τραχήλου της μήτρας. Δεν πρέπει να ξεχνάμε την αιμορραγία μη μαιευτικής προέλευσης όπως ο τραυματισμός.

Μια πολύ συνηθισμένη επιπλοκή είναι η υπερτασική νόσος της κύησης (Α.Π. $>140\text{ mm/Hg}$ ) η οποία παρατηρείται μετά την 20<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης και αν δεν εκτιμηθεί σωστά μπορεί να οδηγήσει σε προεκλαμψία (υπέρταση, λευκοματουρία, με ή χωρίς οίδημα) αλλά και σε εκλαμψία (συμπτώματα προεκλαμψίας, με οίδημα και σπασμούς). Σημειώνεται ότι σε 1 στις 10 περιπτώσεις της υπερτασικής νόσου εμφανίζεται το σύνδρομο Hellp, στο οποίο υπάρχουν ηπατικές και αιματολογικές αλλοιώσεις.

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης αποκαλύπτεται, όταν η γυναίκα που κάνει εξετάσεις αίματος και είναι νηστική βρεθεί με τιμή σακχάρου άνω του  $95\text{ mg/dL}$ . Η παρακολούθηση της διαβητικής εγκύου πρέπει να γίνεται από μια ομάδα ειδικών που περιλαμβάνει ιατρικό, νοσηλευτικό, μαιευτικό προσωπικό αλλά και ειδικό διαβητολόγο.

Στις προγεννητικές ιογενείς λοιμώξεις, το κοινό είναι ότι εμφανίζονται συνήθως χωρίς συμπτώματα ή με ήπια συμπτώματα και η διάγνωση τους είναι δύσκολη. Κάθε ιός μπορεί να αντιμετωπιστεί διαφορετικά. Αναλύονται οι παρεμβάσεις για την ερυθρά, την ηπατίτιδα, το AIDS.

Σε κάθε περίπτωση η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα της εγκύου γίνεται με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και την αντιμετωπίζει σαν μία μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	10
1.1 Εισαγωγή.....	10
1.2 Εξωτερικά γεννητικά όργανα.....	10
1.3 Εσωτερικά γεννητικά όργανα.....	11
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	14
2.1 Ωορρηξία & Εμμηνορροσία.....	14
2.2 Γεννητικός κύκλος της γυναίκας.....	14
2.3 Σύλληψη.....	15
2.4 Αυλάκωση.....	16
2.5 Εμφύτευση.....	17
2.6 Εγκυμοσύνη.....	18
2.6.1 Κύηση υψηλού κινδύνου.....	19
2.6.2 Σημεία κινδύνου.....	20
3. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	21
3.1 Εισαγωγή.....	21
3.2 Αιμορραγία κατά την κύηση.....	21
3.3 Αιμορραγία κατά τις 20 πρώτες εβδομάδες της κύησης.....	21
3.3.1. Αποβολή.....	21
3.3.1.1 Αιτιολογία.....	22
3.3.1.2 Διάγνωση.....	23
3.3.1.3. Αντιμετώπιση.....	24
3.3.1.4. Νοσηλευτική φροντίδα.....	25
3.3.1.5 Σχεδιασμός Νοσηλευτικής φροντίδας.....	25
3.3.1.6 Φροντίδα στο σπίτι.....	26
3.3.2 Έκτοπη κύηση.....	26
3.3.2.1 Αιτιολογία.....	27
3.3.2.2 Κλινική εικόνα.....	27
3.3.2.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	27
3.3.2.4 Εκτόπιση.....	27
3.3.2.5 Διάγνωση.....	29
3.3.2.6 Θεραπεία.....	30

3.3.2.7 Νοσηλευτική φροντίδα .....	31
3.3.3 Τροφοβλαστική νόσος της κύησης.....	32
3.3.3.1 Κλινική εικόνα.....	32
3.3.3.2 Θεραπεία.....	32
3.3.3.3 Νοσηλευτική φροντίδα .....	33
3.3.3.4 Παρακολούθηση .....	33
3.4 Αιμορραγίες μετά την 20 <sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης.....	34
3.4.1 Προδρομικός πλακούντας .....	35
3.4.1.1 Παράγοντες κινδύνου.....	35
3.4.1.2 Αιτιολογία .....	35
3.4.1.3 Διάγνωση.....	35
3.4.1.4 Νοσηλευτική φροντίδα.....	36
3.4.2 Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα .....	37
3.4.2.1 Αιτιολογία.....	37
3.4.2.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες .....	37
3.4.2.3 Κλινικές εκδηλώσεις .....	38
3.4.2.4 Θεραπεία.....	38
3.4.2.5 Νοσηλευτική φροντίδα .....	38
3.4.3 Ρήξη προδρομικών αγγείων.....	39
3.4.5 Ρήξη μήτρας.....	40
3.4.6 Ανεξήγητη αιμορραγία.....	40
3.4.7 Αιμορραγία μη μαιευτικής προέλευσης.....	40
4. ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	41
4.1. Ταξινόμηση των υπερτασικών διαταραχών της κύησης .....	41
4.2 Αιτιολογία.....	41
4.3. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	42
4.4 Κλινική εικόνα .....	42
4.5 Διάγνωση.....	42
4.6. Φαρμακευτική Αγωγή .....	43
4.7 Πρόγνωση.....	43
4.8 Νοσηλευτική Φροντίδα .....	43
4.9 Επείγουσες καταστάσεις.....	45
4.10 Σύνδρομο HELLP.....	46
4.10.1 Αιτιολογία .....	46

4.10.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες .....	46
4.10.3 Κλινική εικόνα .....	46
4.10.4 Διάγνωση .....	47
4.10.5 Εργαστηριακές εξετάσεις .....	47
4.10.6 Θεραπεία .....	48
4.10.7 Πιθανές επιπλοκές .....	48
4.10.8 Πρόγνωση .....	48
4.10.9 Νοσηλευτική φροντίδα .....	49
5. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ .....	50
5.1 Ταξινόμηση του Σακχαρώδη Διαβήτη .....	50
5.2 Διαβήτης τύπου 1 .....	51
5.3 Διαβήτης τύπου 2 .....	51
5.4 Διαβήτης της κύησης .....	52
5.5 Η επίδραση του Σακχαρώδη Διαβήτη στην κύηση .....	52
5.6 Κίνδυνοι και Επιπλοκές για την μητέρα και το έμβρυο .....	52
5.7 Προσυμπτωματικός και Εξατομικευμένος Έλεγχος .....	53
5.8 Δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης .....	54
5.9 Εκτίμηση .....	54
5.10 Κλινική εξέταση .....	55
5.11 Στόχοι Αντιμετώπισης .....	55
5.12 Νοσηλευτική Φροντίδα .....	56
5.13 Επείγουσες Καταστάσεις .....	57
6. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ .....	59
6.1 Ερυθρά .....	59
6.2 Ηπατίτιδα .....	61
6.3 AIDS .....	65
7. ΤΟΚΕΤΟΣ .....	67
7.1 Στάδια τοκετού .....	67
7.2 Καισαρική τομή .....	68
7.3 Αξιολόγηση βρέφους .....	69
7.4 Λοχεία .....	71
Περίπτωση 1 <sup>η</sup> .....	74
Περίπτωση 2 <sup>η</sup> .....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	84



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συγγραφή και η ενασχόληση μας με το συγκεκριμένο θέμα είναι ένα επικίνδυνο παιχνίδι ισορροπίας ανάμεσα στο χρόνο στις γνώσεις που ανανεώνονται συνεχώς. Μπορούμε να πούμε ότι κατά την ενασχόληση μας με την κύηση και τις επιπλοκές έγινε προσπάθεια εξισορρόπησης της κατανομής του υλικού ανάμεσα στο ιατρικό αλλά και στο νοσηλευτικό κομμάτι.

Μέσα στο σύγγραμμα αναλύεται η ανατομία του γυναικείου γεννητικού συστήματος, η σύλληψη, η εγκυμοσύνη αλλά και κάποιες από τις πιο συνηθισμένες επιπλοκές. Επίσης γίνεται αναφορά στον τοκετό, την λοχεία και το νεογνό. Όλα αυτά σε συσχέτιση με το νοσηλευτικό επάγγελμα.





# 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

## 1.1 Εισαγωγή

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή της και την διαίωνιση του είδους.

Η φύση, άγνωστο για ποιο λόγο, πρόσταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την εφηβεία ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο μέρες, εκείνες που τις εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου.

Τα όργανα που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά. Το όριο ανάμεσά τους είναι ο παρθενικός υμένας.

Επιπλέον υπάρχουν κάποια όργανα και ανατομικά στοιχεία, τα οποία δεν ανήκουν στο γεννητικό σύστημα, αλλά έχουν έντονη σχέση με αυτό. Αυτά είναι *η ουρήθρα, η ουροδόχος κύστη, οι ουρητήρες, το ορθό και το πυελικό έδαφος*. (Παπανικολάου, 2005)

## 1.2 Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα εφάπτονται στο έξω μέρος του κόλπου. Προστατεύουν το κόλπο και παρέχουν πρόσβαση για το όργανο αναπαραγωγής του ανδρός. (Shapiro, 2001)

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το *αιδοίο*, το οποίο έχει σχήμα τριγωνικό με βάση του την ηβική πτυχή, τη βάση του στις αιδοιομηρικές πτυχές, και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου, ενώ στη μέση εμφανίζει μια κάθετη σχισμή την αιδοϊκή. (Παπανικολάου, 2005)

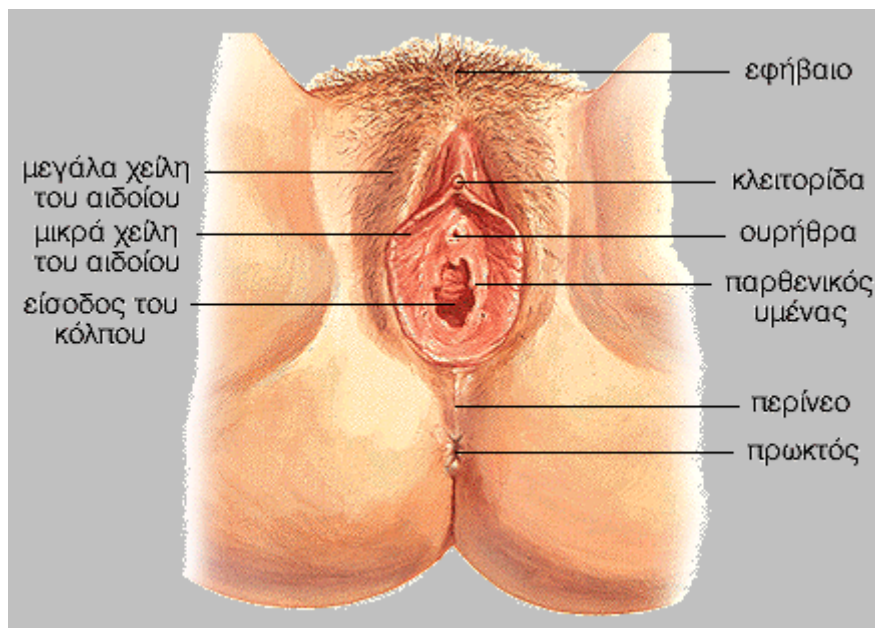
Το αιδοίο αποτελείται από δύο βαριά χείλη, τα οποία ονομάζονται *μεγάλα χείλη* του αιδοίου. Η έξω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων αποτελείται από δέρμα και λίπος και καλύπτεται από το ηβικό τρίχωμα. Η έσω επιφάνεια μοιάζει με βλεννογόνο υμένα. Η λειτουργία των μεγάλων χειλέων είναι να προστατεύουν και να καλύπτουν την είσοδο του κόλπου. (Shapiro, 2001)

Στο εσωτερικό των μεγάλων χειλέων βρίσκονται δύο μικρότερα χείλη που ονομάζονται *μικρά χείλη* του αιδοίου. Αυτά τα λεπτότερα χείλη συναντώνται για να φτιάξουν μια μικρή "καλύπτρα" ακροπόσθια, η οποία καλύπτει ένα μικροσκοπικό στυτικό όργανο την *κλειτορίδα*. Αυτή η κατασκευή είναι μια μικρή επιμήκης μάζα ιστού, νεύρων και μυός πλούσια τροφοδοτούμενη από αιμοφόρα αγγεία και καλυπτόμενη από βλεννώδη υμένα. Η κλειτορίδα μοιάζει με το πέος στο ότι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη και αντιδρά σε σεξουαλικά ερεθίσματα. Οι βαρθολίνειοι αδένες εκκρίνουν ένα βλεννώδες λιπαντικό υλικό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης.

Κάτω από την κλειτορίδα υπάρχουν δύο υπερυψωμένες κορυφές με ένα άνοιγμα ανάμεσά τους, το στόμιο της ουρήθρας. Η ουροδόχος κύστη εκκενώνεται από αυτό

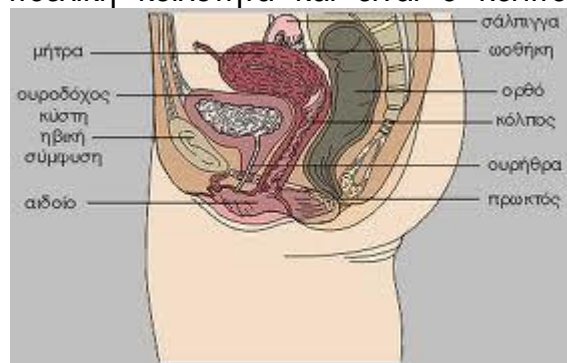
το στόμιο. Σε κάθε πλευρά αυτού του ανοίγματος της ουρήθρας βρίσκονται οι παραουρήθριοι πόροι, οι αδένες του Skene.

Ακριβώς κάτω από το στόμιο είναι μια πτυχή βλεννώδους μεμβράνης που ονομάζεται *παρθενικός υμένας* και προστατεύει το άνοιγμα του κόλπου. Ο υμένας κατά ένα μέρος και περιστασιακά κλείνει την είσοδο του κόλπου. Σημειώνεται ότι αντίθετα με ότι πιστεύεται ευρέως η ρήξη του παρθενικού υμένα δεν είναι αναγκαστικά δείγμα σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά μπορεί να υπάρξει ρήξη από τραυματισμό, εγχείρηση, χρήση ταμπόν, αθλητικές δραστηριότητες ή γυναικολογικές εξετάσεις. (Shapiro, 2001, Γεωργακόπουλος, 1993)



### 1.3 Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα αναπαραγωγής της γυναίκας βρίσκονται στην πυελική κοιλότητα και είναι ο *κόλπος*, η *μήτρα*, οι *σάλπιγγες* και οι *ωοθήκες*.



Ο *κόλπος* (ή *κολεός*) είναι ένας ινομυώδης, καμπυλωτός σωλήνας μήκους 8-12 cm (από το αιδοίο έως τη μήτρα) με μεγάλη διατασημότητα και εύρος 3-4 cm στην άτοκο και περίπου το διπλάσιο στην πολύτοκο. Μικρή αύξηση της διαμέτρου του κόλπου γίνεται κατά την συνουσία. Ο τράχηλος είναι το μικρότερο κομμάτι της μήτρας και προεξέχει μέσα στο κόλπο. Ο κόλπος είναι εσωτερικά τοποθετημένος μεταξύ της

ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Ο κόλπος καλύπτεται από βλεννώδη υμένα με πολλές πτυχές που ονομάζονται κολεϊκές ρυτίδες. Οι εκκρίσεις που παρατηρούνται προέρχονται ως επί το πλείστον από αδένες του τραχήλου. (Ιατράκης, 2004, Παπανικολάου, 2005)

Ο κόλπος εξυπηρετεί τρεις σημαντικές λειτουργίες:

- 1) την είσοδο του πέους και παραλαβή του σπέρματος
- 2) εκκένωση της έμμηνου ρύσεως και του απεκκριματικού υλικού της μήτρας &
- 3) παράδοση του προϊόντος της σύλληψης.

Η *μήτρα*, είναι το όργανο, το οποίο διατηρεί το έμβρυο κατά την διάρκεια της κύησης. Είναι ένα κοίλο όργανο σε σχήμα αχλαδιού με παχύ μυώδη τείχη. Έχει διαστάσεις 6 με 7 cm μήκος και 2 cm πάχος. Καταλαμβάνει το μέσο της πυέλου, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου.

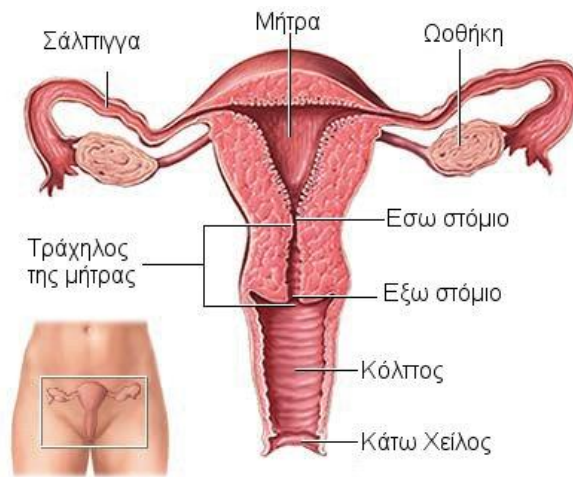
Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα το άνω που είναι ογκώδες και τριγωνικό και ονομάζεται *σώμα* και το κάτω που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται *τράχηλος*. Ανάμεσα στον τράχηλο και τον μηρό υπάρχει ο ισθμός.

Η σχέση σώματος και τραχήλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας, έτσι από τα 7,5 cm του μήκους της μήτρας τα 5 cm αντιστοιχούν στο σώμα της και τα 2,5 cm στο τράχηλο. Το ακριβώς αντίθετο συμβαίνει στα κορίτσια. Στις ηλικιωμένες γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση η μήτρα μικραίνει από ατροφία μυϊκού τοιχώματος και η ενδοκολπική μήτρα του τραχήλου σχεδόν εξαφανίζεται.

Ο πυθμένας και το σώμα σχηματίζουν το κυρίως σώμα της μήτρας. Το ενδοθήλιο της μήτρας αλλιώς ονομάζεται *ενδομήτριο*. Ο μυϊκός χιτώνας της μήτρας ονομάζεται *μυομήτριο* και ο συνδετικός ιστός γύρω από το μυ ονομάζεται *περιμήτριο*. Το ενδομήτριο δέχεται και τρέφει το γονιμοποιημένο ωάριο. Κατά την διάρκεια της κύησης η μήτρα γίνεται πιο μαλακή και αυξάνεται πολύ σε μέγεθος για να κρατήσει το γονιμοποιημένο έμβρυο. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης η μήτρα γίνεται ένας λεπτός μυώδης σάκος με μαλακά τοιχώματα που υποχωρεί με την κίνηση του εμβρύου. (Shapiro, 2001)

Επειδή η μήτρα τρέφει το κύημα η δομή της καθορίζεται από τρεις δομικές αρχές πρέπει:

- 1) να τρέφει το κύημα
- 2) να εξασφαλίζει χώρο για το συνεχώς αυξανόμενο κύημα &
- 3) στο τέλος να εξωθήσει το κύημα. (Lippert, 1993)



Οι δύο σάλπιγγες (ή ωαγωγοί) εκτείνονται προς τα έξω από τις ανώτερες γωνίες της μήτρας έως την κοιλιακή χώρα. Έχουν μήκος 10 -12 cm και η διάμετρός τους είναι ίση όσο ένα καλαμάκι αναψυκτικού. Ως επί το πλείστον είναι σχηματισμοί μυών. Το απομακρυσμένο μέρος της σάλπιγγας ( ο κώδωνας της σάλπιγγας) καμπυλώνει γύρω από την ωοθήκη με τέτοιο τρόπο που οι προεξοχές (κροσσοί) καλύπτουν την ωοθήκη αλλά δεν προσκολλώνται σε αυτήν. Αποστόλη των κροσσών είναι να μεταφέρουν με περισταλτικές κινήσεις τα ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν την σύλληψη.

Η σύλληψη κανονικά λαμβάνει χώρα στο έξω 1/3 της σάλπιγγας. Αναφορικά οι σάλπιγγες διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα το διάμεσο(ή το ενδοτοιχωματικό), τον ισθμό, την λήκυθο και τον κώδωνα και σε σχέση με την υφή τους αποτελούνται από 3 στοιβάδες: την εξωτερική, την μέση και την εσωτερική.(Shapiro, 2001, Ιατράκης, 2004)

Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας (όπως οι όρχεις για τους άνδρες) και βρίσκονται μία δεξιά και μια αριστερά της μήτρας.(Ιατράκης, 2004) Μοιάζουν σε σχήμα και σε μέγεθος όσο ένα αμύγδαλο και είναι σκληρές και ινώδεις, λευκές προς ασημί και σαν λακκίσκοι. Το μέγεθος της ωοθήκης αλλάζει ανάλογα με το σε ποια ωοθήκη θα γίνει η ωοθηλακιορρηξία και με την φάση του κύκλου. Το βάρος τους ανέρχεται σε 7 με 12 gr και ανατομικά βρίσκονται στην πίσω επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων, κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου, που ονομάζονται ωοθηκικοί βόθροι. Η επιφάνεια των ωοθηκών στη γυναίκα που βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία είναι ανώμαλη, επειδή επηρεάζεται από την ωρίμανση των ωοθηλακίων. Όταν αυτά σπάζουν σχηματίζουν ένα ωχρο σωματίο και ύστερα μια μικροσκοπική ουλή, έτσι η επιφάνεια των ωοθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωοθηκικού κύκλου. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες μικραίνουν, γιατί ατροφούν και η επιφάνειά τους είναι γεμάτη εντυπώματα. Οι ωοθήκες στηρίζονται από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητροωοθηκικούς συνδέσμους και τα μεσοωοθήκια. Από άποψη υφής αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία την μυελώδη ουσία και τις πύλες.(Παπανικολάου, 2005, Μπόντης, 2007)

## 2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

### 2.1 Ωορρηξία & Εμμηνορρυσία

Η ωορρηξία και η εμμηνορρυσία συνδέονται μεταξύ τους. Η *ωορρηξία* είναι η διαδικασία κατά την οποία ένα ώριμο ωάριο απελευθερώνεται και η μήτρα προετοιμάζεται να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Η *εμμηνορρυσία* είναι η διαδικασία της αποβολής του άχρηστου ενδοθηλίου της μήτρας όταν δεν έχει επέλθει η σύλληψη. Η πρώτη μέρα της περιόδου θεωρείται η πρώτη μέρα του κύκλου. (Shapiro, 2001)

Η μέση ηλικία που αρχίζει η εμμηνορρυσία είναι τα 13 με 14 έτη, αλλά σε μία μικρή αναλογία περιπτώσεων αρχίζει νωρίς μέχρι και από το 10<sup>ο</sup> ή 17<sup>ο</sup> έτος και μπορεί να θεωρηθεί μέσα σε φυσιολογικά όρια. Η διάρκεια της έμμηνου ρύσεως διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα, αλλά συνήθως διαρκεί από 4 έως 6 ημέρες, αλλά και 2 έως 8 ημέρες θεωρείται φυσιολογική διάρκεια. Τα έμμηνα περιέχουν αίμα, βλέννα, επιθήλια, τμήματα αδένων, γλυκογόνο και άλλα στοιχεία της λειτουργικής στοιβάδας του ενδομητρίου ενώ η ποσότητα είναι 50 με 90 ml και το ποσό του σιδήρου που χάνει κάθε γυναίκα είναι περίπου 23,5 mg σε κάθε περίοδο. Στην διάρκεια της περιόδου παρατηρούνται αλλαγές στο σώμα της γυναίκας σε σχέση με το βάρος της, το 30% περίπου των γυναικών κερδίζει 1 με 1,5 kg λίγο πριν αρχίσει η περίοδος και τα χάνουν μόλις τελειώσει. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην κατακράτηση του νερού και του αλατιού από την δράση της προγεστερόνης και της αδενοκορτικοτρόπου ορμόνης. (Ζούρλας, και συνεργάτες, 1984)

### 2.2 Γεννητικός κύκλος της γυναίκας

Ο γεννητικός κύκλος της γυναίκας φαινομενικά αρχίζει με την *έμμηνο ρύση* και αφορά κυρίως δύο όργανα την ωοθήκη και την μήτρα. Ουσιαστικά όμως συμμετέχει και το υπόλοιπο σώμα όσο και η ψυχή της γυναίκας. Δεν είναι λίγες οι φορές για παράδειγμα που οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη πριν την περίοδο. Στην ωοθήκη ωριμάζουν ρυθμιστικά τα ωοθυλάκια. Η *ωοθηλακιορρηξία* γίνεται 14 ημέρες πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνου ρύσης. Μέσα στην κοιλότητα του άδειου ωοθυλακίου γίνεται μια μικρή αιμορραγία το ρήγμα της ωοθηλακιορρηξίας κλείνει από πήγμα. Τα κύτταρα της θήκης μεγαλώνουν και γεμίζουν την κοιλότητα με αποθήκευση παραγώγων χοληστερίνης. Ο σχηματισμός αποκτά σταδιακά κίτρινο χρώμα για αυτό και ονομάστηκε *ωχρό σωμάτιο*. Το σωμάτιο αυτό παράγει μια ορμόνη την *προγεστερόνη*, η οποία προετοιμάζει τη μήτρα για πιθανή κύηση.

Αν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί το ωχρό σωμάτιο υποστρέφει, γρήγορα, μετά από δύο εβδομάδες μετατρέπόμενο σε λευκή ουλή ( λευκό σωμάτιο) και η έκκριση της ορμόνης σταματά. Η επιφανειακή στοιβάδα του βλεννογόνου της μήτρας αποβάλλεται κατά την έμμηνο ρύση. Αν αντιθέτως το ωάριο γονιμοποιηθεί το ωχρό σωμάτιο μεγαλώνει και παράγει ορμόνες μέχρι τον τέταρτο(4<sup>ο</sup>) μήνα της κύησης, κατόπιν ο πλακούντας αναλαμβάνει την παραγωγή ορμονών.

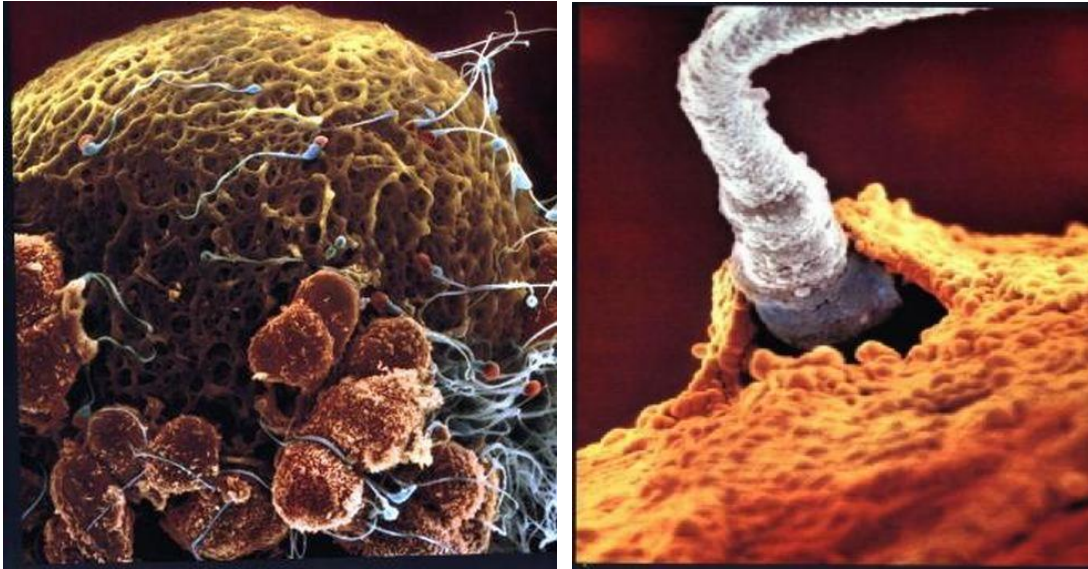
Η ωοθήκη ρυθμίζεται από την υπόφυση με την βοήθεια γοναδότροπων ορμονών.

Η *θυλακιοτρόπος ορμόνη* (FSH), όπως δείχνει και το όνομα της προτρέπει την αύξηση του ωοθυλακίου, την ωοθηλακιορρηξία, τον σχηματισμό του ωχρού σωματίου και την παραγωγή της προγεστερόνης. Η ίδια η υπόφυση πάλι ελέγχεται από το διάμεσο εγκέφαλο, που παράγει "έκλυτικές ορμόνες", οι οποίες ενεργοποιούν την παραγωγή των ορμονών της υπόφυσης. Το ρυθμιστικό σύστημα του γεννητικού κύκλου είναι αυτορυθμιζόμενο. Η παραγωγή των ορμονών των ωοθηκών και της υπόφυσης περικλείονται σε ένα ρυθμιστικό κύκλο. Όταν ελαττώνεται το επίπεδο των ορμονών των ωοθηκών στο αίμα π. χ. κατά τη συρρίκνωση του ωχρού σωματίου, τότε η υπόφυση εκκρίνει πολλές γοναδοτροπίνες, ώστε να ωριμάσει το νέο ωοθυλάκιο. Έτσι αναζωπυρώνεται η παραγωγή ορμονών και ωοθηλακίων και με την σειρά της αναστέλλεται η υπόφυση. Όταν υπάρξει κύηση, η ωοθήκη συνεχίζει να παράγει ορμόνες του ωχρού σωματίου. Αυτή αναστέλλει την παραγωγή θυλακιοτρόπου ορμόνης από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, για αυτό κατά την κύηση δεν ωριμάζουν ωοθηλάκια και δεν γονιμοποιείται άλλο ωάριο. (Lippert, 1993)

### 2.3 Σύλληψη

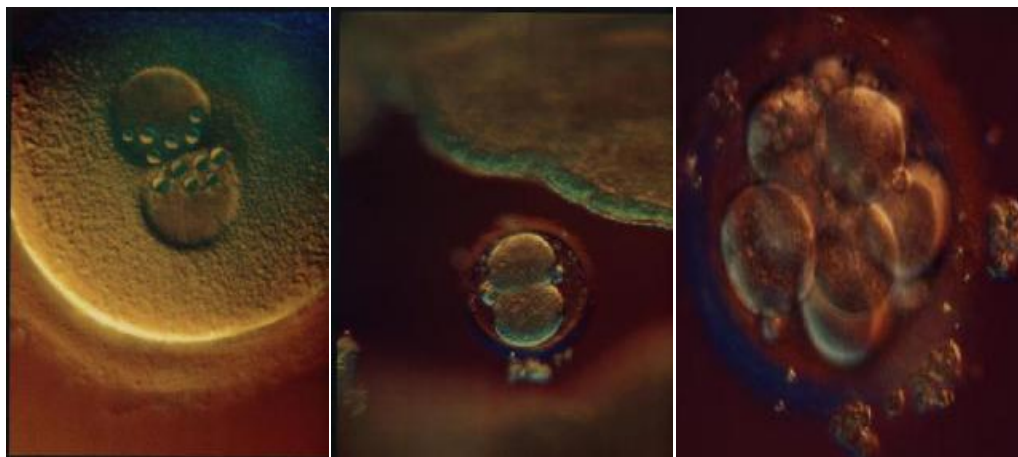
*Συνουσία* είναι η σεξουαλική πράξη, σπέρμα παραδίδεται στον τράχηλο από το ορθό πέος. *Εκσπερμάτιση* είναι η βίαιη απελευθέρωση σπέρματος από το πέος. Η ποσότητα σπέρματος κυμαίνεται από 1,5 έως 4 ml ανά εκσπερμάτιση. Τα σπερματοζωάρια φτάνουν τα 150 εκατομμύρια ανά εκσπερμάτιση, προωθούνται με τις ουρές τους από τον κόλπο προς την μήτρα και μετά στην σάλπιγγα αναζητώντας το ωάριο. Άσχετα με τον υπερβολικό αριθμό των σπερματοζωαρίων, μόνο ένα γονιμοποιεί το ωάριο. Μόλις το σπερματοζωάριο διαπεράσει το ωάριο εκείνο κλείνει ερμητικά, εμποδίζοντας έτσι οποιοδήποτε άλλο σπερματοζωάριο να εισέλθει. Πολλαπλές γεννήσεις συμβαίνουν όταν παραπάνω από ένα ωάρια γονιμοποιούνται ή όταν ένα γονιμοποιημένο ωάριο διαιρείται σε περισσότερα από ένα έμβρυα. Ο ανθρώπινος κύκλος αρχίζει όταν η κεφαλή και ο λαιμός των σπερματοζωαρίων τρυπούν την υαλοειδή μεμβράνη του ωαρίου. Η είσοδος συνήθως λαμβάνει χώρα στο εξωτερικό 1/3 της σάλπιγγας. Το γονιμοποιημένο ωάριο ονομάζεται ζυγωτό. (Shapiro, 2001). Το ζυγωτό είναι το πρώτο κύτταρο του ανθρώπου (Μαμόπουλος, 1996) έχει ένα πυρήνα που περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για την μελλοντική ανάπτυξη του απογόνου. Και οι δύο γαμέτες συνεισφέρουν ακριβώς τα μισά από τα κληρονομικά χαρακτηριστικά του μωρού. (Shapiro, 2001)





## 2.4 Αυλάκωση

Η πρώτη διαίρεση του ζυγωτού καταλήγει σε δύο κύτταρα, τα οποία ονομάζονται *βλαστομερίδια*. Η πρώτη αυλάκωση διαρκεί περίπου 36 ώρες ενώ κάθε επιτυχής διαίρεση διαρκεί ελάχιστα λιγότερο χρόνο. Ο πολλαπλασιασμός συνεχίζεται σ' ένα σχετικά σταθερό ρυθμό (Shapiro, 2001). Με διαδοχικές διαιρέσεις στην σάλπιγγα, το ζυγωτό σχηματίζει μια συμπαγή σφαίρα κυττάρων που ονομάζεται *μορίδιο*. (Miller et al, 1989) Το μορίδιο ταξιδεύει προς την μήτρα και αυτό το ταξίδι διαρκεί περίπου τέσσερις μέρες. Το μορίδιο τώρα παίρνει το σχήμα μιας σφαίρας με κοίλο (κούφιο) εσωτερικό και ονομάζεται *βλαστίδιο*. (Shapiro, 2001).



Εικόνα 1 <http://www.otherside.gr/wp-content/uploads/2009/05/pregnancy-in-pics-04.jpg>



## 2.5 Εμφύτευση

Το βλαστίδιο είναι το αρχικό έμβρυο. Μπορεί να προσκολληθεί ή να εμφυτευθεί οπουδήποτε στο ενδομήτριο, αλλά συνήθως εμφυτεύεται κοντά στην οροφή της μήτρας. Το βλαστίδιο εμφυτεύεται στο βλεννογόνο υμένα της μήτρας, ο οποίος έχει προετοιμαστεί γι αυτό. Οι δίσκοι των κυττάρων κοντά στην εξωτερική στεφάνη αναπτύσσονται σε έμβρυο, η στεφάνη αυτή καθ' αυτή σχηματίζει τους υμένες (χιτώνες) του εμβρύου. Η στεφάνη, ονομάζεται *τροφοβλάστη*, γίνεται *πλακούντας* και το κάλυμμα *χορίον*. Ο πλακούντας τρέφει και το χορίον προστατεύει το έμβρυο. Το χορίον, ο πλακούντας και ο αμνιακός σάκος παίζουν ένα σημαντικό ρόλο αλλά δεν αποτελούν μέρος του σώματος του εμβρύου.

Το βλαστίδιο αρχίζει να παράγει μια ορμόνη η οποία διεγείρει τις ωθήκες να συνθέσουν προγεστερόνη, η οποία ειδοποιεί στην υπόφυση ότι η γυναίκα είναι έγκυος και δεν πρέπει να επέλθει η εμμηνόρροια. Την ίδια στιγμή, το βλαστίδιο αποβάλλει χημικά για να παραλύσει το ανοσοποιητικό σύστημα μέσα στην μήτρα. Αν δεν συνέβαινε αυτό το σώμα της μητέρας θα αναγνώριζε τη γενετικά διαφορετική ύπαρξη σαν ξένο σώμα και θα την κατέστρεφε.

Το ενδομήτριο, που τώρα ονομάζεται *φθαρτός υμένας*, παχύνετε και τα κύτταρα διογκώνονται. Ένζυμα μέσα στα κύτταρα πέφτουν στον ιστό της μήτρας έως ότου η εμφυτευμένη μάζα να εισχωρήσει στα τοιχώματα κάποιων από τα αιμοφόρα αγγεία της μητέρας, αλυσίδες κυττάρων λούονται με αίμα. Δακτυλόμορφες προεξοχές (χοριακή λάχνη) που περιέχουν αιμοφόρα αγγεία και συνδέονται με το έμβρυο φυτρώνουν από τα εξωτερικά κύτταρα και εκτείνονται μέσα σε διαστήματα γεμάτα αίμα. Το έμβρυο λαμβάνει οξυγόνο και τροφή και αποβάλλει τα άχρηστα υλικά μέσω αυτής της λάχνης. Όσο το βλαστίδιο ενσωματώνεται, ή εμφυτεύεται, η εσωτερική μάζα των κυττάρων πολλαπλασιάζεται και οι μεμβράνες του εμβρύου συνεχίζουν να αναπτύσσονται. Το βλαστίδιο διαστέλλεται και μερικά από τα κύτταρα γύρο από την κοίλη σφαίρα συναθροίζονται στην μία μεριά. Αυτή η διογκωμένη μάζα από κύτταρα σχηματίζει το *βλαστόδερμα*. Αυτά τα κύτταρα είναι που σταδιακά αναπτύσσονται και σχηματίζουν το έμβρυο.

Το βλαστόδερμα αποτελείται από δύο ξεχωριστά στρώματα κυττάρων. Το αυθεντικό, εξωτερικό και χονδρότερο στρώμα που ονομάζεται *εκτόδερμα*, εξελίσσεται σε εγκέφαλο, νωτιαίο μυελό, αισθητήρια όργανα και σε δέρμα. Το νεότερο και πιο εσωτερικό στρώμα ονομάζεται *ενδόδερμα* και θα εξελιχθεί σε ενδοθήλιο όλου του πεπτικού συστήματος από το φάρυγγα μέσω του οισοφάγου, στο στομάχι, ήπαρ και έντερο έως τον πρωκτό. Το διάμεσο στρώμα που ονομάζεται *μεσόδερμα* εμφανίζεται αργότερα και δημιουργεί το σκελετό τους μύες και πολλά από τα εσωτερικά όργανα. Αυτά τα τρία στρώματα κυττάρων εμφανίζονται στην ανάπτυξη όλων των υψηλότερων ζώων. (Shapiro, 2001, Μαμόπουλος, 1996)

## 2.6 Εγκυμοσύνη

**Εγκυμοσύνη** είναι η διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο *ωάριο*, το οποίο αναπτύσσεται κι εξελίσσεται μέσα της και διαρκεί μέχρι και τη γέννηση του βρέφους. Ο ιατρικός όρος για την κυοφορούσα γυναίκα είναι "έγκυος" και για το μωρό πριν τη γέννησή του "έμβρυο".

Μία φυσιολογική εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες από τον τελευταίο *γυναικείο κύκλο* (ή 38 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου). Το πρώτο τρίμηνο εγκυμονεί για τη μέλλουσα μητέρα και τους μεγαλύτερους κίνδυνους για μία ενδεχόμενη αποβολή (ονομάζεται έτσι ο θάνατος από φυσιολογική αιτία ενός εμβρύου). Αυτό μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα υγείας του εμβρύου, της μητέρας ή σε κάποια βλάβη που προκλήθηκε μετά τη σύλληψη. (in.health.gr)

Για να υπολογίσουμε την Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού (Π.Η.Τ) χρησιμοποιούμε τον γνώμονα του Naegle:

Προσθέτω (+) 7 μέρες στην 1<sup>η</sup> μέρα της τελευταίας ημέρας περιόδου(Τ.Η.Π.), αφαιρώ (-) 3 ημερολογιακούς μήνες από την νέα ημερομηνία και προσθέτω (+)1 ημερολογιακό έτος.(Miller et al, 1989)

Παράδειγμα

Τ.Η.Π. 7/11/2009 η Π.Η.Τ. θα είναι σύμφωνα με τους παραπάνω υπολογισμούς 14/8/2010

Η εγκυμοσύνη είναι για μία γυναίκα ίσως η σημαντικότερη και ομορφότερη περίοδος της ζωής της και μία εκπληκτική εμπειρία πρωταρχικά για την ίδια και σε μικρότερο βαθμό για τους οικείους της. Οι αλλαγές δε που συντελούνται τόσο σε σωματικό επίπεδο όσο και στο ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο της μέλλουσας μητέρας είναι τεράστιες.

### Σημεία και συμπτώματα

Τα σημεία τη κύησης γενικά ορίζονται πολύ καλά στις περισσότερες περιπτώσεις, η διάγνωση από το γιατρό δεν είναι δύσκολη. Τα σημεία ταξινομούνται σαν:

- Υποθετικά (δεκτά αλλά όχι αποδεδειγμένα)
- Πιθανά (αναμενόμενα αλλά όχι σίγουρα)
- Θετικά (αναμφίβολα σημεία εγκυμοσύνης)

Τα σημεία και συμπτώματα κατά την διάρκεια του πρώτου και του δεύτερου τριμήνου της κύησης αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ			
Τρίμηνο	Υποθετικά	Πιθανά	Θετικά

<b>Πρώτο</b> <b>1-3 μήνες</b>	Αμηνόρροια, ευαισθησία, πλήρεις μαστοί, ναυτία και εμετός κατά το 1 <sup>ο</sup> μήνα για 6-8 βδομάδες στο 50% των γυναικών, αποχρωματισμός του κοιλιακού βλεννογόνου, σημείο του Chadick, συχνουρία, διάταση της κοιλίας, αυξημένη όρεξη, κόπωση, απώλεια βάρους, κεφαλαλγία, δυσκοιλιότητα, αυξημένο κοιλιακό έκκριμα	Διόγκωση της μήτρας, μεταβολή του σχήματος, μεγέθους και συσπάσεις της μήτρας, μεταβολές του αναπαραγωγικού της γυναικός, σημείο Goodell, σημείο Hegal, θετικές οι εξετάσεις για ορμόνες, σημείο Braxton-Hicks	Υπερουχογραφική ή απεικόνιση του εμβρύου
<b>Δεύτερο</b> <b>4-6 μήνες</b>	Πρωτόγαλα (πύαρ), μελάχρωση του δέρματος (χλόασμα, μέλαινα γραμμή, θηλή του μαστού), καούρα, φουσκώματα, αύξηση του βάρους, αίσθημα ευεξίας	Αντιτύπια	Ακουστοί οι τόνοι της καρδιάς του εμβρύου, φαίνεται ο σκελετός στην ακτινογραφία, αφρώδης πλακούντας

### 2.6.1 Κύηση υψηλού κινδύνου

Κύηση υψηλού κινδύνου ονομάζεται εκείνη, κατά την οποία η μητέρα και το έμβryo, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με την κύηση που έχει φυσιολογική εξέλιξη.

Οι κύριοι παράγοντες που η παρουσία τους κατά την κύηση την κατατάσσει σε υψηλού κινδύνου είναι η ηλικία της γυναίκας (<18 και >36), το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η κακή οικογενειακή κατάσταση (π.χ. ανύπανδρη μητέρα), η υπερπολυτοκία, η πολύδυμη κύηση, σοβαρά παθολογικά και χειρουργικά προβλήματα κατά την κύηση, ανωμαλίες και φλεγμονές του ουρογεννητικού συστήματος, ειδικές λοιμώξεις αλλά και οποιαδήποτε εμπύρετη κατάσταση.

Άλλη κατηγορία που αυξάνει το ποσοστό της, στις κυήσεις υψηλού κινδύνου αποτελούν και εκείνες οι έγκυες με προηγούμενη καισαρική τομή αφού το ποσοστό των καισαρικών τομών (συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας) είναι ιδιαίτερα υψηλό ή παρουσιάζει περαιτέρω αυξητική τάση.

Από το μαιευτικό ιστορικό, στους παράγοντες που χαρακτηρίζουν μια κύηση ως υψηλού κινδύνου είναι οι αυτόματες ή τεχνητές εκτρώσεις οι πρόωροι τοκετοί, οι συγγενείς ανωμαλίες εμβρύων, οι ενδομήτριοι θάνατοι εμβρύων, οι νεογνικοί θάνατοι, οι προηγούμενες καισαρικές τομές, άλλες επεμβάσεις στην μήτρα, οι παρατεταμένοι προηγούμενοι τοκετοί και οι τοκετοί με μαιευτική παρέμβαση.

Η μη παρακολούθηση ή όχι συχνή παρακολούθηση στην διάρκεια της εγκυμοσύνης κατατάσσει την έγκυο σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Σε κάθε περίπτωση δεν μπορεί να αγνοηθεί ο κίνδυνος από την χορήγηση διαφόρων φαρμάκων (ίσως απαραίτητων) στην έγκυο, γιατί τα φάρμακα αυτά μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στο έμβρυο. Τονίζεται ότι σχεδόν όλες οι επιπλοκές από τον πλακούντα αυξάνονται με το κάπνισμα.

Η παρακολούθηση των κυήσεων υψηλού κινδύνου πρέπει να είναι στενότερη και εξατομικευμένη, συχνά γίνεται σε ειδικά τμήματα μαιευτικών κλινικών, τα τμήματα αυτά πρέπει να διαθέτουν υψηλό τεχνολογικό εξοπλισμό και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο θα είναι σε πλήρη και συνεχή ετοιμότητα.(Shapiro, 2001, Ιατρικής, 2004)

## 2.6.2 Σημεία κινδύνου

Ακόμα και αν η κύηση δεν θεωρηθεί υψηλού κινδύνου (βάση των παραπάνω) Υπάρχουν κάποια σημεία που θα πρέπει να θορυβήσουν την έγκυο και να την οδηγήσουν στον γιατρό της. Αυτά τα σημεία τα ονομάζουμε σημεία κινδύνου και αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα σε συσχέτιση με το πιθανό πρόβλημα που υπάρχει. Σημειώνεται ότι η θεραπεία παρέχεται ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης, πρέπει να είναι μεμονωμένη και προσωπική.

<b>ΣΗΜΕΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</b>	
<b>Σύμπτωμα</b>	<b>Πιθανό πρόβλημα</b>
Οποιαδήποτε κοιλιακή αιμορραγία	Αποβολή, πρόδρομος πλακούντας, αποκόλληση του πλακούντος, πρόωρος τοκετός
Βαριά, συνεχής κεφαλαλγία	Προεκλαμψία
Οίδημα προσώπου, δακτύλων ή ποδιών	Προεκλαμψία
Οπτικά σκοτώματα ή κηλίδες	Προεκλαμψία
Άλγος στην κοιλιά ή στην οσφή	Έκτοπος κύηση, αποβολή, αποκόλληση του πλακούντος, συσπάσεις πρόωρου τοκετού
Παρατεταμένη ναυτία ή/και έμετος	Λοίμωξη, υπερέμεση της κυήσεως
Ρίγος και πυρετός(στόμα >38°C)	Λοίμωξη
Αιφνίδια διαφυγή υγρού από τον κόλπο	Ρήξη των μεμβρανών
Ελάττωση του ποσού των ούρων	Αφυδάτωση
Σημειώνεται ελάττωση της κινητικότητας του εμβρύου	Δυσφορία του εμβρύου
Συνεχής, επώδυνος κατάσταση της κοιλίας, με ή χωρίς κοιλιακή αιμορραγία	Αποκόλληση του πλακούντος

\_(Shapiro, ,2001, [www.ygeiaonline.gr](http://www.ygeiaonline.gr))

## 3. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

### 3.1 Εισαγωγή

Παρά το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη είναι ένα σημαντικό και συνήθως ευχάριστο γεγονός στην ζωή της κάθε γυναίκας είναι και μια δύσκολη περίοδος γι' αυτήν. Από πολλούς μάλιστα χαρακτηρίζεται ως μια δυνητικά θανατηφόρα διαδικασία, κυρίως γιατί σε κάθε εγκυμοσύνη υπάρχουν και επιπλοκές. Από όσα διαβάσαμε συμπεράναμε ότι επιπλοκή είναι μια διαταραχή κατά την οποία τίθεται σε κίνδυνο η ζωή είτε της εγκυμονούσας είτε του εμβρύου ή ακόμα και των δύο. Η διαταραχή αυτή μπορεί να είναι τυχαία ή σπάνια ή ακόμα να προέρχεται από εξωγενείς παράγοντες.

### 3.2 Αιμορραγία κατά την κύηση

Η αιμορραγία κατά την κύηση μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την καλή κατάσταση του εμβρύου και της μητέρας. (Lowdermilk et al, 2006). Πέντε τοις εκατό των γυναικών αναφέρουν κάποιου βαθμού αιμορραγία στην διάρκεια της κύησης (Ιατράκης, 2004). Η απώλεια αίματος μειώνει την ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου, γεγονός που προδιαθέτει την γυναίκα σε αυξημένο κίνδυνο υπογλυκαιμίας, αναιμίας, λοίμωξης, πρόωρου τοκετού, και επηρεάζει αρνητικά την παροχή οξυγόνου στο έμβρυο. Οι κίνδυνοι για το έμβρυο από την μητρική αιμορραγία περιλαμβάνουν απώλεια αίματος ή αναιμία, υποξαιμία, ανοξία και προωρότητα. Η αιμορραγία πριν από τον τοκετό είναι η βασική αιτία θανάτου της μητέρας, που οφείλεται στην ρήξη έκτοπης κύησης και την πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, και ευθύνεται για την πλειοψηφία των μητρικών θανάτων. (Lowdermilk et al, 2006). Σχηματικά θα μπορούσε να γίνει κατάταξη των αιμορραγιών σε δύο χρονικά ίσες περιόδους της κύησης, δηλαδή μέχρι την 20<sup>η</sup> βδομάδα (οπότε η διακοπή της κύησης ονομάζεται αυτόματη αποβολή) και μετά την 20<sup>η</sup> βδομάδα. Η διάκριση θα μπορούσε να γίνει, επίσης κατά τρίμηνο. (Ιατράκης, 2004)

### 3.3 Αιμορραγία κατά τις 20 πρώτες εβδομάδες της κύησης

Κύρια μαιευτικά αίτια εμφάνισης κάποιας αιμορραγίας στο πρώτο ήμισυ της κύησης είναι η *αυτόματη αποβολή* η *έκτοπη κύηση* και η *τροφοβλαστική νόσος*. Αιμορραγία μη μαιευτικής αιτιολογίας μπορεί να οφείλεται σε κάποιο τραυματισμό, σε έντονη φλεγμονή του κόλπου ή του τραχήλου, σε πολύποδα του τραχήλου, σε συνύπαρξη καρκίνου του τραχήλου ή ακόμα και σε αιματουρία (Μιχαλάς, 1998). Πιο κάτω περιγράφονται οι κύριες μαιευτικές αιτίες εμφάνισης της αιμορραγίας για τις πρώτες 20 βδομάδες.

#### 3.3.1. Αποβολή

Αποβολή είναι ο τερματισμός της κυήσεως όσο το έμβρυο δεν έχει φτάσει στο στάδιο βιωσιμότητας. *Πρώιμη* είναι εκείνη, η οποία συμβαίνει πριν από τη δωδέκατη εβδομάδα και *όψιμη* εκείνη η οποία συμβαίνει στο διάστημα από τη δωδέκατη έως την εικοστή τέταρτη εβδομάδα. ([www.ygeiaonline.gr](http://www.ygeiaonline.gr)) Μπορεί επίσης να διαιρεθεί σε δύο κύριους τύπους αυτόματη και προκλητή. *Αυτόματη* αποβολή είναι ο τερματισμός της κυήσεως από φυσικά αίτια. *Προκλητή* αποβολή είναι ο τερματισμός της κυήσεως με την βοήθεια μηχανικών ή φαρμακευτικών μέσων. *Πλήρης* αποβολή είναι αυτή όπου αποβάλλεται ολόκληρο το προϊόν της σύλληψης. Στην *ατελή* αποβολή μέρος

του προϊόντος της σύλληψης διαφεύγει ενώ ένα άλλο μέρος παραμένει στη μήτρα. *Αποτυγχάνουσα* αποβολή έχουμε όταν το έμβρυο πεθαίνει στην μήτρα αλλά το προϊόν της σύλληψης κατακρατείται. *Συνήθης αποβολή* είναι η κατάσταση κατά την οποία τρεις ή περισσότερες επιτυχείς κυήσεις τερματίζονται με αυτόματη αποβολή (Shapiro, 2001). *Σηπτική αποβολή* στην οποία το περιεχόμενο της ατελής ή αποτυγχάνουσας αποβολής επιμολύνεται (κολοβακτηρίδιο, στρεπτόκοκοι, σταφυλόκοκοι, αναερόβιοι, Πρωτέας κ.λπ.) (Ιατράκης, 2004) Η αποβολή ,σε κάθε μορφή ,έχει μια τρομερή ψυχολογική επίδραση στη γυναίκα την οποία πρέπει να κατανοήσει η νοσηλεύτρια για να μπορέσει να συμπαρασταθεί.

### **3.3.1.1 Αιτιολογία**

Η αιτιολογία των αυτόματων αποβολών ποικίλλει και μπορεί να αφορά το έμβρυο, τη μητέρα ή και τους δύο. Εδώ θα γίνει συνοπτική αναφορά σε κάποιες από τις συχνότερες αιτίες. Στο 50-60% των αυτόματων αποβολών που συμβαίνουν στην διάρκεια του πρώτου τριμήνου υπάρχει ανώμαλος καρυότυπος του εμβρύου. Αυτή η συχνότητα ελαττώνεται στο 20-30% στις εμβρυϊκές απώλειες του δεύτερου τριμήνου και στο 5-10% στις απώλειες του τρίτου τριμήνου. Αυτή η προοδευτική πτώση της συχνότητας ανεύρεσης ανώμαλου καρυότυπου του εμβρύου με την πρόοδο της κύησης αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι αυτά τα έμβρυα αποβάλλονται. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτές οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες δεν επαναλαμβάνονται σε επόμενη κύηση.

Λοιμώξεις ή άλλες παθήσεις της μητέρας μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη του κυήματος και να συντελέσουν στην αποβολή του. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η σύφιλη, η ερυθρά, η τοξοπλάσμωση, η λοίμωξη από μεγαλοκυτταροϊο (cytomegalovirus-CMV), τα χλαμύδια, ο γονόκοκκος κ.λπ. κάποια από τα προηγούμενα αίτια, σε μη αποβολή του κυήματος, μπορεί να ευθύνονται για σοβαρές συγγενείς βλάβες. Ο σακχαρώδης διαβήτης που επίσης μπορεί να ευθύνεται για σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες είναι ένα από τα κύρια αίτια αυτόματων εκτρώσεων . Άλλες ενδοκρινικές παθήσεις που έχουν ενοχοποιηθεί είναι ο υπέρ-και ο υποθυρεοειδισμός .Η «ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου», με συνέπεια ελαττωμένα επίπεδα προγεστερόνης, είναι μια λογική εξήγηση ,αν και έχουν γίνει πολλές συζητήσεις (και αμφισβητήσεις) γι' αυτή την αιτιολογία και την αντιμετώπιση της. Καρδιαγγειακές νόσοι που σχετίζονται με υπερτασική ή νεφρική νόσοι μπορεί επίσης να αποτελούν τον αιτιολογικό παράγοντα.

Οποιοδήποτε ανωμαλία που διαταράσσει ή ελαττώνει την κοιλότητα της μήτρας, συγγενής (μονόκερη, δίκερη, διθάλημη, μήτρα) ή επίκτητη (συμφύσεις, υποβλεννογόνιο ινομύωμα), μπορεί να ευθύνονται για αυτόματες εκτρώσεις. Οι ενδομητρικές συμφύσεις (σύνδρομο Asherman) έχουν συσχετισθεί με τις αυτόματες αποβολές λόγω του ότι το ανεπαρκές ενδομήτριο δεν μπορεί να υποστηρίξει την κύηση. Το ίδιο ισχύει σε ιστορικό κακώσεων του τραχήλου της μήτρας (που συνεπάγονται ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου) που προήλθαν από τεχνικές αποβολές και δύσκολους τοκετούς.

Στις συγγενείς ανωμαλίες, οι αποβολές γίνονται συχνά σε προοδευτικά πιο προχωρημένη ηλικία κύησης, καθώς προοδευτικά η μήτρα χαλαρώνει και αποκτά περισσότερο «χώρο» που μπορεί να φιλοξενήσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα το κύημα. Σε ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου, σε σχετικά προχωρημένη ηλικία

κύησης(π.χ. 20<sup>η</sup> εβδομάδα),το βάρος του κυήματος που δε συγκρατείται από το τραχηλικό στόμιο προκαλεί προοδευτική διαστολή του έσω τραχηλικού στομίου, ρήξη του θυλακίου και αποβολή του κυήματος χωρίς πόνο.

Άμεσοι τραυματισμοί, όπως τραυματισμός της μήτρας από πυροβολισμό ή έμμεση βλάβη όπως η χειρουργική αφαίρεση της ωοθήκης που περιέχει το ωχρο σωματίο της κύησης μπορεί να καταλήξουν σε αυτόματη αποβολές.

Η πολύ έντονη σωματική καταπόνηση μπορεί, επίσης, να ευθύνεται γι αυτόματες εκτρώσεις.

Ψυχολογικά αίτια, κυρίως μέσω του επηρεασμού της οδού φλοιός-υποθάλαμος-υποφύση,έχουν ενοχοποιηθεί γι αυτόματες εκτρώσεις και υπάρχει χρονική συσχέτιση του ψυχολογικού αιτίου και της αποβολής.

Ο ανοσολογικός παράγοντας των αυτόματων εκτρώσεων αποτελεί επίσης ένα πεδίο στο οποίο έχουν καθιερωθεί κάποια θεραπευτικά σχήματα αλλά δεν έχει εξαντληθεί το ερευνητικό του μέρος(Ιατράκης, 2004)

### **3.3.1.2 Διάγνωση**

Η διάγνωση τίθεται κυρίως με το υπερηχογράφημα, αναμένετε να φανεί σάκος κυήσεως από την 5<sup>η</sup> βδομάδα και εμβρυικοί παλμοί από την 6<sup>η</sup> με 7<sup>η</sup> εβδομάδα σε σχέση με την τελευταία ημέρα της περιόδου. επίσης φαίνετε ο βαθμός αποκόλλησης του πλακούντα, αν υπάρχει, και η ύπαρξη ή όχι αιματώματος. Γίνεται επιπροσθέτως διαφορική διάγνωση ενδομητρίου και εξωμητρίου κυήσεως και αναγνωρίζεται ο κενός ή αποπεπτατισμένος σάκος κυήσεως.(Μιχαλάς, 1998)

Σε μικρή ηλικία κυήσεως(<5 βδομάδων) πρέπει να γίνει και ο προσδιορισμός της β-HCG. Σε φυσιολογική κύηση αναμένετε ταχεία άνοδος των τιμών για διαδοχικές μετρήσεις. Αν παρατηρηθεί μικρός ρυθμός ανόδου πρέπει να αποκλειστεί η έκτροπη κύηση. Αν παρατηρηθούν σταθερές τιμές ή πτώση τιμών σε εξετάσεις με απόσταση 4 ημερών συμπεραίνεται ότι η κύηση έχει διακοπεί. Σημειώνεται ότι η τιμή της β-HCG μπορεί να παραμείνει θετική για αρκετές βδομάδες μετά τον ενδομήτριο θάνατο.(Lowdermilk et al, 2006)

Στις συνήθης αποβολές οι διάγνωση θα τεθεί από τα συμπτώματα, τα οποία είναι διαφορετικά ανάλογα με την αιτία, λ.χ. στην ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου, γύρω στην 20<sup>η</sup> βδομάδα, το βάρος του κυήματος προκαλεί διαστολή εκ των έσω και αυτόματη ρήξη θυλακίων ή ατελή αποβολή, χωρίς πόνο.

Στην μονόκερη μήτρα που έχει λιγότερο χώρο για την ανάπτυξη του εμβρύου, οι αποβολές γίνονται σε προοδευτικά αυξανόμενο χρόνο πχ 12<sup>η</sup>, μετά 15<sup>η</sup>, μετά 18<sup>η</sup> βδομάδα κυήσεως διότι η μήτρα χαλαρώνει σε κάθε κύηση και μπορεί να κρατήσει το κύημα λίγες βδομάδες περισσότερο.

Στην σηπτική αποβολή, η σηπτική εικόνα είναι χαρακτηριστική, κυρίως έντονο άλγος στην ψηλάφηση της μήτρας και συνωδά κλινικό-εργαστηριακά συμπτώματα (υπερπυρεξία, λευκοκυττάρωση, κακουχία κλπ) (Ιατράκης, 2004)

### **3.3.1.3. Αντιμετώπιση**

Εφ' όσον το κύημα έχει χαθεί, η κένωση της μήτρας είναι απαραίτητη, για να σταματήσει η αιμορραγία και ο πόνος. Ακόμα και σε τέλεια αποβολή πρέπει να γίνει απόξεση, διότι μικρά υπολείμματα του πλακούντα μπορούν να παραμείνουν και να προκαλέσουν αιμορραγία ή σήψη. (Μιχαλάς, 1998) Μετά την απόξεση, συστήνετε στην ασθενή να αποφύγει την συνουσία, τις ενδοκολπικές πλύσεις αλλά και την χρήση ταμπόν για δυο εβδομάδες. (Ιατράκης, 2004)

Η απόξεση στην παλίνδρομη κύηση είναι δυσκολότερη διότι το νεκρωμένο κύημα οργανώνεται και κολλάει στο τοίχωμα της μήτρας, αποκολλάτε δυσκολότερα και πρέπει να το «ξύσουμε». Αυτό έχει κάποιες φορές αποτέλεσμα αποκάλυψης της βασικής στιβάδας του ενδομητρίου αλλά και του μυομητρίου κάποιες φορές, με συνέπεια την δημιουργία συμφύσεων. (Μιχαλάς, 1998)

Στην σηπτική αποβολή πρέπει να γίνει άμεση χορήγηση τριπλού σχήματος που περιλαμβάνει πενικιλινούχο αντιβιοτικό, αμινογλυκοσίδη, και αντιβιοτικό κατά των αναερόβιων. Ενώ η αντιβίωση συνεχίζεται, μετά από 12 ώρες συνήθως ακολουθεί η κένωση της μήτρας. Υστερεκτομή πραγματοποιείται αν η μόλυνση δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία. (Ιατράκης, 2004)

Στις συνήθεις αποβολές προσπαθούμε να διορθώσουμε το αίτιο. Πχ πλαστική μήτρας σε διθάλαμη, περίδεση τραχήλου σε ανεπάρκεια τραχηλικού στομίου, κατάλληλη αγωγή σε λοιμώξεις. (Μιχαλάς, 1998)



### **3.3.1.4. Νοσηλευτική φροντίδα**

Θα λέγαμε ότι στην περίπτωση της αποβολής η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα δώσει την μεγαλύτερη ψυχολογική στήριξη στην γυναίκα. Όταν μια γυναίκα θέλει απελπισμένα ένα παιδί και μια αυτόματη αποβολή της συμβεί σίγουρα προκύπτει μεγάλο συναισθηματικό ζήτημα. Η νοσηλεύτρια θα χρειαστεί να βοηθήσει την οικογένεια να το ξεπεράσει. Όταν μια γυναίκα με θετική την εξέταση για κύηση παρουσιάζει αιμορραγία και κράμπες, η νοσηλεύτρια πρέπει να αξιολογήσει τις ιατρικές συνέπειες. Πρέπει πρώτα απ' όλα να αποκλεισθεί η έκτοπη κύηση. Συνήθως η εκτίμηση της κατάστασης γίνεται με υπερηχογράφημα. Αν η γυναίκα οδηγείται σε αποβολή έχει δύο επιλογές. Να αφήσει τα το σώμα της να αποβάλει τα προϊόντα της σύλληψης ή να προχωρήσει στην ιατρική κένωση με D και E (dilation=διαστολή και evacuation=εκκένωση). Υπάρχουν θετικά και αρνητικά και για τις δύο περιπτώσεις τα οποία πρέπει να συζητηθούν με τον γιατρό.

Όταν πρόκειται για προκλητή αποβολή νοσηλεύτρια πρέπει να συμπαρασταθεί, να ακούσει το πρόβλημα και να αφήσει στην άκρη τις προσωπικές της πεποιθήσεις. Αν η νοσηλεύτρια πιστεύει ότι είναι ανίκανη να χωρίς προκαταλήψεις θα ήταν καλό να συστήσει στην γυναίκα κάποιον που θα συμπαρασταθεί χωρίς όρους.

Τέλος η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τα πάντα σχετικά με την φροντίδα μετά την αποβολή καθώς και για τα ζητήματα μελλοντικής γονιμότητας και αντισύλληψης τα οποία πρέπει να συζητήσει με την ασθενή. (Shapiro, 2001)

### **3.3.1.5 Σχεδιασμός Νοσηλευτικής φροντίδας**

- ✓ Λήψη ζωτικών σημείων
- ✓ Λήψη ιστορικού
  - Κύριο ενόχλημα (τύπος και εντόπιση πόνου)
  - Ποσότητα και φύση αιμορραγίας
  - Τελευταία έμμηνος ρύση για προσδιορισμό ηλικίας κύησης
  - Προηγούμενες αποβολές
  - Αλλεργίες σε φάρμακα
- ✓ Εργαστηριακές εξετάσεις
  - Αξιολόγηση της β-hCG
  - Γενική αίματος
    - Στην αιμορραγία για πιθανή ανάπτυξη αναιμίας(Ht<11g/dl)
    - Στην λοίμωξη για μέτρηση λευκών αιμοσφαιρίων(WBC >12000 κyt/mm<sup>3</sup>)
  - Προσδιορισμός παράγοντα Rh
  - Έμμεση δοκιμασία Coombs

Η άμεση νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στην φυσιολογική σταθεροποίηση. Οι τυπικές οδηγίες που πρέπει να υλοποιηθούν είναι τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής και όλες οι παραπάνω εργαστηριακές εξετάσεις. Αξιολογούνται τα συμπτώματα (ναυτία- εμετός, πόνος, αιμορραγία ή διαταραχές πηκτικότητας, επίπεδο συνείδησης, συναισθηματική κατάσταση) αναφέρονται στον γιατρό.

Πιθανές νοσηλευτικές διαγνώσεις για την γυναίκα που έχει αυτόματη αποβολή είναι:

- ✓ Άγχος και φόβος που σχετίζεται με:
  - Άγνωστη έκβαση και έλλειψη εξοικείωσης με τις ιατρικές διαδικασίες
- ✓ Ανεπαρκής όγκος υγρών που σχετίζεται με:
  - Υπερβολική αιμορραγία λόγω αυτόματης αποβολής
- ✓ Περιστασιακά χαμηλή αυτοεκτίμηση που σχετίζεται με:
  - Αδυναμία εξέλιξης σε τελειόμηνη κύηση
- ✓ Προκαταβολική θλίψη που σχετίζεται με:
  - Απροσδόκητη έκβαση της κύησης
- ✓ Κίνδυνος λοίμωξης που σχετίζεται με:
  - Χειρουργική θεραπεία
  - Διεσταλμένο τράχηλο

### **3.3.1.6 Φροντίδα στο σπίτι**

Η γυναίκα συνήθως εξέρχεται από το νοσοκομείο μέσα σε λίγες ώρες μετά από την απόξεση εφόσον τα ζωτικά της σημεία σταθεροποιηθούν, η κοιλιακή αιμορραγία ελαχιστοποιηθεί και αφού έχει ανανήψει από την αναισθησία. Οι οδηγίες εξόδου πρέπει να εστιάζονται στην ανάγκη για ανάπαυση. Εάν υπήρξε σημαντική απώλεια αίματος, μπορεί να δοθεί οδηγία για λήψη συμπληρώματος σιδήρου. Η ενημέρωση περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τα φυσιολογικά ευρήματα, όπως οι συσπάσεις της μήτρας, ο τύπος και η ποσότητα της αιμορραγίας, η επανέναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και ο οικογενειακός προγραμματισμός. Κατά την παρακολούθηση πρέπει να εκτιμάται αν η γυναίκα έχει ανακάμψει σωματικά και συναισθηματικά.

Η τηλεφωνική παρακολούθηση μετά από μια απώλεια είναι σημαντική. Η γυναίκα μπορεί να εκτιμήσει ένα τηλεφώνημα που θα καλύψει της ανάγκες της για πληροφόρηση. Τα τηλεφωνήματα αυτά παρέχουν την ευκαιρία στην γυναίκα να θέτει ερωτήματα, να αναζητά συμβουλές και να ενημερώνεται έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει την θλίψη. (Lowdermilk et al, 2006, Γεωργακόπουλος, 1993)

### **3.3.2 Έκτοπη κύηση**

Έκτοπη κύηση είναι η κύηση εκτός μήτρας, δηλαδή το γονιμοποιημένο ωάριο αρχίζει να αναπτύσσεται έξω από την μήτρα. Το 95% των έκτοπων κυήσεων συμβαίνουν στις σάλπιγγες. Περιστασιακά το γονιμοποιημένο ωάριο αρχίζει να αναπτύσσεται μέσα στην ωοθήκη ή σε σπάνιες περιπτώσεις μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. (Shapiro, 2001) συχνότητα της έκτοπης κύησης έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση οφείλεται στην αλλαγή των σεξουαλικών συνηθειών αλλά και στις συχνές ενδοπυελικές φλεγμονές. Το θετικό είναι ότι παρά την αυξημένη συχνότητα της έκτροπης κύησης, τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η μητρική θνησιμότητα για την αντίστοιχη περίοδο είναι χαμηλότερη, σε σχέση με παλιότερα και αυτό οφείλεται έγκυρη διάγνωση της σε πρώιμα στάδια, πριν από την ρήξη. Αυτό επιτυγχάνετε με τον προσδιορισμό της B-hCG, του υπερηχογραφήματος αλλά και της λαπαροσκοπήσεως. (Μιχαλάς, 1998)

### **3.3.2.1 Αιτιολογία**

Η αναστολή ή καθυστέρηση της μεταφοράς του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μητρική κοιλότητα, έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της έκτοπης κύησης. (Σαλαμαλέκης, 2009)

### **3.3.2.2 Κλινική εικόνα**

- Αμηνόρροια
- Πόνος, που μπορεί να είναι γενικευμένος, ετερόπλευρος ή διάχυτος στην κοιλιακή χώρα, εάν ραγεί η έκτοπη κύηση ο πόνος αυξάνεται. Πιθανόν να εμφανιστεί πόνος και στον ώμο λόγω ερεθισμού του διαφράγματος από το αίμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα
- Παθολογική κοιλιακή αιμορραγία σκούρου κόκκινου ή καφέ χρώματος παρατηρείται στο 50% με 80% των περιπτώσεων
- Η έγκυος μπορεί να παρουσιάσει σημεία καταπληξίας που σχετίζονται με την ποσότητα της αιμορραγίας στην κοιλιακή κοιλότητα
- Εκχυμωτική σκούρα χροιά του δέρματος γύρω από τον ομφαλό
- Εμετοί, μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης, ταχυσφυγμία (Σαλαμαλέκης, 2009)

### **3.3.2.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες**

- ✓ Προηγηθείσες φλεγμονές των σαλπίγγων
- ✓ Προηγηθείσες φλεγμονές της πυέλου
- ✓ Καταστάσεις που προκαλούν στενώσεις των σαλπίγγων, όπως συγγενείς ανωμαλίες αυτών, εκκολπώματα, καλοήθεις όγκοι ή κύστες, ινομυώματα μήτρας πλησίον της εμφύτευσης των σαλπίγγων, ενδομητρίωση, περισαλπιγγικές συμφύσεις
- ✓ Προηγηθείσες πλαστικές εγχειρήσεις σαλπίγγων
- ✓ Η ενδοσαλπιγγίωση
- ✓ Χρήση σπειραμάτων (IUD), τα οποία αποτρέπουν την εμφύτευση όχι όμως και την γονιμοποίηση. Έτσι ενώ το IUD προφυλάσσει την γυναίκα από ενδομήτρια εγκυμοσύνη, δεν αποτρέπει την έκτοπη κύηση αλλά μπορεί να αυξήσει την συχνότητά της είτε λόγω αλλαγής του φυσικού περισταλτισμού της σάλπιγγας, είτε λόγω ανιούσας φλεγμονής
- ✓ Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
- ✓ Προηγηθείσες επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο (πχ σκωληκοειδεκτομεία) οι προκλητές αποβολές και το ιστορικό στειρότητας (Σαλαμαλέκης, 2009)

### **3.3.2.4 Εκτόπιση**

#### **Σαλπιγγική κύηση**

Αποτελεί την πιο συχνή εκτόπιση έκτοπης κύησης. Το ζυγωτό μπορεί να εγκατασταθεί σε οποιοδήποτε σημείο της σάλπιγγας αλλά συχνότερα συμβαίνει στην λήκυθο (75%) και στον ισθμό(15%) και σπανιότερα στο κωδωνικό άκρο (3-5%) ή στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας, που διαπερνάει το τοίχωμα της μήτρας. Η εμφύτευση στην σάλπιγγα εξηγείται είτε από επιβράδυνση της συλλήψεως του ωαρίου μετά την

ωοθηλακιορρηξία από το κωδωνικό τμήμα της σάλπιγγας, είτε από παρεμπόδιση ή επιβράδυνση της μεταναστεύσεώς του προς την μητρική κοιλότητα.

Η εξέλιξη της κυήσεως αυτής εξαρτάται κατά πολύ από το σημείο εμφύτευσης. Όταν η εμφύτευση του ζυγωτού γίνει στον κώδωνα, η τροφοβλαστική ενζυμική δραστηριότητα δημιουργεί αλλοιώσεις στα τοιχώματα των τριχοειδών αγγείων αυτής της σαλπιγγικής περιοχής. Αποτέλεσμα αυτής της κυτταρολυτικής δράσεως της τροφοβλάστης δημιουργείται μια περιορισμένη αποκόλληση του εμβρύου από το βλεννογόνο της σάλπιγγας, που ακολουθείται αρχικά από μια μικρή αιμορραγία. Στην συνέχεια ολοκληρώνετε η αποκόλληση και το έμβρυο περιβαλλόμενο από πήγματα αίματος, αποβάλλετε προς το Δουγλάσειο χώρο (ωαγωγική αποβολή) όπου προκαλεί μια αντιδραστική περιτοναϊκή παραγωγή υγρού. Σχηματίζετε έτσι μια περιωαγωγική αιματοκήλη. Που εγκαθίσταται στον οπίσθιο Δουγλάσειο, αφού πια το έμβρυο νεκρωθεί λόγω διακοπής της τροφοδοσίας του, εκτός σπανίων εξαιρέσεων, οπότε είναι δυνατόν να αναπτυχθεί κοιλιακή έκτοπη εγκυμοσύνη. Άλλη μια πιθανή εξέλιξη της σαλπιγγικής κύησης συμβαίνει όταν το ζυγωτό εμφυτευτεί στην λήκυθο ή στον ισθμό τότε η τροφοβλαστική κυτταρολυτική δράση οδηγεί σε νέκρωση του τοιχώματος και στη ρήξη της σάλπιγγας μαζί με τα αγγεία της περιοχής που έχει ως αποτέλεσμα τερματισμό της κύησης αλλά και μεγάλη εσωτερική αιμορραγία. Τέλος αν η εμφύτευση γίνει στο διάμεσο ή ενδοτοιχικό τμήμα της σάλπιγγας ή εξέλιξη οδηγεί πάλι στην ρήξη αλλά χρονικά πιο καθυστερημένα. Πρέπει πάντως να τονιστεί ότι στην περίπτωση αυτή η αιμορραγία είναι πολύ μεγαλύτερη. (Ιατράκης, 2004)

### **Ωοθηκική κύηση**

Αποτελεί την δεύτερη σε συχνότητα εκτοπίσεως έκτοπη κύηση. (0,5-1% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων). Όταν η γονιμοποίηση και η εμφύτευση γίνουν από την αρχή στην ωοθήκη χαρακτηρίζετε ως πρωτοπαθής, ενώ όταν μετά από την ωαγωγική αποβολή το έμβρυο εγκατασταθεί στην ωοθήκη χαρακτηρίζετε ως δευτεροπαθής. Θεωρείται ότι το IUD ευνοεί την ωοθηκική κύηση, αφού από το σύνολο των έκτοπων κυήσεων σε γυναίκες με IUD ποσοστό 15-30% αφορούσε ωοθηκική έκτοπη κύηση. Η κλινική εικόνα της ρήξεως της κάψας της ωοθήκης προσομοιάζει με αυτήν της ρήξεως της σαλπιγγικής κυήσεως ή με αιμορραγούν ωχρο σωματίο κυήσεως ή ρήξη ωχραιματώματος. (Ιατράκης, 2004)

### **Κοιλιακή κύηση**

Η πρωτοπαθής κοιλιακή κύηση αμφισβητείται, ενώ συνήθως πρόκειται περί δευτεροπαθούς εκτοπίσεως και αναπτύξεως του κυήματος μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, μετά από ωαγωγική αποβολή. Η συχνότητά της κυμαίνεται από 0,1-0,8% επί του συνόλου των έκτοπων κυήσεων και συνήθως ανακαλύπτεται πριν την 24<sup>η</sup> εβδομάδα. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να προχωρήσει μέχρι το τέρμα της κυήσεως, και να ανακαλυφθεί την ώρα την ώρα του τοκετού, που πλέον διενεργείται με κάθετη λαπαροτομία. Σε αυτές τις περιπτώσεις η μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι υψηλή και το νεογνό είναι πιθανόν να εμφανίζει μορφολογικές παραμορφώσεις, παροδικές ευτυχώς, που οφείλονται στο υπάρχον ολιγάμνιο. Μετά την έξοδο του εμβρύου μεγάλη προσοχή χρειάζεται η αποκόλληση του πλακούντα ο οποίος προσφύεται στο τοιχωματικό περιτόναιο, στο οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου, στην ωοθήκη, σάλπιγγα, το επίπλουον ή εντερικές έλικες. Ευτυχώς σήμερα, με την ευρεία χρήση του υπερηχογραφήματος, την υψηλή ευκρίνεια των

μηχανημάτων και την αποκτηθείσα εμπειρία των ιατρών, όλες αυτές οι περιπτώσεις αντιμετωπίζονται σε πολύ πρώιμα στάδια, χωρίς συνέπειες για τη μητέρα. (Ιατράκης, 2004)

### **Τραχηλική κύηση**

Χαρακτηρίζεται από την εμφύτευση της βλαστοκύστης στον ενδοτράχηλο. Πρόκειται για σπάνια εντόπιση ΕΚ, που δεν ξεπερνάει το 1% των έκτοπων κυήσεων. Οφείλεται σε υπερπολυτοκία, σε επανειλημμένες εκτρώσεις, σε ενδομητρικές συμφύσεις, ανεπάρκεια έσω τραχηλικού στομίου, ανώμαλο τόνο μυομητρίου ή σε καθυστέρηση αναπτύξεως των πρωτεολυτικών ενζύμων της βλαστοκύστης. Η τροφοβλάστη, μετά την εγκατάστασή της στον τράχηλο, τον διαβρώνει και τον διογκώνει. Η διάβρωση φθάνει ενίοτε μέχρι τον ορογόνο και είναι δυνατόν να προκαλέσει διάτρηση του τραχήλου. Συνήθως νωρίς, εμφανίζεται αιμόρροια, οπότε με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, με την κλινική εξέταση και τον Υπερυχογραφικό έλεγχο (τράχηλος διογκωμένος με σάκο κυήσεως, ενώ η ενδομητρική κοιλότητα χωρίς εμβρυικά στοιχεία –δίκην κλεψύδρας-) τίθεται η διάγνωση. Η αντιμετώπιση συνίσταται στην απόξεση του ενδοτραχήλου, ο κίνδυνος όμως κατακλυσμαιίας αιμορραγίας είναι μεγάλος και αντιμετωπίζεται είτε με ενδο-τραχηλικό επιπωματισμό (ενίοτε και με καθετήρα Folley) με τοπική ένεση προσταγλανδίνης, με τοποθέτηση στην 3<sup>η</sup> και 9<sup>η</sup> ώρα ψηλά στον τράχηλο δύο ραμμάτων, για απολίνωση των κατιόντων κλάδων των μητριάων αγγείων και όταν όλα αυτά αποτύχουν απαιτείται λαπαροτομία και ολική υστερεκτομία χωρίς τα εξαρτήματα. (Ιατράκης, 2004)

### **Συνύπαρξη ενδομήτριας και έκτοπης κυήσεως**

Είναι δυνατή σε περιπτώσεις προκλήσεως ωοθυλακιορρηξίας ή ακόμη σε περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποιήσεως και εμβρυομεταφοράς όταν το μητρικό στόμιο της σάλπιγγας είναι ανοιχτό. Φυσικά η πιθανότητα αυτή είναι πιο συχνή όταν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή χρησιμοποιείται η μέθοδος GIFT ή ZIFT (Ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμετών ή ζυγωτών). (Ιατράκης, 2004)

#### **3.3.2.5 Διάγνωση**

Η κλινική διάγνωση στην οξείες καταστάσεις δεν παρουσιάζει δυσκολίες διότι υπάρχει μεγάλη αιμορραγία. Η οποία είναι φανερή. Διαγνωστικές αμφιβολίες παρουσιάζονται σε υποξείες ή άτυπες μορφές. Σε αυτές τις περιπτώσεις αλλά και όταν η διάγνωση της έκτοπης κύησης επείγει σημαντική βοήθεια προσφέρουν διάφορες εργαστηριακές ή παρακλινικές εξετάσεις. Αυτές είναι:

- **Η δοκιμασία κυήσεως**  
Χαμηλές τιμές β-HCG αναλογικά με την ηλικία κύησης αλλά και τιμές που δεν παρουσιάζουν άνοδο τις πρώτες βδομάδες θέτουν την υπόνοια έκτοπης ή παλίνδρομης κύησης
- **Το υπερηχογράφημα**  
Το κοιλιακό υπερηχογράφημα μήτρας και εξαρτημάτων και ιδιαίτερα το κοιλιακό υπερηχογράφημα ή ακόμα το έγχρωμο Doppler συμβάλλουν σημαντικά στη έγκυρη διάγνωση της έκτοπης βHCG>6000mlu/ml ή κοιλιακό υπερηχογράφημα και με τιμή βHCG> 2500mlU/ml, δεν ανευρεθεί σάκος κυήσεως ενδομήτρια και δεν υπάρχει κοιλιακή αιμορραγία, τότε η έκτοπη

κύηση είναι σχεδόν βέβαιη, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη διογκωμένου εξαρτήματος. Σημειώνεται ότι το κολπικό υπερηχογράφημα από την 6<sup>η</sup> βδομάδα κύησης αποκαλύπτει τον εμβρυικό σάκο εκτός της μήτρας και εντός της σάλπιγγας.

- **Η γενική αίματος**

Προοδευτική πτώση του αιματοκρίτη υποδηλώνει την πιθανότητα έκτοπης κύησης που παρουσιάζει εσωτερική αιμορραγία.

- **Η παρακέντηση του Δουγλασείου**

Χρήσιμη και απλή μέθοδος που πρέπει να εφαρμόζεται όταν υπάρχει υπόνοια ωαγωγικής αποβολής ή ανερχόμενης ρήξης της σάλπιγγας. Τονίζεται ότι μόνο το θετικό αποτέλεσμα έχει αξία, το αρνητικό δεν αποκλείει την ύπαρξη έκτροπης κύησης. (Ιατράκης, 2004)

### 3.3.2.6 Θεραπεία

- **Η απόξεση της μήτρας**

Έχει εφαρμογή σήμερα στην διαφορική διάγνωση μεταξύ ατελούς ή παλίνδρομης κύησης και έκτροπης κύησης, μετά όμως από την ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων. Η ανεύρεση στα ξέσματα μόνο του φθαρτού χωρίς λάχνες υποδηλώνει την ύπαρξη έκτοπης κύησης.

- **Η λαπαροσκόπηση**

Όταν οι υπόλοιπες εξετάσεις αφήνουν αμφιβολία η λαπαροσκόπηση δίνει την τελική διάγνωση της έκτοπης κύησης.

- Η θεραπεία της έκτοπης κύησης είναι κυρίως χειρουργική, χωρίς να παραβλέπεται και η δυνατότητα συντηρητικής θεραπείας. Η χειρουργική προσπέλαση γίνεται κυρίως με λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία. Η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται α) σε περίπτωση αποτυχίας ή μη ενδείξεως συντηρητικής ή φαρμακευτικής αντιμετώπισης β) σε περίπτωση προχωρημένης έκτροπης κύησης ή σε ωαγωγική αποβολή ή ρήξη σάλπιγγας. Με πλήρη ενημέρωση της γυναίκας και την συγκατάθεσή χρόνια σε επιλεγμένες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε φαρμακευτική αγωγή που περιλαμβάνει Μεθοτρεξάτη (ενδομυϊκά ή διακολπική έγχυση μέσα στην σάλπιγγα) ταυτόχρονα με παρακολούθηση μέχρι να μηδενιστούν οι τιμές. Εκτόπιση στην σάλπιγγα: σαλπινγοτομή και μια δόση μεθοτρεξάνης μετεγχειρητικά για διάλυση υπολειπόμενου ιστού

- Μεθοτρεξάτη ενδομυϊκά σε εφάπαξ δόση για θεραπεία εξωμήτριας κύησης που δεν έχει ραγεί και η διάμετρος της μάζας είναι < 4 εκ. (Lowdermilk et al, 2006)

### 3.3.2.7 Νοσηλευτική φροντίδα

Όταν υπάρχει υψηλός δείκτης υποψίας για έκτοπη κύηση θα πρέπει να γίνει και η οριστική διάγνωση. Υπάρχουν διαταραχές που έχουν κοινά σημεία και συμπτώματα με την έκτοπη κύηση όπως σκωληκοειδίτιδα, σαλπιγγίτιδα, ραγείσα κύστη ωοθήκης, αυτόματη αποβολή. Η άμεση νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στην φυσιολογική σταθεροποίηση. Οι τυπικές οδηγίες που πρέπει να υλοποιηθούν είναι τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής και όλες οι παραπάνω εργαστηριακές εξετάσεις. Αξιολογούνται τα συμπτώματα (ναυτία - εμετός, πόνος, αιμορραγία ή διαταραχές πήκτικότητας, επίπεδο συνείδησης, συναισθηματική κατάσταση) αναφέρονται στον γιατρό.

- ✓ Λήψη ιστορικού
  - Κύριο ενόχλημα (τύπος και εντόπιση πόνου)
  - Ποσότητα και φύση αιμορραγίας
  - Τελευταία έμμηνος ρύση για προσδιορισμό ηλικίας κύησης
  - Αλλεργίες σε φάρμακα
  - Προηγούμενες κυήσεις φυσιολογικές ή έκτοπες
  - Άλλα συμπτώματα(ναυτία, εμετός)
- ✓ Εργαστηριακές εξετάσεις
  - Αξιολόγηση της β-hCG
  - Προσδιορισμός παράγοντα Rh
  - Υπερηχογράφημα για επιβεβαίωση ή όχι ενδομήτριας κύησης
- ✓ Έλεγχο για ενεργού αιμορραγία η οποία και σχετίζεται με ρήξη σάλπιγγας, η γυναίκα αυτή θα παρουσιάζει:
  - Ίλιγγο
  - Πόνο στον ώμο
  - Υπόταση
  - Ταχυκαρδία
- ✓ Θεραπεία:
  - Απόξεση
    - Χειρουργική αντιμετώπιση
    - Λαπαροσκόπηση
    - Σαλπιγγοτομή
  - φαρμακευτική αγωγή που περιλαμβάνει Μεθοτρεξάτη (ενδομυϊκά ή διακοιλιακή έγχυση μέσα στην σάλπιγγα)
- ✓ Ενημέρωση για:
  - Τον τρόπο δράσης της φαρμακευτικής αγωγής
  - Τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες
  - Την σημασία της συνεχούς παρακολούθησης (μετά την χορήγηση της ένεσης μεθοτρεξάτης η γυναίκα πρέπει να επανέρχεται για εργαστηριακές εξετάσεις, τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα μέχρι να μειωθούν τα επίπεδα της β-hCG, πιθανόν να χρειαστεί νέα δόση σε 2 έως 8 εβδομάδες)
  - Απαγορεύεται η τοποθέτηση ταμπόν στον κόλπο, οι κολπικές πλύσεις, η συνουσία
  - Απαγορεύεται η έκθεση στον ήλιο (το φάρμακο προκαλεί φωτοευαισθησία)

- Μελλοντική γονιμότητα, κάθε γυναίκα με ιστορικό έκτοπης κύησης πρέπει να ενημερώνει τον γιατρό της, μόλις υποψιαστεί ότι είναι έγκυος, λόγω αυξημένου κινδύνου επανεμφάνισης έκτοπης κύησης.
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Συζήτηση
- Παραπομπή σε ομάδες υποστήριξης, για την αντιμετώπιση της θλίψης και μιας ενδεχόμενης στειρότητας (Purras et al 2003)

### 3.3.3 Τροφοβλαστική νόσος της κύησης

Η τροφοβλαστική νόσος της κύησης περιλαμβάνει το *χοριοκαρκίνωμα* και τη *μύλη κύηση*. Η μύλη κύηση είναι μια μη φυσιολογική κατάσταση κατά την οποία το γονιμοποιημένο ωάριο αποσυντίθεται και πεθαίνει, η χοριακή λάχνη, μετατρέπεται σε μια μάζα διαφανών κύστεων που μοιάζουν με ένα τσαμπί σταφύλι και γεμίζουν την μήτρα. Πρόκειται για ανωμαλίες της κύησης που προκύπτουν αποκλειστικά από ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα. Διακρίνεται σε ολική στην οποία δεν υπάρχει έμβρυο και σε μερική, στην οποία συνυπάρχουν έμβρυο και εκφυλισμένες χοριακές λάχνες. Η μύλη κύηση συμβαίνει περίπου σε αναλογία 1 / 1000-1500 κυήσεις, ενώ το χοριοκαρκίνωμα σε 1 / 20000 κυήσεις. Η ηλικία της μητέρας ( >40 ετών, <18 ετών) σχετίζεται με την παθογένεση. Ασιάτισσες που διαβιούν στην νοτιανατολική Ασία, ανεπάρκεια φυλλικού οξέος, ιστορικό μύλης κύησης ανήκουν στους παράγοντες κινδύνου. (Shapiro, 2001)

#### 3.3.3.1 Κλινική εικόνα

Εμφανίζεται ως εγκυμοσύνη, αλλά σχετίζεται με περισσότερο έκδηλες ορμονικές αλλαγές που οδηγούν σε επίταση των συμπτωμάτων της κύησης σε πολλές ασθενείς. (Smith, 2007)

Οι ενδείξεις και τα συμπτώματα που μπορούν να υποδηλώσουν μύλη κύηση περιλαμβάνουν:

- σκούρα κόκκινη ή καφέ αιμορραγία
- σοβαρή ναυτία και έμετο
- μήτρα που το μέγεθός της δεν συμβαδίζει με την ηλικία κύησης (μικρότερη ή μεγαλύτερη)
- απουσία εμβρυικού τόνου
- υπέρταση προκληθείσα από την κύηση πριν την 24<sup>η</sup> εβδομάδα κυήσεως. (Shapiro, 2001)

#### 3.3.3.2 Θεραπεία

Η θεραπεία συνίσταται στην κένωση της μήτρας στην μύλη κύηση. Η κένωση αυτή μπορεί να προκληθεί με αυτόματη αποβολή ή χειρουργικά με απόξεση και αναρρόφηση των περιεχομένων της μητρικής κοιλότητας. Λόγω του μεγάλου μεγέθους μερικών περιπτώσεων μύλης κύησης καθώς και της τάσης τους να προκαλούν ατονία της μήτρας, συνιστάται η ταυτόχρονη χορήγηση ωκυτοκίνης και η



επάρκεια σε διασταυρωμένο αίμα για πιθανή μετάγγιση. Όσον αφορά το πρωτοπαθές ή το δευτεροπαθές κακοήθες χοριοκαρκίνωμα αντιμετωπίζεται γενικά με χημειοθεραπεία. (Shapiro, 2001)

### **3.3.3.3 Νοσηλευτική φροντίδα**

Όσον αφορά την φροντίδα σε μια υποθετική διάγνωση υδατόμορφης μύλης η νοσηλεύτρια οφείλει να αντιληφθεί το πρόβλημα μέσω των συμπτωμάτων και των αντικειμενικών ευρημάτων. Αυτή η κατάσταση επιβεβαιώνεται με την απεικόνιση των σταφυλοειδών κυστιδίων. Συνδέεται με αυξημένη πίεση αίματος και λευκωματουρία πριν την 24<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης. Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει τα παρακάτω:

1. Διαγνωστικές εξετάσεις
  - Υπερηχογράφημα (μορφή διάχυτης «χιονοθύελλας»)
  - Προσδιορισμός β-hCG (συνήθως μεγαλύτερη τιμή από το φυσιολογικό)
  - Προσδιορισμός ομάδας αίματος καθώς και Rh για περίπτωση μετάγγισης
2. Θεραπεία
  - Άμεση αναφορά στον γιατρό
  - Χειρουργική αφαίρεση (απόξεση και αναρρόφηση)
  - Χορήγηση ωκυτοκίνης, σε περίπτωση ατονίας της μήτρας
3. Εκπαίδευση
  - ✓ Οι γυναίκες με μύλη κύηση και οι οικογένειες τους χρειάζονται βοήθεια για να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν :
    - Τι είναι μύλη κύηση
    - Τις ευνοϊκές στατιστικές μιας καλοήθους κατάληξης
    - Ποια συμπτώματα ίσως υποδηλώνουν κακοήθεια
    - Πιθανές σοβαρές επιπλοκές
    - Την ανάγκη να καθυστερήσει η επόμενη κύηση
    - Πόσο σημαντική είναι η παρακολούθηση με εξετάσεις και στενή επίβλεψη από το γιατρό
  - ✓ Ψυχολογική υποστήριξη για την ανακούφιση των συναισθημάτων λύπης, θυμού και φόβου  
(Shapiro, 2001)

### **3.3.3.4 Παρακολούθηση**

Μετά την κένωση του περιεχομένου της μήτρας, η ασθενείς χρίζει νοσηλείας με το πέρας αυτής πρέπει να παρακολουθείτε στενά για τουλάχιστον ένα χρόνο λόγω της πιθανότητας υποτροπής της μύλης ή εξέλιξής της σε τροφοβλαστικό όγκο της κύησης. Πρέπει να αξιολογείτε οποιαδήποτε μεταβολή στη φυσική εξέταση της ασθενούς (επίπεδα β-hCG, μέχρι 12 εβδομάδες μετά την κένωση της μήτρας). Στην περίπτωση του χοριοκαρκινώματος υπάρχει πιθανότητα μετάστασης, η πιο συχνή είναι στους πνεύμονες με πιθανότητα μεγαλύτερη του 75%. Το δεύτερο πιθανό σημείο είναι ο κόλπος ακολουθούν το αιδοίο, τα νεφρά, το ήπαρ, οι ωοθήκες και ο εγκέφαλος. Η παρακολούθηση συνεχίζεται για ένα χρόνο. Η εγκυμοσύνη πρέπει να αποφεύγεται για τουλάχιστον ένα χρόνο μετά την μύλη κύηση ώστε να αποφευχθεί η

σύγχυση μεταξύ φυσιολογικής κύησης και υποτροπής μιας μύλης. Σημειώνεται ότι το ποσοστό επανεμφάνισης της μύλης κύησης είναι 2%.(Smith, 2007)

### 3.4 Αιμορραγίες μετά την 20<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης

Παρατηρούνται περίπου σε 1 στις 20 κυήσεις Στο δεύτερο μισό της κύησης οι κυριότερες αιμορραγίες είναι ο *προδρομικός πλακούντα*, η *πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα*, η *έναρξη διαστολής του τραχηλικού στομίου*, η *ρήξη των προδρομικών αγγείων* και η *ρήξη κισμών του κόλπου και τραχήλου της μήτρας*. Πολλές αιτίες κοιλιακής αιμορραγίας που παρατηρούνται εκτός κύησης θα μπορούσαν να παρατηρηθούν και κατά την κύηση, όπως καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, έντονη κοιλίτιδα, τραυματισμός κ.λπ. σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι εύκολο να διαπιστωθεί και δεν διαπιστώνεται τελικά η αιτία της αιμορραγίας. Διαφορική διάγνωση της κοιλιακής αιμορραγίας πρέπει να γίνει από την αιματοουρία.(Ιατράκης, 2004) Αν και η μητρική θνησιμότητα από αιμορραγίες έχει δωδεκαπλασιαστεί τις τελευταίες δεκαετίες, οι αιμορραγίες (εξαιρώντας τις τεχνητές αποβολές ) αποτελούν την αιτία του 10-20% των μητρικών θανάτων. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι οι κυήσεις εμπλεκόμενες με αιμορραγία στο δεύτερο ήμισυ της κύησης, παρουσιάζουν τετραπλάσιους πρόωρους τοκετούς και περιγεννητική θνησιμότητα. Ακόμα σε κυήσεις που παρουσίασαν αιμορραγία και δεν υπήρχε προδρομικός πλακούντας ή πρόωρη αποκόλληση, το 30% είχε κακή εξέλιξη.(Μιχαλάς, 1998)

ΑΙΤΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΗΜΙΣΕΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ
§ Άγνωστη αιτιολογία
§ Έναρξη διαστολής τραχηλικού στομίου
§ Φλεγμονές (έντονη κοιλίτιδα και τραχηλίτιδα)
§ Τραυματισμός
§ Ρήξη κισμών κόλπου – τραχήλου
§ Καρκίνος τραχήλου μήτρας
§ Αιματοουρία
§ Προδρομικός πλακούντας
§ Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
§ Ρήξη πρόδρομων αγγείων

(Ιατράκης, 2004)

### **3.4.1 Προδρομικός πλακούντας**

Προδρομικός ονομάζεται ο πλακούντας που προσφύεται «προδρομικά», δηλαδή σε -κατώτερο τμήμα της μήτρας. Συνέπεια αυτής της θέσης πρόσφυσης είναι η προοδευτική αποκόλληση του με την έναρξη του τοκετού και της διαστολής του τραχηλικού στομίου με αποτέλεσμα την εμφάνιση αιμορραγίας. Αυτή η θέση πρόσφυσης μπορεί να ευθύνεται επίσης για ανώμαλο σχήμα ή ανεμπέδωτη προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου.(Ιατράκης, 2004) Έχουν αναγνωρισθεί πολλοί τύποι προδρομικού πλακούντα ο *επιπωματικός* όταν το έσω τραχηλικό στόμιο καλύπτεται από τον πλακούντα, *επιχείλιος* όταν το κατώτερο τμήμα του πλακούντα καλύπτει μέρος του έσω τραχηλικού στομίου, *παραχείλιος* όταν φτάνει στο το έσω τραχηλικό στόμιο και πλακούντας με χαμηλή πρόσφυση όταν απέχει λίγα εκατοστά από το έσω τραχηλικό στόμιο. (Shapiro, 2001)

#### **3.4.1.1 Παράγοντες κινδύνου**

Η αναλογία του προδρομικού πλακούντα είναι περίπου 1 ανά 200 φυσιολογικές κυήσεις. Παρατηρείται συχνότερα σε πολύτοκες γυναίκες αλλά και σε πολύδυμες κυήσεις. Προηγηθείσα καισαρική τομή, ιστορικό αποβολής (τεχνητής ή αυτόματης) κάπνισμα, η μεγάλη ηλικία της μητέρας, χρήση κοκαΐνης ανήκουν στους παράγοντες κινδύνου

#### **3.4.1.2 Αιτιολογία**

Η αίτια είναι η εμφύτευση του ζυγωτού χαμηλά στην κοιλότητα της μήτρας, πλησίον του τραχηλικού στομίου. Έχει ενοχοποιηθεί βλάβη της αγγείωσης του φθαρού που έχει προκύψει από φλεγμονή ή ατροφία.(Lowdermilk et al, 2006, Μιχαλάς, 1998)

#### **3.4.1.3 Διάγνωση**

Κάθε αιμορραγία σε προχωρημένη κύηση κυρίως μετά την 24<sup>η</sup> βδομάδα, πρέπει να θεωρηθεί προδρομικός πλακούντας ή πρόωρη αποκόλληση πλακούντα μέχρι την οριστική διάγνωση. Σε οποιαδήποτε περίπτωση αιμορραγίας σε προχωρημένη κύηση, πρέπει να μην γίνει δακτυλική εξέταση ή εξέταση με βάλβες γιατί αν συμβαίνει προδρομικός πλακούντας ή πρόωρη αποκόλληση κάθε περαιτέρω αποκόλληση μπορεί να αποβεί μοιραία. Μόνο σε συνθήκες άμεσου χειρουργείου θα μπορούσε να γίνει προσεκτική εξέταση του τραχηλικού στομίου ενώ έχει γίνει προετοιμασία για καισαρική τομή.(double setup)

Το υπερηχογράφημα διαθέτει πολύ μεγάλη ευαισθησία για την διάγνωση ιδιαίτερα όταν ο πλακούντας είναι πρόσθιος ή πλάγιος. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος θα δείξει καθαρά την θέση του κατώτερου άκρου του πλακούντα σε σχέση με το έσω τραχηλικό στόμιο. Πάντως σε έλλειψη μεγάλης ή συνεχούς αιμορραγίας, με δεδομένη την «μεταναστευτική» ικανότητα του πλακούντα να κινείται προς τα πάνω, η υπερηχογραφική διαπίστωση της πρόσφυσης του πλακούντα (συνήθως πριν τις 25 βδομάδες) στο κατώτερο τμήμα της μήτρας δικαιολογεί στάση αναμονής. Με την ανάπτυξη του κατώτερου τμήματος της μήτρας, οι περισσότερες από αυτές τις χαμηλές προσφύσεις θα «ανέβουν» σε υψηλότερες θέσεις.(Ιατράκης, 2004)

#### 3.4.1.4 Νοσηλευτική φροντίδα

- Μια γυναίκα με κολπική αιμορραγία του τρίτου τριμήνου έχει ανάγκη από άμεση ιατρική παρακολούθηση τα απαραίτητα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού είναι τα παρακάτω:
  - Η ακριβής ηλικία της κύησης
  - Ο αριθμός των προηγούμενων τοκετών
  - Η γενικότερη κατάσταση της γυναίκας
  - Η τρέχουσα ποσότητα αίματος
  - Τα ζωτικά σημεία
  - Η κατάσταση του εμβρύου
  
- Εάν η γυναίκα βρίσκεται σε ηλικία κύησης μικρότερη από την 36<sup>η</sup> εβδομάδα και δεν επίκειται τοκετός ή αιμορραγία είναι ήπια η θεραπεία είναι συντηρητική, έτσι ώστε να δοθεί χρόνος στο έμβρυο να αναπτυχθεί και να ωριμάσει στη μήτρα.
- Ανάλογα με την κλινική εικόνα η μητέρα μπορεί να παραμείνει στο σπίτι της ωστόσο η παραμονή της ενέχει κάποιες προϋποθέσεις όπως:
- Η δυνατότητα ανάπαυσης, αλλά και η άμεση πρόσβασή της στο νοσοκομείο σε περίπτωση ανάγκης.
- Απαιτείται στενή παρακολούθηση από τους οικείους της (να μην μένει μόνη της)
- Η γυναίκα θα πρέπει να εκπαιδευτεί πώς να εκτιμά την δραστηριότητα του εμβρύου αλλά και της μήτρας, θα πρέπει να αποφεύγει την συνουσία, τις κολπικές πλύσεις και τους υποκλυσμούς
- Θα πρέπει να περιορίσει τις δραστηριότητές της σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και να είναι συνεπείς στις εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να κάνει
- Ωστόσο σε περίπτωση που η γυναίκα χρήζει άμεσης εισαγωγής στο νοσοκομείο οι νοσηλευτικές διαδικασίες είναι οι ακόλουθες:
- Κλινοστατισμός για να μειωθούν οι ανάγκες σε οξυγόνο, αν και μπορεί να επιτραπεί στην έγκυο η χρήση του μπάνιου και η περιορισμένη δραστηριότητα (χρήση τροχήλατης καρέκλας), σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες
- Χορήγηση οξυγόνου συμπληρωματικά
- Διαμορφώνουμε ένα άνετο περιβάλλον, χωρίς φασαρία και κατάλληλη θερμοκρασία
- Ψηλαφούμε την μήτρα για εκτίμηση της ευαισθησίας και του πόνου
- Διαμορφώνουμε στοιχεία αναφοράς για την καρδιακή παροχή (ζωτικά σημεία, καρδιακοί και αναπνευστικοί ήχοι, τριχοειδική επαναπλήρωση, παλμική οξυμετρία)
- Καθημερινή λήψη αίματος και έλεγχος των παραγόντων πήξεως για να προσδιοριστεί η πορεία της κατάστασης
- Παρακολουθούμε τα ζωτικά σημεία, τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά (ισοζύγιο) καθώς και τις εργαστηριακές παραμέτρους ως βάση για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας
- Γίνεται τακτικός υπερηχογραφικός έλεγχος, ο έλεγχος του εμβρύου περιλαμβάνει την καρδιοτοκογραφική δοκιμασία ηρεμίας (NST) και υπερηχογραφική εκτίμηση της βιοφυσικής δραστηριότητας του εμβρύου

- Δεν διεξάγεται κάποια εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό για αποφυγή αιμορραγίας
- Ξεκινάμε ενδοφλέβια θεραπεία ή μεταγγίσεις αίματος και φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες , για την αποκατάσταση του όγκου αίματος (γι' αυτό θα πρέπει πάντα να υπάρχει πάντα διασταυρωμένο αίμα της μητέρας) και την πρόληψη της καταστολής των οργάνων της μητέρας και του εμβρύου
- Μπορεί να συσταθεί η χορήγηση στεροειδών (βηταμεθαζόνη) πριν από τον τοκετό για ωρίμανση των εμβρυικών πνευμόνων, εάν η γυναίκα βρίσκεται σε ηλικία κύησης μικρότερη από την 34<sup>η</sup> εβδομάδα. Αντί-Rh ανοσοσφαιρίνη χορηγείται σε Rhesus αρνητικές μητέρες, ενώ όπου απαιτείται τοκόλυση χορηγείται το θειικό μαγνήσιο ( MgSO<sub>4</sub>)
- Δεν συνίσταται κάποια δίαιτα, παρά μόνο αν υπάρχει ενεργή αιμορραγία ή κατάσταση της ασθενούς είναι ασταθής
- Παράσχουμε συναισθηματική υποστήριξη στην γυναίκα και τους οικείους της για την ανακούφιση του φόβου (επεξήγηση διαδικασιών, ενημέρωση για το τι συμβαίνει και το τι πρόκειται να συμβεί)
- Η γυναίκα με προδρομικό πλακούντα πρέπει να θεωρείται ως δυνητικά επείγον περιστατικό, γιατί μπορεί να εμφανιστεί γρήγορα μια μαζική αιμορραγία με συνοδό υπογκαιμικό shock. Ενώ υπάρχει πάντα η πιθανότητα διενέργειας μιας καισαρικής τομής. (Lowdermilk et al, 2006, Γεωργακόπουλος, 1993)

### **3.4.2 Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα**

Σε αυτήν την περίπτωση έχουμε την πρόωρη αποκόλληση ενός κατά τα άλλα φυσιολογικά εμφυτευμένου πλακούντα πριν τον τοκετό. σημείωσης Η αιμορραγία οφείλεται στην ρήξη των αιματολιμνών και απελευθέρωση του αίματος της μητέρας. Από την αιμορραγία κινδυνεύει και η μητέρα και το έμβρυο. Παρατηρείται σε λιγότερες από 1/200 κύσεις και σε ηλικία κύησης συνήθως μεγαλύτερη των 30 βδομάδων.(Ιατράκης, 2004) Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είναι ένα σοβαρό γεγονός και ευθύνεται για την μητρική και εμβρυική θνησιμότητα (Lowdermilk et al, 2006)

#### **3.4.2.1 Αιτιολογία**

Αν και η ακριβής αιτία δεν είναι γνωστή η πρόωρη αποκόλληση παρατηρείτε κυρίως σε καταστάσεις όπου υπάρχει διαταραχή στα αγγεία της μήτρας ή του πλακούντα και όταν επιδράσουν μηχανικές δυνάμεις κατευθείαν στην μήτρα με αποτέλεσμα την άμεση αγγειακή βλάβη (πχ τραυματισμός μητέρας).

#### **3.4.2.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες**

Η πρόωρη αποκόλληση έχει συσχετιστεί με παράγοντες όπως υπέρτασική νόσος της κύησης, ύπαρξη ινομυωμάτων, μεγάλη ηλικία μητέρας, πολυτοκία, ιστορικό πρόωρης αποκόλλησης. Προδιαθεσικό παράγοντα αποτελεί το κάπνισμα. Υπάρχει η τάση να εμφανίζεται σε κατώτερες κοινωνικές ομάδες. Έχει υποστηριχθεί γενετική προδιάθεση για τις γυναίκες που ανήκουν στην λευκή φυλή.

### **3.4.2.3 Κλινικές εκδηλώσεις**

Τα κλασικά συμπτώματα της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα είναι τα ακόλουθα:

Κολπική αιμορραγία, που μπορεί να καταλήξει σε υπογκαιμικό shock (ολιγουρία, ανουρία, διαταραχές πήξης). Η κολπική αιμορραγία μπορεί να εμφανιστεί στο 80% περίπου των περιπτώσεων.

Πόνος στην κοιλιά και ευαισθησία στη μήτρα, αν και τα δύο αυτά συμπτώματα απουσιάζουν στην περίπτωση συγκαλυμμένης αποκόλλησης. Ο πόνος είναι ήπιος έως έντονος και εντοπίζεται σε μία περιοχή της μήτρας ή και σε όλη με αποτέλεσμα να σκληραίνει η κοιλιά.

Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν διαταραχές πήκτικότητας όπως αποδεικνύεται από τα εργαστηριακά ευρήματα (Δημητρίου, 1995)

### **3.4.2.4 Θεραπεία**

Η μικρή αιμορραγία που φαίνεται να παρουσιάζει προοδευτική ύφεση, χωρίς να έχει επηρεάσει την κλινική κατάσταση της μητέρας και του εμβρύου, δικαιολογούν στάση αναμονής με πολύ αυξημένη ετοιμότητα. Σε κύηση κάτω των 28 εβδομάδων, το κέρδος έστω και λίγων ημερών μπορεί να αποδειχθεί σωτήριο για το νεογνό. Σε υποψία πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα (αιμορραγία, άλγος φαινόμενα αρχόμενης καταπληξίας) πρέπει να γίνει επείγουσα εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο. Η άμεση χορήγηση ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων (Ringer's), φρέσκου αίματος ή φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος για παράγοντες πήξης, ινωδογόνου και ενδεχομένως αιμοπεταλίων αποτελούν τη βάση της θεραπευτικής προσέγγισης.

Η μεγάλη αιμορραγία ή η μεγάλη και μόνιμη αλλοίωση των παλμών του εμβρύου, θα επισπεύσουν τις αποφάσεις μας. Σε μεγάλη κεντρική αποκόλληση του πλακούντα με διαταραχές πήκτικότητας και νεκρό έμβρυο η καισαρική τομή ίσως αυξήσει τα προβλήματα λόγω των μεγάλων τραυματικών επιφανειών που συνεπάγεται, με ακόμα μεγαλύτερη απώλεια αίματος. Ο κολπικός τοκετός (με ρήξη του θυλακίου και ωδινόποιητική αγωγή) μπορεί να αποδειχθεί πιο απλή και αποτελεσματική λύση στο πρόβλημα. Σε ζωντανό έμβρυο που δυσπραγεί και μεγάλη κολπική αιμορραγία, χωρίς προϋποθέσεις κολπικού τοκετού επιλέγεται η καισαρική τομή (Ιατράκης, 2004)

### **3.4.2.5 Νοσηλευτική φροντίδα**

(είναι παρόμοια με τον προδρομικό πλακούντα)

Οι γυναίκες με πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, συνήθως δεν αντιμετωπίζονται εκτός νοσοκομείου, διότι οποιαδήποτε στιγμή μπορεί να συμβεί περαιτέρω αποκόλληση του πλακούντα και πιθανόν να χρειαστεί άμεση παρέμβαση και τοκετός. Εάν η αποκόλληση είναι μικρή και το έμβρυο μικρότερο των 36 εβδομάδων και δεν εμφανίζει δυσχέρεια μπορεί να εφαρμοστεί συντηρητική αντιμετώπιση ενώ παράλληλα διενεργείται υπερηχογραφική εξέταση για να αποκλειστεί η πιθανότητα του προδρομικού πλακούντα.

Η γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο και παρακολουθείται στενά για σημεία αιμορραγίας και τοκετού. Αρχικά γίνεται τοποθέτηση και επιβεβαίωση της βατότητας της φλέβας. Ακολουθούν τα εξής:

- Λήψη ζωτικών σημείων
- Λήψη ιατρικού ιστορικού
- Φύση αιμορραγίας (ποσότητα, χρώμα και έναρξη)
- Εντοπισμός και ένταση του πόνου, η υποψία πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα τίθεται σε αιφνίδια έναρξη έντονου πόνου, συνήθως εντοπισμένου στην περιοχή της μήτρας με ή χωρίς κολπική αιμορραγία.
- Παρακολουθείται επίσης η κατάσταση του εμβρύου με διακεκομμένη ακρόαση της εμβρυϊκής καρδιακής συχνότητας, με καρδιοτοκογραφική δοκιμασία ηρεμίας (NST) και υπερηχογραφική εκτίμηση της βιοφυσικής δραστηριότητας του εμβρύου μέχρι να προσδιοριστεί η ωριμότητα του ή μέχρι να επιδεινωθεί η κατάσταση της μητέρας και να υπάρξει ένδειξη για άμεσο τοκετό.
- Τοποθετείται φλεβοκαθετήρας μεγάλης διαμέτρου (16 gauge)
- Παρακολουθήση των ζωτικών σημείων για σημεία έκπτωσης της αιμοδυναμικής κατάστασης ( μείωση της αρτηριακής πίεσης ή αύξηση της συχνότητας του σφυγμού)
- Η καθημερινή λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνει τους προσδιορισμούς του αιματοκρίτη (Ht), της αιμοσφαιρίνης (Hb) και της δοκιμασίας πηκτικότητας.
- Εισάγεται μόνιμος καθετήρας Folley για την συνεχή μέτρηση των αποβαλλόμενων υγρών
- Πολύ πιθανόν να δοθεί εντολή για αναπλήρωση του όγκου αίματος και τον υγρών με στόχο την διατήρηση των αποβαλλόμενων ούρων στα 30 ml/ώρα ή και περισσότερο και το ποσοστό του αιματοκρίτη στο 30% ή και περισσότερο. Εάν δεν επιτευχθεί ο στόχος τότε χρειάζεται αιμοδυναμική παρακολούθηση. Χορηγείται πρόσφατο κατεψυγμένο πλάσμα ή κρυσταλλικό υγρό για την διατήρηση των επιπέδων του ινωδογόνου στο ελάχιστο όριο των 100 έως 150 mg/dl.
- Ο κολπικός τοκετός προτιμάται σε περιπτώσεις εμβρυϊκού θανάτου, ωστόσο προτιμάται η καισαρική τομή λόγω μητρικής ή εμβρυϊκής δυσχέρειας.
- Επιβάλλεται νοσηλευτική φροντίδα των γυναικών με μέτρια έως μεγάλη πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, διότι απαιτείται στενή παρακολούθηση τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. Όλες οι διαδικασίες πρέπει να επεξηγούνται στην γυναίκα και τη οικογένειά της. Ενώ η συναισθηματική υποστήριξη είναι εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας, διότι η γυναίκα και οι οικείοι της μπορεί να νιώσουν λύπη σε μία ενδεχόμενη απώλεια του εμβρύου, πέρα από τη κρίσιμη κατάσταση της μητέρας. (Lowdermilk et al, 2006, Γεωργακόπουλος, 1993)

### 3.4.3 Ρήξη προδρομικών αγγείων

Προδρομικά αγγεία ονομάζονται τα ομφαλικά αγγεία που, σε υμενώδη έκφυση του ομφάλιου λώρου, περνούν κάτω από την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου και πίσω από το έσω τραχηλικό στόμιο. Τα προδρομικά αγγεία ίσως να γίνουν αισθητά κατά την κολπική εξέταση. Όταν γίνει η ρήξη των υμένων, γίνεται ταυτόχρονη ρήξη και αυτών των αγγείων με συνέπεια αιμορραγία με εμβρυϊκό αίμα. (Ιατράκης, 2004)

### **3.4.5 Ρήξη μήτρας**

Σε τέλεια ρήξη μήτρας, η γυναίκα παρουσιάζει κοιλιακή αιμορραγία μαζί με την υπόλοιπη συμπτωματολογία, δηλαδή έντονο διαξιφιστικό άλγος, αίσθημα ροής υγρού στο εσωτερικό της κοιλιάς και λιποθυμική τάση. Αντικειμενικά, διαπιστώνονται ωχρότητα, ταχυσφυγμία και γενικά σημεία κατάπληξης που επιδεινώνονται αν δεν γίνει γρήγορη αντιμετώπιση. Η πτώση της αρτηριακής πίεσης, η εφίδρωση, η ταχύπνοια και η περιφερική κυάνωση δείχνουν δραματική επιδείνωση. Στην κοιλιακή εξέταση μπορεί να διαπιστωθεί αιμορραγία ενώ δεν βρίσκεται προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου. (Ιατράκης, 2004)

### **3.4.6 Ανεξήγητη αιμορραγία**

Σε πολλές περιπτώσεις αιμορραγίας μετά την 24<sup>η</sup> βδομάδα κύησης, δεν είναι δυνατό να γίνει μια οριστική διάγνωση, όπως αποκόλληση ή προδρομικός πλακούντας. Αυτές οι περιπτώσεις συνεπάγονται σημαντική αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας και επομένως είναι σημαντικό να γίνει παρακολούθηση της πλακουντιακής λειτουργίας και της ανάπτυξης του εμβρύου. (Ιατράκης, 2004)

### **3.4.7 Αιμορραγία μη μαιευτικής προέλευσης**

Οι τραχηλικοί\_πολύποδες μπορεί να ευθύνονται για αιμορραγία κατά την διάρκεια της κύησης και η αντιμετώπιση γίνεται με αφαίρεση του πολύποδα. Η μυκητιασική και η τριχομοναδική κολπίτιδα μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση αιματηρού εκκρίματος και όταν γίνει η διάγνωση, θα πρέπει να γίνει η κατάλληλη φαρμακευτική αντιμετώπιση. (Ιατράκης, 2004)



## 4. ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η υπερτασική νόσος της κύησης είναι μια συνηθισμένη επιπλοκή της κύησης που παρατηρείται συνήθως μετά την 20<sup>η</sup> εβδομάδα .Προκαλεί σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα τόσο στην μητέρα όσο και στο έμβρυο, παρά την βελτιωμένη περιγεννητική φροντίδα. (σε μια φυσιολογική κύηση, υπάρχει πτώση της Α.Π. στο πρώτο τρίμηνο και η Α.Π. φτάνει στα χαμηλότερα επίπεδα στις 20 εβδομάδες, ενώ επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα λίγο πριν το τέλος της εγκυμοσύνης)

Η αρτηριακή πίεση, στην υπερτασική νόσο είναι ίση ή και μεγαλύτερη από 140/90 (συστολική/διαστολικής) mm Hg, και τα επίπεδα αυτά (κυρίως της διαστολικής) μπορεί να αποτελούν προγνωστικό σημείο εμφάνισης της προεκλαμψίας.( Ιατράκης, 2004)

### 4.1. Ταξινόμηση των υπερτασικών διαταραχών της κύησης

Έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι ταξινόμησης της κύησης, ένας τρόπος είναι ο παρακάτω:

- 1) Υπέρταση που εμφανίζεται για πρώτη φορά στη διάρκεια της κύησης
- 2) Προεκλαμψία, σε αυτή εκτός από υπέρταση, εμφανίζεται και λευκοματουρία με ή χωρίς οίδημα
- 3) Εκλαμψία, εδώ υπάρχουν τα συμπτώματα της προεκλαμψίας με οίδημα και σπασμούς

Η προεκλαμψία ταξινομήθηκε σε ήπια και σοβαρή. Η ήπια παρουσιάζει Α.Π. >140/90 και <160/110 mm Hg και λευκοματουρία >300mg/l. Στη σοβαρή η Α.Π. είναι >160/110 mm Hg και η λευκοματουρία είναι >1gr/l. (Ιατράκης 2004)

### 4.2 Αιτιολογία

Τα ακριβή αίτια της νόσου δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως, παρά τις θεωρίες που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς (γι' αυτό και έχει ονομαστεί και νόσος των θεωριών). Παρ' όλα αυτά ενοχοποιηθεί αγγειακοί, γενετικοί, ορμονικοί και άλλοι παράγοντες. Οι αγγειακοί παράγοντες ίσως εξηγούν καλύτερα σχεδόν το σύνολο των εκδηλώσεων της νόσου. Κατά την υπερτασική νόσο της κύησης παρατηρείται αγγειοσπασμός και βλάβη των ενδοθηλιακών κυττάρων των αγγείων. Η βλάβη αυτή φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο αγγειακό τόνο (υπέρταση), αύξηση της ενδοθηλίνης, διίδρωση (οίδημα), ανισορροπία στην έκκριση θρομβοξάνης/προστακυκλίνης υπέρ της πρώτης και ενεργοποίηση των μηχανισμών πηκτικότητας του αίματος (σύνδρομο HELLP). Η εντόπιση των αγγειακών βλαβών στο νεφρικό σύστημα εξηγεί το σύμπτωμα της λευκοματουρία. Επίσης των η βλάβη των ενδοθηλιακών κυττάρων των αγγείων (με την αναλογική αύξηση της θρομβοξάνης) μπορεί να ευθύνεται για την αυξημένη των αιμοπεταλίων και θρομβοπενία που παρατηρείται στη νόσο. (Ιατράκης , 2004, Κρεατσάς, 2009)

### 4.3. Προδιαθεσικοί παράγοντες

- 1) Η πρώτη εγκυμοσύνη
- 2) Κληρονομική συσχέτιση. Κόρες και αδελφές γυναικών με ιστορικό υπερτασικής κύησης έχουν αυξημένο κίνδυνο
- 3) Ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών
- 4) Ηλικία μικρότερη των 18 ετών
- 5) Πολύδυμη κύηση
- 6) Σακχαρώδης διαβήτης
- 7) Εμβρυϊκός ύδρωπας
- 8) Υδατώδης μύλη
- 9) Χρόνια υπέρταση
- 10) Φυλή. Η νόσος παρατηρείται σε μεγαλύτερη συχνότητα σε Αφρικανο-Αμερικάνες σε σχέση με το λευκό πληθυσμό. (Ιατράκης, 2004 - Smith, 2007)

### 4.4 Κλινική εικόνα

- 1) Υπέρταση χωρίς πρωτεϊνουρία ή οίδημα (υπέρταση που προκαλείται από την εγκυμοσύνη)
- 2) Υπέρταση με πρωτεϊνουρία ή οίδημα (Προεκλαμψία), (σοβαρή προεκλαμψία: κεφαλαλγία, κοιλιακός πόνος, πρόσληψη βάρους, διαταραχές όρασης, ολιγουρία, πνευμονικό οίδημα κ.α.)
- 3) Υπέρταση , πρωτεϊνουρία ή οίδημα αλλά και σπασμοί (εκλαμψία) (Smith, 2007)

### 4.5 Διάγνωση

Συχνά, οι γυναίκες με υπέρταση στη διάρκεια της κύησης εμφανίζονται με λίγα ή και καθόλου συμπτώματα. Συνήθως η λευκοματουρία εμφανίζεται με λίγα ή και καθόλου συμπτώματα . Ωστόσο η υπέρταση και η λευκοματουρία είναι τα δύο κυριότερα χαρακτηριστικά της υπερτασικής νόσου. Η λευκοματουρία ποικίλει σημαντικά από περίπτωση σε περίπτωση, αλλά και στην ίδια την ασθενή στη διάρκεια του 24ώρου. Για την καλύτερη εκτίμηση λευκοματουρίας πρέπει να γίνεται συλλογή ούρων 24ώρου, και ως λευκοματουρία έχει οριστεί η ανεύρεση λευκώματος >300mg στα ούρα 24ώρου. Για απλοποίηση της συλλογής και καλύτερα αποτελέσματα προτάθηκε η συλλογή ούρων 4ώρου σε ασθενείς με υπερτασικές διαταραχές. Το οίδημα δεν υπάρχει πάντα στην υπερτασική νόσο. Επίσης είναι συχνό ακόμα και σε φυσιολογικές κυήσεις. Η κεφαλαλγία και οι οπτικές διαταραχές είναι ενδεικτικές αγγειοσπασμού η βαρύτητα της βλάβης μπορεί να προκαλέσει ακόμα και αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Ο πόνος στο επιγάστριο μπορεί να οφείλεται σε οίδημα η υποκάψιο αιμάτωμα τους ήπατος. Η ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια, η ολιγουρία με αύξηση της κρεατινίνης και το πνευμονικό οίδημα είναι δείκτες της επιδείνωσης της νόσου (Ιατράκης, 2004).

### Εργαστηριακές εξετάσεις

- 1) Γενική αίματος (μέτρηση των αιμοπεταλίων)
- 2) Ομάδα αίματος και διασταύρωση
- 3) Βιοχημικές εξετάσεις (κρεατινίνη, ουρικό οξύ, γλυκόζη κ.α.)
- 4) Εξέταση για ηπατική λειτουργία (ηπατικά ένζυμα)
- 5) Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης (Lowdermilk et al 2006)

### **4.6. Φαρμακευτική Αγωγή**

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της μέτριας βαρύτητας προεκλαμψίας υπήρξε απογοητευτική. Τα γλυκοκορτικοειδή, χρησιμοποιούνται για προαγωγή της ωρίμανσης του αναπνευστικού συστήματος του εμβρύου. Φάρμακα όπως η λαμπετόλη ή νιδιπίνη, έχουν χορηγηθεί στα πλαίσια των πρωτοκόλλων της συντηρητικής αντιμετώπισης της κατάστασης. Η χρήση τους οδήγησε σε παράταση της κύησης και βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος, χωρίς ωστόσο να υπάρξει μείωση στην επίπτωση των βλαπτικών συμβάντων όπως η αποκόλληση του πλακούντα. (Smith, 2007). Αντιυπερτασικά φάρμακα που έχουν καθιερωθεί στην αντιμετώπιση της υπερτασικής νόσου είναι η α-μεθυλντόπα (α-methyldopa-Aldomet) και η υδραλαζίνη (hydralazine-Nepresol). Η α-μεθυλντόπα χορηγείται από το στόμα σε ημερήσια δόση 1-4 gr. Η υδραλαζίνη μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβια κάθε 3 με 6 ώρες, σε δόση 5-25 mg ή ενδομυϊκά σε δόση 25 mg περίπου. (Ιατράκης, 2004). Η υδραλαζίνη χρησιμοποιείται για ταχεία πτώση της αρτηριακής πίεσης κατά την διάρκεια του τοκετού. (Smith P.R., 2007). Η διαζεπάμη (Valium) και το θειικό μαγνήσιο (MgSO<sub>4</sub>) έχουν χορηγηθεί ως κατασταλτικά, τόσο στην φαρμακευτική αγωγή της νόσου όσο και στην αντιμετώπιση των εκλαπτικών διαταραχών. Το θειικό μαγνήσιο χορηγείται ενδοφλέβια σε δόση εφόδου 4 gr μέσα σε 20 λεπτά και δόση συντήρησης 1-3 gr κάθε ώρα. Στο 98% των περιπτώσεων θα προληφθούν οι σπασμοί της εκλαμψίας. (Ιατράκης, 2004). Η προφυλακτική χορήγηση ασπιρίνης δεν αποδείχθηκε αποτελεσματική για την πρόληψη της προεκλαμψίας (Smith, 2007).

### **4.7 Πρόγνωση**

Γενικά, η υπέρταση που προκαλείται από την κύηση ή προεκλαμψία και η εκλαμψία βελτιώνονται μετά τον τοκετό. Οι εκλαπτικοί σπασμοί μπορούν να συμβούν έως και δέκα μέρες μετά τον τοκετό, είναι όμως ασυνήθεις μετά το πρώτο 48ωρο.

### **4.8 Νοσηλευτική Φροντίδα**

Η νοσηλευτική φροντίδα σε έγκυο γυναίκα που έχει υπερτασική νόσο τόσο σε ουσιαστικό, όσο και σε υποστηρικτικό-ψυχολογικό επίπεδο έχει αποδειχθεί σημαντική. Παρακάτω θα αναφέρουμε κάποιες σημαντικές παρεμβάσεις.

- 1) Ατομικό Ιστορικό, όπου εξετάζεται το ιστορικό παθολογικών καταστάσεων (σακχαρώδης διαβήτης, νεφροπάθεια, υπέρταση κ.α.)

- 2) Οικογενειακό Ιστορικό, όπου διερευνάται το ιστορικό μελών της οικογένειας κυοφορούσας, για ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων (σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση)
- 3) Κοινωνικό Ιστορικό, όπου παρέχει πληροφορίες για την οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας, τις διατροφικές συνήθειες της, το επάγγελμά της, τις δραστηριότητες και τις συνήθειες που επηρεάζουν την ζωή της (αλκοόλ, κάπνισμα, ναρκωτικές ουσίες).
- 4) Περιβάλλον (ησυχία, χαμηλός φωτισμός, εξάλειψη ερεθισμάτων)
- 5) Καλό είναι να υπάρχουν προφυλάξεις για εκλαπτικούς σπασμούς ( εξοπλισμός αναρρόφησης και οξυγονοθεραπείας, θα πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι λειτουργούν)
- 6) Δίσκος επείγουσας φαρμακευτικής αγωγής (υδραλαζίνη, θειικό μαγνήσιο ),εύκολα προσβάσιμος
- 7) Η αρτηριακή πίεση της ασθενούς θα πρέπει να ελέγχεται 3 φορές την μέρα (πρωί-μεσημέρι - βράδυ), ανάλογα με την συμπτωματολογία
- 8) Συχνός έλεγχος πιθανής λευκωματουρίας και μέτρηση ποσότητας ούρων
- 9) Η διατροφή θα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα και ανάλατη. Προτιμώνται τροφές με φυτικές ίνες ( ωμά φρούτα, λαχανικά), ενώ συνιστώνται 6 έως 8 ποτήρια νερό. Ο καφές καλό είναι να αποφεύγεται.
- 10) Καθημερινή καταγραφή βάρους
- 11) Κατά την διάρκεια της κατάκλισης η έγκυος θα πρέπει το μεγαλύτερο διάστημα να είναι σε αριστερή πλάγια θέση, με αυτόν το τρόπο δεν πιέζεται η κάτω κοίλη φλέβα και έτσι αιματώνεται η μήτρα, βελτιώνεται η μητροπλακουντιακή κυκλοφορία και μειώνεται ο κίνδυνος της μη ανάπτυξης του εμβρύου.
- 12) Σε εμφάνιση κεφαλαλγίας, διαταραχών της όρασης, πόνου στο επιγάστριο και δύσπνοιας πρέπει να γίνει άμεση ενημέρωση του γιατρού.
- 13) Αδρός έλεγχος της δραστηριότητας του εμβρύου και καταγραφή από την μητέρα των εμβρυϊκών κινήσεων σε 12ωρη βάση ή και μικρότερα χρονικά διαστήματα ( αν σε αυτό το διάστημα καταγράφονται λιγότερες από δέκα κινήσεις, η ασθενής θα πρέπει να επικοινωνήσει με το προσωπικό.
- 14) Καρδιοτοκογραφικός έλεγχος και υπερηχογραφικός έλεγχος του εμβρύου.
- 15) Εξοπλισμός επείγοντος τοκετού σε εύκολη πρόσβαση
- 16) Προσπαθούμε με ήπιες κινήσεις όπως περιστροφικές κινήσεις των άνω και κάτω άκρων για χαλάρωση των βραχιόνιων και των μυών των κάτω άκρων. Οι ασκήσεις βελτιώνουν τον μυϊκό τόνο, την κυκλοφορία και το αίσθημα της ευεξίας.
- 17) Προτρέπουμε να ασχοληθεί με ψυχαγωγικές δραστηριότητες όπως το διάβασμα ενός βιβλίου ή περιοδικού. (Lowdermilk et al, 2006)

## 4.9 Επείγουσες καταστάσεις

### **Εκλαμψία: Σημεία Τονικοκλονικών Σπασμών**

Στάδιο έναρξης: 2-3 δευτερόλεπτα, προσήλωση των ματιών, τίναγμα των μυών του προσώπου

Στάδιο σύσπασης: 15-20 δευτερόλεπτα προβολή των βολβών των ματιών, γενικευμένη τονική σύσπαση των μυών του σώματος

Στάδιο σπασμού: εναλλασσόμενη σύσπαση και χάλαση των μυών, διακοπή των αναπνοών και επανέναρξη με παρατεταμένες, βαθιές και ρεγχάζουσες εισπνοές, ακολουθεί το κώμα.

**Παρέμβαση:** 1) Διατήρηση βατότητας αεραγωγών ( γυρνάμε το κεφάλι προς τη μια πλευρά και τοποθετούμε μαξιλάρι κάτω από τον ώμο

2) Ειδοποιούμε τον γιατρό

3) Προστατεύουμε την γυναίκα από τραυματισμό με ανύψωση κιγκλιδωμάτων

4) Παρακολουθούμε και καταγράφουμε την δραστηριότητα των σπασμών

### **Παρακολούθηση μετά την εκλαπτική κρίση:**

1) Παρακολουθούμε την γυναίκα στενά μέχρι να ανακτήσει τις αισθήσεις της

2) Χορηγούμε οξυγόνο μέσω μάσκας προσώπου στα 10l/λεπτό.

3) Χρησιμοποιούμε αναρρόφηση εάν απαιτείται

4) Ξεκινάμε την χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών και παρακολουθούμε για πιθανή υπερφόρτωση

5) Χορηγούμε θειικό μαγνήσιο και αντισπασμωδικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία

6) Εισάγουμε μόνιμο καθετήρα ουροδόχου κύστεως (Folley)

7) Παρακολουθούμε την αρτηριακή πίεση της γυναίκας

8) Κάνουμε συχνούς εργαστηριακούς ελέγχους (γενική αίματος και ούρων καθώς και βιοχημικό έλεγχο)

9) Εξασφαλίζουμε ένα ήρεμο και υγιεινό περιβάλλον

10) Στήριξη και ενήμερωση της ίδιας αλλά και της οικογένειάς της

11) Προετοιμασία για τοκετό όταν σταθεροποιηθεί η κατάστασή της.

(Lowdermilk et al, 2006)

## 4.10 Σύνδρομο HELLP

Περίπου σε μία στις 10 περιπτώσεις υπερτασικής κύησης συνυπάρχει σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets/σύνδρομο Hellp) (Ιατράκης Γ.Μ., 2004) Στην ουσία πρόκειται για μια παραλλαγή της υπερτασικής νόσου στην οποία κυριαρχούν οι ηπατικές και οι αιματολογικές αλλοιώσεις (Smith, 2007) Εμφανίζεται στο 2% έως 12% των γυναικών με σοβαρή προεκλαμψία ή σε 1/1000 περίπου κυήσεις (Lowdermilk et al, 2006), αλλά συχνά μπορεί να εμφανιστεί σε μέτρια αύξηση της αρτηριακής πίεσης και, σπανιότερα, ανεξάρτητα από την υπερτασική νόσο. (Ιατράκης, 2004)

### 4.10.1 Αιτιολογία

Αν και ο ακριβής μηχανισμός δράσης παραμένει άγνωστος έχουν ενοχοποιηθεί κάποιοι γενετικοί, μεταβολικοί, (περιλαμβανομένης της διαταραχής στην παραγωγή προσταγλανδινών), ανοσολογικοί παράγοντες, μητροπλακουντιακή ισχαιμία (Smith, 2007).

### 4.10.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες

- 1) Ατεκνία
- 2) Ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών
- 3) Μαύρη φυλή
- 4) Οικογενειακό ιστορικό υπερτασικής νόσου
- 5) Νεφρική πάθηση
- 6) Αντιφωσφολικό σύνδρομο
- 7) Σακχαρώδης Διαβήτης
- 8) Πολύδυμη κύηση &
- 9) Η χρόνια υπέρταση που αυξάνει τον κίνδυνο για υπερτασική νόσο της κύησης. (Smith, 2007)

### 4.10.3 Κλινική εικόνα

- 1) Εκλαμψία ή προεκλαμψία με αιμόλυση
- 2) Θρομβοκυτταροπενία
- 3) Αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών (Smith, 2007)
- 4) Πρόσφατη αύξηση βάρους
- 5) Συστολική πίεση >140 mm Hg και διαστολική >90 mm\_Hg
- 6) Οι παράμετροι της προεκλαμψίας όπως η διαστολική υπέρταση, η πρωτεϊνουρία και το οίδημα μπορεί να μην κατά την διάγνωση και μπορεί ποτέ να μην ανιχνευτούν

σε μια αναλογία ασθενών.

7) Αργά στη πορεία της νόσου η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει αιμορραγία των ούλων (Ιατράκης, 2004)

8) Το 90% περίπου των εγκύων αναφέρουν ιστορικό κακουχίας για αρκετές ημέρες

9) Πολλές γυναίκες (65%) εμφανίζουν επιγαστραλγία ή πόνο στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς(πιθανώς λόγω ηπατικής ισχαιμίας)

10) Ένα 50% των περιπτώσεων εμφανίζουν ναυτία και έμετο (Lowdermilk et al, 2006)

#### 4.10.4 Διάγνωση

Το σύνδρομο Hellp διαγιγνώσκεται εργαστηριακά και όχι κλινικά. (Lowdermilk et al, 2006)Για να γίνει η διάγνωση, λοιπόν, θα πρέπει ο " καχύποπτος" γιατρός να ζητήσει γενική αίματος, σε οποιαδήποτε ασθενή με προεκλαμψία ή οποιαδήποτε άλλη κατάσταση που σχετίζεται με το σύνδρομο. Για να γίνει η διάγνωση η θρομβοκυτταροπενία, αν υπάρχει, πρέπει να συνδυάζεται με άλλη εργαστηριακή απόδειξη αιμόλυσης ή ηπατικής δυσλειτουργίας. Αν δεν υπάρχει ηπατική δυσλειτουργία, η ασθενής μπορεί να έχει θρομβοπενία της κύησης, ανοσολογική θρομβοπενία της κύησης ή άλλη αιμοπεταλιακή διαταραχή. (Ιατράκης, 2004)

1) Για να τεθεί η διάγνωση του συνδρόμου ο αριθμός των αιμοπεταλίων πρέπει να είναι μικρότερος των 100,000/mm<sup>3</sup>.

2) Τα επίπεδα των ηπατικών ενζύμων (ασπαρτική και αλανινική αμινοτρανσφεράση-AST, ALT) πρέπει να είναι αυξημένα και πρέπει να υπάρχει κάποια ένδειξη ενδοαγγειακής αιμόλυσης (πχ. αυξημένο επίπεδο χολερυθρίνης) (Lowdermilk et al, 2006)

Η αναγνώριση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων σχετικά με το σύνδρομο Hellp είναι σημαντική εάν είναι έγκαιρη και εφόσον ξεκινήσει αμέσως επιθετική θεραπεία για την πρόληψη της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας. Επιπλοκές που μπορεί να αναφερθούν είναι: νεφρική ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα, η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη(DIC) και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.(Lowdermilk et al, 2006)

#### 4.10.5 Εργαστηριακές εξετάσεις

1) Γενική εξέταση αίματος (συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης του αριθμού των αιμοπεταλίων)

2) Δοκιμασίες πηκτικότητας (συμπεριλαμβανομένων του χρόνου ροής, του χρόνου προθρομβίνης (PT), του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (PTT) και του ινωδογόνου)

3) Ηπατικά ένζυμα (γαλακτική δεϋδρογενάση- LDH, ασπαρτική και αλανινική

αμινοτρασφεράση-AST-ALT)

4) Βιοχημικές εξετάσεις (κρεατινίνη, γλυκόζη, ουρικό οξύ κ.α.)

5) Ομάδα αίματος και διασταύρωση.

(Lowdermilk et al, 2006)

#### 4.10.6 Θεραπεία

Γενικά μέτρα: Αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς, ψυχολογική υποστήριξη και προετοιμασία για τοκετό (Smith, 2007).

Ειδικά μέτρα: Οι ασθενείς με σύνδρομο Hellp αποτελούν συχνά τις βαρύτερα πάσχουσες ασθενείς με προεκλαμψία και εκλαμψία. Η μόνη πραγματική αντιμετώπιση είναι ο τοκετός. Δεν επιβάλλεται κάποια δίαιτα ή κάποιου είδους περιορισμός.

Φαρμακευτική αγωγή: Για τις περιπτώσεις μέτριας βαρύτητας χρόνιας υπέρτασης η α-μεθυλντόπα θεωρείται φάρμακο εκλογής. Κατά την διάρκεια του τοκετού ή της πρόκλησής του χρησιμοποιείται συχνά θειικό μαγνήσιο με σκοπό την ελάττωση της πιθανότητας σπασμών (4g IV χορηγούνται εντός 20 λεπτών και ακολουθεί συνεχής έγχυση 2-3gr/h, θεραπευτικό εύρος τα 4-8 mg/dL). Αν η συστολική Α.Π. είναι >180 mm Hg ή η διαστολική >110 mm Hg χορηγείται υδραλαζίνη 5-10 mg IV bolus κάθε 20 λεπτά ή λαμπεταλόλη 20 mg IV bolus κάθε 10 λεπτά μέχρι το μέγιστο 300 mg/24ωρο. Το νιτροπρωσσικό νάτριο χρησιμοποιείται σε ακραίες περιπτώσεις. Κάποια άλλα εναλλακτικά φάρμακα είναι η βεραπαμίλη ή η νιφεδιπίνη που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ταχεία ελάττωση της πίεσης του αίματος. (Ιατράκης, 2004, Smith, 2007)

Ειδικές προφυλάξεις: Η παρακολούθηση της αιμοδυναμικής κατάστασης είναι επιβεβλημένη αν η Α.Π. είναι υψηλή ή χρησιμοποιηθούν ισχυροί φαρμακευτικούς παράγοντες.

#### 4.10. 7 Πιθανές επιπλοκές

Μητρικές: μη αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια, ανακοπή, πνευμονικό οίδημα, αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια, σπασμοί, κακώσεις προκαλούμενες από τους σπασμούς, ενδοκρανιακή αιμορραγία, κώμα και θάνατος (θνητότητα 0,5-5 %)

Εμβρυικές: κίνδυνος καθυστέρησης της ανάπτυξης και θάνατος.

#### 4.10.8 Πρόγνωση

Το σύνδρομο Hellp γενικά υποχωρεί μετά τον τοκετό, αλλά ο κίνδυνος επανεμφάνισής του σε μελλοντικές κυήσεις ή ο κίνδυνος υπέρτασης στη μετέπειτα ζωή της μητέρας είναι αυξημένος. (Smith, 2007).



#### 4.10. 9 Νοσηλευτική φροντίδα

(παρόμοια με την υπερτασική νόσο)

Οι υπερτασικές διαταραχές της κύησης πιθανόν να εμφανιστούν απροειδοποίητα ή με σταδιακή εμφάνιση των συμπτωμάτων. Ωστόσο επειδή η ακριβής αιτία παραμένει άγνωστη και αποδεδειγμένες μέθοδοι της νόσου δεν υπάρχουν, ένας βασικός στόχος είναι η έγκαιρη ανίχνευση της νόσου προκειμένου να προληφθεί η εμφάνιση των δυνητικών καταστροφικών συνεπειών τόσο για την μητέρα όσο και για το έμβρυο.

Ιστορικό: Ο/Η νοσηλεύτης/τρια ξεκινά την διεργασία της εκτίμησης με την συμπλήρωση ή επανεξέταση του προγεννητικού φακέλου της γυναίκας. Εξετάζεται το ιστορικό πιθανών παθολογικών καταστάσεων, ιδιαίτερα δε η παρουσία Σακχαρώδη Διαβήτη, νεφροπάθειας, και υπέρτασης

Οικογενειακό Ιστορικό: Διερευνάται το οικογενειακό ιστορικό για παρουσία υπερτασικών καταστάσεων, Σακχαρώδη Διαβήτη, και άλλων χρόνιων παθολογικών καταστάσεων.

Κοινωνικό Ιστορικό: Το κοινωνικό ιστορικό μας παρέχει πληροφορίες για την οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας, τις διατροφικές συνήθειες της, το επίπεδο δραστηριότητας, καθώς επίσης και τις συνήθειες που επηρεάζουν την υγεία της (αλκοόλ, κάπνισμα, ναρκωτικές ουσίες).

- 1) Περιβάλλον (ησυχία, χαμηλός φωτισμός,
- 2) Προφυλάξεις για εκλαπτικούς σπασμούς (εξοπλισμός αναρρόφησης και οξυγονοθεραπείας)
- 3) Δίσκος επείγουσας φαρμακευτικής αγωγής (υδραλαζίνη και θειϊκό μαγνήσιο)
- 4) Ακριβής και συνεχής μέτρηση της Α.Π. για την διαμόρφωση μιας τιμής αναφοράς και την παρακολούθηση των πολύ μικρών μεταβολών
- 5) Η παρουσία οίδηματος επιβάλλει περαιτέρω διερεύνηση (το οίδημα εκτιμάται όσον αφορά την κατανομή, το βαθμό και το εντύπωμα που αφήνει)

Το οίδημα περιγράφεται ως εντοπισμένο και ως οίδημα που αφήνει εντύπωμα. **Εντοπισμένο:** οίδημα των κατώτερων ή περισσότερο εξαρτημένων τμημάτων του σώματος όπου η υδροστατική πίεση είναι μεγαλύτερη. Αν η έγκυος είναι περιπατητική μπορεί να εμφανιστεί στα άκρα πόδια και τους αστραγάλους. Αν είναι κλινήρης εμφανίζεται κυρίως στην περιοχή του ιερού. Το **οίδημα που αφήνει εντύπωμα:** οίδημα στο οποίο η εφαρμογή δακτυλικής πίεσης στη περιοχή αφήνει ένα μικρό εντύπωμα. Αυτό προκαλείται από την μετακίνηση του υγρού στον παρακείμενο ιστό μακριά από το σημείο της πίεσης, εξαλείφεται συνήθως μετά από 10-30 δευτερόλεπτα.

- 6) Καθημερινή μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- 7) Καθημερινό ζύγισμα
- 8) Χορήγηση αντιίπερτασικών φαρμάκων (εάν κριθεί αναγκαίο)

(Lowdermilk et al 2006)

## 5. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι, ως γνωστόν μία χρόνια διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας, γλυκοζουρίας, και σε βαριές μορφές είναι δυνατόν να υποπέσει κάποιος πάσχων σε διαβητική κετοξέωση, λόγω σχετικής ή απόλυτης έλλειψης ινσουλίνης. (Ιατράκης, 2004)

Η ινσουλίνη παράγεται από τα β-κύτταρα των νησίδων του Langerhans στο πάγκρεας ρυθμίζει τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα, διευκολύνοντας την είσοδο της γλυκόζης στα μυϊκά και λιπώδη κύτταρα, όπου χρησιμοποιείται για παραγωγή ενέργειας. Όταν η ινσουλίνη αδυνατεί να προάγει την πρόσληψη γλυκόζης από τα κύτταρα και λιποκύτταρα, η γλυκόζη συσσωρεύεται στην αιματική κυκλοφορία και αναπτύσσεται υπεργλυκαιμία. Η υπεργλυκαιμία προκαλεί αύξηση της ωσμωτικής πίεσης του αίματος, που παρασύρει το ενδοκυττάριο υγρό στο αγγειακό σύστημα με πρόκληση κυτταρικής αφυδάτωσης και υπερογκαιμία. Κατά συνέπεια οι νεφροί εργάζονται περισσότερο, προκειμένου να απεκκρίνουν αυξημένο όγκο ούρων (πολυουρία). Η πολυουρία και η κυτταρική αφυδάτωση προκαλούν υπερβολική δίψα (πολυδιψία). Ο οργανισμός σε πια προσπάθεια αντιστάθμισης της ανικανότητας παραγωγής γλυκόζης, προβαίνει σε παραγωγή ενέργειας με καύση των πρωτεϊνών (πρωτεόλυση) από τους μύες και των λιπών (λιπόλυση). Η απώλεια είναι αποτέλεσμα της διάσπασης του λιπώδους και του μυϊκού ιστού. Η αποδόμηση των ιστών αυτών προκαλεί μια κατάσταση υπερβολικής πείνας, που παρακινεί το άτομο να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού (πολυφαγία). Τα τρία -Π- (πολυφαγία, πολυουρία, πολυδιψία) θα πρέπει να βάλει σε υποψίες το άτομο για περαιτέρω διερεύνηση. (Σαλαμαλέκης, 2009, Lowdermilk et al, 2006)

### 5.1 Ταξινόμηση του Σακχαρώδη Διαβήτη

Αρκετά χρόνια πριν, η Priscilla White πρότεινε την ταξινόμηση του Σ. Δ. στην κύηση και η κατάταξη αυτή διαφέρει από την σημερινή ταξινόμηση. Η ταξινόμηση σύμφωνα με την White σχετιζόταν με την: περιγεννητική θνησιμότητα, νεογνική νοσηρότητα, την πιθανότητα επιπλοκών στη μητέρα, αλλά και την θεραπευτική αντιμετώπιση. Επιπλέον η White έλαβε υπόψη α) τον χρόνο έναρξης του διαβήτη β) την διάρκεια γ) την παρουσία ή μη αγγειακών επιπλοκών. (Σαλαμαλέκης, 2009)

#### Ταξινόμηση κατά White

**Κατηγορία A:** Εδώ το μεγάλο ποσοστό γυναικών με διαβήτη στην εγκυμοσύνη (90%). Ανευρίσκεται παθολογική καμπύλη ανοχής της γλυκόζης, αλλά τα επίπεδα της γλυκόζης κατά την νηστεία φαίνονται φυσιολογικά. Αυτό συμβαίνει γιατί η λειτουργία των β-νησιδίων του παγκρέατος είναι οριακά επηρεασμένη. Αν όλες οι παράμετροι είναι στα φυσιολογικά επίπεδα τότε περιγεννητική θνησιμότητα δεν παρουσιάζει αυξητική τάση. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με το test ανοχής της γλυκόζης (ΤΑΓ) την 28<sup>η</sup>-30<sup>η</sup> εβδομάδα. Η κατηγορία αυτή χωρίζεται σε δύο άλλες υποκατηγορίες: την A1 και A2.

**A1:** Τα επίπεδα γλυκόζης σε νηστεία είναι <105 mg/dL και αντιμετωπίζονται μόνο με δίαιτα. Ενώ μετά από γεύμα τα επίπεδα γλυκόζης είναι <120 mg/dL.

**A2:** Τα επίπεδα γλυκόζης σε νηστεία είναι >105 mg/dL και αντιμετωπίζονται με δίαιτα και χορήγηση ινσουλίνης. Εδώ τα επίπεδα γλυκόζης μετά από γεύμα είναι <120 mg/Dl.

**Κατηγορία B:** Ανήκουν οι έγκυες, στις οποίες ο διαβήτης άρχισε μετά την ηλικία των 20. Δεν διαπιστώνονται αγγειακές βλάβες. Η περιγεννητική θνησιμότητα όμως είναι διπλάσια από εκείνη της φυσιολογικής εγκυμοσύνης.

**Κατηγορία C:** Ανήκουν οι έγκυες, στις οποίες ο διαβήτης άρχισε σε ηλικία 10-19 ετών. Δεν διαπιστώνονται αγγειακές βλάβες. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι τριπλάσια από εκείνη της φυσιολογικής κύησης.

**Κατηγορία D:** Ανήκουν οι έγκυες, στις οποίες ο διαβήτης ξεκίνησε πριν από την ηλικία των 10 ετών. Διαπιστώνονται αγγειακές βλάβες (αλλοιώσεις στον αμφιβληστροειδή) και περιγεννητική θνησιμότητα φτάνει το 10%.

**Κατηγορία E:** Ανήκουν οι έγκυες, στις οποίες παρατηρείται αρτηριοσκλήρυνση στην περιοχή της πυέλου και ανιχνεύεται στην ακτινογραφία.

**Κατηγορία F:** Ανήκουν οι έγκυες, στις οποίες διαπιστώνονται βλάβες στα νεφρά. Η περιγεννητική θνησιμότητα φτάνει το 20%.

**Κατηγορία H:** Ανήκουν οι έγκυες, που έχουν καρδιολογικά προβλήματα

**Κατηγορία R:** Ανήκουν οι έγκυες, στις οποίες διαπιστώνονται σοβαρές αλλοιώσεις στον αμφιβληστροειδή. Η περιγεννητική θνησιμότητα ξεπερνάει το 20%. (Ιατράκης, 2004)

Το 1994 έγινε αναθεώρηση του συστήματος και ο σακχαρώδης διαβήτης ταξινομήθηκε σε 2 κατηγορίες: 1) **Διαβήτης τύπου 1** ή ινσουλινοεξαρτώμενος

2) **Διαβήτης τύπου 2** ή μη ινσουλινοεξαρτώμενο, στον τύπο 2 ανήκει και ο διαβήτης της κύησης. (Κρεατσάς, 2009)

## 5.2 Διαβήτης τύπου 1

Ο διαβήτης τύπου 1, οφείλεται κυρίως σε καταστροφή των β-κυττάρων των νησιδίων του παγκρέατος. Τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 έχουν απόλυτη ανεπάρκεια ινσουλίνης(σία). Εμφανίζεται πριν από την 3<sup>η</sup> δεκαετία γι' αυτό ονομάζεται και <<νεανικός>> και αφορά το 0,1-0,4 % των ηλικιών κάτω των 30. Θεωρείται αυτοάνοση νόσος και η και η κληρονομικότητα εξαρτάται από τον αριθμό των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση της νόσου.(π.χ. αν πάσχουν και οι δύο γονείς οι πιθανότητες για το παιδί είναι 33%). (Ιατράκης, 2004)

## 5.3 Διαβήτης τύπου 2

Ο διαβήτης τύπου 2, δεν σχετίζεται με αυτοάνοσους μηχανισμούς. Χαρακτηρίζεται από παθολογική έκκριση ινσουλίνης και αντίσταση στην δράση της στα όργανα στόχους, λόγω έλλειψης υποδοχέων.(Μιχαλάς, 1998). Πολλοί άνθρωποι που είναι παχύσαρκοι ή έχουν αυξημένο ποσοστό σωματικού λίπους που συσσωρεύεται

κυρίως στην περιοχή της κοιλιάς. Είναι γνωστό ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση υποδοχέων ινσουλίνης βρίσκεται στους ορθούς κοιλιακούς μύες και η αύξηση του λιπώδους ιστού ελαττώνει την ευαισθησία των υποδοχέων (Lowdermilk et al, 2006)

#### 5.4 Διαβήτη της κύησης

Ο διαβήτης της κύησης είναι η κλινική εκδήλωση μιας δυσανεξίας στην δοκιμασία της γλυκόζης, η οποία διαπιστώνεται στην πορεία της εγκυμοσύνης ή εμφανίζεται για πρώτη φορά. (Καρπαθιός, 2001). Η συχνότητα της εμφάνισης της επιπλοκής αυτής κυμαίνεται από 3 έως 5 %, ανάλογα με τον πληθυσμό (γεωγραφική κατάσταση, συνήθειες διατροφής κ.α.) Ο διαβήτης της κύησης συνήθως γίνεται πιο ήπιος και εξαφανίζεται μετά τον τοκετό. Η καμπύλη της ανοχής της γλυκόζης που στη διάρκεια της κύησης είναι παθολογική, μετά την κύηση γίνεται φυσιολογική. (Ιατράκης, 2004)

#### 5.5 Η επίδραση του Σακχαρώδη Διαβήτη στην κύηση

Η επίδραση του Σ. Δ. στη κύηση είναι, γενικά δυσμενής. Πριν την ανακάλυψη της ινσουλίνης οι περισσότερες διαβητικές γυναίκες δεν μπορούσαν να μείνουν έγκυες, τα ποσοστά αυτόματων εκτρώσεων στο πρώτο τρίμηνο της κύησης ήταν πολύ υψηλά. Η περιγεννητική θνησιμότητα άγγιζε το 60% και η μητρική θνησιμότητα το 30%. Η σωστή παρακολούθηση της εγκύου με διαβήτη, με τις κατάλληλες οδηγίες, σχετικά, με την δίαιτά της αλλά και με την χορήγηση ινσουλίνης μείωσε το ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας. (Ιατράκης, 2004).

#### 5.6 Κίνδυνοι και Επιπλοκές για την μητέρα και το έμβρυο

Αν και οι δείκτες μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας έχουν βελτιωθεί σημαντικά, δεν παύει ο Σ. Δ. να είναι ένας επικίνδυνος εχθρός για την εγκυμονούσα γυναίκα. Η κακή ρύθμιση της γλυκόζης κατά τα πρώτα στάδια της κύησης ευθύνεται για πολλές αυτόματες εκτρώσεις. (Lowdermilk et al, 2006). Ο Σ. Δ. έχει συνδεθεί με μεγαλύτερη πιθανότητα ενδομήτριου θανάτου λίγο πριν την 38<sup>η</sup> εβδομάδα και αυξημένα ποσοστά νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας του εμβρύου και υπογλυκαιμία. (Ιατράκης, 2004). Η κακή ρύθμιση της γλυκόζης στα όψιμα της κύησης, κυρίως σε γυναίκες χωρίς αγγειακή πάθηση, αυξάνει την πιθανότητα γέννησης μακροσωμικού εμβρύου. Ως μακροσωμία ορίζεται συνήθως το σωματικό βάρος μεταξύ 4,000 gr και 4500 gr ή και μεγαλύτερο. Η μακροσωμία παρατηρείται στο 20-25% των κυήσεων. (Lowdermilk et al, 2006) Αυτό συνεπάγεται με αυξημένη πιθανότητα για δυστοκία και τραυματισμό της μητέρας και του παιδιού κατά την διάρκεια του τοκετού (κίνδυνος κατάγματος κλείδας, κάκωση βραχιόνιου πλέγματος, παράλυση προσωπικού νεύρου, κάκωση του φρενικού νεύρου, υποσκληρίδια αιμορραγία κ.α.) Όλα τα παραπάνω μαζί με τον φόβο των γονιών για ενδομήτριο θάνατο συνηγορούν στο γεγονός ότι έχουν αυξηθεί οι καισαρικές τομές. (Ιατράκης, 2004). Η υπέρταση της κύησης ή η προεκλαμψία εμφανίζεται συχνότερα στις κυήσεις που εμπλέκεται ο Σ.Δ., η υψηλότερη επίπτωση παρατηρείται στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν αγγειακά προβλήματα που σχετίζονται με τον διαβήτη. (Lowdermilk et al, 2006) Άλλη μια επιπλοκή του Σ. Δ. είναι η πιθανότητα του υδράμιου ή πολυάμιου, το οποίο έχει δεκαπλάσια επίπτωση στις κυήσεις συγκριτικά με τις φυσιολογικές κυήσεις. (Lowdermilk et al, 2006) Η κατάσταση αυτή

είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας για ατονία της μήτρας και πρόωρη ρήξη υμενών. (Ιατράκης, 2004). Η συχνότητα και η βαρύτητα των λοιμώξεων είναι ιδιαίτερα αυξημένη στις εγκύους με διαβήτη. Οι κοιλίτιδες και η μυκητίαση του κόλπου είναι οι πιο συχνές, ενώ αυξημένο ποσοστό έχουν και οι ουρολοιμώξεις. Η λοίμωξη είναι επιβαρυντικός παράγοντας διότι αυξάνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και μπορεί να οδηγήσει σε κετοξέωση, η οποία είναι πιο συχνή στο 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> τρίμηνο, όπου η διαβητογόνος δράση της κύησης είναι μεγαλύτερη. Η κετοξέωση μπορεί να είναι η το πρώτο σύμπτωμα αδιάγνωστου διαβήτη κατά την διάρκεια της κύησης. Η κετοξέωση μπορεί να εμφανιστεί, ακόμα και όταν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα της μητέρας ξεπεράσουν τα 200 mg/dl. Ως απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. φλεγμονή) εμφανίζεται η υπεργλυκαιμία, αυξημένης παραγωγής γλυκόζης και μειωμένης περιφερικής χρήσης της. Σ' αυτό το σημείο το ρυθμιστικό κέντρο της μητέρας αδυνατεί να εξισορροπήσει την γενικότερη κατάσταση και προκαλείται μεταβολική οξέωση. Η υπεργλυκαιμία οδηγεί σε συχνή διούρηση με αναμενόμενη συνέπεια την απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών, υποογκαιμία και αφυδάτωση. Απαιτείται άμεση θεραπεία της κετοξέωσης για να αποφευχθεί το κώμα και ακόμα χειρότερα ο θάνατος αυτής. Ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας είναι επίσης αυξημένος. Στα πρώτα στάδια της κύησης όταν η παραγωγή γλυκόζης μειώνεται και αυξάνεται η περιφερική χρήση της γλυκόζης, εμφανίζεται υπογλυκαιμία συνήθως κατά την διάρκεια του ύπνου. Οι γυναίκες με ιστορικό υπογλυκαιμίας έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης υπογλυκαιμίας στη κύηση. Η ήπια έως μέτρια υπογλυκαιμία δεν φαίνεται να έχουν βλαπτική επίδραση στο έμβρυο. Η ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης παρατηρείται συχνά σε νεογνά μητέρων με διαβήτη που σχετίζεται και με αγγειοπάθεια. Σχετίζεται με μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια και μπορεί να επιδεινωθεί και με την παρουσία προεκλαμψίας. Ενώ είναι αυξημένος ο κίνδυνος και της αναπνευστικής ανεπάρκειας, λόγω της μη ωρίμανσης των πνευμόνων (Lowdermilk et al, 2006).

Μέσα σε 30 έως 60 λεπτά μετά τον τοκετό το νεογνό εμφανίζει υπογλυκαιμία, που προκαλείται με την κοπή του ομφάλιου λώρου.

## 5.7 Προσυμπτωματικός και Εξατομικευμένος Έλεγχος

Η απλή μέτρηση του σακχάρου εντάσσεται στον γενικό εργαστηριακό έλεγχο που γίνεται από την πρώτη επίσκεψη στον γιατρό. Με δεδομένο ότι ο Σ. Δ. ευθύνεται για την αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα, προτάθηκε ο μαζικός έλεγχος του μεταβολισμού των υδατανθράκων των εγκύων πριν από την 28<sup>η</sup> εβδομάδα. Συστήθηκε, λοιπόν, η χορήγηση από το στόμα 50 gr γλυκόζης και η μέτρησή της στο αίμα ανά μία ώρα. Τιμές >140 mg/mL απαιτούν παραπάνω έρευνα γιατί είναι ορατός ο κίνδυνος για πιθανότητα του Σ. Δ. Έλεγχος για πιθανό Σ. Δ. πρέπει να γίνει και στις παρακάτω περιπτώσεις:

- 1) παχυσαρκία
- 2) ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών
- 3) οικογενειακό ιστορικό Σ. Δ.
- 4) πολυτοκία
- 5) νεφροπάθεια στην κύηση

- 6) επίμονες κολπίτιδες και μυκητιάσεις
- 7) αγγειακές βλάβες
- 8) οι συχνές ουρολοιμώξεις (Ιατράκης, 2004)

## 5.8 Δοκιμασία αντοχής της γλυκόζης

Η δοκιμασία αντοχής της γλυκόζης πρέπει να γίνεται:

- 1) Σε παχύσαρκα άτομα > 90 κιλά
- 2) Σε εγκυμονούσες πάνω από 35 ετών

Η δοκιμασία μπορεί να γίνει στην αρχή της κύησης και οπωσδήποτε μεταξύ της 28<sup>ης</sup> και 30<sup>ης</sup> εβδομάδας, περίοδος κατά την οποία παρατηρείται έντονη διαβητογόνος επίδραση της κύησης. Η διαδικασία που ακολουθείται για την δοκιμασία ης γλυκόζης είναι η ακόλουθη:

- 1) Η έγκυος δεν πρέπει να καταναλώσει κάτι γλυκό την προηγούμενη μέρα της εξέτασης και να παραμείνει νηστική για 8 ώρες από το προηγούμενο βράδυ.
- 2) Πριν την χορήγηση της γλυκόζης γίνεται ένας πρώτος προσδιορισμός του σακχάρου στο αίμα
- 3) Γίνεται χορήγηση γλυκόζης από το στόμα (100 gr που διαλύονται σε 250 ml
- 4) Δείγματα αίματος λαμβάνονται πριν τη λήψη της γλυκόζης και μετά από 60, 120, 180 λεπτά από την λήψη της γλυκόζης.

Παθολογικές τιμές σακχάρου στο αίμα θεωρούνται:

- 1) Νηστική >95 mg/dl
- 2) 1 ώρα μετά >180 mg/dl
- 3) 2 ώρες μετά 155 mg/dl
- 4) 3 ώρες μετά >140 mg/dl (Smith, 2007)

Η καμπύλη ανοχής γλυκόζης θεωρείται παθολογική εφόσον βρεθούν τουλάχιστον δύο τιμές υψηλότερες από τις φυσιολογικές. Εάν μόνο μία τιμή είναι παθολογική τότε η διάγνωση είναι αμφίβολη και η δοκιμασία θα πρέπει να επαναληφθεί σε 4 με 6 εβδομάδες (Ιατράκης, 2004, Σαλαμαλέκης, 2009)

## 5.9 Εκτίμηση

Όταν μία έγκυος με διαβήτη ξεκινά την περιγεννητική φροντίδα, πρέπει να γίνει σοβαρή εκτίμηση της κατάστασης της υγείας της. (Lowdermilk et al, 2006) Η παρακολούθηση της διαβητικής εγκύου, πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών που θα περιλαμβάνει: ιατρικό, νοσηλευτικό, μαιευτικό προσωπικό αλλά και ειδικό διαβητολόγο.

Πολύ μεγάλο ρόλο παίζει και η ενημέρωση της εγκύου, που πάσχει από διαβήτη, αλλά και του οικογενειακού της περιβάλλοντος, για τις πιθανές επιπτώσεις του Σ. Δ. τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο.(Ιατράκης, 2004)

Εκτός από την προγεννητική εκτίμηση λαμβάνεται ένα λεπτομερές ιστορικό σχετικά με την έναρξη και την πορεία του διαβήτη, την αντιμετώπισή του, καθώς και ο βαθμός ρύθμισης της γλυκόζης πριν από την κύηση.(Lowdermilk et al, 2006)

## 5.10 Κλινική εξέταση

Στην πρώτη επίσκεψη στο γιατρό πραγματοποιείται προσεκτική κλινική εξέταση για να εκτιμηθεί η παρούσα κατάσταση της εγκύου. Αργότερα ο γιατρός θα προβεί σε πιο εξειδικευμένες εξετάσεις για να εκτιμήσει καλύτερα την κατάσταση της ασθενούς.

- 1) Πορεία των τιμών της γλυκόζης
- 2) Καρδιολογική και οφθαλμολογική εξέταση (για διάγνωση αμφιβληστροπάθειας, συστήνεται τακτικός έλεγχος από οφθαλμίατρο)
- 3) Καταγραφή της αρτηριακής πίεσης λόγω αυξημένου κινδύνου εμφάνισης προεκλαμψίας
- 4) Μέτρηση του σωματικού βάρους
- 5) Συστηματικός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας με προσδιορισμό της ουρίας, του ουρικού οξέος, της κρεατινίνης αλλά και των ηλεκτρολυτών
- 6) Γενική αίματος, ούρων καθώς και εξέταση των ούρων 24ώρου για ύπαρξη λευκώματος.
- 7) Στις 9-12 εβδομάδες μπορεί να γίνει μέτρηση της PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein-A) για ανίχνευση του συνδρόμου Down
- 8) Στις 10-14 εβδομάδες γίνεται αδρός έλεγχος για πιθανές ανατομικές ή χρωμοσωματικές ανωμαλίες
- 9) Στις 16-18 εβδομάδες γίνεται η τριπλή δοκιμασία (άλφα test) με μέτρηση της α-εβρουϊκής πρωτεΐνης (AFP) μπορεί να σχετίζεται βλάβη του ΚΝΣ, της β-χοριακής γονιδοτροπίνης (β-HCG) και της ελεύθερης οιστριόλης (E3), επίσης για ανίχνευση του συνδρόμου Down.
- 10) Στις 18-20 εβδομάδες πρέπει να γίνεται λεπτομερής υπερηχογραφική εξέταση με εβρουϊκή ηχοκαρδιογραφία για αποφυγή ανωμαλιών.
- 11) Στις 28 εβδομάδες γίνεται έλεγχος της ανάπτυξης και της κατάστασης του εμβρύου. Ο οποίος επαναλαμβάνεται κάθε 15 ημέρες.
- 12) Από την 32<sup>η</sup> εβδομάδα μέχρι το τέλος της κύησης γίνεται παρακολούθηση των βιοφυσικών παραμέτρων του εμβρύου. Η μητέρα καταγράφει τις κινήσεις του εμβρύου (λιγότερες από 10 κινήσεις σε διάστημα 12ώρου απαιτεί περαιτέρω έλεγχος)
- 13) Η παρακολούθηση της δραστηριότητας του εμβρύου και η έγκαιρη ανίχνευση της οποιασδήποτε ανωμαλίας διαπιστώνεται την παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας σε ηρεμία σε συνάρτηση με τις κινήσεις του, NST (non stress test). Το φυσιολογικό NST πιστοποιεί την καλή κατάσταση του εμβρύου. Αν το NST είναι παθολογικό μπορεί να γίνει λεπτομερέστερος έλεγχος με το βιοφυσικό προφίλ. Αυτό περιλαμβάνει το NST και εκτιμά τις εμβρυϊκές κινήσεις, τις αναπνευστικές, τον εμβρυϊκό τόνο και την ποσότητα του αμνιακού υγρού. Η χειρότερη βαθμολογία σε κάθε μία από αυτές τις παραμέτρους είναι η 0, η καλύτερη το 2 και το άριστα το 10. Συνήθως στη βαθμολογία χρησιμοποιείται μόνο το 0 και το 2 για σαφέστερα αποτελέσματα. Γενικά με άριστα το 10, τιμές κάτω από το 6 (κυρίως σε απουσία αμνιακού υγρού) είναι ενδεικτικές εμβρυϊκής δυσφορίας. (Ιατράκης, 2004, Smith, 2007)

## 5.11 Στόχοι Αντιμετώπισης

Η αποκατάσταση των επιπέδων γλυκόζης στον ορό κατά το δυνατό πλησιέστερα στο φυσιολογικό μέσω ενός συνδυασμού διαίτας, άσκησης και χορήγησης ινσουλίνης (σε

επιλεγμένες ασθενείς). Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται εφόσον η αντιμετώπιση του Σ. Δ. ξεκινήσει πριν την κύηση, ενώ απαιτείται η καλύτερη δυνατή εκπαίδευση τόσο της ασθενούς όσο και της οικογένειάς της. (Smith, 2007). Ο σχολαστικός έλεγχος του Σ.Δ., ειδικά το τελευταίο τρίμηνο, ελαττώνει την περιγεννητική θνησιμότητα σε επίπεδα <3%. Επιπλέον σκοπός είναι η διατήρηση των επιπέδων γλυκόζης κάτω από 110mg/dl, αποφεύγοντας, βέβαια, την πιθανότητα της υπογλυκαιμίας.

## 5.12 Νοσηλευτική Φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα σε έγκυο με Σ. Δ. της κύησης, τόσο σε ουσιαστικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο έχει αποδειχθεί πολύ σημαντική. Παρακάτω θα αναφέρουμε κάποιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε έγκυο με Σ. Δ.

- 1) Η παρέμβαση ξεκινά με την λήψη ατομικού ιστορικού, όπου εξετάζεται το ιστορικό παθολογικών καταστάσεων, όπως η παρουσία Σ.Δ., υπέρτασης, νεφροπάθειας κ.α.
- 2) Το οικογενειακό ιστορικό μας διαφωτίζει για την παρουσία κληρονομικότητας του Σ. Δ.
- 3) Το κοινωνικό ιστορικό μας παρέχει πληροφορίες αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση της ασθενούς, την εργασία της τις διατροφικές της συνήθειες κ.α.
- 4) Λόγω της κατάστασης υψηλού κινδύνου, η γυναίκα με διαβήτη παρακολουθείται συχνότερα και πιο προσεκτικά από τις εγκύους χαμηλού κινδύνου.
- 5) Βασικός στόχος είναι η διατήρηση των σταθερών επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα μέσα στο εύρος των 65-130 mg/dl. Η ευγλυκαιμία επιτυγχάνεται με συνδυασμό δίαιτας, άσκησης, ινσουλινοθεραπείας και προσδιορισμού των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα.
- 6) Λόγω κινδύνου εμφάνισης λοιμώξεων στους οφθαλμούς, συστήνεται παρακολούθηση από οφθαλμίατρο καθώς και χρήση σταγόνων για τα μάτια εφόσον χρειαστεί.
- 7) ΗΚΓ για τιμή αναφοράς για εκτίμηση του καρδιαγγειακού συστήματος
- 8) Παρακολουθείται προσεκτικά η Α.Π., λόγω αυξημένου κινδύνου εμφάνισης προεκλαμψίας.
- 9) Το καθημερινό λουτρό καθαριότητας που περιλαμβάνει επιμελή φροντίδα του περινέου και των άκρων ποδιών είναι σημαντικό
- 10) Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ειδικές κρέμες και λοσιόν για το ξηρό δέρμα.
- 11) Η ρύθμιση του διαβήτη της κύησης με δίαιτα πρέπει να βασίζεται στα επίπεδα γλυκόζης του αίματος.
- 12) Στόχος των διαιτητικών μέτρων είναι οι:
  - πρόσληψη βάρους συμβατού με φυσιολογική κύηση (η αύξηση βάρους πρέπει να είναι 12 κιλά περίπου κατά την κύηση)
  - πρόληψη κετοξέωσης
  - ελαχιστοποίηση των μεγάλων διακυμάνσεων των επιπέδων γλυκόζης
- 13) Οι ενεργειακές ανάγκες υπολογίζονται με βάση 30-35 θερμίδες/κιλό του ιδανικού βάρους σώματος (2200 θερμίδες το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο και 2500 το 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> τρίμηνο)



14) Η αναλογία των υδατανθράκων, λίπους και πρωτεϊνών είναι σημαντική για την κάλυψη των μεταβολικών αναγκών της εγκύου και του εμβρύου. (50%-60% των συνολικών θερμίδων προέρχεται από τους υδατάνθρακες, 12%-20% προέρχεται από τις πρωτεΐνες, το 20%-30% προέρχεται από τα λίπη, με περιορισμένη όμως χρήση των κορεσμένων λιπών που δεν πρέπει να υπερβαίνει το 10%) (Lowdermilk et al, 2006)

### 5.13 Επείγουσες Καταστάσεις

#### Υπογλυκαιμικό Shock

- Αίτια:** 1) περίσσεια ινσουλίνης  
2) ανεπαρκής πρόσληψη τροφής  
3) έντονη σωματική προσπάθεια  
4) δυσπεψία, έμετος, διάρροια

#### **Συμπτώματα :** 1) πείνα

- 2) ευερεθιστότητα  
3) εφίδρωση  
4) νευρικότητα  
5) αδυναμία  
6) κόπωση  
7) ζάλη – κεφαλαλγία  
8) ωχρότητα  
9) θολή όραση ή διπλωπία  
10) επιπόλαιες αναπνοές  
11) ούρα: αρνητικά για σάκχαρό και ακετόνη  
12) γλυκόζη αίματος: <60 mg/dl

#### **Παρεμβάσεις:**

- 1) έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα  
2) χορηγούμε άμεσα 10 -15 gr απλών υδατανθράκων  
3) επανελέγχουμε τα επίπεδα γλυκόζης σε 15 λεπτά και επαναχορηγούμε 10 -15 gr απλών υδατανθράκων εάν τα επίπεδα γλυκόζης είναι χαμηλά  
4) επανέλεγχος γλυκόζης

5) σε απώλεια συνείδησης, χορηγούμε άμεσα 50% δεξτρόζης, 5% - 10% διάλυμα δεξτρόζης με IV στάγδην έγχυση

6) κάνουμε αιμοληψία και λήψη ούρων για εργαστηριακό έλεγχο.

7) Ινσουλίνη, ταχεία

### **Υπεργλυκαιμία (διαβητική κετοξέωση)**

**Αίτια:** 1) ανεπάρκεια ινσουλίνη

2) λοίμωξη, τραυματισμοί

3) συναισθηματικό stress ή άγχος

4) ανεπαρκής άσκηση

### **Συμπτώματα:**

1) Δίψα

2) Ναυτία, έμετος

3) Κοιλιακό άλγος

4) Δυσκοιλιότητα

5) Υπνηλία

6) Θολή όραση

7) Ξηρό δέρμα

8) αυξημένη διούρηση

9) Ταχύπνοια

10) Αδύναμος (νηματοειδής) σφυγμός

11) Αναπνοή με οσμή ακετόνης

12) Ούρα: θετικά για σάκχαρο και ακετόνη

13) Γλυκόζη αίματος: >200 mg/dl

### **Παρεμβάσεις:**

1) Άμεση ενημέρωση του γιατρού

2) Χορηγούμε ινσουλίνη ανάλογα με τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος

3) Χορηγούμε IV υγρά όπως φυσιολογικό ορό ή μισό διάλυμα N/S, καλίου όταν η διούρηση είναι επαρκής και διπτανθρακικά όταν το Ph <7

4) Παρακολουθούμε τις εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ούρων.  
(Lowdermilk et al, 2006, Γεωργακόπουλος, 1993)

## 6. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Το κοινό χαρακτηριστικό των ιογενών προγεννητικών λοιμώξεων είναι ότι συνήθως εμφανίζονται χωρίς συμπτώματα ή με ήπια συμπτωματολογία και επομένως η διάγνωσή τους είναι δύσκολη. Η οδός μετάδοσης του αίτιου της λοίμωξης από την μητέρα στο έμβρυο δεν είναι πάντα ίδια (πχ η ερυθρά μεταδίδεται μέσω του πλακούντα, ενώ ο απλός έρπης κατά την διάρκεια του τοκετού). Η διερεύνηση για παρουσία λοιμώξεων, οι οποίες μπορεί να επιφέρουν σοβαρές βλάβες στο έμβρυο ελέγχεται με εξετάσεις ρουτίνας που γίνονται στο πρώτο τρίμηνο, ενώ άλλες εξετάσεις γίνονται με βάση το ιστορικό ή την κλινική εικόνα της γυναίκας. Οι ιογενείς λοιμώξεις μπορεί να προσβάλουν την τροφοβλάστη και τον πλακούντα και να προκαλέσουν σοβαρές ανατομικές ανωμαλίες στο έμβρυο.

Είναι ανησυχητικό το φαινόμενο ότι κάποιοι γιατροί (μαιευτήρες-γυναικολόγοι) δεν παίρνουν ακριβές ιστορικό εμβολιασμών και λοιμώξεων των γυναικών με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί σε δυσάρεστες παθολογικές καταστάσεις, ( ένας στους 10 παίρνει ακριβές ιστορικό). Η βλάβη που μπορεί να προκαλέσουν στο έμβρυο οι ιογενείς λοιμώξεις σχετίζεται με την περίοδο της εμβρυϊκής ανάπτυξης κατά την οποία γίνεται η μόλυνση. (Ιατράκης, 2004)

### Στάδια εμβρυϊκής ανάπτυξης

1) Οι μέρες 0 έως 30 θεωρούνται περίοδος του όλου ή του μηδενός, διότι η βλάβη του βλαπτικού παράγοντα συνεπάγεται με απώλεια ή διατήρηση του εμβρύου.

2) Οι 31 έως 71 μέρες συμβαίνει η οργανογένεση και την 71<sup>η</sup> ημέρα έχει ολοκληρωθεί η δομή των περισσότερων οργανικών συστημάτων. Οι μέρες αυτές αναφέρονται και ως κλασική περίοδος τερατογένεσης. Ο χρόνος προσβολής, λοιπόν παίζει πολύ μεγάλο ρόλο, καθώς η ανάπτυξη των διαφόρων οργανικών συστημάτων γίνεται σε διαφορετικά χρονικά σημεία.(για παράδειγμα η κρίσιμη περίοδος για την δημιουργία της καρδιάς είναι οι πρώτες μέρες αυτής της περιόδου).

3) Η χρονική περίοδος από την 72<sup>η</sup> ημέρα μέχρι τον τοκετό είναι η αναπτυξιακή περίοδος του εμβρύου, κατά την οποία συνεχίζεται η αύξηση του μεγέθους του εμβρύου καθώς και η ανάπτυξη του ΚΝΣ και επομένως είναι ανάλογη και η επίδραση των βλαπτικών παραγόντων.

Παρακάτω θα γίνει αναφορά στις πιο βλαπτικές ιογενείς λοιμώξεις, στον τρόπο μετάδοσης, στην κλινική εικόνα, την μόλυνση-λοίμωξη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, την διάγνωση, την θεραπευτική αντιμετώπιση, την διάγνωση και τα προφυλακτικά μέτρα.(Μαμόπουλος, 1996)

### 6.1 Ερυθρά

Ο ιός της ερυθράς είναι RNA ιός. Η ερυθρά είναι νόσος που αποκτάται συνήθως κατά την σχολική ηλικία (5-15 ετών). Γενικά φαίνεται ότι το 80% των γυναικών είναι άνοσες. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ένα ποσοστό γυναικών που είναι ευαίσθητο στην μόλυνση κατά την διάρκεια της κύησης .

**Μετάδοση:** Σε αντίθεση με άλλες λοιμώξεις (τοξοπλάσμωση), ο άνθρωπος είναι ο μόνος φορέας του ιού και η μετάδοση γίνεται συνήθως με σταγονίδια σε απευθείας

επαφή. Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 2-3 εβδομάδες.

**Κλινική Εικόνα:** 1) χαμηλός πυρετός

- 2) οπισθοωτιαία και τραχηλική λεμφαδενίτιδα
- 3) εξάνθημα ( κυρίως στο πρόσωπο, κορμό και τα άκρα)
- 4) αρθραλγίες
- 5) εγκεφαλίτιδα (σπάνια)

### **Λοίμωξη κατά την εγκυμοσύνη και συνέπειες**

Η μόλυνση της εγκύου από τον ιό της ερυθράς έχει ως αποτέλεσμα την πιθανότητα μόλυνσης του εμβρύου που εξαρτάται από το τρίμηνο της κύησης. Γενικά η προσβολή του πλακούντα μπορεί να οδηγήσει σε:

- 1) μόλυνση του πλακούντα και του εμβρύου, με αποτέλεσμα ακόμα και την αυτόματη αποβολή του κυήματος.
- 2) μόλυνση του πλακούντα χωρίς μόλυνση του εμβρύου
- 3) μη μόλυνση της εμβυοπλακουντιακής μονάδας.

Η μόλυνση της γυναίκας κατά το πρώτο τρίμηνο έχει πιθανότητα προσβολής του εμβρύου >50% και είναι γνωστό ότι η μόλυνση στο πρώτο τρίμηνο έχει τερατογόνο δράση. Σ' αυτό τρίμηνο τα εμβρυοτοξικά αποτελέσματα της ερυθράς είναι τόσο σοβαρά, ώστε η πιθανότητα αυτόματης αποβολής είναι 5-10% ενώ σε ζωντανά νεογνά κατά την γέννηση αναφέρθηκε θνησιμότητα 5-35%.

Όταν η έγκυος νοσήσει κατά το δεύτερο τρίμηνο πιθανότητα πάθησης του εμβρύου είναι 20-30%. Στο τρίτο τρίμηνο η πιθανότητα να νοσήσει το έμβρυο είναι μικρότερη και αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι τα ωριμότερα εμβρυϊκά κύτταρα προσβάλλονται δυσκολότερα αφού το έμβρυο έχει αναπτύξει με τη πρόοδο της κύησης μηχανισμούς άμυνας. Και πλακούντας με την σειρά του μπορεί να περιορίσει την μετάδοση.

Τα έμβρυα που έχουν μολυνθεί παρουσιάζουν συνήθως:

- 1) χαμηλό βάρος
- 2) ανωμαλίες στην διάπλαση των οστών
- 3) ηπατοσπληνομεγαλία
- 4) καταρράκτη, γλαύκωμα, μικροφθαλμία,
- 5) κώφωση
- 6) νευρολογικά προβλήματα
- 7) καρδιαγγειακές ανωμαλίες (στένωση του ισθμού της αορτής)
- 8) αιμολυτική αναιμία
- 9) λευκοπενία-θρομβοκυτταροπενία κ.α.

**Διάγνωση:** Η νόσος θα μπορούσε να διαγνωστεί από την κλινική εικόνα αλλά συνήθως οι γιατροί στηρίζονται στον προσδιορισμό του τίτλου αντισωμάτων. Το IgM αντίσωμα εμφανίζεται 2 εβδομάδες μετά την μόλυνση ο τίτλος του φτάνει στα ανώτερα επίπεδα σε 2 εβδομάδες μετά την έναρξη της νόσου στη συνέχεια πέφτει προοδευτικά και μετά εξαφανίζεται. Ο τετραπλασιασμός του αντισώματος IgG αποτελεί ένδειξη πρόσφατης μόλυνσης. Αν δεν υπάρχουν υψηλα επίπεδα IgM και υπάρχει υψηλός δείκτης IgG αυτό σημαίνει ότι η γυναίκα νόσησε παλαιότερα.

**Θεραπευτική Αντιμετώπιση:** Εάν η γυναίκα δεν έχει ανοσία στον ιό της ερυθράς και αποφασίσει να κρατήσει το κύημα χορηγείται γ-σφαιρίνη, η οποία κάνει ηπιότερη την λοίμωξη.

**Πρόγνωση:** Εξαρτάται από το τρίμηνο, στο οποίο έγινε η προσβολή του εμβρύου και τα όργανα που έχουν προσβληθεί.

**Προφυλακτικά Μέτρα:** Εμβόλιο με ζωντανό εξασθενημένο ιό ερυθράς. Στην εγκυμοσύνη η χορήγηση εμβολίου αντενδείκνυται λόγω της τερατογόνου επίδρασης. Πάντως για την μέγιστη δυνατή ασφάλεια το εμβόλιο θα πρέπει να γίνεται 3 μήνες πριν από προγραμματισμένη εγκυμοσύνη. Κατά την διάρκεια της κύησης αν η ανοσολογική κατάσταση της μητέρας δεν είναι γνώστη πρέπει να γίνει έλεγχος αντισωμάτων (IgM, IgG). (Ιατράκης, 2004, Μαμόπουλος, 1996)

## 6.2 Ηπατίτιδα

Η ηπατίτιδα είναι μια συστηματική μόλυνση, που προσβάλλει κυρίως το ήπαρ. Κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι ο ιός της ηπατίτιδας A, B, C. Η γενικότερη συμπτωματολογία είναι:

- 1) Ανορεξία
- 2) Ναυτία
- 3) Έμετος
- 4) Φωτοφοβία
- 5) Μυαλγίες
- 6) Χαμηλός πυρετός
- 7) Ίκτερος
- 8) Συχνουρία
- 9) Αποχρωματισμένα κόπρανα

### **Ηπατίτιδα A**

Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας A

#### **Μετάδοση:**

Η μετάδοση της νόσου γίνεται συνήθως άμεσα μέσω της πεπτικής οδού, από τα κόπρανα, τα ούρα, το σάλιο, του πάσχοντα ή έμμεσα μέσω των μολυσμένων τροφών ή του νερού.

**Κλινική Εικόνα:** 1) ανορεξία

2) εμετούς

3) ηπατομεγαλία

4) ίκτερο

5) αποχρωματισμό κοπράνων

**Ανοσία:** Με το εμβόλιο που περιέχει αδρανοποιημένους ιούς ηπατίτιδας (90% αποτελεσματικότητα)

### **Λοίμωξη κατά την εγκυμοσύνη και συνέπειες**

Λόγω του μικρού χρόνου που διαρκεί η ιαιμία (μία εβδομάδα) η μετάδοση από την μητέρα στο έμβρυο είναι πολύ σπάνια. Τα αντισώματα μεταφέρονται παθητικά στο έμβρυο. Τα νεογνά που είναι μολυσμένα με τον ιό της ηπατίτιδας εμφανίζουν (εργαστηριακά) αύξηση της αμινοτρανσφεράσης και της χολερυθρίνης.

### **Θεραπευτική Αντιμετώπιση:**

Χορήγηση γ-σφαιρίνης, στα νεογνά των γυναικών με λοίμωξη. Απαιτείται σχολαστικό πλύσιμο των χεριών των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τα βρέφη. Καθώς και σχολαστική τήρηση των κανόνων υγιεινής.

### **Προφυλακτικά Μέτρα:**

Οι έγκυες δεν θα πρέπει να έρχονται σε επαφή με πάσχοντες, να μην καταναλώνουν ύποπτες τροφές, όπως και νερό. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει να έρχεται σε άμεση επαφή με βιολογικά παράγωγα της ασθενούς ( αίμα, σάλιο, ούρα κ.α.).

### **Ηπατίτιδα Β**

Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV). Μια άλλη ονομασία της ηπατίτιδας Β είναι το Αυστραλιανό Αντιγόνο (HBsAg). Η ηπατίτιδα Β είναι πιο σοβαρή από την Α.

**Μετάδοση:** Τα άτομα τα οποία έχουν νοσήσει κατά το παρελθόν με ηπατίτιδα παραμένουν φορείς του HBsAg σε ποσοστό 10%. Η μετάδοση γίνεται μέσω της παρεντερικής οδού (όταν το υγιές άτομο έρθει σε επαφή με πάσχον άτομο και βιολογικό υλικό π.χ. αίμα, σάλιο κ.α.) ή με κάθετη μετάδοση από την μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο.

**Κλινική Εικόνα:** 1) ανορεξία

2) ναυτία

3) έμετος

4) κόπωση

5) πυρετός

6) αποχρωματισμός κοπράνων

7) υπέχρωση ούρων

8) ίκτερος (σε οξεία μορφή)

9) κώμα (με θνητότητα έως και 80%)

- 10) εξανθήματα
- 11) σπληνομεγαλία
- 12) λεμφαδενίτιδα

### **Λοίμωξη κατά την εγκυμοσύνη και συνέπειες**

Αν εμφανιστεί οξεία λοίμωξη σε προχωρημένη κύηση, αναμένεται κάθετη μετάδοση της νόσου. Ο ιός της ηπατίτιδας Β διαπερνά τον πλακουντιακό φραγμό και ανιχνεύεται στο αμνιακό υγρό, στο αίμα του ομφάλιου λώρου και στα γαστρικά υγρά του εμβρύου. Η νόσος στη διάρκεια της κύησης έχει ενοχοποιηθεί για αυτόματες εκτρώσεις, ενδομήτριους θανάτους και προωρότητα. Κατά το πρώτο τρίμηνο και το δεύτερο τρίμηνο ο ιός προσβάλλει το έμβρυο σε ποσοστό 10%, ενώ στο τελευταίο τρίμηνο η πιθανότητα ξεπερνά το 70%. Όταν η έγκυος είναι φορέας μόνο του αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg) η πιθανότητα μετάδοσης υπολογίζεται γύρω στο 30%. Στην αρχή της εγκυμοσύνης, η ανεύρεση αντισωμάτων στο HBsAg συνδέεται με χαμηλό δείκτη εμβρυϊκής λοίμωξης. Η ανεύρεση όμως στον ορό του αίματος της εγκύου του HBsAg αυξάνει την πιθανότητα τη μετάδοσης στο 90% και ελοχεύει ο κίνδυνος να γεννηθεί το νεογνό με χρόνια πρόβλημα στο ήπαρ. Αντίθετα η παρουσία του αντί-HBe μειώνει την πιθανότητα μόλυνσης σε ποσοστό 10%.

**Διάγνωση:** Γίνεται από την κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα. Χαρακτηριστικά ευρήματα είναι: 1) η ανίχνευση του HBsAg

- 2) η ανίχνευση του HBeAg (που εξαφανίζεται γρήγορα)
- 3) η αύξηση των τρανσαμινασών
- 4) η παράταση του χρόνου προθρομβίνης
- 5) και η αύξηση της χολερυθρίνης του ορού

Η ανίχνευση του HBsAg στον ορό μπορεί να γίνει έως 6 εβδομάδες μετά την εκδήλωση της νόσου και έως 4 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Αν προοδευτικά εξαφανιστεί το HBsAg αυτό αποτελεί καλό προγνωστικό της ίασης της νόσου. Το HBeAg ανιχνεύεται σε λιγότερο από το 30% των ασθενών. Η συνέχιση όμως της εμφάνισης του για περισσότερες από 4 εβδομάδες, σημαίνει αυξημένο κίνδυνο για χρόνια εξέλιξη της νόσου.

Ο αποκλεισμός ή η επιβεβαίωση της μόλυνσης του εμβρύου γίνεται με εξέταση του αίματος του ομφάλιου λώρου μετά τον τοκετό. Το νεογνό που είναι μολυσμένο μπορεί να εμφανίσει:

- 1) Ηπατοσπληνομεγαλία
- 2) Ίκτερο
- 3) Αιμολυτική αναιμία

Τα νεογνά που δεν έχουν νοσήσει, παρακολουθούνται με εργαστηριακές εξετάσεις, για αντιμετώπιση της νόσου σε όψιμη εκδήλωση.

### **Θεραπευτική Αντιμετώπιση:**

Για περιορισμό του αριθμού των νεογνών που γεννιούνται με την νόσο είναι απαραίτητα τα ακολουθηθούν κάποιες διαδικασίες.

Αν η μητέρα νόσησε στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, χορηγείται HBIG σε διπλάσια δόση για να αποφευχθεί ή να ελαττωθεί η πιθανότητα ανάπτυξης του αντιγόνου στο αίμα του εμβρύου. Σε μητέρες που είναι θετικές σε μεγάλο ιικό φορτίο προτάθηκε η χορήγηση lamivudine, για ελάττωση της ιαιμίας στον 9<sup>ο</sup> μήνα.

### **Πρόγνωση:**

Από τα νεογνά που έχουν νοσήσει το 80% επιζεί για ένα περίπου χρόνο, ενώ το 90% θα γίνουν χρόνιοι φορείς του HBsAg θα υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να γίνει κάποια στιγμή φορέας ενεργού ηπατίτιδας, με επακόλουθο το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

### **Προφυλακτικά Μέτρα:**

Ο έλεγχος για HBsAg αποτελεί μια κλασική εξέταση ρουτίνας από το πρώτο τρίμηνο. Ωστόσο μεγάλη βοήθεια προσφέρει για την πρόληψη της νόσου παίζει ο προγεννητικός έλεγχος. Τα νεογνά πρέπει να πλένονται καλά με νερό και αντισηπτικό διάλυμα για απομάκρυνση των εκκριμάτων και του αίματος, προσοχή όμως να μην τραυματιστούν κάποιοι βλεννογόνοι. Μέσα στις 12 πρώτες ώρες θα πρέπει να χορηγηθεί η ειδική υπεράνοσος σφαιρίνη HBIG και η πρώτη δόση του εμβολίου της ηπατίτιδας B. Σε περίπτωση που είναι άγνωστο αν η μητέρα είναι φορέας πρέπει να ξεκινήσει άμεσα ο εμβολιασμός. Παράλληλα γίνεται έλεγχος για ανίχνευσή HBsAg. Εάν η απάντηση είναι αρνητική δεν χρειάζεται να γίνει κάτι παραπάνω, ένα η απάντηση είναι θετική χορηγείται στο νεογνό HBIG. Εμβολιασμός μπορεί να γίνει και κατά την διάρκεια της κύησης αφού το εμβόλιο για την ηπατίτιδα θεωρείται ασφαλές και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό.

### **Ηπατίτιδα C**

Ο υπεύθυνος ιός (HCV) και είναι RNA ηπατοτρόπος ιός

### **Μετάδοση:**

Δεν διαφέρουν από τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας B (σεξουαλική επαφή, μετάγγιση αίματος, περιγεννητική μετάδοση)

### **Κλινική Εικόνα:**

Μπορεί να έχει ήπια συμπτωματολογία, αλλά μπορεί να εμφανίσει κεραυνοβόλο ηπατίτιδα που να εξελιχθεί σε χρόνια μορφή.

### **Λοίμωξη κατά την εγκυμοσύνη και συνέπειες**

Η μόλυνση του νεογνού είναι με κάθετη μετάδοση είναι σπάνια,(0-6% με μέσο όρο 3%)

### **Διάγνωση**

Μπορεί να γίνει από την αναγνώριση του ειδικού HBV-αντιγόνου και με την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού.

### **Νοσηλευτική φροντίδα με ηπατίτιδα A, B, C**



- Πρέπει να διεξάγεται προσυμπτωματικός έλεγχος στην πρώτη π προγεννητική επίσκεψη και επανέλεγχος στο τρίτο τρίμηνο (ιδιαίτερα στις εγκυμονούσες υψηλού κινδύνου)
- Κλινοστατισμός
- Διαιτολόγιο με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και χαμηλά λιπαρά
- Αυξημένη πρόσληψη υγρών
- Σε γυναίκες που έχει διαπιστωθεί ότι έχουν Ηπατίτιδα Β χορηγείται η ανοσοσφαιρίνη για την ηπατίτιδα Β (HB1g) και να ξεκινήσει μια σειρά επαναληπτικών δόσεων σε 14 ημέρες.
- Προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση της ηπατίτιδας συστήνεται οι φορείς να είναι ιδιαίτερα προσεκτικές σε ότι αφορά την προσωπική τους υγιεινή

(Ιατράκης, 2004, Μαμόπουλος, 1996)

### 6.3 AIDS

Το AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome>σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας). Είναι μια σοβαρή νόσος που προκαλείται από τον ιό HIV (HIV 1 & HIV 2) (Shapiro 2001). Αν και το AIDS και ο HIV μέχρι σήμερα σχετίζεται με πληθυσμούς ομοφυλοφίλων οι γυναίκες σήμερα αποτελούν τον ταχύτερα αυξανόμενο πληθυσμό ατόμων με AIDS στις ΗΠΑ. Περίπου 7000 νκυήσεις επιπλέκονται με HIV λοίμωξη.

#### Μετάδοση:

- 1) Σεξουαλική επαφή
- 2) Χρήση μολυσμένης βελόνας
- 3) Μετάγγιση αίματος
- 4) Η μολυσμένη μητέρα μεταδίδει τον ιό κατά την διάρκεια της κύησης.

#### Κλινική Εικόνα:

Δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη συμπτωματολογία, αλλά καθώς τα CD4 λευμοκύτταρα ελαττώνονται μπορεί να εμφανιστούν κάποιες ευκαιριακές λοιμώξεις, όγκοι και κάποιες νευρολογικές διαταραχές.

#### Λοίμωξη κατά την εγκυμοσύνη και συνέπειες

Η πιθανότητα μετάδοσης από την μητέρα στο έμβρυο είναι <30-40%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών με AIDS έχουν αποκτήσει την νόσο από κάθετη μετάδοση (κατά την ενδομήτρια ανάπτυξη). Πέραν της κάθετης μετάδοσης ο ιός μπορεί να από το αίμα και τις εκκρίσεις της μητέρας, οπότε καταλαβαίνουμε πόσο αυξάνεται ο κίνδυνος όταν γίνει ρήξη υμενών.

#### Διάγνωση:

Η διάγνωση μπορεί να γίνει με τις παρακάτω εξετάσεις:

- 1) Ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA, EIA)
- 2) Το θετικό αποτέλεσμα της προηγούμενης εξέτασης μπορεί να επιβεβαιωθεί με Western-blot
- 3) Κυτταροκαλλιέργεια για την αναζήτηση του ιού στο αίμα και το κολπικό-τραχηλικό έκκριμα
- 4) Ανίχνευση του DNA του ιού στα κύτταρα στο αίματος και στο κολπικό-τραχηλικό έκκριμα με PCR

### **Θεραπευτική Αντιμετώπιση:**

Θα γίνει ανάλογα με τον αριθμό των CD4+ λεμφοκυττάρων, οπότε η συχνή παρακολούθησή τους μία με δύο φορές το τρίμηνο κρίνεται απαραίτητη. Τιμές CD4+ > 500,000 mm<sup>3</sup> είναι ένδειξη για χορήγηση θεραπείας. Τιμές > 200,000 mm<sup>3</sup> είναι ένδειξη για φαρμακευτική υποστήριξη για αποφυγή της πνευμονίας. Προκειμένου να περιοριστεί η κάθετη μετάδοση από την μητέρα στο έμβρυο, χορηγείται στη μητέρα το τριπλό σχήμα. Το οποίο περιλαμβάνει:

- 1) Zidovudine (νουκλεοσιδικός αναστολέας-AZT),  
Δόση: 100 mg 5 φορές την ημέρα από την 14 – εβδομάδες κύησης και για όλη την διάρκεια της
- 2) Didanosine (επίσης νουκλεοσιδικός αναστολέας)
- 3) Nevirapine (μη διαδοχικός αναστολέας)

### **Νοσηλευτική φροντίδα**

Η εργαστηριακή ανίχνευση της νόσου, ειδικά σε άτομα υψηλού κινδύνου συστήνεται από το πρώτο τρίμηνο. Η ταυτοποίηση των εγκύων φορέων είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η αντιική θεραπεία πριν και κατά την διάρκεια του τοκετού έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο της μόλυνσης. Σε διαγνωσμένες περιπτώσεις προτείνεται ο εμβολιασμός για ηπατίτιδα Β και για πνευμονιόκοκκο καθώς και έλεγχος για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (σύφιλη, γονόρροια, χλαμύδια κλπ) . Η θεραπεία με zidovudine κατά το δεύτερο τρίμηνο φάνηκε να ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσης κατά 2/3. Παρόλα αυτά το συγκεκριμένο φάρμακο μπορεί να προκαλέσει καταστολή του μυελού των οστών.

Περιστασιακά θα πρέπει να γίνονται και εργαστηριακές εξετάσεις για τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, των αιμοπεταλίων, και των τιμών του αιματοκρίτη (Ht). Παράλληλα οι γυναίκες με HIV χρειάζονται διαιτητική υποστήριξη και συμβουλευτική σχετικά με τις διαιτητικές τους επιλογές

Κατά την διάρκεια του τοκετού θα πρέπει να αποφεύγεται η τοποθέτηση ηλεκτροδίων στο κεφάλι του νεογνού και η λήψη αίματος από αυτό για αποφυγή για αποφυγή μόλυνσης. Όπως επίσης θα πρέπει να μειωθεί, όσο γίνεται και η έκθεση του νεογνού στις εκκρίσεις και το μολυσμένο αίμα της μητέρας. Το προσωπικό θα πρέπει να φορά αδιάβροχη ενδυμασία, γάντια, προστατευτικά γυαλιά και να γίνεται καλό πλύσιμο των χεριών. Η καισαρική τομή ελαττώνει τον κίνδυνο της κάθετης μετάδοσης κατά 50%, άσχετα από το κλινικό στάδιο της νόσου. Επιπλέον όταν η καισαρική γίνεται ή συνδυάζεται με αντιική θεραπεία ο κίνδυνος μειώνεται κατά 80%. Ο θηλασμός αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης και γενικά δεν συστήνεται σε οροθετικές μητέρες.(Ιατράκης, 2004, Smith 2007)

## 7. ΤΟΚΕΤΟΣ

Τοκετός είναι το σύνολο των φυσιολογικών εκείνων φαινομένων, με τα οποία το κύημα από την κοιλότητα της μήτρας εξέρχεται μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα στο εξωτερικό περιβάλλον.

Τα σημεία που υποδηλώνουν την έναρξη του είναι:

- Πόνος στην μέση και στο υπογάστρο
- Αιμορραγία
- Απώλεια υγρών

Τον τοκετό χαρακτηρίζει έξοδος βιώσιμου εμβρύου, δηλαδή ηλικίας κύησης μεγαλύτερης των 28 βδομάδων.

Η μήτρα συσπάται με αποτέλεσμα την διαστολή του τραχήλου, τον σχηματισμό του γεννητικού σωλήνα και την κάθοδο του εμβρύου μέσω της πυέλου.(Καρπαθιός, 2001)

### 7.1 Στάδια τοκετού

Ο φυσιολογικός τοκετός έχει τρία στάδια:

**Το πρώτο στάδιο ή στάδιο της διαστολής** αρχίζει με την έναρξη των γνήσιων ωδίνων και τη διαστολή του τραχήλου και τελειώνει όταν η διαστολή συμπληρωθεί.

Η διάρκεια του τοκετού δεν είναι σταθερή και ποικίλλει ανάλογα με την συχνότητα και την ένταση των ωδίνων, με την ποιότητα του τραχήλου, το μέγεθος, την προβολή και την θέση της προβολής του.

Αν το στάδιο αυτό διαρκέσει πάνω από 12 ώρες, τότε δεν θεωρείται φυσιολογικό. Στην πρωτότοκο συνήθως διαρκεί 12 ώρες ενώ στην πολύτοκο διαρκεί συνήθως 4-8 ώρες.

Και στο στάδιο αυτό οι ενέργειες της έντασης της μητέρας θα φαίνονται στο πρόσωπό της. Κατά της διάρκεια των ωδίνων η επίτοκος συγκεντρώνετε και εφαρμόζει τον τύπο των αναπνοών που έχει μάθει από προηγούμενη εκπαίδευση. Οι συστολές της μήτρας είναι δυνατό να προκαλέσουν δυσφορία στην μητέρα. Κατά της εξέλιξη του πρώτου σταδίου του τοκετού παρατηρείται

συνήθως αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων.

**Το δεύτερο στάδιο ή στάδιο της εξώθησης** αρχίζει όταν η διαστολή του τραχήλου γίνει τέλεια και τελειώνει όταν το έμβρυο εξέλθει από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Η διάρκεια του σταδίου αυτού δεν πρέπει να ξεπερνάει την μία ώρα.

**Το τρίτο στάδιο ή στάδιο της υστεροτοκίας** αρχίζει από την έξοδο του εμβρύου και τελειώνει όταν αποκολληθεί και εξέλθει ο πλακούντας με τους εμβρυικούς υμένες. Η διάρκειά του κυμαίνεται από 15-30 λεπτά. (Καρπαθιός, 2001)

## 7.2 Καισαρική τομή

Όταν η περίπτωση το απαιτεί ο μαιευτήρας προχωρά σε καισαρική τομή. *Καισαρική τομή* είναι η επέμβαση κατά την οποία γίνεται λαπαροτομία, τομή του τοιχώματος της μήτρας και δίοδος (τοκετός) του εμβρύου από την τομή. (Ιατράκης, 2004) Οι συνηθέστερες ενδείξεις είναι:

- ✓ Παράταση του πρώτου σταδίου που οφείλεται σε δυσλειτουργία του μυομητρίου ή σε δυσαναλογία.
- ✓ Σε επείγουσες καταστάσεις όπως:
  - Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα με ζωντανό έμβρυο
  - Πρόπτωση ομφάλιου λώρου
  - Κεραυνοβόλος προεκλαμψία
- ✓ Κατά επιλογή σε:
  - Προηγούμενα καισαρική τομή
  - Προδρομικό πλακούντα
  - Ενδομήτρια βραδύτητα ανάπτυξης
  - Σακχαρώδης διαβήτης επίτοκου
  - Ισχιακή προβολή
  - Προβληματικό μαιευτικό ιστορικό
  - Σε υπερήλικα πρωτότοκο

Η καισαρική τομή αντενδείκνυται σε:

- ✓ Νεκρό έμβρυο, εκτός αν υπάρχει η περίπτωση δυσαναλογίας, δηλ. μεγάλο έμβρυο για να αποφευχθεί ο κίνδυνος κακώσεων του πυελογεννητικού σωλήνα
- ✓ Σε έκλυση πρόωρου τοκετού με αμφίβολη βιωσιμότητα του εμβρύου λόγω ανωριμότητας
- ✓ Σε διαταραχές πήκτικότητας του αίματος

(Garven et al, 1991)

### 7.3 Αξιολόγηση βρέφους

Όταν είναι εμφανές ότι το νεογνό δεν χρειάζεται ανάνηψη ή χρειάζεται ελαφρά επιτήρηση, γίνετε γρήγορος έλεγχος ύπαρξης εμφανών συγγενών ανωμαλιών και αν δεν αναβρεθούν τότε επιστρέφει στην μητέρα του ώστε να αρχίσει η δημιουργία του δεσμού.

Η εκτίμηση περιλαμβάνει τα εξής:

- Επιθεώρηση οφθαλμών, ακρόαση στήθους, ψηλάφηση κεφαλής, κλείδων, κοιλιάς και άκρων.
- Παρατήρηση για πλημμελή διάπλαση κεφαλής: μικροκεφαλία, ανεγκεφαλία, λαγωχειλία και άλλα.
- Ψηλάφηση πηγής κρανίου.
- Μέτρηση περιφέρειας κεφαλής.
- Αξιολόγηση συμμετρίας προσώπου.
- Αξιολόγηση σώματος και αντανακλαστικών.

Τα βρέφη που παρουσίαζαν άπνοια κατά τον τοκετό απαιτούν γρήγορη εκτίμηση της βαρύτητας της ασφυξίας, αν υπάρχει, και έλεγχο για εμφανείς μείζονες συγγενείς ανωμαλίες. Προς το παρόν δεν υπάρχει αξιόπιστη κλίμακα εκτίμησης του βαθμού ασφυξίας και του αποτελέσματος της. Ή πιο ευρέως χρησιμοποιημένη είναι η κλίμακα του Apgar. (από την αμερικανίδα αναισθησιολόγο Dr Virginia Apgar) Βαθμός ίσως ή μικρότερος του 5 συνήθως υποδεικνύει την άμεση ανάγκη ανάνηψης. Ορισμένα βρέφη με υψηλότερο βαθμό μπορεί να χρειαστούν διασωλήνωση εξαιτίας εκδηλωμένης άπνοιας, ενώ βρέφη που είχαν αρχικά χαμηλό βαθμό μπορεί να παρουσιάσουν βελτίωση μετά από ερεθισμό και παροχή οξυγόνου μέσω μάσκας. Το κύριο πρόβλημα με την Apgar είναι ότι παρέχει την ίδια βαρύτητα σε όλες τις παραμέτρους, χωρίς να λαμβάνει υπόψη το γεγονός ότι οι καρδιακοί παλμοί και οη αναπνοή είναι τα πιο σημαντικά. Είναι σημαντικό να καταγράφονται η περιγραφή του βρέφους, καθώς και η βαθμολόγηση της κλίμακας Apgar.

Καθώς η ανάνηψη προχωρά, είναι σημαντικό να γίνεται επανεκτίμηση της κατάστασης του βρέφους ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Σε περίπτωση περιγεννητικής ασφυξίας, το αποτέλεσμα της κλίμακας Apgar 20 λεπτά μετά τον τοκετό σχετίζεται καλύτερα με τη νευρολογική πρόγνωση από ότι πιο πρώιμες βαθμολογήσεις. Άλλος ένας προγνωστικός παράγοντας του νεογνού με ασφυξία είναι η οξεο-βασική ισορροπία που μετράται καλύτερα με τη μέτρηση του ελλείμματος βάσης σε δείγμα αρτηριακού αίματος. Λεπτομέρειες σχετικές με την κατάσταση του βρέφους και την ανάνηψη θα πρέπει να καταγράφονται επακριβώς, καθώς οποιαδήποτε αναπηρία προερχόμενη από την ασφυξία κατά τον τοκετό μπορεί να οδηγήσει σε νομικές κυρώσεις. Σημαντικά αποδεικτικά στοιχεία, όπως καταγραφές από εμβρυοτοκογράφο, πρέπει να φυλάσσονται προσεκτικά. (Candy et al, 2002)

Κλίμακα APGAR

	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ		
	0	1	2

Απάντηση σε ερεθίσματα	Καμία	Μορφασμός	Κλάμα
Χρώμα (κορμού)	Άσπρο	Κυανωτικό	Ροδαλό
Μυϊκός τόνος	Χαλαρός	Πτωχός αλλά παρόν	Καλός
Καρδιακή συχνότητα	Απουσία	<100	>100
Αναπνοή	Καμία	Ρογχώδης	Φυσιολογική

## 7.4 Λοχεία

Λοχεία ονομάζεται το διάστημα των 6 – 12 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Χαρακτηρίζεται ως περίοδος προσαρμογής μετά τον τοκετό όταν οι ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές της κύησης υποστρέφουν και το σώμα της γυναίκας επιστρέφει στην κατάσταση προ της εγκυμοσύνης. (Smith, 2007)

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 1000 gr, το μέγεθος της αντιστοιχεί σε κύηση 20 εβδομάδων και ο πυθμένας βρίσκεται στο ύψος του ομφαλού. Ο τράχηλος αρχίζει από τις πρώτες μέρες να επανασχηματίζεται. Το οίδημα και οι κισσοί του αιδοίου εξαφανίζονται επίσης πολύ σύντομα μετά τον τοκετό. Προς το τέλος της λοχείας η μήτρα ζυγίζει περίπου 100 gr. Η παλινδρόμηση της μήτρας οφείλεται των μυϊκών κυττάρων λόγω αυτοπεψίας του πρωτοπλάσματος τους, που είναι συνέπεια της ενεργοποίησης ενζυμικών κυτταρολυτικών μηχανισμών. Κατά την λοχεία, λοιπόν η μήτρα και τα υπόλοιπα γεννητικά όργανα επανέρχονται στην κατάσταση προ της εγκυμοσύνης. Η αποκατάσταση του περινέου που γίνεται νωρίτερα και η αποκατάσταση του κοιλιακού τοιχώματος που γίνεται αργότερα υποβοηθούνται με ειδικές ασκήσεις, το ίδιο συμβαίνει και με τους μύες του πυελικού εδάφους. (Ιατράκης, 2004)

Οι μαστοί παράλληλα ενεργοποιούνται για να αρχίσει η παράγωγή του γάλακτος. Οι συστολές του μυομητρίου κατά τον θηλασμό γίνονται εντονότερες, λόγω της έκκρισης ωκυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης που ενεργοποιείται με τον ερεθισμό της θηλής. Αυτές οι συστολές χρησιμεύουν για την αποβολή των υγρών υπολειμμάτων που ονομάζονται *λόγια*, τα οποία αποτελούνται από υπολείμματα φθαρτού, ερυθροκύτταρα και λευκοκύτταρα. Τις 3 πρώτες μέρες τα λόγια είναι άφθονα και ερυθρά ενώ προοδευτικά μετατρέπονται σε ορώδη.

Από την πρώτη κιόλας ημέρα αρχίζει η παλινδρόμηση της μήτρας και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή της γεμάτης ουροδόχου κύστεως που μπορεί να καθυστερεί αυτή τη διαδικασία. Συχνά, η ουροδόχος κύστη μετά τον τοκετό, μπορεί να είναι οίδηματώδης, χαλαρή ή διατεταμένη (λόγω της τλαιπωρίας της μήτρας από τον τοκετό). Σε φυσιολογικές συνθήκες, δέκα μέρες, μετά τον τοκετό η μήτρα ψηλαφάται πάνω από την ηβική σύμφυση, ενώ η διαστολή του τραχήλου δεν ξεπερνάει το 1 εκατοστό.

Στην διάρκεια της 2<sup>ης</sup> και 3<sup>ης</sup> εβδομάδας της λοχείας, τα λόγια παρουσιάζουν σημαντική ελάττωση και γίνονται πιο παχύρρευστα, βλενώδη και κιτρινολευκά με επικράτηση των λευκοκυττάρων και εκφυλισμένων φθαρτών κυττάρων. Τα λόγια σταματούν στο τέλος περίπου της 3<sup>ης</sup> εβδομάδας. Αν τα λόγια παραμένουν άφθονα και ερυθρά και η παλινδρόμηση της μήτρας καθυστερεί, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα παραμονής υπολειμμάτων πλακούντα, υμένων ή υπάρχει περίπτωση ενδομητρίτιδας. (Μπόντης, 2007)

Η πρώτη εμμηνορροσία μετά τον τοκετό μπορεί να ακολουθεί ένα ανωοθυλακιορρηκτικό κύκλο ή κύκλο με ανεπαρκή λειτουργία του ωχρού σωματίου. Σε γυναίκες που δεν θηλάζουν, ωοθυλακιορρηξία μπορεί να γίνει από την 4<sup>η</sup> ή 5<sup>η</sup> εβδομάδα μετά τον τοκετό. Αντίθετα, σε γυναίκες που θηλάζουν η ωοθυλακιορρηξία γίνεται αργότερα. (Ιατράκης, 2004)

## Αγωγή Λοχείας

Η λεχώνα ή λεχωίδα μετά από φυσιολογικό τοκετό παραμένει στο νοσοκομείο για 3 ημέρες και μετά από καισαρική τομή 4-5 ημέρες ή και παραπάνω. Στο διάστημα της παραμονής της στο νοσοκομείο θα πρέπει να γίνουν κάποιες απαραίτητες ενέργειες για την καλύτερη υγεία και αποκατάσταση της λεχώνας.

- 1) Στο διάστημα της παραμονής της στο νοσοκομείο θα πρέπει να ελέγχονται οι σφύξεις, η αρτηριακή πίεση και η θερμοκρασία της γυναίκας
- 2) Η ταχυκαρδία που υπήρχε κατά την ώρα του τοκετού αναμένεται να υποχωρήσει. Ωστόσο αν η ταχυκαρδία παραμείνει χωρίς να υπάρχει απώλεια αίματος μπορεί να συμβαίνει θρομβωτική κατάσταση
- 3) Η αρτηριακή πίεση καταγράφεται συστηματικά ειδικότερα αν υπήρχε προεκλαμψία
- 4) Αν υπάρχει άνοδος της θερμοκρασίας πρέπει να γίνεται έλεγχος για μαστίτιδα, ενδομητρίτιδα, ουρολοίμωξη, θρομβοφλεβίτιδα κλπ. Αν η καλλιέργεια ούρων μικροβιακή παρουσία πρέπει να γίνει τριήμερη αντιβιοτική αγωγή
- 5) Γίνεται ενδελεχής παρακολούθηση για την φυσιολογική παλινδρόμηση της μήτρας και την αποβολή των λόχιων. Χορηγούμε μητροσυσπαστικά φάρμακα μόνο στις γυναίκες που παρουσιάζουν πρόβλημα (αιμορραγία)
- 6) Δίνεται προσοχή στην ουροδόχο κύστη, που μετά τον τοκετό είναι οιδηματώδης, άτονη, αν υπάρχει αδυναμία αποβολής των ούρων πρέπει να γίνει καθετηριασμός.
- 7) Η σίτιση της γυναίκας μπορεί να γίνει μόλις συνέλθει από την νάρκωση. Η διατροφή της πρέπει να είναι πλούσια σε πρωτεΐνες, γαλακτοκομικά προϊόντα, λαχανικά και φρούτα σ' ένα ημερήσιο σύνολο 2700 θερμίδων. Οι οποίες θα βοηθήσουν την ασθενή να ανακτήσει δυνάμεις, αλλά και να ανταποκριθεί στο θηλασμό.
- 8) Η δυσκοιλιότητα, που τις πρώτες μέρες ευνοείται από το τραύμα της περινεορραφίας, την απώλεια υγρών και την υποκινητικότητα του εντέρου μπορεί να αντιμετωπιστεί με γάλα μαγνησίας, παραφινέλαιο και ουσίες που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων (πολυσακχαρίτες)
- 9) Για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας η γυναίκα πρέπει να κινητοποιηθεί μετά τον τοκετό. Επίσης η γρήγορη κινητοποίηση βοηθά στην ευκολότερη έξοδο των λοχιών, στην ταχύτερη παλινδρόμηση της μήτρας και της ουροδόχου κύστεως.
- 10) Εξίσου βασικό ρόλο παίζει και ο καλός ύπνος αλλά και η ξεκούραση
- 11) Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην ψυχική κατάσταση της γυναίκας που μπορεί να παρουσιάζει διακυμάνσεις, οι οποίες σχετίζονται με την τλαιπωρία του τοκετού, τον πόνο της περινεοτομίας, το άγχος για τον μελλοντικό της ρόλο σαν μητέρα κλπ. Οπότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να στηρίξει ψυχολογικά και ηθικά την μητέρα. (Lowdermilk et al, 2006)





# Περίπτωση 1<sup>η</sup>

## Ιστορικό:

Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 38 ετών, τριτότοκος και σε ηλικία κύησης 35 εβδομάδων και 3 ημερών (35w<sup>+3</sup>) εισήχθη στο 409 νοσοκομείο στις 9/8/2010, με συμπτώματα πρόωρων συσπάσεων και έχοντας ιστορικό Διαβήτη κύησης. Στα εξωτερικά ιατρεία τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας και χορηγήθηκαν 1000 cc R-L + 3 amp. Yutorpar + 3 amp. Isoptin, χορηγήθηκε της 1<sup>ης</sup> δόσης Celestone Chronodose (IM). Λήψη ζωτικών σημείων: Α. Π. 135/80, Σφύξεις 82/λεπτό, Θερμοκρασία 36,2

## Ατομικό αναμνηστικό:

Αποβολή προ 5ετίας, λόγω παλίνδρομης κύησης. Δεν αναφέρθηκε κάποια αλλεργία στα φάρμακα.

## Νοσηλεία:

- Οροί: R-L 1000cc + 3 amp Yutorpar + 3 amp Isoptin
- 1<sup>η</sup> δόση Celestone Chronodose fl ( 2x1 , IM)
- Dextro x 4
- Filicine 1x2
- Adalat 5 mg 1x1 (υπογλώσσιο)
- Δίαιτα διαβητικού

## Εργαστηριακά ευρήματα:

- Γενική αίματος: WBC 8,46 k/ul Φ.Τ. 4-10,0 , RBC 4,89 m/ul Φ.Τ. 3,80-5,20 PTL 188 k/ul Φ.Τ. 142-440, Ht 40,8% Φ.Τ. 36%-47%, Hb 13,3 g/dl Φ.Τ. 11,7-15,7
- Βιοχημικός έλεγχος: K 4,3 mmol/l Φ.Τ. 3,3-5,1 Na 135 mmol/l Φ.Τ. 136-145, Ουρία 20 mg/dl Φ.Τ. 10-45, Κρεατινίνη 0,5 mg/dl Φ.Τ. 0,6-1,3, Σάκχαρο 72 mg/dl Φ.Τ. 74-104, SGOT (AST) 26 iu/l Φ.Τ. 15-37, Ψευδοχοληστεράση 7 iu/L Φ.Τ. 7-19

## Πορεία της νόσου:

Η γυναίκα συνέχισε να έχει συσπάσεις κατά την διάρκεια της νοσηλείας της. Παρατηρήθηκε βαθμιαία αύξηση της Α.Π., Όπου την τρίτη ημέρα έφτασε στο 160/80 mm/Hg. Γινόταν συχνός έλεγχος του σακχάρου, όπου την τέταρτη ημέρα έδωσε αποτέλεσμα 130 gr/dl. Την έκτη ημέρα η γυναίκα οδηγήθηκε στο χειρουργείο για καισαρική τομή, λόγω συσπάσεων. Το νεογνό οδηγήθηκε στο νεογνικό τμήμα για παρακολούθηση και η μητέρα στην μαιευτική κλινική για ανάρρωση. Η ασθενής εμφάνισε ομαλή πορεία μετά την καισαρική τομή με βαθμιαία πτώση της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα και ρύθμιση του σακχάρου. Εξήλθε του νοσοκομείου τέσσερις ημέρες μετά την καισαρική τομή με οδηγίες από τον γιατρό.

### Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση-Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Αυξημένη Α.Π. 160/ 80 mm/Hg	Διατήρηση της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα για να αποφευχθούν οι μακροπρόθεσμες και οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες για την έγκυο και το έμβρυο	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συχνή μέτρηση της Α.Π.</li> <li>- Περιορισμός οργανικών και στρεσογόνων παραγόντων που αυξάνουν την Α.Π.</li> <li>- Χορήγηση έκτακτης και συστηματικής αντιυπερτασικής αγωγής</li> <li>- Εργαστηριακή διερεύνηση των αιτιών της Α.Π. στην έγκυο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρηση της Α.Π. ανά 2/h και λήψη ζωτικών</li> <li>- Ενδιάμεσα των μετρήσεων αξιολόγηση συμπτωμάτων κακοήθης υπερτασικής κρίσης(πχ πονοκέφαλος)</li> <li>- Καθησυχασμός της εγκύου προς μείωση και αποφυγή του άγχους (αν χρειαστεί χορήγηση αγχολυτικής ή ηρεμιστικής αγωγής)</li> <li>- Έλεγχος λευκώματος</li> </ul>	Ρύθμιση της Α.Π. Εντός φυσιολογικών επιπέδων 120/75 mm/Hg

Ανησυχία	Μείωση και ανακούφιση της ανησυχίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου και χαλαρού περιβάλλοντος</li> <li>- Εκπαίδευση των οικείων της (σύζυγος, γονείς ) για παροχή συναισθηματικής στήριξης</li> <li>- Παροχή συναισθηματικής στήριξης από το νοσηλευτικό προσωπικό</li> <li>- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής εάν κριθεί απαραίτητο, σύμφωνα με ιατρική οδηγία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> <li>- Καλός αερισμός στο δωμάτιο</li> <li>- Βοήθεια για ένα χαλαρό ντους</li> <li>- Δόθηκαν βιβλία και περιοδικά στην έγκυο</li> <li>- Ενημέρωση οικείων για την συμπεριφορά τους απέναντι στη έγκυο</li> <li>- Έγινε συζήτηση προκειμένου να δημιουργηθεί κλίμα ειλικρινούς εμπιστοσύνης</li> <li>- Χορηγήθηκε tb Stendon 5 mg, στις 12 τη νύχτα κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> </ul>	Το άγχος και η ανησυχία βαθμιαία μειώθηκαν
----------	-------------------------------------	--	---	--

<p>Αδυναμία σωστής λειτουργίας του κατώτερου ΓΕΣ (δυσκοιλιότητα)</p>	<p>Αναρρύθμιση λειτουργικότητας του εντέρου σε συνήθης συνθήκες</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακολούθηση και καταγραφή ημερήσιας κινητικότητας του εντέρου</li> <li>- Εφαρμογή κατάλληλης διαίτας</li> <li>- Παρότρυνση της ασθενούς για κινητοποίηση</li> <li>- Θεραπευτικές παρεμβάσεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Καταγραφή όλων των κενώσεων στο διάγραμμα</li> <li>- Εφαρμογή διαίτας πλούσιας σε υπόλειμμα</li> <li>- Παροχή βοήθειας της ασθενούς για κινητοποίηση και επεξήγηση της σπουδαιότητας της ενέργειας αυτής</li> <li>- Εφαρμογή υπόθετων γλυκερίνης-υποκλυσμός</li> </ul>	<p>Κινητοποίηση του ΓΕΣ και φυσιολογικές κενώσεις</p>
--	---	--	---	---

## Περίπτωση 2<sup>η</sup>

### Ιστορικό:

Έγκυος σε ηλικία κύησης 18 εβδομάδων και ηλικίας 28 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της γυναικολογικής κλινικής λόγω μητρορραγίας από 12h, με σύνοδο έντονο κοιλιακό άλγος στην περιοχή του επιγαστρίου. Από τον κλινοεργαστηριακό έλεγχο που διεξήχθη στα εξωτερικά ιατρεία διαπιστώθηκε απειλούμενη αποβολή. Η ασθενείς διεκομήσθη στην μαιευτική κλινική για περαιτέρω νοσηλεία.

### Ατομικό αναμνηστικό:

- Καπνίστρια
- Δεν αναφέρθηκαν αλλεργίες σε φάρμακα

### Νοσηλεία:

- Οροί:Ringer's 1000ml, N/S 1000ml
- Untrogestan tb 1x1
- Yutopar 1x1

### Εργαστηριακός έλεγχος:

- Γενική αίματος:WBC 9.800, PLT 199.000, Ht 39, Hb 13,MCV 90%, MCH80% (όλα εντός φυσιολογικών ορίων)
- Βιοχημικός έλεγχος:K 4,3, Na 136, DPL 0,1, SGOT 23, SGPT 29, LDH 109, CK 27, Γλυκόζη 100, (όλα εντός φυσιολογικών ορίων)
- Γενική ούρων: Ολικά λευκώματα 100, λεύκωμα ούρων εντός φυσιολογικών ορίων
- Ακτινολογικός έλεγχος:U/S: Αποκάλυψε αποκόλληση εμβρυικού σάκου από τον πλακούντα- χωρίς καρδιαγγειακή λειτουργία

### Πορεία νόσου:

Η ασθενής κατά την νοσηλεία της ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Με ύφεση της αιμορραγίας και της λοιπής συμπτωματολογίας. Διενεργήθει διακοπή της εγκυμοσύνης λόγω ενδομήτριου θανάτου του εμβρύου.

Αξιολόγηση αρρώστου	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Αιμοδυναμική επιβάρυνση- υπόταση	Σταθεροποίηση της αιμοδυναμικής κατάστασης για αποφυγή των επιπλοκών που οφείλονται στο υπογκαιμικό shock-υπόταση	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενυδάτωση της ασθενούς παρεντερικά</li> <li>- Αποφυγή επιβάρυνσης μηχανικής- κατάκλιση- μείωση των παραγόντων επιδείνωσης της μητρορραγίας</li> <li>- Εφαρμογή αγωγής που θα περιορίσει την μητρορραγίας</li> <li>- Αιμοδυναμικό monitoring της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση παρεντερικός ισότονων διαλυμάτων σε 24h</li> <li>- Διατήρηση ισοζυγίου/ προσλαμβανόμενων- αποβαλλόμενων υγρών- παρακολούθηση ωριαίας διούρησης</li> <li>- Κατάκλιση της ασθενούς και ανά τακτά διαστήματα σε ανάρροπη θέση- παροχή βοήθειας στην ασθενή για να διεκπαιρέωση της βασικές ανάγκες στην κλίνη με την μικρότερη δυνατή καταπόνηση</li> <li>- Τρίωρη μέτρηση και καταγραφή ζωτικών</li> </ul>	Αιμοδυναμική σταθερότητα

Κοιλιακό άλγος	Μείωση του δυσάρεστου συναισθήματος του κοιλιακού άλγους το οποίο υποδηλώνει την αύξηση της μητροσυσπαστικής δραστηριότητας	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Περιορισμός των εγκλητικών παραγόντων που επιδεινώνουν το άλγος</li> <li>- Χορήγηση αναλγητικής αγωγής</li> <li>- Χορήγηση συστηματικής αναλγητικής αγωγής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σύσταση για κλινοστατισμό της ασθενούς και αποφυγή οποιοδήποτε παράγοντα οδηγεί σε επιδείνωση του άλγους</li> <li>- Χορήγηση συστηματικής ή άπαξ αναλγητικής αγωγής με εντολή του θεράποντος γιατρού</li> <li>- Χορήγηση συστηματικής ή άπαξ αντισπασμολυτικής αγωγής μετά από εντολή του θεράποντος</li> </ul>	Περιορισμός του δυσάρεστου συναισθήματος του άλγους
Επιδείνωση της μητρορραγίας	Διακοπή-περιορισμός της μητρορραγίας προς αποφυγή υπογκαιμικού shock- υπότασης-εξάντλησης και αναιμίας της ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση της ασθενούς επί κλίνης η οποία θα μειώσει την αιμορραγία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση επί κλίνης και σε θέση πίεσης των αιμορραγικών περιοχών</li> </ul>	Περιορισμός μητρορραγίας



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διακοπή-περιορισμός των παραγόντων εκείνων που επιδεινώνουν την μητρορραγία</li> <li>- Εργαστηριακό-κλινικό monitoring της ασθενούς</li> <li>- Χορήγηση αγωγή που δύναται να μετριάσει την μητρορραγία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σύσταση για αποφυγή ορθοστατισμού και περαιτέρω μηχανικής επιβάρυνσης της ασθενούς τα οποία θα επιδεινώσουν της αιμορραγία</li> <li>- Έλεγχος Ht για αποκάλυψη περαιτέρω επιδείνωσης της αιμορραγικής αναιμίας-έλεγχος και καταγραφή ζωτικών προς πρόληψη υπογκαιμικού shock της ασθενούς</li> <li>- Χορήγηση συστηματικών αγγειοσυσπαστικών μετά από συνεννόηση και εντολή του γιατρού</li> </ul>	
--	--	--	---	--

<p>Κοιλιακή διάταση- μείωση ΓΕΣ δραστηριότητας</p>	<p>Μείωση του δυσάρεστου αισθήματος του μετεωρισμού- Επιαναδραστηριοπ οίηση της ΓΕΣ δραστηριότητας</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Περιορισμός των παραγόντων εκείνων που δυσχεραίνουν την λειτουργία του ΓΕΣ</li> <li>- Εφαρμογή ανακουφιστικής θεραπείας για τον μετεωρισμό αγωγής</li> <li>- Εφαρμογή μέτρων που σχετίζονται με δραστηριότητα του ΓΕΣ</li> <li>- Έναρξη κατάλληλης διαίτας</li> <li>- Εφαρμογή συστηματικής ή άπαξ αγωγής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διακοπή αγωγής που δύναται να περιορίζει την ΓΕΣ κινητικότητα</li> <li>- Θεραπευτικές παρεμβάσεις( σωλήνας αερίων, υποκλυσμός)</li> <li>- Όσο το επιτρέπει η αιμοδυναμική κατάσταση της ασθενούς κινητικότητα σε σύντομο χρονικό διάστημα</li> <li>- Δίαιτα χαμηλή σε εντερικό υπόλειμμα κάτω από συνεννόηση με τον ειδικό διαιτολόγο</li> <li>- Χορήγηση υπακτικών-εντεροκινητικών-υποθέτων γλυκερίνης σε κάθε περίπτωση μετά από ιατρική εντολή</li> </ul>	<p>Επιαναδραστηριοπ οίηση του ΓΕΣ</p>
--	--	---	---	---

<p>Συναισθηματικό επεισόδιο</p>	<p>Άμβλυση του καταθλιπτικού επεισοδίου το οποίο πιθανόν να οφείλετε στην σκέψη ότι δεν είναι ικανή να τερματίσει μια εγκυμοσύνη αλλά και στην δυσάρεστη για την έγκυο κλινική εξέταση</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Άμεση και έμμεση ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς</li> <li>- Παρότρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος για στήριξη της γυναίκας</li> <li>- Κινητοποίηση των διαθέσιμων υποστηρικτικών μηχανισμών του νοσοκομείου</li> <li>- Εφαρμογή συστηματικής αγωγής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τροποποίηση της επαγγελματικής μας συμπεριφοράς στα πλαίσια δημιουργίας ευφορικών συναισθημάτων τα οποία δύναται να μεταβιβαστούν στην ασθενή- κατανόηση των ψυχολογικών αναγκών της ασθενούς</li> <li>- Ενημέρωση του στενού περιβάλλοντος για την αμφιθυμία και την αστάθεια συναισθημάτων της ασθενούς-Οδηγίες για τον τρόπο αντιμετώπισης της από μέρος τους <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενημέρωση κοινωνικής υπηρεσίας, ψυχολόγου, ψυχιάτρου για την περαιτέρω περαίωση της κλινικής κατάστασης της ασθενούς</li> <li>- Χορήγηση συστηματικής αντικαταθλιπτικής αγωγής</li> </ul> </li> </ul>	<p>Άμβλυση του συναισθήματος της κατάθλιψης</p>
---------------------------------	--	---	--	---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γεωργακόπουλος Π.Ε., Επιτομή μαιευτικής γυναικολογικής και νοσηλευτικής, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1993

Ζούρλας Π. και Συνεργάτες, Μαθήματα μαιευτικής- Γυναικολογίας, Έκδοση Α΄, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1984

Ιατράκης Μ.Γ., Βιβλίο Μαιευτικής, Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα 2004

Καρπάθιος Σ.Ε., Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική, τόμος Β΄, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2009

Κουρούνης Γ.Σ., Παθολογία τραχήλου μήτρας κολποσκόπηση, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις Αφοί Μιχαηλίδη, Αθήνα 1991

Κρεατσάς Γ., Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009

Λώλης Δ.Ε., Γυναικολογία και Μαιευτική, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1995

Μαμόπουλος Μ.Α., Εμβρυομητρική ιατρική, Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 1996

Μανταλανάκης Σ., Σύνοψη Μαιευτικής γυναικολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000

Μιχαλάς Σ.Π., Επίτομος Μαιευτική- Γυναικολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2000

Μπότσης Ι., Βασικές Γνώσεις μαιευτικής και γυναικολογίας, Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 2007

Παπανικολάου Ν., Γυναικολογία, 3<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005

Σαλαμαλέκης Ε., Παθολογία της κύησης, Εκδόσεις Mendor, Αθήνα 2009 Candy D.-Graham D.-Ross E., Κλινική Παιδιατρική και Υγεία Παιδιού, Επιμέλεια Κωσταντόπουλος Α., Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2002

Bates J., η υπερηχογραφία στην μαιευτική και γυναικολογική πράξη, 2<sup>η</sup> Έκδοση, μετάφραση Σαλαμαλέκης, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2009

Govan et al, Γυναικολογία, Μετάφραση Σαρρής Γ., 4<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Γιαννακόπουλος Δ., Αθήνα 1993

Lippert H., Ανατομική, Μετάφραση Παπαδόπουλος Ν. , Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1993

Lowdermilk D.L. et al, Νοσηλευτική μητρότητας, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Μετάφραση Δέλτσιδου Α.- Λυκερίδου Αικ., Έκδοση 6<sup>η</sup>, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2006

Lowdermilk D.L. et al, Νοσηλευτική μητρότητας, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Μετάφραση Δέλτσιδου Α.- Λυκερίδου Αικ., Έκδοση 6<sup>η</sup>, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2006

Miller A. et al, Μαιευτική εικονογραφημένη, Μετάφραση Σαρρής Γ., 2<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Γιαννακόπουλος Δ., Αθήνα 1991

Purras M.C. et al, Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική, Μετάφραση Καραχάλιας Γ., Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2003

Sharino P.J., Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, Επιμέλεια Γεωργιόπουλος Α., Έκδοση Α΄, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001

Smith P.R., Μαιευτική και Γυναικολογία, Επιμέλεια Μαρούλης Γ., Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007

#### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

[www.imagehosting.com](http://www.imagehosting.com)

[www.otherside.gr](http://www.otherside.gr)

[www.inhealth.gr](http://www.inhealth.gr)

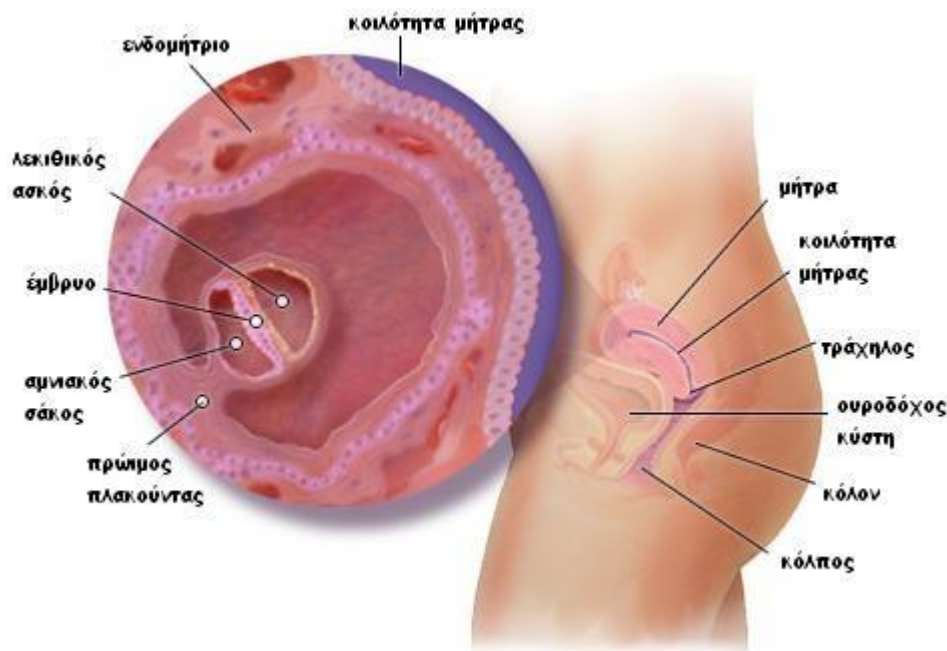
[www.ygeiaonline.gr](http://www.ygeiaonline.gr)

# ПАРАТИМА

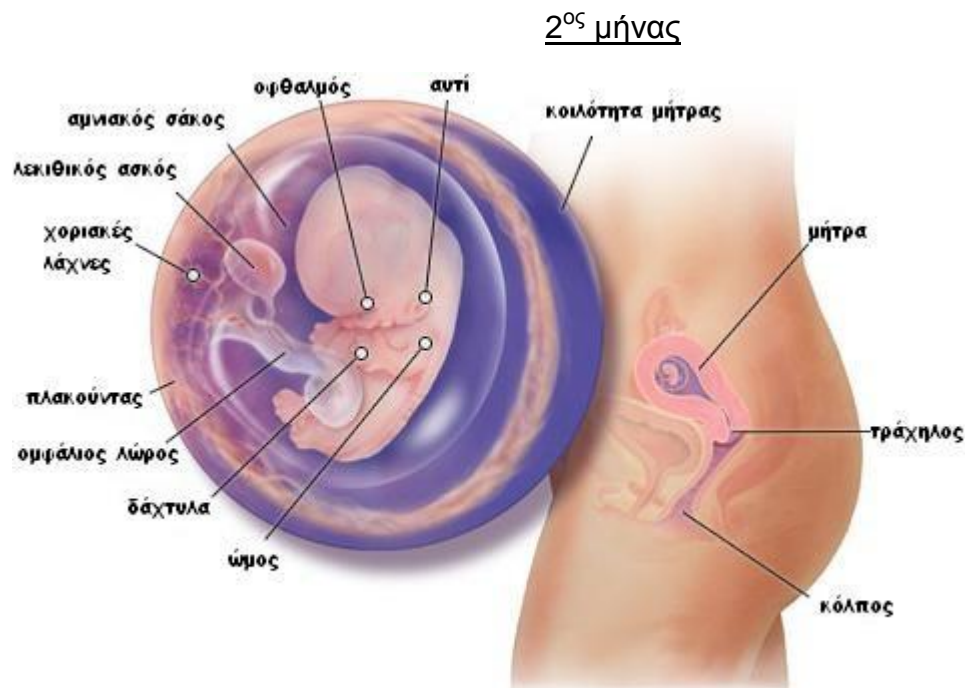
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΞΕΡΑΤΕ ΠΩΣ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΩΡΑΚΙ ΠΟΥ ΜΕΓΑΛΩΝΕΙ ΜΕΣΑ ΣΑΣ  
ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΛΛΑΖΕΙ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΑΣ;

1<sup>ος</sup> μήνας



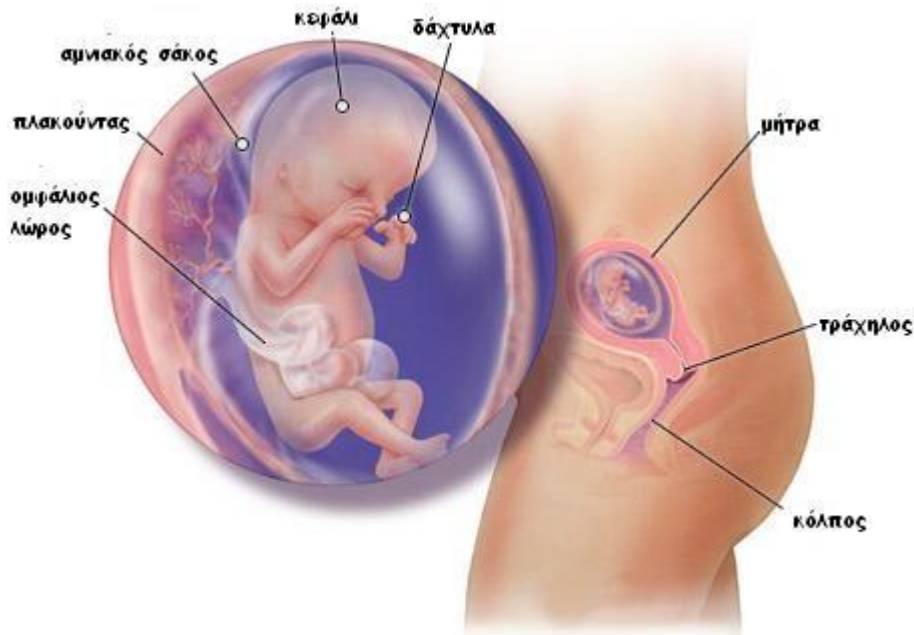
Το μεγαλύτερο μέρος του 1ου μήνα της εγκυμοσύνης δεν γίνεται αντιληπτό από την γυναίκα. Αρκετές φορές υπάρχουν συμπτώματα όπως πρήξιμο στους μαστούς και εύκολη κόπωση, όμως η γυναίκα αρχίζει να υποψιάζεται την εγκυμοσύνη, συνήθως όταν καθυστερήσει η περίοδος. Τα περισσότερα τεστ κύησης του εμπορίου θα καταδείξουν την εγκυμοσύνη την εβδομάδα μετά την αναμενόμενη περίοδο που καθυστέρησε. Το κύημα είναι τόσο μικρό που μόνο προς το τέλος του 1ου μήνα μπορεί να γίνει αντιληπτό με το υπερηχογράφημα.



Σε όλη τη διάρκεια του 2ου μήνα της εγκυμοσύνης (περίπου μέχρι το τέλος της 10ης εβδομάδας) επιτελείται η δημιουργία όλων των οργάνων του εμβρύου. Η διαδικασία αυτή είναι πολύ ευαίσθητη και για το λόγο αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται η έκθεση σε βλαπτικές ουσίες (τσιγάρο, αλκοόλ) και σε φάρμακα χωρίς προηγούμενη συμβουλή του γυναικολόγου. Το έμβryo είναι καθαρά ορατό στο υπερηχογράφημα, ενώ είναι διακριτή και η λειτουργία της καρδιάς του. Η μητέρα αισθάνεται ολοένα και περισσότερο ναυτία και κάνει εμετό, ιδίως τις πρωινές ώρες. Λίγες φρυγανιές (ξηρά τροφή) το πρωί μπορεί να βοηθήσουν να ξεπεράσει η έγκυος το πρόβλημα της ναυτίας. Υπάρχει γενικότερα εύκολη κόπωση, λόγω της απόδοσης της στάθμης των ορμονών στο αίμα. Ακόμα και απλές καθημερινές δραστηριότητες φαίνεται να χρειάζονται πολύ περισσότερη ενέργεια και κόπο από ότι πριν την εγκυμοσύνη οδηγώντας την έγκυο σε εξάντληση στο τέλος της ημέρας. Είναι απαραίτητο η έγκυος να κοιμάται αρκετές ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας και να εκμεταλλεύεται κάποια χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας προκειμένου να ξεκουράζεται. Σε αυτή τη χρονική φάση είναι χρήσιμο να γίνει η πρώτη επίσκεψη στο γυναικολόγο που θα παρακολουθεί την εγκυμοσύνη μέχρι το τέλος.



## 3<sup>ος</sup> μήνας



### **Τι μορφή έχει το έμβρυο;**

Τα περισσότερα όργανα του εμβρύου ολοκληρώνουν τη μορφή τους στον 3ο μήνα. Το έμβρυο είναι μια μικρογραφία ανθρώπου, τα βλέφαρά του είναι κλειστά και το δέρμα του διάφανο. Από εδώ και πέρα το έμβρυο αυξάνεται σε μέγεθος και συνεχίζεται η ωρίμανση των λειτουργιών των οργάνων του.

### **Πως αλλάζει το σώμα μου;**

Στα μέσα αυτού του μήνα ο γυναικολόγος σου μπορεί να εντοπίσει τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου με μια ειδική συσκευή. Η μήτρα ήδη έχει αρχίσει να μεγαλώνει αρκετά ώστε να γίνεται ψηλαφητή από την κοιλιά.

## 4<sup>ος</sup> Μήνας



### **Τι μορφή έχει το έμβρυο;**

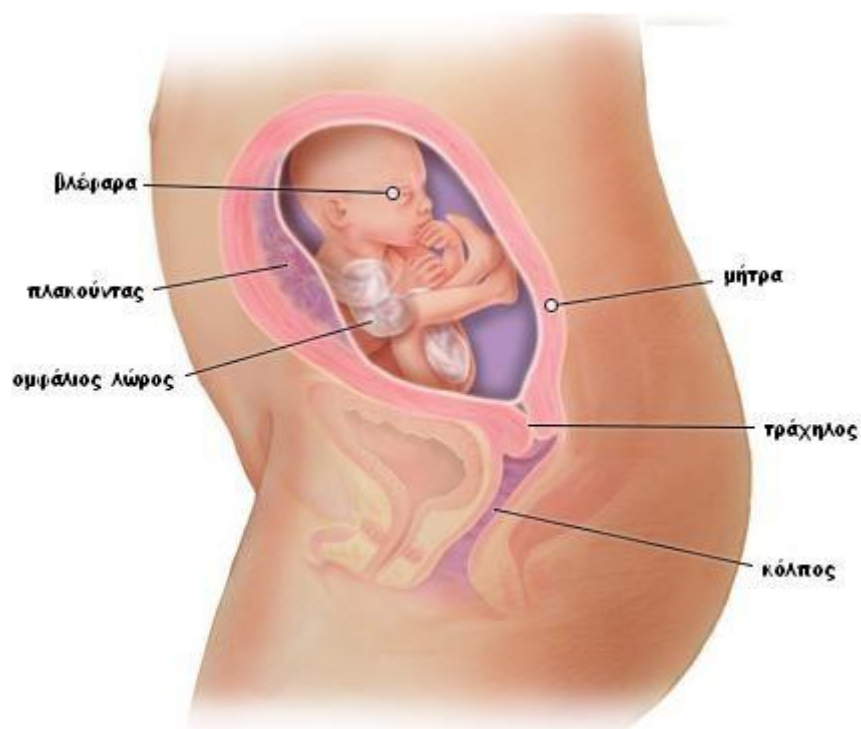
Στον 4ο μήνα το έμβρυο έχει πλέον τα γνώριμα χαρακτηριστικά ενός ανθρώπου σε μικρογραφία. Το βάρος του είναι περίπου 300-400 γραμμάρια. Τα γεννητικά του όργανα έχουν διαμορφωθεί και προς το τέλος του 4ου μήνα δίνεται η δυνατότητα να γίνουν ορατά με το υπερηχογράφημα. Το νευρικό και το μυϊκό σύστημα του εμβρύου αναπτύσσονται ακόμα περισσότερο και οι κινήσεις που κάνει είναι περισσότερο έντονες, τις οποίες η μητέρα αρχίζει να καταλαβαίνει περίπου στην 18η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Τα βλέφαρα του εμβρύου είναι κλειστά, ωστόσο μπορεί να αντιλαμβάνεται το φως. Με την ανάπτυξη του κεφαλιού τα μάτια αποκτούν μια περισσότερο κεντρική θέση στο πρόσωπο.

### **Πως αλλάζει το σώμα μου;**

Τα συμπτώματα της ναυτίας και του εμετού έχουν μειωθεί αισθητά και η γυναίκα βιώνει αυτήν την φάση της εγκυμοσύνης με σχετική ηρεμία αφού ο κίνδυνος αποβολής έχει μειωθεί σε σχέση με το 1ο τρίμηνο. Το δέρμα της εγκύου αποκτά μια ωραία υφή και εμφάνιση χάρη στην αυξημένη αιματική ροή που έχει, όπως εξάλλου και όλα τα όργανα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μετά την 16η εβδομάδα συχνά το δέρμα του μετώπου αρχίζει να σκουραίνει (χλόασμα της εγκυμοσύνης). Περισσότερο σκούρο χρώμα μπορεί να εμφανίσουν επίσης η μέση γραμμή στην κοιλιά και τα έξω γεννητικά όργανα. Οι αλλαγές αυτές είναι ορμονικής φύσεως και στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρούν μετά τον τοκετό.

Η μητέρα αρχίζει να βιώνει τις κινήσεις του εμβρύου περίπου μετά την 18η εβδομάδα κάτι που οι περισσότερες περιγράφουν ως ιδιαίτερα συγκινητική στιγμή. Οι γυναίκες που έχουν κυοφορήσει στο παρελθόν αρχίζουν να καταλαβαίνουν τις κινήσεις του εμβρύου λίγο νωρίτερα από τις πρωτοτόκες.

## 5<sup>ος</sup> μήνας



### **Τι μορφή έχει το έμβρυο;**

Οι αναλογίες του εμβρύου πλέον πλησιάζουν αρκετά αυτές του νεογέννητου. Κοιμάται αρκετές ώρες κάθε ημέρα (ακόμα και 18-20 ώρες) και όταν είναι ξύπνιο αντιλαμβάνεται πολύ πιο εύκολα τους ήχους του περιβάλλοντος. Τα βλέφαρα αρχίζουν να ανοίγουν και το έμβρυο πραγματοποιεί πολύ πιο έντονες κινήσεις, οι οποίες γίνονται αισθητές από την μητέρα. Στο δέρμα του αρχίζει να εμφανίζεται το σμήγμα, ένα λιπαρό έκκριμα που προστατεύει το έμβρυο από την πολύμηνη παραμονή του στο αμνιακό υγρό.

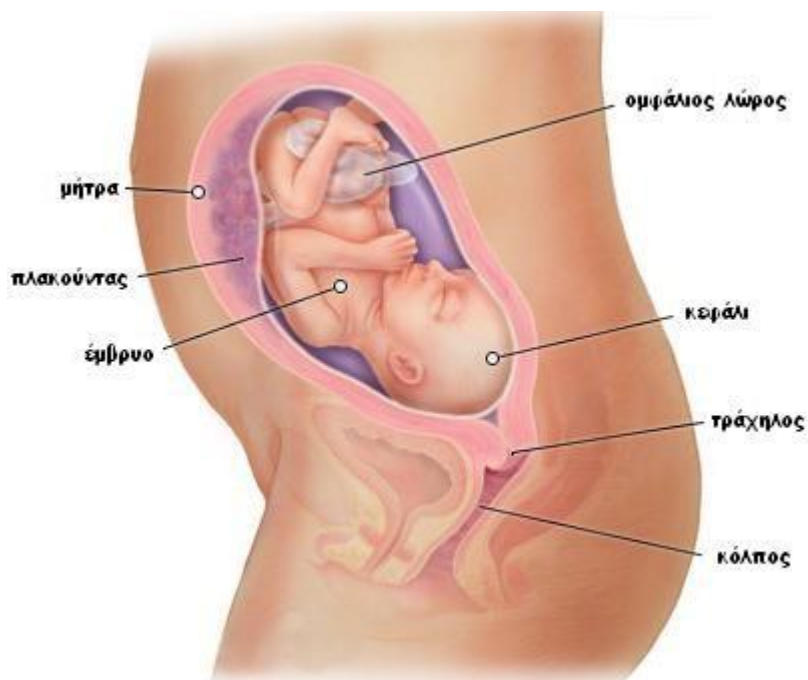
### **Πως αλλάζει το σώμα μου;**

Η μήτρα φθάνει σε ύψος μέχρι τον ομφαλό και μέχρι τώρα η έγκυος έχει πάρει περίπου 4-5 κιλά. Από εδώ και μετά το βάρος θα αυξάνεται περίπου κατά μισό κιλό την εβδομάδα.

Αν υπάρχει πρόβλημα αναιμίας, τότε από εδώ και μετά είναι πιθανό να γίνει εντονότερο αφού οι ανάγκες σε σίδηρο αυξάνουν, ενώ αυξάνεται και ο όγκος του αίματος της μητέρας με αποτέλεσμα να επέρχεται μια αραιώση του αιματοκρίτη.

Από τον 5ο μήνα πολλές γυναίκες παρουσιάζουν επώδυνες κράμπες στα κάτω άκρα, που οφείλονται σε σταδιακή αύξηση του βάρους. Η κράμπια αντιμετωπίζεται με διάταση της μυϊκής ομάδας που παρουσιάζει επώδυνη μυϊκή σύσπαση. Συμπληρώματα διατροφής με μαγνήσιο θεωρείται ότι μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης και την ένταση αυτών των συσπάσεων.

## 6<sup>ος</sup> μήνας



### Τι μορφή έχει το έμβρυο;

Το έμβρυο έχει τις αναλογίες του νεογέννητου, ωστόσο ακόμα δεν έχει συσσωρεύσει λίπος κάτω από το δέρμα του και έτσι έχει ένα μακρόστενο σχήμα. Από τον 6ο μήνα αρχίζει να συσσωρεύεται υποδόριο λίπος, το οποίο μέχρι και τον 9ο μήνα θα δώσει στο νεογέννητο τη γνώριμη μορφή. Το λίπος αυτό ονομάζεται και φαιό υποδόριο λίπος και συμβάλλει στη θερμορύθμιση του νεογνού μετά τον τοκετό.

Με την περαιτέρω ωρίμανση του νευρικού και του μυϊκού συστήματος, το έμβρυο έχει την ικανότητα να εκτελεί περισσότερο πολύπλοκες κινήσεις, όπως να θηλάζει το δάχτυλό του. Είναι συχνό το φαινόμενο το έμβρυο να εμφανίζει λόξυγκα σε αυτό το στάδιο, κάτι που πολλές μητέρες αναφέρουν ως διασκεδαστικό.

### Πως αλλάζει το σώμα μου;

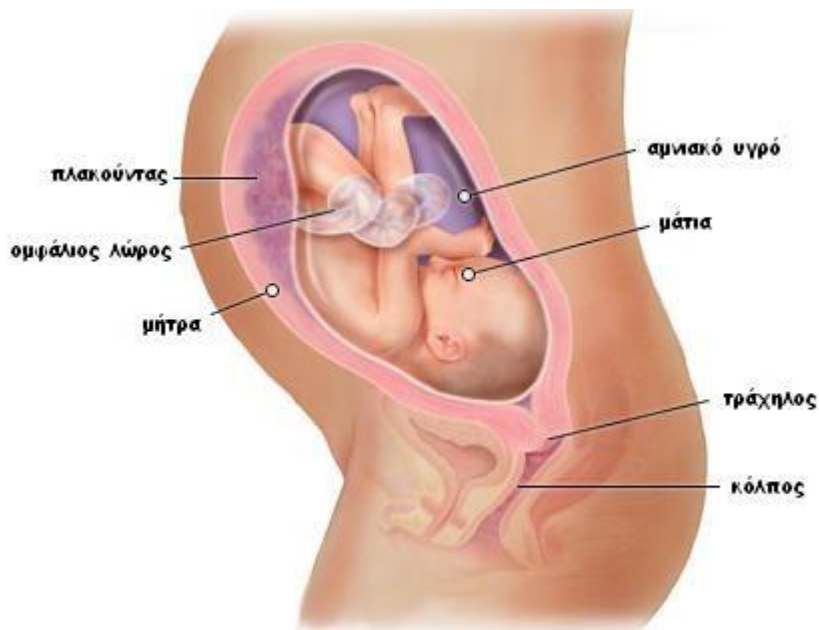
Το ύψος της μήτρας σταδιακά ξεπερνάει τον ομφαλό και η διάταση της κοιλιάς της εγκύου γίνεται αρκετά έκδηλη. Ως αποτέλεσμα της διάτασης αρκετές γυναίκες παρουσιάζουν κνησμό (φαγούρα) στην κοιλιά. Αυτό επιτείνεται όταν το δέρμα είναι ξηρό. Ένας τρόπος για να βελτιωθούν τα συμπτώματα είναι η ενυδάτωση του δέρματος της κοιλιάς με ειδικά γαλακτώματα και η αποφυγή συνθετικών ρούχων.

Από τον 6ο μήνα στις περισσότερες εγκύους εμφανίζονται ραγάδες στο δέρμα ως συνέπεια της γρήγορης διάτασης του δέρματος, αλλά και της επίδρασης που έχουν οι ορμόνες της εγκυμοσύνης στη βιοσύνθεση του κολλαγόνου του δέρματος. Ενυδατικά γαλακτώματα και κρέμες με βιταμίνη Ε μπορεί να βοηθήσουν, ωστόσο όχι με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας.

Λόγω της διάτασης της κοιλιάς και της μετατόπισης του κέντρου βάρους προς τα

εμπρός, στις περισσότερες εγκύους εμφανίζεται οσφυαλγία. Για να αντιμετωπίζεται το σύμπτωμα συνιστάται η έγκυος να αναπαύεται συχνά, να χρησιμοποιεί βοηθητικά μαξιλάρια όταν ξαπλώνει και να κάνει θερμά ντους. Σε μερικές περιπτώσεις συνιστάται ήπιο μασάζ από εκπαιδευμένο ειδικό

### 7<sup>ος</sup> μήνας



#### **Τι μορφή έχει το έμβρυο;**

Στον 7ο μήνα το έμβρυο αυξάνεται σημαντικά σε μέγεθος και με το που μπαίνει στον 8ο μήνα το βάρος του ξεπερνάει το 1.5 κιλό. Σε αυτήν την φάση αυξάνεται δραματικά η ζήτηση του εμβρύου σε θρεπτικά συστατικά σίδηρο και ασβέστιο. Τα μαλλιά του έχουν ήδη αναπτυχθεί και στα δάχτυλά του έχουν σχηματιστεί τα νύχια. Το λίπος κάτω από το δέρμα συνεχίζει να αυξάνεται και το έμβρυο αποκτά μια περισσότερο γεμάτη μορφή.

#### **Πως αλλάζει το σώμα μου;**

Η αύξηση του μεγέθους της κοιλιάς είναι αρκετά έκδηλη. Η πίεση του στομάχου από την αναπτυσσόμενη μήτρα σε συνδυασμό με την επίδραση των ορμονών της εγκυμοσύνης προκαλεί έντονη δυσπεψία. Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν οπισθοστερνικό καύσο (καούρα) μετά από ένα μέτριο γεύμα, λόγω της καθυστερημένης κένωσης του στομάχου. Ένας τρόπος αντιμετώπισης είναι η κατανάλωση μικρών γευμάτων σε περισσότερες φορές μέσα στην ημέρα.

Στον 7ο μήνα εμφανίζεται πιο έντονα το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας. Η δυσκοιλιότητα γενικώς ταλαιπωρεί την έγκυο, λόγω της αύξησης της προγεστερόνης και είναι έκδηλη από τους πρώτους μήνες. Στο τρίτο τρίμηνο η δυσκοιλιότητα γίνεται

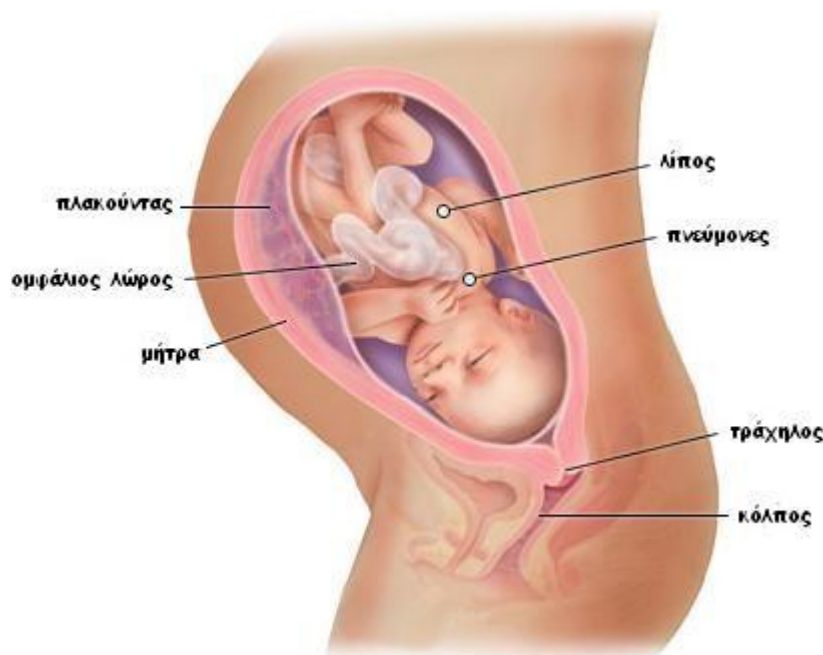
περισσότερο έκδηλη, διότι η αναπτυσσόμενη μήτρα πιέζει το έντερο και δυσχεραίνει την κινητικότητά του.

Ένα ακόμα πρόβλημα που πιθανόν να αντιμετωπίσει η έγκυος στο 3ο τρίμηνο είναι η εμφάνιση αιμορροΐδων, ή η επιδείνωσή τους. Οφείλεται στην αύξηση της πίεσης του φλεβικού δικτύου μέσα στην ελάσσονα πύελο, λόγω της πίεσης από την μήτρα. Συνιστάται να αποφεύγεται πολύωρη ορθοστασία, ή η παραμονή σε καθιστή θέση. Αν υπάρχει κνησμός (φαγούρα) ή πόνος θα πρέπει να ενημερώνεται ο γυναικολόγος για την αντιμετώπιση και την πιθανή χορήγηση κάποιου τοπικού σκευάσματος. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τοπικά κρέμες χωρίς την προηγούμενη συμβουλή του γυναικολόγου.

Από τον 7ο μήνα και μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης η έγκυος αισθάνεται αίσθημα λιποθυμίας όταν ξαπλώνει σε ύπτια θέση. Αυτό οφείλεται στην πίεση που ασκεί η μήτρα στην κάτω κοίλη φλέβα, με αποτέλεσμα να μειώνεται η επαναφορά του αίματος στην καρδιά. Η έγκυος θα πρέπει να ξαπλώνει όχι σε ύπτια αλλά στο αριστερό πλάγιο του σώματός της για να μην βιώνει αυτό το σύμπτωμα. Επιπλέον όταν σηκώνεται από το κρεβάτι αυτό θα πρέπει να γίνεται αργά, προκειμένου να δίνεται χρόνος για την ανακατανομή του φλεβικού αίματος και την αποφυγή της υπότασης που μπορεί να προκαλέσει λιποθυμικό επεισόδιο.



## 8<sup>ος</sup> μήνας



### Τι μορφή έχει το έμβρυο;

Το έμβρυο συνεχίζει να αυξάνει το βάρος του ώστε να φθάσει τα 2800g προς το τέλος του 8ου μήνα. Το δέρμα του εμβρύου γίνεται ολοένα και λιγότερο ερυθρωπό και ολοένα και λιγότερο ζαρωμένο, αφού συνεχίζεται η εναπόθεση λίπους. Μέρα με την ημέρα το αναπνευστικό σύστημα του εμβρύου γίνεται περισσότερο ώριμο με αποτέλεσμα ακόμα και αν προκληθεί πρόωρος τοκετός το μεγαλύτερο ποσοστό των νεογνών να μπορεί να επιβιώσει. Οι κινήσεις που μπορεί να κάνει τώρα το έμβρυο είναι περιορισμένες σε εύρος (αλλά όχι σε συχνότητα), λόγω του μικρότερου διαθέσιμου χώρου που έχει μέσα στην μήτρα. Το σμήγμα, η λευκή κρεμώδης επάλειψη που έχει αναπτυχθεί γύρω από το έμβρυο σταδιακά αποπίπτει. Το έμβρυο καταπίνει σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αμνιακό υγρό με σμήγμα. Όλες αυτές οι εκκρίσεις συσσωρεύονται στο γαστρεντερικό σύστημα του εμβρύου και αποβάλλονται με τις πρώτες κενώσεις του νεογνού. Το υλικό που αποβάλλεται με τις κενώσεις ονομάζεται μηκώνιο.

### Πως αλλάζει το σώμα μου;

Η μήτρα συνεχίζει να αυξάνεται με αποτέλεσμα να γεμίζει σταδιακά όλη την κοιλιά της εγκύου. Η πίεση από την μήτρα προς τα γειτονικά της όργανα προκαλεί έντονα δυσπεπτικά ενοχλήματα, καούρες, δυσκολία στην ανάσα και συχνουρία. Η έγκυος μπορεί να αισθάνεται περισσότερο κόυραση και καταβολή, λόγω της όλης ταλαιπωρίας, στην οποία συμβάλλει η αναιμία που πολύ συχνά αναπτύσσεται στην εγκυμοσύνη αλλά και της δυσκολίας που αντιμετωπίζει στον ύπνο. Πολλές έγκυες περιγράφουν χαρακτηριστικά ότι δυσκολεύονται να βρουν μια θέση που να τις ξεκουράζει στο κρεβάτι, λόγω των μυοσκελετικών ενοχλήσεων και της δυσκολίας στην αναπνοή. Είναι χρήσιμο να αποφεύγεται η εντελώς ύπτια θέση. Η κατάκλιση σε πλάγια θέση και η τοποθέτηση ενός μαξιλαριού ανάμεσα στα πόδια μπορούν να βοηθήσουν. Επιπλέον δεν θα πρέπει η γυναίκα να επανέρχεται απότομα σε όρθια

θέση, διότι είναι συχνά τα επεισόδια ορθοστατικής υπότασης και λιποθυμίας.

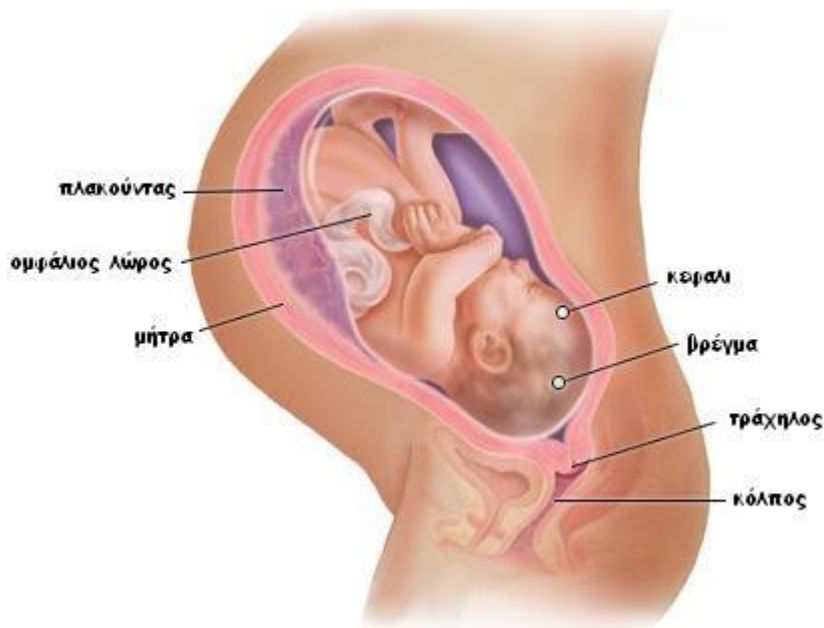
### **Τι είναι οι συστολές της μήτρας;**

Η μήτρα έχει την ιδιότητα να συστέλλεται, δηλαδή να κάνει συσπάσεις που σκοπό έχουν την έξοδο του περιεχομένου της. Αυτού του είδους η δραστηριότητα κορυφώνεται στον φυσιολογικό τοκετό όπου με ρυθμικές συστολές προκαλείται αρχικά διαστολή του τραχήλου και στη συνέχεια προς τα κάτω προώθηση του εμβρύου και τελικά ο τοκετός του νεογνού.

### **Πότε αρχίζει η δραστηριότητα αυτή της μήτρας;**

Μικρής έντασης ανεπαίσθητες συστολές της μήτρας αρχίζουν από τον 7ο μήνα, αλλά δεν είναι ρυθμικές. Οι συστολές αυτές γίνονται πιο έκδηλες κατά τη διάρκεια του 8ου μήνα και σκοπό έχουν να προετοιμάσουν σταδιακά τη θέση του εμβρύου για τον επερχόμενο τοκετό που θα γίνει στον 9ο μήνα. Οι συστολές του 8ου μήνα δεν θα πρέπει να γίνονται ρυθμικές και σίγουρα δεν θα πρέπει να είναι τόσο έντονες ώστε να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό. Αν η έγκυος αισθάνεται ρυθμικές συστολές (πχ κάθε 15λεπτο) πριν το 9ο μήνα θα πρέπει να αναζητήσει ιατρική βοήθεια για να αντιμετωπιστεί ένας ενδεχόμενος πρόωρος τοκετός.

### 9<sup>ος</sup> μήνας



### **Τι μορφή έχει το έμβρυο;**

Το έμβρυο συνεχίζει να αυξάνει το βάρος του σε όλη τη διάρκεια του 9ου μήνα. Έχει καταλάβει πλέον όλη την κοιλότητα της μήτρας και σε περισσότερο από 96% των περιπτώσεων είναι γυρισμένο με το κεφάλι προς τα κάτω. Πλέον, το αναπνευστικό σύστημα του εμβρύου θεωρείται αρκετά ώριμο ώστε ο τοκετός να μπορεί να εξελιχθεί



ανά πάσα στιγμή μέσα στον 9ο μήνα.

### **Πότε γίνεται ο τοκετός;**

Στο 90% των περιπτώσεων η γυναίκα γεννάει σε ημερομηνία που είναι πολύ κοντά στην πιθανή ημερομηνία τοκετού. Οποτεδήποτε όμως μέσα στον 9ο μήνα ο τοκετός θεωρείται ότι μπορεί να εξελιχθεί με ασφάλεια για το έμβρυο.

### **Πως ξεκινάει ο τοκετός;**

Στις περισσότερες περιπτώσεις η γυναίκα αντιλαμβάνεται συστολές της μήτρας που αρχικά είναι ανώδυνες και αραιές και στη συνέχεια γίνονται περισσότερο συχνές αλλά και επώδυνες. Οι ρυθμικές συστολές της μήτρας προκαλούν σταδιακά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου (το άνοιγμα της μήτρας προς τα κάτω) και σπρώχνουν σταδιακά το έμβρυο προς τα κάτω. Η σταδιακή διαστολή του τραχήλου προκαλεί την έξοδο από τον κόλπο βλέννης και μικρής ποσότητας αίματος, συμπτώματα τα οποία γίνονται αντιληπτά από τη γυναίκα και τα οποία θα πρέπει να την κινητοποιούν ώστε να επικοινωνήσει με τον ιατρό ή τη μαία της. Σε κάποια χρονική στιγμή οι υμένες που περιβάλλουν το έμβρυο και περιέχουν το αμνιακό υγρό υφίστανται ρήξη και έτσι μια ποσότητα υγρού εξέρχεται απότομα από τον κόλπο ("σπάνε τα νερά").

### **Μπορεί γίνει πρώτα η ρήξη των υμένων;**

Σε ένα 10% των περιπτώσεων η ρήξη των υμένων προηγείται της έναρξης των συστολών της μήτρας. Αυτό σημαίνει ότι η έγκυος σε ανύποπτο χρόνο (μέσα στον 9ο μήνα) νιώθει ότι ρέει υγρό από τον κόλπο και βρέχεται ("σπάνε τα νερά"). Σε αυτές τις περιπτώσεις η μήτρα δεν ενεργοποιείται αμέσως και συνήθως περνάει ένα χρονικό διάστημα για να ξεκινήσουν οι συστολές που θα οδηγήσουν τελικά στον τοκετό. Το χρονικό αυτό διάστημα ποικίλλει, αλλά το 90% των γυναικών τελικά ξεκινούν συστολές τοκετού μέσα στο 2ο 24ωρο. Ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να χρειαστεί επιτάχυνση της ενεργοποίησης της μήτρας με ιατρική παρέμβαση μέσω της χρήσης ενδοφλέβιας ωκυτοκίνης.

### **Πόσο διαρκεί ο τοκετός;**

Κατά μέσον όρο περίπου 15 ώρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να διαρκεί και περισσότερο από 20. Το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα αφορά στην διαστολή του τραχήλου. Δηλαδή η μήτρα μέσω των ρυθμικών συστολών της, ανοίγει σταδιακά στο κατώτερο μέρος της (τράχηλος), προκειμένου να δημιουργηθεί μια δίοδος δια μέσω της οποίας θα περάσει το νεογνό. Ο τοκετός στις πρωτότοκες διαρκεί πολύ περισσότερο από ότι στις δευτερότοκες ή πολύτοκες γυναίκες.

### **Πως εξελίσσεται ένας φυσιολογικός τοκετός;**

Ο φυσιολογικός τοκετός παρουσιάζει 3 στάδια:

\* 1ο στάδιο-διαστολή του τραχήλου: Αρχικά οι ρυθμικές συστολές της μήτρας προκαλούν τη σταδιακή διαστολή του τραχήλου της μήτρας κάτι που συνήθως διαρκεί αρκετές ώρες. Η ένταση και η συχνότητα των συστολών δεν είναι η ίδια συνεχώς. Αρχικά η ένταση των συστολών είναι χαμηλή, όπως επίσης και ο πόνος που αισθάνεται η γυναίκα. Η συχνότητα των συστολών είναι επίσης μικρή (περίπου 1 συστολή κάθε 5 με 7 λεπτά). Αυτό μπορεί να διαρκέσει περίπου 12 με 14 ώρες.

Σταδιακά οι συστολές της μήτρας γίνονται ολοένα και συχνότερες και περισσότερο έντονες, ενώ αυτό έχει αποτέλεσμα την ταχύτερη διαστολή του τραχήλου.

Τελικά το 1ο στάδιο ολοκληρώνεται με την πλήρη διαστολή του τραχήλου της μήτρας και τη σταδιακή μετάβαση στο 2ο στάδιο που περιλαμβάνει την κάθοδο του εμβρύου.

\* 2ο στάδιο-κάθοδος του εμβρύου: Το έμβρυο σε κάθε συστολή της μήτρας κατεβαίνει ολοένα και περισσότερο δια μέσω του τραχήλου της μήτρας. Η κάθοδος του εμβρύου μέσα στον κόλπο προκαλεί στην έγκυο έντονο αίσθημα εξώθησης. Η γυναίκα σε κάθε συστολή της μήτρας, δηλαδή σε κάθε πόνο (που τώρα εμφανίζεται κάθε 1 με 2 λεπτά) παρουσιάζει έντονη επιθυμία να σφιχτεί και να γεννήσει τελικά το έμβρυο. Το κεφαλάκι του εμβρύου καταλήγει τελικά στο άνοιγμα των χειλέων του αιδοίου. Με 1-2 εξωθήσεις της μητέρας κάτω από τις οδηγίες του ιατρού ή της μαίας γεννιέται το αρχικά το κεφάλι. Σε αυτήν την φάση μπορεί να χρειαστεί να πραγματοποιηθεί από τον ιατρό ή τη μαία περινεοτομή, κόβεται δηλαδή το δέρμα και οι υποκείμενοι ιστοί στο κατώτερο μέρος των χειλέων του αιδοίου. Στη συνέχεια θα γεννηθούν οι ώμοι του εμβρύου και τελικά όλο το νεογνό. Ο ιατρός ή η μαία θα απολινώσει και θα κόψει τον ομφάλιο λώρο και το νεογνό θα τοποθετηθεί σε ειδικό χώρο για την φροντίδα του.

\* 3ο στάδιο-έξοδος του πλακούντα: Λίγο μετά τον τοκετό του νεογνού η μήτρα πραγματοποιεί νέες συστολές, με αποτέλεσμα την έξοδο του πλακούντα και των διαφόρων υμένων που περιβάλλουν το έμβρυο όταν αυτό βρίσκεται μέσα στη μήτρα.

Όταν ολοκληρωθεί ο τοκετός, ο ιατρός θα ελέγξει την μήτρα και θα αποκαταστήσει με ράμματα τυχόν βλάβες και ρήξεις που υπάρχουν στον τράχηλο της μήτρας, τον κόλπο και το περίνεο της γυναίκας.