

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΊΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ

**ΑΣΗΜΙΝΑ ΜΕΝΕΛΛΟΥ
ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ ΜΠΑΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Κα ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ ΣΑΛΑΤΑ MSc Καθηγήτρια Εφαρμογών**

ΠΑΤΡΑ 2010

*Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη σε όλες τις μητέρες και στο έργο της
νοσηλευτικής επιστήμης.*

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε αυτή την εργασία αναλύονται όλα τα στάδια του φυσιολογικού τοκετού. Σκοπός της είναι η ενημέρωση της επιτόκου, των συγγενών και των νοσηλευτών, για τη διαδικασία και της επιπλοκές του. Στο κείμενο παρουσιάζεται ευκρινέστατα ο ρόλος των νοσηλευτών κατά τη σημαντική αυτή στιγμή κάθε γυναίκας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό επικεντρώνεται στη διδασκαλία της επιτόκου για σημαντικά θέματα όπως η λειτουργία του σώματός της, η διαδικασία του τοκετού, η καθησύχασή της όταν φοβάται και η εμπύχωσή της κάθε φορά που αγωνιά για αυτό το δύσκολο έργο που καλείται να φέρει εις πέρας. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και στην ενημέρωση των συγγενών για την εξέλιξη του τοκετού, τις επιπλοκές και την μετέπειτα φροντίδα.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στη σημερινή εποχή έχουν μειωθεί οι επιπλοκές λόγω της εξέλιξης της ιατρικής. Ωστόσο, ο φυσιολογικός τοκετός είναι κάτι πολύ φυσικό για τη γυναίκα, αφού η φύση έχει φροντίσει να της δώσει όλα τα απαραίτητα εφόδια για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο αυτό έργο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μπορούμε να συγκρίνουμε την εγκυμοσύνη με μία πορεία μέσα από την έρημο, όπου στον ορίζοντα φαίνεται μία υπέροχη όαση. Στον δρόμο η επίτοκος πρέπει να υπερπηδήσει κομμάτια βράχων ή να τα βγάλει από το δρόμο της (για παράδειγμα με αναπνοή, κίνηση και χαλάρωση)- πάντα με το βλέμμα στραμμένο στον ορίζοντα και τη γνώση του τι πρόκειται να συμβεί. Είναι σημαντικό η επίτοκος να δείξει εμπιστοσύνη στο σώμα της, το οποίο πρέπει να κάνει αυτή τη δουλειά.

Όσο σημαντικό είναι για τη ζωή μιας γυναίκας η γέννηση του μωρού της, τόσο έντονο είναι το άγχος για το πώς αυτό θα συμβεί. Πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι οτιδήποτε άλλο εκτός από τον φυσιολογικό τοκετό είναι αδιανόητο, ενώ άλλες, είτε είναι φοβισμένες μπροστά στο άγνωστο, είτε γιατί εξυπηρετεί τον σύγχρονο τρόπο ζωής, θα επιθυμούσαν μία καισαρική τομή.

Ο τοκετός απαιτεί σωματική προσπάθεια και συναισθηματική κούραση. Κάθε μητέρα βιώνει τον τοκετό διαφορετικά, αλλά σε κάθε περίπτωση ο τοκετός είναι μία θαυμάσια διαδικασία και ανεπανάληπτη, η οποία έχει συγκεκριμένα στάδια. Δεν είναι σπάνιο ότι οι γονείς, όπου η σύζυγος αναγκάστηκε να γεννήσει με καισαρική τομή, να νοιώθουν απογοήτευση για αυτή την εμπειρία. Ωστόσο, αυτό που πραγματικά μετράει στο τέλος δεν είναι ο τρόπος με τον οποίο μία γυναίκα πρόκειται να γεννήσει, αλλά να φέρει στον κόσμο ένα υγιές παιδί και η μητέρα να είναι υγιής και η ίδια.

Είναι σημαντικό για την επίτοκο σε όλα τα στάδια του τοκετού, να έχει δίπλα της ανθρώπους που θα την κάνουν να νιώθει ασφάλεια, στους οποίους θα μπορέσει να πει τους πόνους της, να λύσει κάποιες απορίες που μπορεί να έχει και με τις κατάλληλες επεμβάσεις να ανακουφίσουν τους πόνους της.

ABSTRACT

We can compare the pregnancy as a way through the desert, where at the horizon a wonderful oasis is visible. In that way the woman should overcome huge rocks or take them away from her road (for example with breathing, movement and relaxment) – always with her sight to the horizon and the knowledge of what is going to happen. It is important for the woman to show trust to her body, which has to do this work.

As important is the time of birth of her baby, so strong is the feeling of how this is going to happen. Many women believe that anything else except natural birth is unthinkable, while others, either they are frightened in front of the unknown, or because it helps the modern way of life, they would desire surgery cut.

The birth demands physical try and emotional tiredness. Every mother lives birth in her way, but in every case birth is a wonderful and unrepeatable procedure that has specific levels. It is not rare for parents, that the woman was imposed to give birth with a surgical procedure, to feel disappointment for that experience. However, what really matters in the end is not the way that a woman is going to give birth, but to bring a healthy child in the world and the mother to be healthy as well.

It is important for the woman to have nearby in all parts of the birth, people who will make her feel safety, to whom she can tell her fears, to solve some questions that she might have and with the suitable interference to alleviate her pain.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
Κεφάλαιο 1.....	8
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	9

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2.....	11
2.1 Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής.....	12
2.2 Ωορρηξία- Γονιμοποίηση- Εμφύτευση.....	13
2.3 Εγκυμοσύνη, Διάρκεια και Στάδια.....	16
2.4 Διαπλαστική εξέλιξη του εμβρύου.....	17

Κεφάλαιο 3.....	21
3.1 Διάγνωση της κήσεως.....	22
3.1.I Υποθετικά σημεία.....	23
3.1.II Πιθανά σημεία.....	24
3.1.III Βέβαια σημεία.....	26
3.2 Γενική υγιεινή της εγκύου.....	27

Κεφάλαιο 4.....	31
4.1 Ορισμός φυσιολογικού τοκετού.....	32
4.2 Έναρξη τοκετού.....	33
4.3 Πραγματική ή ψευδής έναρξη τοκετού.....	34
4.4 Τα προμηνύματα.....	34
4.5 Τα στάδια του τοκετού.....	35
4.6 Οι ωδίνες του τοκετού.....	36
4.7 Φαρμακευτική ανακούφιση τοκετού.....	38
4.8 Πρώτο στάδιο τοκετού.....	39
4.9 Θέσεις του πρώτου σταδίου τοκετού.....	40
4.10 Ρήξη Θυλακίου.....	42
4.11 Τι είναι διαστολή.....	43
4.12 Δεύτερο στάδιο τοκετού.....	44
4.13 Πρακτικές θέσεις για το δεύτερο στάδιο τοκετού.....	46
4.14 Περινεοτομή (επισιοτομή).....	50
4.15 Μαιευτικές επεμβάσεις.....	52
4.16 Τρίτο στάδιο τοκετού.....	53
4.17 Τέταρτο στάδιο τοκετού.....	54
4.18 Πιθανές επιπλοκές τοκετού.....	55
4.19 Επιπλοκές του τρίτου σταδίου τοκετού.....	59

4.20 Λοχεία.....	61
4.21 Φυσιολογικές μεταβολές κατά τη λοχεία.....	62
4.22 Επιπλοκές της λοχείας.....	67

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5.....	70
5.1 Παραλαβή επιτόκου- Νοσηλευτική φροντίδα.....	71
5.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά το πρώτο στάδιο τοκετού.....	72
5.3 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά το δεύτερο στάδιο τοκετού.....	73
5.4 Το σετ του τοκετού και Τα απαραίτητα εργαλεία για τον τοκετό.....	74
5.5 Νοσηλευτική φροντίδα κατά το τρίτο στάδιο τοκετού.....	76
5.6 Νοσηλευτική φροντίδα κατά το τέταρτο στάδιο τοκετού.....	77
5.7 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη λοχεία.....	78
5.8 Νοσηλευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών της λοχείας.....	80
Κεφάλαιο 6.....	82
Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική φροντίδα Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.....	82
6.1 Πρώτο περιστατικό.....	83
6.2 Δεύτερο περιστατικό.....	87
6.3 Προτάσεις προς τη νοσηλεύτρια- τη όσον αφορά τη Νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου και της λεχωίδας.....	90
Επίλογος.....	91
Βιβλιογραφία.....	92

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Από τα παλαιότερα χρόνια και σε κάθε πολιτισμό οι γυναίκες παρακολουθούσαν τον τοκετό άλλων γυναικών. Στον 5^ο π.χ. αιώνα ο Ιπποκράτης άρχισε πρώτος να εκπαιδεύει μαίες. Για αιώνες μετά, όμως οι προσπάθειες για εκπαίδευση ήταν σπάνιες. Κατά τον 16^ο αιώνα σε πολλές χώρες διαμορφώθηκαν κανόνες και ρυθμίσεις με σκοπό τη βελτίωση του έργου των μαιών. Το 17^ο αιώνα σε πολλές πόλεις οι μέλλουσες μαίες υποχρεούνταν να φοιτήσουν κάτω από την επίβλεψη μιας έμπειρης μαίας προτού τους επιτραπεί να εξασκήσουν το επάγγελμα (Ιπποκράτης, 2002).

Ειδική εκπαίδευση Μαιευτικής για νοσηλεύτριες άρχισε να παρέχεται στις Ηνωμένες Πολιτείες με την ίδρυση μαιευτηρίων προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα και τη δημιουργία τμημάτων Γυναικολογίας στα γενικά νοσοκομεία. Διδασκαλία σχετική με συγκεκριμένα προβλήματα που αφορούν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό έγινε τυπική για το πρόγραμμα Σχολών Νοσηλευτικής (Shapiro, 2001).

Ο ορισμός της νοσηλείας είχε δοθεί με πολλούς τρόπους. Η σημασία της αλλάζει με το χρόνο και τα έθιμα, ο όρος νοσηλεία (nursing) προέρχεται από το Λατινικό όρο *nutricius* που σημαίνει να τρέφει, να αποθηκεύει ενέργεια, να προστατεύει ή να φροντίζει. Οι μητέρες ήταν οι πρώτες νοσηλεύτριες. Σαν τέχνη η νοσηλεία απαιτεί καρδιά με συμπάθεια και πρόθυμα χέρια. Η Clara Barton (1821- 1912) είναι ένα εξαιρετικό παράδειγμα από τις πρώτες που άσκησαν σαν επάγγελμα την τέχνη της νοσηλείας. Οργάνωσε τον Αμερικανικό Ερυθρό Σταυρό, ο οποίος ασχολείται με την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου και την προώθηση της δημόσιας υγείας. Η Clara Barton αποκαλείται επίσης σαν άγγελος του πεδίου μάχης για τη δουλειά της στα στρατόπεδα και τα πεδία μαχών κατά τη διάρκεια του εμφυλίου πολέμου. Ο κύριος σκοπός της νοσηλείας σήμερα είναι να βοηθάει τον άνθρωπο να αποκτήσει ή να διατηρήσει την υγεία του. Έμφαση δίνεται επίσης στην πρόληψη και επιμόρφωση. Η σημερινή νοσοκόμα δεν είναι εξάλλου συνοδός στο δωμάτιο του αρρώστου, είναι ένας δάσκαλος υγείας και ένα σύμβολο ελπίδας (Χριστοπούλου, 2002).

Η νοσηλεία έχει επίσης ορισθεί σαν επιστήμη. Επιστήμη είναι ένα σύμβολο γνώσης βασισμένης σε προσεκτική συλλογή γεγονότων τα οποία έχουν διαμορφωθεί και καταχωρηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να καθορίσουν ορισμένους νόμους και αξιώματα. Η νοσηλεία σήμερα περιλαμβάνει τη γνώση όχι μόνο βιολογικών και φυσικών επιστημών, αλλά και κοινωνιολογικών και επιστημών συμπεριφοράς. Η κατανόηση και η ικανότητα προσαρμογής με άλλους ανθρώπους θα επιδράσει περισσότερο από ο,τιδήποτε άλλο στην επιτυχία ενός ως νοσηλευτή ή νοσηλεύτριας (Μανταλενάκης, 2005).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

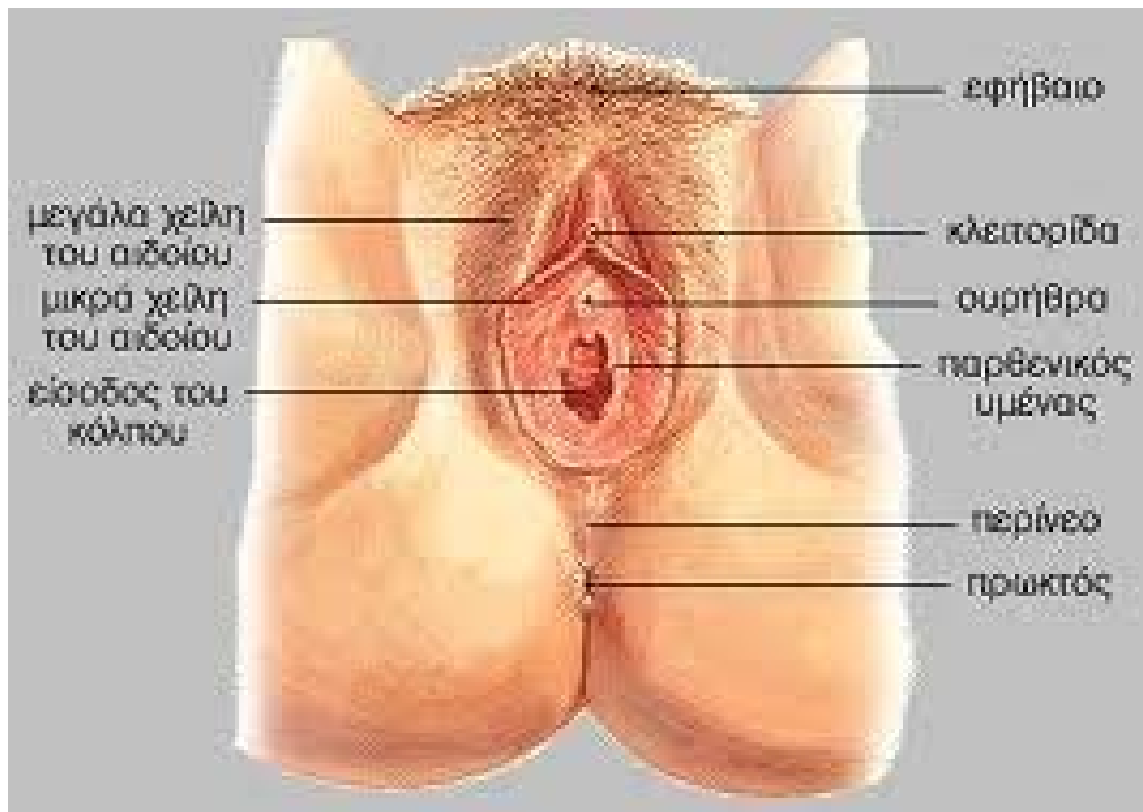
2.1 ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής περιλαμβάνει τα έξω γεννητικά όργανα, τα έσω γεννητικά όργανα, την πύελο και τις συγγενείς πυελικές κατασκευές και τους μαστούς. Τα έξω γεννητικά όργανα εφάπτονται στο έξω στόμιο της εισόδου του κόλπου ή κολεού. Προστατεύουν τον κόλπο και παρέχουν πρόσβαση για το όργανο αναπαραγωγής του ανδρός (Ζήσης, 1999).

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα είναι το αιδίο, το οποίο αποτελείται από τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα. Άνωθεν της κλειτορίδας βρίσκεται το εφηβαίο ή ορός της Αφροδίτης. Μεταξύ των μικρών χειλέων ορίζεται ο πρόδρομος του κόλπου και οι βολβοί του προδρόμου και οι αδένες του (δηλαδή οι βαρθολίνειοι αδένες και οι παραουρθρικοί αδένες). Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι ο κόλπος, η μήτρα και οι σάλπιγγες. Διαχωριστικό όριο μεταξύ των έσω και των έξω γεννητικών οργάνων είναι ο παρθενικός υμένας (Jacob, 2003).

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής έχει τέσσερις βασικές λειτουργίες:

- I. Να παράγει ωοθηκικές ορμόνες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες της αναπαραγωγής
- II. Να παράγει το ωάριο καθώς και ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να επέλθει η σύλληψη και να παραδώσει το ωάριο στη μήτρα
- III. Να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο, γονιμοποιημένο ωάριο έως τον τοκετό και
- IV. Να εκπληρώσει την “παράδοση” του προϊόντος της σύλληψης (Παπαδημητρίου, 2006).



Εικόνα 1: το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής

2.2 ΩΟΡΗΕΙΑ – ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ – ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ

Γεννητικός κύκλος της γυναίκας ονομάζεται το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων που εμφανίζονται κυρίως στα γεννητικά όργανα με περιοδική συχνότητα (ομαλά και επαλαμβανόμενα), σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Ο φυσιολογικός γεννητικός κύκλος περιλαμβάνει δύο φάσεις:

- I. Την πρώτη φάση ή οιστρογονική
- II. Τη δεύτερη φάση ή προγεστερονική

Στο τέλος της πρώτης φάσης συμβαίνει η ωοθυλακιωρρηξία της γυναίκας. Στην πρώτη φάση ωριμάζουν βαθμιαία ένα ή περισσότερα ωοθυλάκια. Οι ορμόνες που κυριαρχούν σ' αυτή τη φάση είναι τα οιστρογόνα (Μιχαλάς, 2000).

Στη χρονική περίοδο της ωοθυλακιωρρηξίας, το ώριμο ωοθυλάκιο που έχει έρθει επιφανειακά στην ωοθήκη, ρήγνυται (σπάει). Το ωάριο εξέρχεται από την ωοθήκη και συλλαμβάνεται από το κωδωνικό στόμιο της σάλπιγγας. Προωθείται με συσπάσεις μέσα σ' αυτήν, προκειμένου να γίνει η γονιμοποίηση

με το σπερματοζώαριο του άντρα. Η διαδικασία αυτή πρέπει να γίνει μέσα στις επόμενες 24 έως 48 ώρες. Κατά τη δεύτερη φάση του κύκλου (προγεστερονική, μετά την ωοθυλακιορρηξία), τα υπολλείματα του ωοθυλακίου σχηματίζουν το ωχρό σωμάτιο, το οποίο παράγει την ορμόνη που λέγεται προγεστερόνη ή ωχρίνη. Η προγεστερόνη προετοιμάζει με τη δράση της τον εσωτερικό φλοιό της μήτρας (ενδομήτριο) για την υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου (Παπαδημητρίου, 2006).

Η γονιμοποίηση είναι η ένωση του ανδρικού και γυναικείου προπυρήνα, η οποία επέρχεται στο τέλος μιας σειράς φυσιολογικών, κυτταρολογικών και βιοχημικών φαινομένων, που αποσκοπούν στη δημιουργία ενός νέου ατόμου, από δύο κύτταρα υψηλής εξειδίκευσης. Το ωάριο θα παραμείνει κοντά στο άκρο της σάλπιγγας μία με δύο μέρες, και είναι αυτό το σημείο όπου εφόσον υπάρχει σπέρμα, γίνεται η γονιμοποίηση. Κανείς δεν μπορεί να πει με ακρίβεια για πόσο καιρό μπορεί το ωάριο να επιβιώσει εκτός ωοθήκης, όμως διάφορες έρευνες δείχνουν πως η γονιμοποίηση συνήθως πραγματοποιείται 24 με 36 ώρες μετά την ωορρηξία. Αν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί τότε αυτό δεν μπορεί να αναπτυχθεί περαιτέρω και τότε το ωάριο θα αποβληθεί από τον οργανισμό της γυναίκας στο τέλος του καταμήνιου κύκλου με την έμμηνο ρύση (West, 2008).

Εάν η γυναίκα έχει σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια των ημερών του μηνιαίου κύκλου της, λίγο πριν ή κατά τη στιγμή που ένα ωάριο έχει απελευθερωθεί από τις ωοθήκες, τότε πολλά σπερματοζώαρια απελευθερώνονται από το σύντροφό της, τα οποία ταξιδεύουν μέχρι τις σάλπιγγες και μπορούν να γονιμοποιήσουν το ωάριο. Όταν η γονιμοποίηση ολοκληρωθεί και ο πυρήνας του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου ενωθούν, ένα νέο κύτταρο έρχεται σε ύπαρξη, το οποίο ονομάζεται ζυγωτό. Η γονιμοποίηση σηματοδοτεί την έναρξη της ανθρώπινης ζωής. (Μακράκης, 2002).

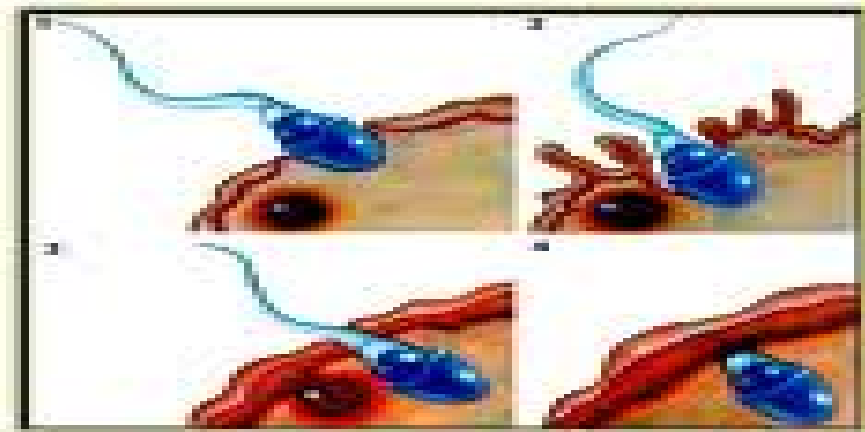
Η εμφύτευση του εμβρύου αποτελεί τη συνισταμένη μιας σειράς γεγονότων, τα οποία συνεργούν στη διείσδυση της τροφοβλάστης κατ' αρχήν στο ενδομήτριο και στη συνέχεια στο αρτηριακό σύστημα της μήτρας. Το φαινόμενο αυτό επιτρέπει την εγκατάσταση του εμβρύου μέσα στο τοίχωμα της μήτρας, τη διατήρηση της κύησης και την αύξηση του εμβρύου με την ανάπτυξη του πλακούντα. Η εμφύτευση, δεδομένου ότι είναι μία διαδικασία πολύπλοκη, επιτυγχάνεται σε μία καθορισμένη ορμονική φάση, η οποία είναι περιορισμένη μέσα στο χρόνο και ανταποκρίνεται στην περίοδο της μέγιστης υποδεκτικότητας του ενδομητρίου. Επομένως ο συγχρονισμός και η αλληλεπίδραση μεταξύ του εμβρύου και του ενδομητρίου αποτελεί προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του φαινομένου της εμφύτευσης (Μιχαλάς, 2000).

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 (χόριον). Ο πλακούντας τρέφει και το χόριον προστατεύει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Το χόριον, ο πλακούντας και το αμνίον (σάκος με υγρά) παίζουν ένα σημαντικό ρόλο αλλά δεν αποτελούν μέρος του σώματος του εμβρύου (Lowdermilk, 2003).



Εικόνα 2: Ωορρηξία



Εικόνα 3: Γονιμοποίηση

2.3 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ

Εγκυμοσύνη είναι το χρονικό διάστημα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας που αρχίζει με τη γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Λέγεται και κύηση ή κυοφορία (Σαλάτα, 2008).

Η μέση διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 266 ημέρες με ανώτατο όριο 293 ημέρες και κατώτατο 230 ημέρες. Αν γεννηθεί το έμβρυο ανάμεσα στην 38^η και 42^η εβδομάδα, δηλαδή στις 259-293 ημέρες, λέγεται ώριμο ή τελειόμηνο. Αν γεννηθεί από την 28^η ως την 27^η εβδομάδα λέγεται πρόωρο. Την προωρότητα του εμβρύου την χαρακτηρίζει και το βάρος. Αν το έμβρυο γεννηθεί κάτω από την 28^η εβδομάδα είναι ανώριμο.

Τα στάδια της εγκυμοσύνης είναι:

- I. Το στάδιο του μοριδίου (1^η – 4^η εβδομάδα)
- II. Το στάδιο της οργανογέννεσης (5^η -12^η εβδομάδα)
- III. Το στάδιο της ανάπτυξης (13^η -38^η εβδομάδα) (Κρεατσάς, 2009).



Εικόνα 4: Εγκυμοσύνη

2.4 ΔΙΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ



Εικόνα 5: Ανάπτυξη του εμβρύου

ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

ΑΔΡΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΠΛΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

3^η εβδομάδα: Σύλληψη, προοδευτική διαίρεση κυττάρων, μορίδιο, βλαστίδιο. Εμβρυϊκός δίσκος : τρεις στιβαδες : εξώδερμα – μεσόδερμα – ενδόδερμα. Η τροφοβλάστη εισχωρεί στο ενδομήτριο. Πρώιμη διαφοροποίηση αρχικών στοιβάδων.

4^η εβδομάδα: Ο εμβρυϊκός σάκος έχει διάμετρο 2-3 εκατοστά. Ξεχωρίζει η καρδιά του εμβρύου, τα χέρια και τα πόδια του.

6^η εβδομάδα: Η κεφαλή του εμβρύου είναι μεγαλύτερη από το σώμα του. Ξεχωρίζουν καλύτερα τα άκρα του και εμφανίζονται τα αυτιά του (Ασημακόπουλος, Μανταλενάκης, 2002).

9^η εβδομάδα: Διακρίνεται καλύτερα η κεφαλή του, τα κλειστά μάτια του, το στόμα του, τα χείλη του και τα γεννητικά του όργανα. Η κεφαλή του τότε, είναι όσο το μισό έμβρυο. Ύστερα, η αύξησή της ελαττώνεται σημαντικά σε σύγκριση με το υπόλοιπο σώμα του. Τα κάτω άκρα του είναι κοντά.



Εικόνα 6: Έμβρυο ηλικίας 9 εβδομάδων

12^η εβδομάδα: Έχουν σχηματιστεί τα νύχια του, διακρίνεται το φύλο του, τα άνω άκρα φτάνουν στο κανονικό για την ηλικία τους μήκος, ενώ τα κάτω είναι βραχύτερα, το δέρμα του είναι λεπτό και κάτω από αυτό διαγράφονται τα αγγεία του.



Εικόνα 7: Έμβρυο ηλικίας 12 εβδομάδων

14^η εβδομάδα: Η κεφαλή του ορθώνεται και τα κάτω άκρα μακραίνουν περισσότερο.



Εικόνα 8: Έμβρυο ηλικίας 14 εβδομάδων σε έκθεση

16^η εβδομάδα: Εμφανίζονται τρίχες στη κεφαλή του, τα αυτιά του απομακρύνονται από τη μύτη, τα κάτω άκρα του μικραίνουν, ώστε να είναι στην ίδια σχέση με τα πάνω, και ξεχωρίζει καλά το φύλο. Ανάμεσα στην 14^η και στην 16^η εβδομάδα η αναπτυξη του εμβρύου είναι πιο δύσκολη (Sadler, 2005).

18^η εβδομάδα: Μεγαλώνουν τα νύχια του και τα δάχτυλα των ποδιών του.

20^η εβδομάδα: Σκεπάζεται με χνούδι και σμήγμα, ακούγονται οι καρδιακοί παλμοί και, κάποτε διακρίνονται οι αναπνευστικές κινήσεις του, κλωτσάει, γεννιέται ζωντανό, αλλά δεν κλαίει, ούτε είναι βιώσιμο. Ανάμεσα στην 18^η έως την 20^η εβδομάδα η ανάπτυξη του εμβρύου επιβραδύνεται.



Εικόνα 9: Έμβρυο ηλικίας 20 εβδομάδων

24^η εβδομάδα: Μεγαλώνουν τα νύχια του, το λίπος απλώνεται σε όλη την επιφάνεια του σώματός του, γίνεται πιο λεπτό και το δέρμα του είναι κοκκινωπό και ρυτιδωμένο. Αν γεννηθεί, κινείται. Αναπνέει αλλά δεν είναι βιώσιμο.

28^η εβδομάδα: Τα μάτια του ανοίγουν και έχει βλεφαρίδες, φαίνονται τα χείλη του αιδοίου αν είναι κορίτσι, και οι όρχεις στους βουβωνικούς πόρους αν είναι αγόρι. Τα μαλλιά στην κεφαλή του μεγαλώνουν, το δέρμα του είναι λιγότερο ρυτιδωμένο, ρόδινο. Και αν γεννηθεί, αναπνέει, κινείται, κλαίει, ανοίγει τα μάτια του και είναι δυνατόν να ζήσει αν και ο κίνδυνος θανάτου είναι μεγάλος (Benson, Doubilet, 2002).



Εικόνα 10: Έμβρυο ηλικίας 28 εβδομάδων

32^η εβδομάδα: Τα νύχια του έχουν φτάσει ως τις κορυφές των δαχτύλων, το δέρμα του είναι ρόδινο και μαλακό και το σώμα του στρογγυλεύει.

36^η εβδομάδα: Το χνούδι του δέρματος εξαφανίζεται, το δέρμα γίνεται ωχρό, ο ομφαλός του βρίσκεται στο κέντρο της κοιλιάς, γεννιέται ζωντανό, αλλά έχει ανάγκη από φροντίδες για να επιζήσει (Αγγελοπούλου, 2000).

38^η εβδομάδα: Το στήθος του προβάλλει, οι μαστοί του διαγράφονται, οι όρχεις κατεβαίνουν στο όσχεο ή βρίσκονται ακόμη στο βουβωνικό πόρο και τα νύχια του ξεπερνούν τις άκρες των δαχτύλων. Ανάμεσα στην 30^η ως την 38^η εβδομάδα τα περισσότερα έμβρυα παχαίνουν και χάνουν τις ρυτίδες του δέρματος.

40^η εβδομάδα: Το δέρμα του είναι ρόδινο, φέρει άφθονο σμήγμα, η κεφαλή του καλύπτεται από σκούρες τρίχες και έχει χνούδι μόνο στους ώμους και στις ωμοπλάτες. Η διάπλαση των διαφόρων συστημάτων έχει συμπληρωθεί (Κρεατσάς, 2009).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η τελειοποίηση των εργαστηριακών μέσων παρέχει σημαντική βοήθεια στην πρόϊμη διάγνωση της κύησης. Η προσφυγή όμως στα μέσα αυτά απαιτεί την έγκαιρη αξιολόγηση συμπτωμάτων ή σημείων τα οποία θέτουν την υποψία υπάρχουσας κύησης. Η έγκαιρη διάγνωση της κύησης και μάλιστα κατά τα πολύ αρχικά στάδια είναι καθοριστική, επειδή βλαπτικοί παράγοντες (ακτινοβολία, τερατογόνα φάρμακα κ.λ.π) είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του κυήματος (Λώλη, 2004).

Τα σημεία της κύησης γενικά ορίζονται πολύ καλά στις περισσότερες περιπτώσεις, η διάγνωση από τον γιατρό δεν είναι δύσκολη. Η ίδια η έγκυος αναφέρει τα υποκειμενικά συμπτώματα που αισθάνεται και τις περισσότερες φορές αντιλαμβάνεται πριν τη διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Η οριστική διάγνωση όμως θα γίνει από την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Αυτά τα σημεία ταξινομούνται σαν:

- I. Υποθετικά (δεκτά αλλά όχι αποδεδειγμένα)
- II. Πιθανά (αναμενόμενα αλλά όχι σίγουρα)
- III. Θετικά (αναμφίβολα σημεία εγκυμοσύνης) (Τραγέα, 1999).



Εικόνα 11: Γυναίκα με συμπτώματα εγκυμοσύνης

3.1.1 ΥΠΟΘΕΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

I. Αμμηνόρροια

Για μια γυναίκα της οποίας η εμμηνορρυσία είναι τακτική, η απότομη διακοπή της εμμήνου ρύσεως συνήθως προκαλείται από κύηση. Εντούτοις, η διακοπή της εμφάνισης της εμμήνου ροής είναι δυνατόν να συμβεί, χωρίς την παρουσία κύησης, οφειλόμενη σε άλλα αίτια (π.χ. διαταραχή του υποθαλαμο- υποφυσιωθηκικού άξονα). Επίσης είναι δυνατόν να υπάρχει κύηση χωρίς τη διακοπή της εμμήνου ροής. Το τελευταίο οφείλεται πιθανώς στην εμφύτευση του βλαστιδίου εντός του φθαρτού και την αυξημένη αγγείωση του ενδομητρίου. Είναι δυνατόν επίσης να επιτευχθεί κύηση επί γυναικών με προϋπάρχουσα αμμηνόρροια (π.χ. γαλουχία) (Αντσακλής, 2008).

II. Μαστοδυνία

Εμφανίζεται περί την 6^η εβδομάδα της κύησης με ένταση κυμαινόμενη από απλή δυσφορία στους μαστούς μέχρι πραγματικού άλγους. Οφείλεται στα αυξημένα ποσά οιστρογόνων και προγεστερόλης και στην κυκλοφοριακή συμφόρηση των μαστών.

III. Ναυτία και έμετοι

Παρατηρούνται συνήθως τις πρωϊνές ώρες, μετά την έγερση, αν και είναι δυνατόν να εμφανιστούν και άλλες ώρες τις ημέρας. Εμφανίζονται για πρώτη φορά μεταξύ της 4^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας της κύησης. Δεν συνοδεύονται από ηλεκτρολυτικές και άλλες μεταβολικές διαταραχές. Η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει από 25 έως 80%. Ανορεξία ή αλλαγή της επιθυμίας προς ορισμένα φαγητά και αποστροφή για άλλα είναι δυνατόν να συνυπάρχουν (Davila, 2007).

IV. Συμπτώματα από το ουροποιητικό

Συχνουρία και νυχτουρία εμφανίζονται από την 6^η εβδομάδα της κύησης και οφείλονται σε ερεθισμό της ουροδόχου κύστης από την πίεση της μήτρας, καθώς και στη δράση των οιστρογόνων και κυρίως της προγεστερόνης. Υποχωρούν περί τη 14^η εβδομάδα της κύησης για να επανεμφανιστούν περί το τέλος αυτής (Elder, Welford, 2007).

V. Δυσκοιλιότητα

Εμφανίζεται, σε ποσοστό περίπου 10% των εγκύων γυναικών, από τις πρώτες εβδομάδες, οφειλόμενη στην υπό της προγεστερόνης προκαλούμενη χάλαση των λείων μυϊκών ινών. Δυνατόν να συνεχιστεί καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, λόγω της προσθήκης και άλλων αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. πίεση την οποίαν ασκεί η διογκωμένη μήτρα επί του ορθοσιγμοειδούς, διαιτητικοί παράγοντες κ.α).

VI. Κόπωση

Άγνωστης αιτίας, είναι δυνατόν να εμφανιστεί στην κύηση και μάλιστα νωρίς.

VII. Κολπική υπερέκκριση

Είναι λευκωπής χροιάς, βλεννώδης, χωρίς δυσσομία. Προέρχεται από αυξημένη παραγωγή τραχηλικής βλέννας και αποφολιδωμένα κύτταρα του κολπικού επιθηλίου, που αποφολιδώνονται εξαιτίας των αυξημένων ποσοτήτων οιστρογόνων και προγεστερόνης (Shapiro,2001).

3.1.II ΠΙΘΑΝΑ ΣΗΜΕΙΑ

I. Αλλαγές στους μαστούς

Από την 8^η εβδομάδα της κύησης παρατηρείται διάχυτη διόγκωση των μαστών, υπερχρωμία (μελάγχρωση) της θηλής και της θηλαίας άλω (πρωτογενής άλως), προβολή των σωμάτων του Montgomery και των επιπολής φλεβών. Την 16^η εβδομάδα αρχίζει η έκκριση του πύατος και μέχρι την 20^η δημιουργείται μια δευτερογενής υπερχρωμία περί τη θηλαία άλω (δευτερογενής άλως). Λόγω της διόγκωσης των μαστών και προς το τρίτο τρίμηνο δημιουργούνται ραβδώσεις επί του δέρματος αυτών (Αγγελοπούλου, 2000).

II. Αλλαγές στο δέρμα

Πλήν των μαστών υπερχρωμία του δέρματος, κυρίως του προσώπου (μέτωπο, ράχη, ρινός,παρειά) δημιουργεί το καλούμενο χλώασμα. Παρατηρείται μετά την 16^η εβδομάδα της κύησης. Επίσης, παρατηρείται υπερχρωμία της λευκής γραμμής κάτω του ομφαλού. Τα ανωτέρω εμφανίζονται περισσότερο σε μελαμψά άτομα και αποδίδονται στα οιστρογόνα και την προγεστερόνη και λιγότερο στη μελανινοτρόπο ορμόνη. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί υπερτρίχωση, αλλά σπανιότατα. Ραβδώσεις δημιουργούνται εκτός από τους μαστούς, στην κοιλιά και τους μηρούς, και οφείλονται πιθανώς στη διάταση του δέρματος από την επίδραση των στεροειδών του φλοιού των επινεφριδίων. Αραχνοειδή αγγειώματα και ερύθημα σχηματίζονται ενίοτε στις παλάμες, λόγω της δράσης των οιστρογόνων. Επίσης, τριχοειδή αιμαγγειώματα παρατηρούνται στην κεφαλή και το λαιμό και κυρίως στη γλώσσα, τα ούλα, το άνω χείλος και τα βλέφαρα (Magowan, Drife, 2006).

III. Αλλαγές στα έξω γεννητικά όργανα

Το αιδοίο υφίσταται προοδευτικά μεταβολές, καθιστάμενο οιδηματώδες λόγω της υπεραιμίας, ενώ τα μικρά και τα μεγάλα χείλη επιμηκύνονται και

προσλαμβάνουν κυανή χροιά. Παρατηρείται χαλάρωση των μυών του περινέου.

IV. Αλλαγές στον κόλπο και στον τράχηλο

Λόγω της αγγειακής συμφόρησης της πυέλου, ο βλεννογόνος του κόλπου αποκτά, από την 6^η περίπου εβδομάδα της κύησης, κυανέρυθρη χροιά (σημείο Chadwick ή Jacquemier). Ο τράχηλος καθίσταται ομοίως κυανέρυθρος (σημείο Goodell) και προοδευτικώς μαλθακότερος ήδη από την 4^η εβδομάδα. Λόγω της αγγειακής συμφόρησης, μικρός τραυματισμός του τραχήλου καταλήγει σε εύκολη πρόκληση αιμορραγίας. Η τραχηλική βλέννα δε σχηματίζει κρυστάλωση, όταν ξεραθεί (Αντσακλής, 2008).

V. Μεγέθυνση της μήτρας

Κατά την αμφίχειρον γυναικολογική εξέταση η μήτρα ανευρίσκεται μεγαλύτερη του φυσιολογικού. Μέχρι τη 12^η εβδομάδα η μήτρα είναι καθαρώς ενδοπυελικό όργανο και ψηλαφάται πάνω από την ηβική σύμφυση. Η δυσκολία έγκειται στην ανεύρεση πολύ μικρών μεταβολών οι οποίες συμβαίνουν κατά τα αρχικά στάδια της κύησης. Συγκεκριμένα, από την 4^η -5^η εβδομάδα ανευρίσκεται μαλθακότητα σε μικρή περιοχή του πυθμένα που αντιστοιχεί στο σημείο εμφύτευσης του βλαστιδίου (σημείο Von Fernwald). Εάν η εμφύτευση έχει πραγματοποιηθεί στα πλάγια της μήτρας προς το κέρασ, ψηλαφάται μία ετερόπλευρη διόγκωση (σημείο Piskacek) και κάτω από αυτή κοίλωμα (σημείο Dickinson). Περί την 6^η εβδομάδα, στην περιοχή του ισθμού και στη πρόσθια επιφάνεια αυτού ανευρίσκεται μικρή περιοχή μαλθακότητας (σημείο Ladin). Λίγο αργότερα (7^η εβδομάδα) η μαλθακότης επεκτείνεται σε ολόκληρο τον ισθμό και το κατώτερο τμήμα της μήτρας (σημείο Hegar), ούτως ώστε να είναι δυνατή η κάμψη της μήτρας προς τον τράχηλο κατά τον ισθμό (σημείο McDonald). Την 8^η εβδομάδα περίπου, μπορεί να ψηλαφηθούν αγγειακές σφύξεις από τους πλάγιους κολπικούς θόλους (σημείο Oslander). Από την 8^η εβδομάδα, το σχήμα της μήτρας γίνεται σφαιρικό και ο εξετάζων δάκτυλος στον πλάγιο κολπικό θόλο προσκρούει στο κατώτερο τμήμα της (σημείο Noble).

VI. Συστολές της μήτρας (Braxton Hicks)

Ανώδυνες συστολές της μήτρας εμφανίζονται από την 9^η εβδομάδα περίπου της κύησης, οι οποίες και ψηλαφούνται από την 20^η εβδομάδα. Ξεκινούν από διάφορα σημεία του ενδομητρίου και είναι άρρυθμες. Αργότερα καθίστανται συχνότερες και ρυθμικότερες .

VII. Αντιτυπία

Κρούση της μήτρας εντός του κόλπου δια του δακτύλου, από την 14^η εβδομάδα της κύησης, ωθεί το έμβρυο προς τα επάνω το οποίο στη συνέχεια επανέρχεται στην αρχική του θέση και γίνεται αντιληπτό επί του ενεργούντος δακτύλου

(εσωτερική αντιτυπία). Από την 24^η εβδομάδα, το έμβρυο δύναται να ανευρεθεί με κρούση της μητέρας μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων (εξωτερική αντιτυπία) (Netter, 2007).

VIII. Φύσημα μητριάων αγγείων

Αυτό είναι σύγχρονο προς το σφυγμό της εγκύου και γίνεται ακουστό από την 16^η εβδομάδα της κύησης με ακρόαση του υπογαστρίου.

IX. Αυξημένη θερμοκρασία

Η θερμοκρασία διατηρείται υψηλή και μετά την ανερχόμενη έμμηνο ρύση (Τραγέα, 1999).

3.1.III ΒΕΒΑΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

I. Ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου (σκιρτήματα)

Γίνονται αισθητές από τον εξετάζοντα αφού τοποθετήσει το χέρι του στα κοιλιακά τοιχώματα πάνω από τη μήτρα και από την 20^η περίπου εβδομάδα της κύησης. Η αντίληψη των κινήσεων αυτών από την έγκυο, κατά τη 16^η-18^η εβδομάδα της κύησης αποτελεί πιθανό σύμπτωμα της κύησης.

II. Ψηλάφηση των μελών του εμβρύου

Τα μέλη του εμβρύου και η κεφαλή αυτού δύναται να ψηλαφηθούν από την 26^η εβδομάδα της κύησης (Monga, Campel, 2008).

III. Ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου

Πραγματοποιείται σήμερα με τη χρήση των υπερήχων, από την 8^η-10^η εβδομάδα της κύησης. Το σημείο επί του κοιλιακού τοιχώματος, όπου οι παλμοί ακούγονται ευκρινέστερα, εξαρτάται από τη θέση του εμβρύου εντός της μήτρας. Η βασική καρδιακή συχνότητα του εμβρύου είναι μεγαλύτερη από εκείνη της μητέρας κυμαινόμενη μεταξύ 120 και 160 παλμών ανά λεπτό.

IV. Εργαστηριακή διάγνωση της κύησης

- I. Μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης
- II. Μέτρηση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης
- III. Διαγνωστική υπερηχογραφία (Λώλη, 2004).

3.2 ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

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

I. Συνθήκες διαβίωσης

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση ομαλής εγκυμοσύνης αποτελεί ένα υγιεινό σπίτι. Υγιεινό σπίτι είναι εκείνο που μας προστατεύει από τις καιρικές συνθήκες, που είναι ευάερο, ευήλιο, έχει θέρμανση, ύδρευση και αποχέτευση (Netter, 2007).

II. Ενδυμασία

Η υγιεινή ενδυμασία θα πρέπει να μην εμποδίζει τις λειτουργίες της κυκλοφορίας και της αναπνοής, να μη δυσχεραίνει τις κινήσεις και να καθαρίζεται καλά.

III. Εργασία

Υπάρχουν επαγγέλματα που εκθέτουν την έγκυο σε μεγάλη δραστηριότητα ή κόπωση όπως επαγγέλματα που υποχρεώνουν την έγκυο στο σήκωμα βαριών αντικειμένων, σε ανώμαλες αναβάσεις, με αποτέλεσμα πολλές φορές να έχουν δυσάρεστες συνέπειες στην έγκυο όπως αυτόματη αποβολή ή πρόωρο τοκετό (Κρεατσάς, 2009).

IV. Διατροφή

Η καλή διατροφή κατά την εγκυμοσύνη είναι ουσιώδης και για τα δύο άτομα, την μέλλουσα μητέρα και το παιδί. Επιπρόσθετα από τις κανονικές απαιτήσεις η έγκυος θα πρέπει να εφοδιάζεται με θρεπτικά υλικά ιδίως πρωτεΐνες και βιταμίνες για το έμβρυο, το αμνιακό υγρό, τον πλακούντα.

V. Οινόπνευμα

Οι βλάβες που προέρχονται από την κατάχρηση του οινοπνεύματος είναι πολλές και οι συνέπειες, που δεν αφορούν μόνο στον καταχρώμενο αλλά και στην κοινωνία είναι φοβερές.

Οι βλάβες που προέρχονται από το οινόπνευμα μεταβιβάζονται από γενεά σε γενεά και η μεταβίβαση αυτή γίνεται με τη δηλητηρίαση του εμβρύου από τον πλακούντα και με την παθολογική παραγωγή

σπερματοζωαρίων και ωαρίων. Η επίδραση του οινοπνεύματος σε παιδιά αλκοολικών εκδηλώνεται με την ατελή ανάπτυξη του εμβρύου, με διαμαρτυρίες διάπλασης ή με τον πρόωρο θάνατό του (Monga, Campbell, 2008).

VI. Κάπνισμα

Παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις στην καρδιά των εμβρύων που προήλθαν από μητέρες που κάπνιζαν. Απόδειξη πως τα τοξικά προϊόντα του καπνού περνούν από τον πλακούντα στο έμβρυο. Επίσης το κάπνισμα προκαλεί ελάττωση του εισπνεόμενου οξυγόνου και γέννηση πρόωρων και λιποβαρών εμβρύων.

VII. Ναρκωτικά

Ο διακριτικός έλεγχος για σημεία ενέσεων στο δέρμα της θα μας βοηθήσει στην ανακάλυψη της βλαβερής συνήθειας των ναρκωτικών που συνήθως αποφεύγεται να αναφέρεται από την έγκυο. Η χρήση ναρκωτικών έχει βλαπτικές συνέπειες στο έμβρυο και μπορεί να προκαλέσει το θάνατό του .

VIII. Φάρμακα

Κάθε έγκυος πρέπει να ενημερώνεται για τις βλαπτικές επιδράσεις των φαρμάκων στην εγκυμοσύνη και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προβαίνει στη λήψη κανενός φαρμάκου σε καμία μορφή του αν δεν συμβουλευτεί πρώτα το γιατρό της (Καλογερόπουλος, 2004).

IX. Εμβόλια

Ο εμβολιασμός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να αποφεύγεται και κατά περίπτωση μόνο γίνεται αντισταθμίζοντας την ωφέλεια που θα προκύψει από αυτόν, να είναι μεγαλύτερη, από την πιθανή βλάβη που μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο.

X. Καθαριότητα του σώματος

Η καθαριότητα του σώματος κάθε ανθρώπου όχι μόνο της εγκύου, δεν προστατεύει μόνο το σώμα από τη δυσοσμία και τις μολύνσεις, αλλά βοηθάει την κανονική λειτουργία του δέρματος, η οποία συμπληρώνει τις λειτουργίες του συκωτιού, λειτουργίες δηλαδή που επιβαρύνονται στην εγκυμοσύνη.

Η καθαριότητα των γεννητικών οργάνων πρέπει να είναι σχολαστική στην εγκυμοσύνη, πλένονται τρεις φορές την ημέρα με σκέτο νερό και μία φορά την ημέρα με σαπούνι καλής ποιότητας για αποφυγή ερεθισμών (Davila, 2007).

XI. Στοματική κοιλότητα

Το πλύσιμο με βούρτσα μέτριας σκληρότητας και οδοντόπαστα τρεις φορές την ημέρα και μετά από κάθε γεύμα επιβάλλεται στην εγκυμοσύνη για περιποίηση της στοματικής κοιλότητας για την αποφυγή της ουλίτιδας της εγκυμοσύνης, η οποία εκδηλώνεται με αιμορραγική τάση των ούλων, οίδημα και υπερτροφία, που πιθανά οφείλεται σε ορμονική επίδραση.

XII. Φροντίδα μαστών

Η περιποίηση των μαστών αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες φροντίδες στην εγκυμοσύνη, γιατί αυτή θα εξασφαλίσει κανονική γαλουχία και θα διατηρήσει την αισθητική εμφάνισή τους (Shapiro, 2001).

XIII. Φροντίδα των κοιλιακών τοιχωμάτων

Στην επιφάνεια των κοιλιακών τοιχωμάτων της εγκύου λόγω ρήξης των ιστών του δέρματος εμφανίζονται ραβδώσεις. Η επάλειψη των κοιλιακών τοιχωμάτων με βαζελίνη ή λανολίνη κάθε βράδυ και σε όλη την έκταση της κοιλιάς μαλακώνει το δέρμα και το βοηθάει να αποκτάει μεγαλύτερη ελαστικότητα.

XIV. Ταξίδια

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

XV. Επισκέψεις- Ψυχαγωγία

Οι επισκέψεις της εγκύου να είναι περιορισμένες και να αποφεύγονται σε αρρώστους και γενικά σε χώρους που δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα στην έγκυο.

XVI. Προφύλαξη από πτώση

Πολλές φορές έχουμε πτώση της εγκύου, που προκαλείται λόγω αστάθειας του βαδίσματος συνήθως (Σαλάτα, 2008).



Εικόνα 12: Γενική υγιεινή της εγκύου



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο τοκετός είναι το σύνολο των φυσιολογικών εκείνων φαινομένων, με τα οποία το κύημα και τα λοιπά προϊόντα της κύησης (πλακούντας, υμένων) από την κοιλότητα της μήτρας εξέρχονται μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα στο εξωτερικό περιβάλλον (Λώλη, 2004).

Τον τοκετό που αποκαλούμε και έξοδο των προϊόντων τη σύλληψης σηματοδοτεί δε το τέλος της εγκυμοσύνης και την αρχή της μητρότητας ενώ για τους περισσότερους οδηγεί στην ολοκλήρωση της γυναίκας. Ο τοκετός είναι μοναδική στιγμή για μία γυναίκα. Επιβεβαιώνει το ρόλο της ύπαρξής της, γίνεται ένας μικρός θεός, δημιουργώντας ζωή. Είναι μία από τις μοναδικές στιγμές ενός ζευγαριού. Αν και μοναδική όμως, συνοδεύεται από πόνο και έναν βαθμό ανησυχίας. Μαθαίνοντας το σώμα της μία γυναίκα, και τι γίνεται κατά τη διάρκεια του τοκετού, αισθάνεται πια ασφαλής (Pappas, Hollingsworth, Livingston, 1999).

Τον τοκετό χαρακτηρίζει η έξοδος βιώσιμου εμβρύου, δηλαδή ηλικίας μεγαλύτερης των 28 εβδομάδων. Η διαδρομή που θα πρέπει να διανύσει το έμβρυο από τη μητρική κοιλότητα προς το εξωτερικό περιβάλλον δεν ξεπερνάει σε απόσταση τα 10cm (το κεφάλι του) υπολογίζεται όμως σαν το πιο επικίνδυνο ταξίδι που κάνει ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η διάρκεια του τοκετού διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Η μέση διάρκεια του πρώτου τοκετού είναι 12 έως 14 ώρες ενώ στους επόμενους τοκετούς διαρκεί λιγότερο (Αρμενιάκος, 2008).

Ο τοκετός μπορεί να είναι φυσιολογικός τοκετός όταν όλα κυλούν ομαλά. Στην περίπτωση όμως που υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του εμβρύου ή συνυπάρχουν διάφορα άλλα προβλήματα, τότε γίνεται καισαρική τομή. Επίσης ο τοκετός μπορεί να είναι πρόωρος και πρώιμος τοκετός ή μπορεί να είναι προκλητός (επαγωγικός) τοκετός. Ο τοκετός που συμβαίνει ανάμεσα στον 5^ο ως το τέλος του 7^{ου} μήνα λέγεται πρώιμος και αυτός που συμβαίνει ανάμεσα από το τέλος του 7^{ου} μήνα ως 15-20 ημέρες από την πιθανή ημερομηνία τοκετού, λέγεται πρόωρος (Παπανικολάου, 1994).

Η πρόκληση τοκετού αποτελεί μία προσπάθεια ενάρξεώς του σε περιπτώσεις που η συνέχιση της κύησης δεν είναι επιθυμητή για λόγους απειλούμενης βλάβης της μητέρας ή του εμβρύου (Μεταξάς, 2009).



Εικόνα 13: Φυσιολογικός τοκετός

4.2 ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Κανένας δεν γνωρίζει ακριβώς τι είναι αυτό που προκαλεί την έναρξη του τοκετού, παρ' όλο που οι ορμονικές αλλαγές παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι περισσότερες γυναίκες μπορούν να καταλάβουν πότε αρχίζει ο τοκετός, αν και μερικές φορές είναι πολύ δύσκολο.

Όταν πλησιάζει η σημαντική στιγμή του τοκετού η ανησυχία των περισσότερων γυναικών είναι μεγάλη και γι' αυτό έχουν ανάγκη να καθησυχάζονται συχνά από το γιατρό τους το αν άρχισε ο τοκετός ή όχι (Γεωργάκη, 2002).

Γι' αυτό θα πρέπει να καλέσουν τον γιατρό τους σε περίπτωση που:

- I. Οι συσπάσεις είναι κάθε 10 λεπτά
- II. Έχουν ρήξη υμένων (σπάνε τα νερά) ειδικά αν αυτά δεν είναι διαυγή
- III. Υπάρχει κολπική αιμόρροια
- IV. Υπάρχουν έντονοι πόνοι και δυσκολία στο περπάτημα κατά τη διάρκεια των συσπάσεων
- V. Υπάρχει ανησυχία από την επίτοκο για την υγεία της ή την υγεία του μωρού της (Καρπάθιος, 1999).

4.3 ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ Ή ΨΕΥΔΗΣ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ανώδυνες συστολές της μήτρας εμφανίζονται από την 9^η εβδομάδα, οι οποίες ψηλαφώνται από την 20^η εβδομάδα της κύησης (συστολές Braxton Hicks). Με την πρόοδο της κύησης αυτές καθίστανται συχνότερες, προοδευτικά εντονότερες και γίνονται αντιληπτές από τη μήτρα ως άλγος. Σύγχυση προς αληθή έναρξη τοκετού δύναται να γίνει στο τέλος της κύησης, οπότε αυτές είναι αρκετά έντονες και συχνές. Τα χαρακτηριστικά όμως αυτών είναι ότι εμφανίζονται κατά ακανόνιστα μεταξύ των χρονικά διαστήματα, με διαφορετική ένταση η μία από την άλλη και δεν καταλήγουν σε διαστολή του τραχηλικού στομίου ή καθόδου της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου (Shapiro, 2001).

Παρά τον μη συγχρονισμό των ανωτέρω συστολών, αυτές προς το τέλος της κύησης θεωρούνται ως πρόδρομες του αληθούς τοκετού, αφού συνήθως προετοιμάζουν τον τράχηλο δια της διαστολής του έσω τραχηλικού στομίου (εξάλειψη του τραχήλου). Η εξάλειψη αυτή του τραχήλου διαπιστώνεται με την κολπική εξέταση (λίγο πριν την έναρξη του αληθούς τοκετού), οπότε ο τράχηλος ανευρίσκεται βραχύτερος και λίαν μαλθακός κατά τη σύσταση. Ενίοτε, ανευρίσκεται διαστολή και του έξω τραχηλικού στομίου μέχρι 1- 1,5 εκ. στις πρωτοτόκες και 3 εκ. στις πολύτοκες. Συνέπεια της εξάλειψης του έξω τραχηλικού στομίου είναι η ελαφρά κάθοδος της προβάλλουσας μοίρας εντός της πυέλου εκδηλούμενη ως πτώση του πυθμένα της μήτρας σε χαμηλότερα επίπεδο (1^{ος} χειρισμός του Leopold). Με τη διαστολή του τραχηλικού στομίου αποβάλλεται μέσω του κόλπου μικρή ποσότητα τραχηλικής βλέννας αναμειγμένης με αίμα η οποία ως βύσμα πληρούσε τον τραχηλικό σωλήνα (Κρεατσάς, 2009).

4.4 ΤΑ ΠΡΟΜΗΝΥΜΑΤΑ

Πριν αρχίσουν οι ωδίνες, οι ορμόνες που εκκρίνονται από τη μήτρα προετοιμάζουν το σώμα για τη γέννα με διάφορους τρόπους. Οι ενδείξεις του επικείμενου τοκετού είναι:

1. Η εμπέδωση: Όταν το προβαλλόμενο μέρος κατεβαίνει και εισέρχεται πλήρως στη μικρά πυέλο, λέγεται ότι έχει εμπεδωθεί. Ο βαθμός εμπέδωσης ονομάζεται σταθμός. Υπάρχουν πέντε σταθμοί:
 - I. Κινητός (επιπλέων): προβαλλόμενο μέρος ψηλά, επάνω από την είσοδο της πυέλου, -4, -5 cm (Λώλη, 2004).

- II. Ακίνητος: προβαλλόμενο μέρος στην είσοδο της πυέλου, -3, -2, -1 cm
- III. Δεσμευμένος (εμπέδωση): η μεγαλύτερη διάμετρος του προβαλλόμενου μέρους έχει φτάσει το επίπεδο των ισχιακών ακάνθων, 0 cm
- IV. Μεσαίου επιπέδου: το προβαλλόμενο μέρος βρίσκεται μεταξύ του επιπέδου της εισόδου και του μεγαλύτερου βάθους της πυέλου, +1, +2, +3 cm
- V. Στο περίνεο: το προβαλλόμενο μέρος βρίσκεται βαθιά μέσα στην πύελο, +4, +5 cm (Κρεατσάς, 2009).

Ο βαθμός της εμπέδωσης εντοπίζεται με πρωκτική και κολπική εξέταση (Shapiro, 2001).

2. Οι συσπάσεις του Χικ: αυτές οι συσπάσεις βοηθούν τη μήτρα να εξασκείται για τους ισχυρούς σπασμούς του τοκετού με ελαφρές περιοδικές συσπάσεις.
3. Το ένστικτο του φωλιάσματος: η μητέρα ίσως νιώσει μεγάλη διάθεση και ενεργητικότητα να κάνει τις τελικές προετοιμασίες, λίγο πριν από την άφιξη του μωρού.
4. Η αληθινή ένδειξη: ένα βέβαιο σημάδι ότι πλησιάζει η γέννα είναι όταν αποβληθεί η προστατευτική βλέννα που κλείνει τον τράχηλο.
5. Συναίσθηματα: μπορούν να παρουσιαστούν ψυχικές και σωματικές μεταβολές, όμοιες με εκείνες πριν από την περίοδο (Στόπαρντ, 2004).

4.5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο φυσιολογικός τοκετός στην εξέλιξή του περνάει από τέσσερα στάδια. Το πρώτο στάδιο ονομάζεται περίοδος διαστολής και εξάλειψης του τραχήλου, το δεύτερο στάδιο που είναι η περίοδος της εξώθησης, το τρίτο στάδιο ή στάδιο της αποκόλλησης και της εξόδου του πλακούντα και το τέταρτο στάδιο που είναι η περίοδος της ανάρρωσης (Shapiro, 2001).

1. Το πρώτο στάδιο ή στάδιο της διαστολής και της εξάλειψης του τραχήλου αρχίζει με την έναρξη των γνήσιων ωδινών και τη διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου και τελειώνει όταν αυτά ολοκληρωθούν (Macpherson, Symonds, 1997).

2. 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.
3. 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 (Σύκακη-Δούκα, 1999).
4. Το τέταρτο στάδιο του τοκετού είναι η ανάρρωση και αρχίζει μετά την αποβολή του πλακούντα (Shapiro, 2001).

4.6 ΟΙ ΩΔΙΝΕΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Πολύ λίγες γέννες είναι ανώδυνες και αυτό οφείλεται κυρίως στο φόβο και την αγωνία που κυριεύουν τις περισσότερες γυναίκες και ιδίως αυτές που πηγαίνουν απροετοίμαστες στον τοκετό. Τα συναισθήματα αυτά είναι πολύ πιθανόν να προκαλέσουν έκκριση της αδρεναλίνης με συνέπεια την αναστολή των συσπάσεων, οι οποίες είναι απαραίτητες για την πρόοδο του τοκετού. Είναι σημαντικό για κάθε γυναίκα να καταλάβει ότι οι πόνοι που θα νιώσει στη διάρκεια του τοκετού είναι οι μόνοι ωφέλιμοι καθόλη τη διάρκεια της ζωής της και ότι δεν αποτελούν... τιμωρία. Έτσι θα μάθει να τους περιμένει και όταν έρθουν θα συνεργαστεί μαζί τους για καλό αποτέλεσμα (Γκικόντες, 2007).

Η πορεία της αίσθησης του πόνου (αισθητικά νεύρα από τη μήτρα και κυρίως από τον τράχηλο αυτής) γίνεται με το μητροκολεϊκό πλέγμα (utero-vaginal plexous), του οποίου κλάδοι, φερόμενοι στον τράχηλο της μήτρας σχηματίζουν γαγγλιοφόρο πλέγμα, ένα γάγγλιο, το οποίο ευμεγεθές, ονομάζεται γάγγλιο του αυχένα της μήτρας, το γνωστό γάγγλιο του Frakenhauser. Το αίσθημα του πόνου μεταφέρεται με τις αισθητικές ίνες, δηλαδή του συμπαθητικού και με το άνω υπογάστριο πλέγμα και τα οσφυϊκά νωτιαία γάγγλια. Στην περιοχή της άνω οσφυϊκής μοίρας εισέρχονται κλάδοι στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού και μεταφέρουν το αίσθημα στον θάλαμο, δηλαδή πρόκειται για έναν αγωγό του πόνου, ο οποίος αγωγός συνδέεται με άλλα τμήματα του εγκεφάλου (Τοκμακίδης, 2000).

Ο πόνος του τοκετού διαμορφώνονται από τους εξής παράγοντες:

1. Προσωπική κατασκευή: Η θέση στον πόνο, η ικανότητα αντοχής, η ανάπτυξη και εξέλιξη της μητρότητας και θηλυκότητας.
2. Ένταση και ισχύ αντιδράσεως του φυσικού νευρικού συστήματος: Συμπαθητικοτονία, μυϊκή ικανότητα χαλάρωσης, υπερβολική αντίδραση του φυσικού νευρικού συστήματος.

3. Επίκαιρη παρουσία: Το άτομο βρίσκεται υπό ένταση ή χαλάρωση, καταπίεση ή ευφορία, κόπωση (Στόπαρντ, 2004).
4. Αγχώδης παρουσία
 - I. Άγχος από άγνοια
 - II. Άγχος προκαλούμενο από εξωτερικά ερεθίσματα, διηγήσεις συγγενών
 - III. Άγχος ως αποτέλεσμα προηγηθέντων αρνητικών βιωμάτων τοκετού
 - IV. Άγχος ως αποτέλεσμα σωματικών ή ψυχικών παθήσεων, οι οποίες ενεργοποιούνται κατά τον τοκετό
 - V. Άγχος περιοριζόμενο στον τοκετό

Αντιδραστικό άγχος από εσφαλμένη στον εγκέφαλο αξιοποίηση των ωδινών, ως αντίδραση σε μία κατά το παρελθόν μαιευτική επέμβαση, από μαιευτικές επεμβάσεις, από ιατρικά όργανα, από απειλητικές καταστάσεις (Πρεβεδουράκης, 1999).
5. Κοινωνικοί παράγοντες: Ανύπανδρες έγκυες, ανεπιθύμητο παιδί, αρνητική θέση του πατέρα στο παιδί, κακή οικονομική κατάσταση.
6. Πνευματική παράγοντες: Επίτοκες από διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα παρουσιάζονται περισσότερο ή ολιγότερο ευαίσθητες στον πόνο.
7. Περιβαντολογικοί παράγοντες: Ψυχολογικά εσφαλμένη συμπεριφορά και εξωτερίκευση του ιατρού και της μαίας, συζητήσεις μη ρεαλιστικές, ατελής επεξήγηση (Τοκμακίδης, 2000).



Εικόνα 14: Οι ωδίνες του τοκετού

4.7 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η ανακούφιση της επιτόκου από τους πόνους του τοκετού αποτελεί χρέος του μαιευτήρα. Πολλές επίτοκοι υποδέχονται τον τοκετό με εμπιστοσύνη και ηρεμία. Άλλες είναι ανήσυχες και τρομοκρατημένες. Στη δεύτερη περίπτωση είναι δυνατό να κάνουν τον τοκετό δύσκολο και να επιβαρύνουν την κατάσταση του εμβρύου. Τότε απαιτείται εφαρμογή αναλγησίας, που δεν μπορεί να μπει μέσα στα πλαίσια, γιατί εξαρτάται από τον βαθμό ευαισθησίας της επιτόκου στον πόνο (Παπανικολάου, 1994).

1. Φαρμακευτική αγωγή

Η εφαρμογή φαρμακευτικής αγωγής προς διευκόλυνση του τοκετού χωρίζεται σε δύο κατηγορίες:

- I. Τα φάρμακα για τη μείωση του άγχους και της νευρικής υπερεντάσεως (ψυχοφάρμακα).
- II. Τα φάρμακα για τη μείωση του πόνου (αναλγητικά). Τέτοια φάρμακα είναι τα βαρβιτουρικά, η πεθιδίνη ή μεπεθιδίνη, η διαζεπάμη, το υποξείδιο του αζώτου, το εφλουράνιο και ισοφλουράνιο (Davila, 2007).

2. Περιοχική αναισθησία

Το είδος αυτό της αναισθησίας είναι το καλύτερο για την ανακούφιση του πόνου του τοκετού, αλλά απαιτεί ειδικές γνώσεις από μέρος του ιατρού γιατί περικλείει κινδύνους. Η περιοχική αναισθησία περιλαμβάνει:

- I. Αιδοϊκο αποκλεισμό, δηλαδή αναισθησία του αιδοϊκού νεύρου, που καταργεί τον πόνο, που προέρχεται από τη διάταση του περιναίου και την εκτέλεση περιναιοτομίας, χωρίς να καταργεί τις ωδίνες.
- II. Παρατραχηλικό αποκλεισμό, δηλαδή αναισθησία της περιοχής του τραχήλου, χωρίς να περιλαμβάνει το κατώτερο μέρος του κόλπου και το περίνεο (Ταρωβάνης, 2006) .

3. Επισκληρίδια αναισθησία. Ο επισκληρίδιος χώρος αποτελεί το μεσοδιάστημα μεταξύ των σπονδύλων και της σκληρής μήνιγγας του νωτιαίου μυελού. Περιέχει τις μικρές αρτηρίες που τροφοδοτούν το νωτιαίο μυελό και τα σπονδυλικά φλεβικά πλέγματα (Jacob, 2002).

Η εκτέλεσή της στον τοκετό προκαλεί ελάττωση του πρώτου σταδίου του στις πρωτότοκες, αλλά επιμήκυνση του δευτέρου σταδίου. Η

επισκληρίδια αναισθησία ανάλογα με το σημείο εφαρμογής της διακρίνεται σε:

- I. Ιεροκοκκυγική επισκληρίδια
- II. Οσφυϊκή επισκληρίδια
- III. Επισκληρίδια με διπλό καθετήρα (Παπανικολάου, 1994).

4.8 ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Όταν αρχίζει ο τοκετός, ο τράχηλος, η δίοδος από όπου θα περάσει το έμβρυο βγαίνοντας από τη μήτρα, είναι συνήθως κλειστός. Με τις συστολές της μήτρας που ονομάζουμε πόνους του τοκετού, ο τράχηλος βαθμιαία διαστέλλεται και η διάμετρός του φτάνει τα δέκα εκατοστά. Αυτή είναι η λεγόμενη πλήρης διαστολή η οποία επιτρέπει στο κεφάλι του μωρού να βγει (Puzas, Gradishar, Gulanick, 2003).

Στην πρώτη φάση ο τράχηλος διαστέλλεται με ρυθμό περίπου ένα εκατοστό ανά ώρα, φτάνοντας τα 3-4 εκατοστά. Οι συστολές διαρκούν περίπου 30-60 δευτερόλεπτα, με διαλείμματα που γίνονται όλο και συντομότερα. Πρόκειται για ήπιες συσπάσεις που αντιμετωπίζονται εύκολα. Πολλές γυναίκες τις παρομοιάζουν με κράμπες περιόδου, που γίνονται αισθητές χαμηλά στην πλάτη και την κοιλιακή χώρα. Σε αυτή τη φάση, τα συναισθήματα της μητέρας είναι ανάμεικτα (Αρμενιάκος, 2008).

Στην ενεργό φάση, όταν η διαστολή του τραχήλου φτάνει σταδιακά μέχρι τα 8 εκατοστά, οι ωδίνες γίνονται συστηματικές και πιο έντονες. Διαρκούν περίπου 60 δευτερόλεπτα, με μειούμενη συχνότητα από τα 5 στα 3 λεπτά. Ο καλύτερος τρόπος για να ηρεμήσει η επίτοκος από τους πόνους είναι να ηρεμήσει και να πάρει βαθιές αναπνοές. Το πρώτο στάδιο του τοκετού ολοκληρώνεται με την τελική διαστολή του τραχήλου, λίγο πριν το μωρό αρχίσει να κινείται προς τα έξω. Πρόκειται για μία μικρή σε διάρκεια (15-60 λεπτά) αλλά ιδιαίτερα έντονη φάση, κατά την οποία ο τράχηλος διαστέλλεται από τα 8 στα 10 εκατοστά. Οι συστολές γίνονται δυνατές και επώδυνες, οι ωδίνες διαρκούν περίπου 60-90 δευτερόλεπτα κάθε φορά και έρχονται κάθε 2-3 λεπτά. Στο διάστημα αυτό είναι απαραίτητη η αυτοσυγκέντρωση. Επίσης αν δεν έχουν ραγεί οι υμένες του αμνιακού σάκου, τότε το πιο πιθανό είναι να συμβεί σε αυτό το στάδιο (Stoppard, 2004).

4.9 ΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η αλλαγή θέσης κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού μπορεί όχι μόνο να κάνει τη γυναίκα να αισθανθεί πιο άνετα αλλά αυξάνει και την πρόοδο του τοκετού. Μερικές καθιερωμένες θέσεις (στάσεις) και τα πλεονεκτήματα τους ακολουθούν.

Όρθια ή γέρνοντας εμπροσθεν

Πλεονεκτήματα

1. Επωφελείται της βαρύτητας κατά τη διάρκεια και μεταξύ των συσπάσεων.
2. Οι συσπάσεις είναι λιγότερο επώδυνες και περισσότερο παραγωγικές.
3. Το έμβρυο είναι καλά ευθυγραμμισμένο με τη γωνία της πυέλου.
4. Ίσως επιταχύνει τον τοκετό.

Μειονεκτήματα

1. Γίνεται κουραστικό μετά από εκτεταμένες χρονικές περιόδους.
2. Ίσως δεν είναι δυνατόν με αναισθησία (Stoppard, 2004).

Περπάτημα

Πλεονεκτήματα

1. Επωφελείται της βαρύτητας.
2. Οι συσπάσεις είναι συχνά λιγότερο επώδυνες και περισσότερο παραγωγικές.
3. Το έμβρυο είναι καλά ευθυγραμμισμένο με τη γωνία της πυέλου.
4. Ίσως επιταχύνει τον τοκετό.
5. Μπορεί να ανακουφίσει τους πόνους της πλάτης.
6. Ευνοεί την κάθοδο με την κινητικότητα της πυέλου.

Μειονεκτήματα

1. Γίνεται κουραστικό μετά από εκτεταμένες χρονικές περιόδους.
2. Είναι δύσκολο ή αδύνατο με αναισθησία, αναλγησία και ηλεκτρονικό εμβρυικό έλεγχο με μηχανήματα (Stoppard, 1995).

Καθιστή με όρθια πλάτη

Πλεονεκτήματα

1. Είναι μια καλή θέση ανάπαυσης.

2. Παρέχει κάποιο πλεονέκτημα βαρύτητας.
3. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ηλεκτρονικό, εμβρυικό μηχάνημα.

Μειονεκτήματα

1. Παρατεταμένο κάθισμα σχετίζεται βραδύτερη πρόοδο του τοκετού.

Μισοκαθιστή

Πλεονεκτήματα

1. Είναι μία καλή θέση ανάπαυσης.
2. Παρέχει κάποιο πλεονέκτημα βαρύτητας.
3. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με εμβρυικό μηχάνημα.
4. Καθιστά δυνατή την κοιλιακή εξέταση (Puzas, Gradishar, Gulanick, 2003).

Μειονεκτήματα

1. Αυξάνει τους πόνους στην πλάτη.
2. Ίσως επιβραδύνει τον τοκετό εάν χρησιμοποιηθεί για εκτεταμένες χρονικές περιόδους.

Χέρια και γόνατα

Πλεονεκτήματα

1. Βοηθάει να ανακουφισθεί ο πόνος στην πλάτη.
2. Βοηθάει το μωρό να περιστραφεί.
3. Επιτρέπει την ταλάντευση της πυέλου.

Μειονεκτήματα

1. Είναι άβολο και κουραστικό για μεγάλες περιόδους.
2. Μπορεί να εμπλακεί με τον εξωτερικό έλεγχο.

Ξαπλωμένη στο πλάϊ

Πλεονεκτήματα

1. Οι συσπάσεις μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματικές και μακρύτερες.
2. Δεν προσφέρεται για κοιλιακή εξέταση (Ιατράκης, 2004).

Μειονεκτήματα

1. Οι συσπάσεις μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματικές και μακρύτερες.
2. Δεν προσφέρεται για κοιλιακή εξέταση.

Καθισμένη οκλαδόν

Πλεονεκτήματα

1. Επωφελείται της βαρύτητας.
2. Ανακουφίζει τον πόνο στην πλάτη.

Μειονεκτήματα

1. Γίνεται κουραστικό μετά από εκτεταμένες περιόδους.

Ξαπλωμένη ανάσκελα

Πλεονεκτήματα

1. Προσφέρεται για όποιον τη φροντίζει, για διάφορες μεθόδους και για κοιλιακή εξέταση.
2. Είναι αναπαυτικά.

Μειονεκτήματα

1. Μπορεί να προκαλέσει ύπνια υπόταση.
2. Αυξάνει τον πόνο στην πλάτη.
3. Έχει βρεθεί ότι οι συσπάσεις του τοκετού είναι μακρύτερες, πιο επώδυνες και λιγότερο παραγωγικές σε αυτή τη θέση (Shapiro, 2001).

4.10 ΡΗΞΗ ΘΥΛΑΚΙΟΥ

Ο αμνιακός σάκος είναι ένας σάκος με υγρό που αναπτύσσεται γύρω από το έμβρυο. Αυτός ο σάκος σχηματίζεται από το άμνιο το οποίο είναι ένας απαλός διαφανής εσωτερικός εμβρυογενής υμένας (Shapiro, 2001).

Μερικές φορές χωρίς να προηγηθεί κανένα άλλο σύμπτωμα, τα νερά σπάνε (ρήξη θηλακίου). Οι λόγοι που μπορεί ο σάκος να σπάσει πιο νωρίς απ' ό,τι πρέπει είναι πολλοί:

- I. Όταν οι υμένες του σάκου είναι λεπτοί και λιγότερο ανθεκτικοί.
- II. Όταν ο σάκος έχει παραγεμίσει και δεν έχει άλλη χωρητικότητα.

III. Καμία φορά τυχαίνει να σπάει από μηχανικά αίτια, όπως το πέσιμο, χτύπημα, κλωτσιά από υπερκινητικότητα του εμβρύου.

Πολλές φορές όμως μερικές έγκυες μπερδεύουν τα ούρα με τα υγρά. Η κυριότερη διαφορά είναι ότι τα ούρα έχουν χρώμα λευκό, ενώ τα ούρα έχουν χρώμα κιτρινωπό και χαρακτηριστική μυρουδιά (Σύκακη- Δούκα, 1999).

Ο τοκετός στο 25 % περίπου των εγκύων γυναικών αρχίζει στο τέλος της περιόδου της κύησης με την αυτόματη ρήξη των υμένων. Μία χρονική καθυστέρηση, που σπάνια υπερβαίνει τις 24 ώρες πιθανόν να προηγείται της έναρξης του τοκετού. Οι υμένες μπορεί να υποστούν αυτόματη ρήξη οποτεδήποτε στη διάρκεια του τοκετού, κυρίως όμως κατά τη μεταβατική φάση του πρώτου σταδίου. Η τεχνητή ρήξη των υμένων μπορεί να πραγματοποιηθεί για επίσπευση ή πρόκληση του τοκετού ή για διευκόλυνση της τοποθέτησης εσωτερικής συσκευής παρακολούθησης όταν η κατάσταση του εμβρύου επιβάλλει κάποια άμεσης εκτίμησης (π.χ. εισαγωγή ηλεκτροδίου που προσαρμόζεται στο κρανίο του εμβρύου ή καθετήρα ενδομήτριας πίεσης) (Lowdermilk, Perry , 2003).

4.11 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΗ

Διαστολή ονομάζουμε το άνοιγμα του εσωτερικού μητρικού στομίου, της τραχηλιακής κοιλότητας και του εξωτερικού μητρικού στομίου. Τέλεια διαστολή ονομάζουμε την διαστολή όταν η διαστολή του τραχήλου φτάσει τα 10 εκ. Το χρονικό διάστημα που θα χρειαστεί η διαδικασία του ανοίγματος ονομάζουμε περίοδο διαστολής (Κουκοπούλου, 2001).

Σε αυτή τη φάση του τοκετού η γυναίκα βρίσκεται σε λίγο παθητική στάση απέναντι στους πόνους. Μόνο με την ανάλογη αναπνοή και με τη βοήθεια ειδικών ασκήσεων μπορεί να τροφοδοτηθεί το σώμα και το παιδί με οξυγόνο και να τεθούν οι πόνοι υπό έλεγχο. Με τις συστολές των μυών της μήτρας ανοίγει το εσωτερικό στόμιο της μήτρας και με περισσότερη πίεση και το εξωτερικό. Οι συστολές ξεκινούν στο πάνω μέρος της μήτρας και συνεχίζουν προς τα κάτω. Ταυτόχρονα σημειώνεται πρόσθετη πίεση στη μήτρα, όπου κατά τον τοκετό το κάτω μέρος του σώματος του παιδιού (συνήθως το κεφάλι) κατεβαίνει βαθύτερα μέσα στον γεννητικό αγωγό. Η πίεση που ασκείται στους μυς της μήτρας και της λεκάνης αποτελούν τον χαρακτηριστικό πόνο του τοκετού (Durer, Zeib, 1994)

4.12 ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ



Εικόνα 15 :Έξοδος εμβρύου

Αυτό το στάδιο είναι το στάδιο της γέννησης του εμβρύου. Αρχίζει με τελεία διαστολή του τραχήλου (10 εκατ.) και πλήρη εξάλειψη (100%) και ολοκληρώνεται με τη γέννηση του παιδιού. Η διάρκεια του δευτέρου σταδίου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η αποτελεσματικότητα των πρωτογενών και δευτερογενών δυνάμεων του τοκετού, ο τύπος και το ποσό της χορηγούμενης αναλγησίας/αναισθησίας, η σωματική και ψυχική κατάσταση, η θέση, το επίπεδο δραστηριότητας και ο αριθμός τοκετών της επιτόκου, καθώς και η φύση και η προέλευση της παρεχόμενης στη γυναίκα στήριξης. Για πολλές πολυτόκες γυναίκες ο τοκετός γίνεται μέσα σε λίγα λεπτά μετά την πλήρη διαστολή, ίσως μετά από μία μόνο εξώθηση. Οι πρωτοτόκες γυναίκες εξωθούν συνήθως 1 ή 2 ώρες πριν από τη γέννηση του εμβρύου (Pappas, Hollingsworth, Livingston, 1999).

Το δεύτερο στάδιο αποτελείται από τρεις φάσεις:

- I. Λανθάνουσα φάση: είναι μια περίοδος ανάπαυσης και σχετικής ηρεμίας.
- II. Φάση καθόδου: χαρακτηρίζεται από έντονη ανάγκη για εξώθηση.
- III. Μεταβατική φάση: η προβάλλουσα μοίρα βρίσκεται στο περίνεο και οι προσπάθειες εξώθησης είναι αποτελεσματικότερες για την προώθηση της γέννησης.(Lowdermilk, Perry, 2006)

Η θέση του εμβρύου πρέπει να αλλάξει καθώς διέρχεται μέσα από την πύελο και τον σωλήνα της γέννησης. Με μία σειρά κινήσεων που ονομάζονται μηχανισμός του τοκετού ή θεμελιώδεις κινήσεις, προσαρμόζει τη θέση του εμβρύου έτσι ώστε οι μικρότερες πιθανές διαμέτροι του προβαλλόμενου μέρους

να συναντήσουν το ακανόνιστο σχήμα του πυελικού σωλήνα. Έτσι το έμβρυο συναντά τη μικρότερη δυνατή αντίσταση κατά τη δίοδό από το σώμα της μητέρας.

Με τη σειρά που γίνονται οι κινήσεις αυτές είναι:

1. Εμπέδωση: η εμπέδωση παρατηρείται όταν το προβαλλόμενο μέρος του εμβρύου κατέρχεται και εισέρχεται πλήρως στην πύελο. Στις πολύτοκους η εμπέδωση μερικές φορές δε συμβαίνει πριν αρχίσει η διαστολή.
2. Κάθοδος: κάθοδος είναι η συνεχής πορεία του εμβρύου καθώς διέρχεται μέσα από το σωλήνα του εμβρύου. Επέρχεται από την προς τα κάτω πίεση των συσπάσεων της μήτρας. Αν και η κάθοδος λέγεται ότι είναι συνεχής, στην πραγματικότητα συμβαίνει μόνο κατά τη διάρκεια των συσπάσεων. Η κάθοδος αρχίζει όταν το προβαλλόμενο μέρος του εμβρύου εισέρχεται στην πύελο και επιτυγχάνεται η εμπέδωση (Κρεατσάς, 2009).
3. Κάμψη: καθώς το έμβρυο κατέρχεται και το κεφάλι συναντά αντίσταση, συμβαίνει κάμψη. Κατά τη διάρκεια της κάμψης, το κεφάλι του εμβρύου έχει λυγίσει μπροστά, κάνοντας έτσι το πιγούνι να ακουμπά στο στέρνο του. Η κάμψη είναι σημαντική γιατί το πιο στενό μέρος του κεφαλιού πρέπει να εισέλθει στην έξοδο του πυέλου. Η κάμψη μπορεί να συμβεί είτε στο άκρο της πυέλου είτε όταν το κεφάλι φτάνει στο πυελικό έδαφος.
4. Εσωτερική περιστροφή: είναι η στροφή του κεφαλιού του εμβρύου 45 έως 90 μοίρες αριστερά. Το κεφάλι κατόπιν βρίσκεται κάτω από την ηβική σύμφυση.
5. Έκταση: όταν το κεφάλι του εμβρύου περάσει έξω από την πύελο και σταματά κάτω από το ηβικό τόξο δεν μπορεί να προχωρήσει περισσότερο εκτός κι αν δεν γίνει έκταση. Έκταση είναι όταν το κεφάλι του εμβρύου γίνεται άκαμπτο και πιέζει προς τα πάνω έξω από το σωλήνα του κόλπου. Το κεφάλι του εμβρύου παραλαμβάνεται κυριολεκτικά κατά τη διάρκεια της έκτασης.
6. Εξωτερική περιστροφή: όταν εμφανισθεί το κεφάλι περιστρέφεται πίσω 45 με 90 μοίρες ή μέχρι να ανακτήσει την κανονική του σχέση με τους ώμους. Αυτό το βήμα ονομάζεται αποκατάσταση (ή περιστροφή του προβάλλοντος τμήματος του εμβρύου έξωθεν του κολεού). Η αποκατάσταση μερικές φορές συνδέεται με περιστροφή των ώμων όπου αυτό βοηθά να ευθυγραμμιστούν οι αγέννητοι ώμοι σε προσθιοπίσθια θέση ακριβώς κάτω από το ηβικόν οστόν (Μιχαλάς, 2000).

7. Εξώθηση: ο πρόσθιος ώμος προβάλλει πρώτος, με τη βοήθεια του γιατρού, ο οποίος ασκεί μία απαλή αλλά σίγουρη πίεση προς τα κάτω στο κεφάλι του μωρού. Κατόπιν ο γιατρός ανασηκώνει απαλά το κεφάλι για να ελευθερώσει τον οπίσθιο ώμο. Μετά την εμφάνιση των ώμων ακολουθεί το υπόλοιπο του σώματος. Αυτό το τελικό βήμα, το οποίο είναι στην πραγματικότητα, η παραλαβή των ώμων και του σώματος, ονομάζεται εξώθηση (Sharipo, 2001).

Η εξώθηση είναι μία διαδικασία που βασίζεται περισσότερο στο ένστικτο ενώ συγχρόνως απαιτεί την ενεργό συμμετοχή και τη συνεργασία της επιτόκου με τον γιατρό αφού αυτό είναι το διάστημα που θα υπάρξει η μεγαλύτερη ένταση. Καθώς το μωρό κατεβαίνει η επίτοκος θα νιώθει μία επιτακτική ανάγκη να σπρώξει, ανάγκη την οποία προκαλεί το κεφάλι του μωρού που πιέζει το κάτω τμήμα της πυέλου (Αρμενιάκος, 2008).

Οι πόνοι συνεχίζουν να γίνονται εντονότεροι καθώς και η πίεση που ασκείται στη μήτρα αυξάνει. Οι μυς της μήτρας μένουν σε σύσπαση τώρα ακόμα και κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων των πόνων. Κατά τη φάση εξώθησης η γυναίκα είναι συνδεδεμένη με το μηχάνημα του καρδιοτοκογράφου για να βρίσκονται κάτω από διαρκή έλεγχο οι καρδιακοί παλμοί του μωρού. Εξαιτίας των ισχυρών συστολών της μήτρας και το σπρώξιμο της μητέρας δεν εξασφαλίζεται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο η αιμάτωση του παιδιού. Για αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντική η πληροφορία που μας παρέχει ο καρδιοτοκογράφος για την κατάσταση της υγείας του παιδιού. Είναι λοιπόν απαραίτητη η χαλαρωτική αναπνοή για την τροφοδοσία της μητέρας και του παιδιού με οξυγόνο. (Durer-Zeib, 1994).

4.13 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Στην Ευρώπη στο τέλος του 18^{ου} αιώνα, οι γυναίκες συνήθως περιφέρονταν μέχρι την τελευταία στιγμή του τοκετού. Συνήθιζαν να κάθονται σε αναπαυτικές καρέκλες ή σε σκαμνιά με την πλάτη ακουμπισμένη στον τοίχο. Σε γκραβούρες απεικονίζονται να γεννούν οι γυναίκες όρθιες στηριζόμενες στην αγκαλιά του συζύγου, των αγαπημένων προσώπων (Σύκακη- Δούκα, 1999).

Σήμερα οι πρακτικές θέσεις για τον τοκετό είναι:

Ημικάθισμα

Πλεονεκτήματα

1. Είναι πρόσφορη για τον παριστάμενο στον τοκετό
2. Είναι μία θέση που η ετοιμόγεννη γυναίκα μπορεί να διατηρήσει εύκολα.

Μειονεκτήματα

1. Ίσως ερεθίσει τις αιμορροΐδες
2. Ίσως περιορίσει την κίνηση του ιερού οστού όταν χρειάζεται περισσότερος χώρος μέσα στην πύελο
3. Ίσως επιβραδύνει τη δίοδο της κεφαλής κάτω από το ηβικό οστού (Stoppard, 2004).

Ξαπλωμένη στο ένα πλευρό

Πλεονεκτήματα

1. Η βαρύτητα είναι ουδέτερη
2. Είναι χρήσιμο για την επιβράδυνση γρήγορου τοκετού
3. Αφαιρεί την πίεση από τις αιμορροΐδες.

Μειονεκτήματα

1. Ίσως δεν είναι οικεία στον παριστάμενο που βοηθάει στον τοκετό
2. Δεν προτιμάται εάν χρειάζεται να επισπευθεί το δεύτερο στάδιο.

Χέρια και γόνατα

Πλεονεκτήματα

1. Βοηθά να ενισχυθεί η περιστροφή ενός βρέφους
2. Ίσως μειώσει τους πόνους στην πλάτη.

Μειονεκτήματα

1. Είναι κουραστική για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Shapiro, 2001).

Ξαπλωμένη ανάσκελα (με τα πόδια τραβηγμένα πίσω, η μητέρα ανασηκώνει το κεφάλι για να ωθήσει).

Πλεονεκτήματα

1. Τραβώντας τα πόδια προς τα πίσω και χωριστά βοηθάει στη διεύρυνση του κάτω στομίου της πυέλου

Μειονεκτήματα

1. Ίσως προκαλέσει ορθοστατική υπόταση
2. Λειτουργεί ενάντια στη βαρύτητα

Κάθισμα οκλαδόν

Πλεονεκτήματα

1. Επωφελείται της βαρύτητας
2. Διαπλατύνει στο μέγιστο την έξοδο της πυέλου
3. Απαιτεί λιγότερη εξωθητική προσπάθεια
4. Ίσως εντείνει την περιστροφή και κάθοδο σε ένα δύσκολο τοκετό
5. Βοηθάει όταν η μητέρα δεν αισθάνεται καμμία ανάγκη να ωθήσει (Κρεατσάς, 2001).

Μειονεκτήματα

1. Δύσκολο να πάρει κανείς αυτή τη θέση πάνω σε κρεβάτι χωρίς ειδική μπάρα
2. Είναι δύσκολο για τον παριστάμενο στον τοκετό να δει το περίνεο
3. Ίσως καταλήξει σε πολύ γρήγορη εξώθηση οδηγώντας σε τραυματισμό του περιναίου
4. Ίσως δεν είναι άνετη θέση (Μπότης, 2007)

Οκλαδόν κάθισμα με υποστήριξη (η μητέρα γέρνει με την πλάτη της να ακουμπάει στο άτομο που την υποστηρίζει που την κρατάει κάτω από τα μπράτσα και σηκώνει όλο της το βάρος).

Πλεονεκτήματα

1. Επιτρέπει στην πύελο να διευρυνθεί καθώς κατεβαίνει το μωρό
2. Παρέχει πλεονέκτημα βαρύτητας

Μειονεκτήματα

1. Είναι σκληρή δουλειά για το άτομο υποστήριξης
2. Είναι δύσκολο για τον παριστάμενο να βοηθήσει στον τοκετό (Lowdermilk, 2006).

Ημιλιθοτομία (σ' αυτή τη θέση η γυναίκα είναι ξαπλωμένη ανάσκελα με ανασηκωμένο κεφάλι και ώμους, πόδια στους αναβολείς και γοφούς στην άκρη του τραπέζιου τοκετού).

Πλεονεκτήματα

1. Δίνει κάποιο πλεονέκτημα βαρύτητας
2. Η μητέρα μπορεί να δει τη γέννηση
3. Είναι πρόσφορη για τον παριστάμενο στον τοκετό
4. Ίσως είναι αναγκαία για επεμβάσεις

Μειονεκτήματα

1. Οι κράμπες των ποδιών είναι συνήθεις
2. Περιορίζει την κίνηση του ιερού οστού
3. Ίσως προκαλέσει ύπτια υπόταση

Λιθοτομία

Πλεονεκτήματα

1. Είναι πρόσφορη για τον παριστάμενο
2. Ίσως είναι αναγκαία για επεμβάσεις

Μειονεκτήματα

1. Λειτουργεί ενάντια στη βαρύτητα
2. Οι κράμπες των ποδιών είναι συνήθεις
3. Είναι δύσκολο να δει τη γέννηση
4. Ίσως προκαλέσει ορθοστατική υπόταση (Μιχαλάς, 2000).

4.14 Η ΠΕΡΙΝΕΟΤΟΜΗ (ΕΠΙΣΙΟΤΟΜΗ)

Περίνεοτομία είναι η επέμβαση εκείνη η οποία εκτελείται κατά το τέλος του σταδίου της εξωθήσεως ή πριν από κάθε άλλη μαιευτική επέμβαση εξελκυσμού του παιδιού. Σκοπός της είναι η διεύρυνση του γεννητικού σωλήνα και η διευκόλυνση του τοκετού του εμβρύου. Η εφαρμογή της περινεοτομίας λαμβάνει χώρα στις κατωτέρω αναφερόμενες ενδείξεις:

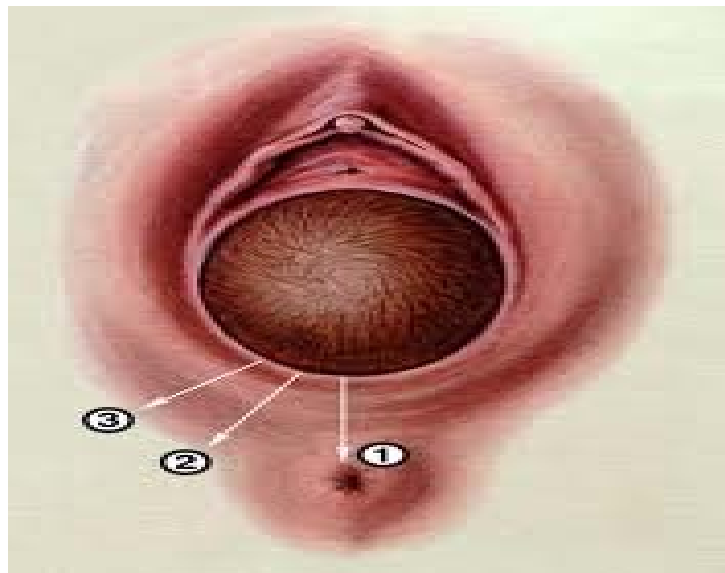
- I. Στενωμένο περίνεο σε πρωτότοκες, εφ' όσον δεν διατείνεται από την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου και αποτελεί ανασχετικό παράγοντα της εξέλιξης του τοκετού, ο οποίος παραμένει αμετάβλητος για χρονικό διάστημα πλέον των 30 λεπτών.
- II. Ισχυική προβολή, ιδίως σε πρωτότοκες (Lowdermilk, 2003).
- III. Σε εμβρυουλκία ή σικουulkία, κατά κανόνα.
- IV. Προστασία των μαλακών μορίων της επιτόκου από υπερβολική διάταση αυτών και προστασία αυτών από επαπειλούμενες και μη ελεγχόμενες τραυματικές κακώσεις (ρήξεις).
- V. Επίσπευση του τοκετού του εμβρύου, δηλαδή μείωση του χρόνου της εξώθησης όταν επιβάλλεται από σοβαρούς λόγους της επιτόκου (καρδιοπάθεια) ή του εμβρύου (ασφυξία).
- VI. Προφύλαξη της ουρήθρας και του σφικτήρα αυτής από ενδεχόμενη βλάβη λόγω παρατεταμένης πίεσεως αυτών από το κεφάλι του εμβρύου (Τοκμακίδης, 2000).

Η περινεοτομή γίνεται με τοπική νάρκωση, εκτός αν έχει προηγηθεί επισκληρίδιος νάρκωση στην περιοχή του περινέου. Τα είδη των τομών ποικίλουν. Η εκλογή αυτών αφήνεται στην κρίση του μαιευτήρα. Ανάλογα με τη διεύθυνση αυτών διακρίνονται σε:

- I. Μέση περινεοτομία: η τομή του δέρματος και των υποκείμενων μυών γίνεται κατά την κατεύθυνση της μέσης γραμμής, δηλαδή από τον οπίσθιο χαλινό των μεγάλων χειλέων του αιδοίου μέχρι τον πρωκτό. Στην τομή αυτή υφίσταται ο

κίνδυνος της τρώσης του έξω σφικτήρα μη του πρωκτού ή ακόμη και το εντερικό τοίχωμα (Elder, Welford, 2007).

- II. Πλάγια περινεοτομία: η τομή αρχίζει από τον οπίσθιο χαλινό των μεγάλων χειλέων και φέρεται προς τα κάτω και πλάγια (δεξιά ή αριστερά), το δε μήκος της εξαρτάται από την περίπτωση. Με την τομή αυτή δεν υπάρχει κίνδυνος τραυματικών κακώσεων του έξω σφικτήρα του πρωκτού ή του εντέρου και έχει τη δυνατότητα, εάν είναι απαραίτητο, να επεκταθεί ακόμα.
- III. Περινεοτομία σε σχήμα J: πρόκειται για μία περινεοτομία, η οποία έχει επεκταθεί πλαγίως προς τα δεξιά ή αριστερά, εις τρόπο ώστε τα δύο σκέλη της τομής να σχηματίζουν αμβλεία γωνία. Το είδος της τομής αυτής διενεργείται είτε ευθύς εξ αρχής ή διαμορφώνεται μετά την επέκταση της μέσης περινεοτομής.
- IV. Περινεοτομία κατά Schuchardt: πρόκειται για τομή υπερβολικά μεγάλη, πλάγια, η οποία διενεργείται σε ακραίες καταστάσεις (Καρπάθιος, 1999).



Εικόνα 16: Θέσεις περινεοτομής. 1: Μέση περινεοτομία, 2: Πλάγια περινεοτομία, 3: Περινεοτομία σε σχήμα J.

4.15 ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι κοιλιακές μαιευτικές επεμβάσεις έχουν σκοπό να αντιμετωπίσουν τον επερχόμενο κίνδυνο του παιδιού κατά το στάδιο της εξώθησής.

1. Σικουουλκία: η εμβρυουλκία με σικύα έγινε, μετά την επινόσή της από τους Malmstrom και Underberg, μία σημαντική μαιευτική επέμβαση. Η μεγάλη αξία αυτής αποδεικνύεται από τις πολλαπλές ενδείξεις, στις οποίες η εμβρυουλκία με σικύα εφαρμόζεται και οι οποίες είναι:

- I. Περάτωση του τοκετού στην εξώθηση επί κεφαλικής προβολής, στην περίπτωση μίας ενδομητρίου υποξυγοναιμίας και οξέωσης, στην περίπτωση ενός παρατεινόμενου τοκετού στην εξώθηση, στην ανακούφιση της επιτόκου σε έντονους πόνους ή σε μία πάθηση (Magowan, Drife, 2006).
- II. Σύλληψη του ισχίου σε ισχιακή προβολή προκείμενου να βοηθήσουμε την εξέλιξη του τοκετού.
- III. Εξελκυσμός σε ισχιακή προβολή
- IV. Σύλληψη της κεφαλής ή του ισχίου κατά την καισαρική τομή

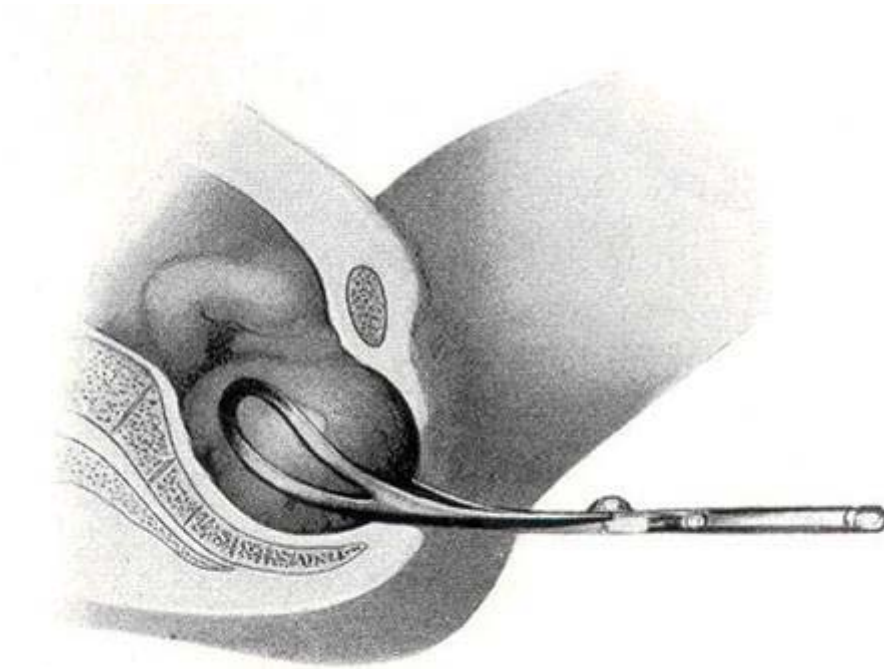
Η συσκευή για την προκείμενη μαιευτική επέμβαση αποτελείται από:

- i) Την αναρροφητική συσκευή
- ii) Το σύστημα του σωλήνα
- iii) Από τις μεταλλικές σικύες (Τοκμακίδης, 2000).

2. Εμβρυουλκία: η εμβρυουλκία και η σικουουλκία παριστάνουν μία ίσης αξίας μαιευτική επέμβαση. Μερικοί μαιευτήρες προτιμούν την εμβρυουλκία, διότι ο τοκετός περατούται σε βραχύτερο χρόνο, σημαντικό πλεονέκτημα σε μία ενδομήτρια ασφυξία. Στον τοκετό ενός ανώριμου, προώρως γενόμενου παιδιού (πρόωρος τοκετός) εξασφαλίζει μεγαλύτερη προστασία ο εμβρυουλκός του Shute, διότι την κεφαλή του παιδιού, η οποία εύκολα τραυματίζεται, περιβάλλει σαν προστατευτικό κλουβί (Netter, 2007).

Οι σημερινοί εμβρυουλκοί αποτελούνται από δύο βραχίονες, που ο καθένας εμφανίζει το κοχλιάριο, το κλείθρο και την λαβή. Στη χώρα μας οι πλέον εύχρηστοι εμβρυουλκοί είναι:

- I. Του Kyelland
- II. Του Tarnier
- III. Του Nagele
- IV. Του Simpson
- V. Του Shute



Εικόνα 17: Τοκετός με εμβρυολκό

Άλλες μαιευτικές επεμβάσεις είναι:

- I. Μαιευτική επέμβαση κατά την υπόδειξη του Bauereiser
- II. Μαιευτική επέμβαση σε δυστοκία ώμων
- III. Μαιευτική επέμβαση (αγωγή) σε ισχιακή προβολή. Εξελκυσμός του εμβρύου (Τοκμακίδης, 2000).

4.16 ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Μετά το δεύτερο στάδιο του τοκετού που παρουσιάζει το μεγαλύτερο κίνδυνο για το έμβryo, ακολουθεί το τρίτο στάδιο που θεωρείται το πλέον επικίνδυνο για τη μητέρα. Ο ομφάλιος λώρος κόβεται και το μωρό τοποθετείται στην κοιλία της μητέρας, που, καθώς το αγκαλιάζει για πρώτη φορά, νιώθει έντονα συναισθήματα όπως ενθουσιασμό, χαρά, δέος και ανακούφιση που έφερε σε πέρας τη γέννησή του. Δέκα περίπου λεπτά αργότερα, ο πλακούντας θα αποκολληθεί από τα τοιχώματα της μήτρας, η οποία θα αρχίσει να συστέλλεται ξανά μέχρι την τελική αποβολή του πλακούντα και όλων των μεμβρανών που έχουν μείνει από την εγκυμοσύνη (Αρμενιάκος, 2008).

Ο χρόνος αποκόλλησης του πλακούντα διαφέρει. Η συνήθης διάρκεια της υστεροτοκίας είναι από 5 μέχρι 15 λεπτά.(Τραγέα,1999).



Εικόνα 18: Τρίτο στάδιο τοκετού

4.17 ΤΕΤΑΡΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Οι πρώτες λίγες ώρες μετά τον τοκετό είναι ζωτικές για την καλή υγεία της μητέρας. Πρέπει να παρακολουθείται στενά για τυχόν αντιδράσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να κρατά γραπτή αναφορά όλων των παρατηρήσεων ούτως ώστε ο γιατρός να ενημερωθεί για την πρόοδο και την κατάσταση της νέας μητέρας. Εάν η κατάσταση του βρέφους είναι καλή, πολλά νοσοκομεία επιτρέπουν στο νεογνό να παραμείνει με τη μητέρα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Σημαντικό είναι ότι το νήπιο βρίσκεται σε ένα αυξημένο επίπεδο εγρήγορσης και ανταπόκρισης τις πρώτες ώρες μετά τη γέννησή του. Το βρέφος μπορεί να ενδιαφερθεί για το θηλασμό του στήθους, να κάνει οπτική επαφή με τους γονείς και να αντιδράσει στην ομιλία και την αφή. Αυτή η αμοιβαία ανταπόκριση είναι το πρώτο βήμα για την προσκόλληση του βρέφους με τους γονείς η οποία ονομάζεται δεσμός (Davila, 2007).

Η νοσηλεύτρια μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία της σύνδεσης με το να δείξει και να ενισχύσει την αντίληψη που έχουν οι γονείς για την ικανότητα του μωρού της να ανταποκριθεί. Πρέπει να παροτρυνθεί ο πατέρας να αγγίξει, να κρατήσει και να επιδράσει στο μωρό του. Επειδή η έγκαιρη αλληλεπίδραση πατέρα-μωρού μπορεί να είναι βασική για την ανάπτυξη μιας δυνατής σχέσης μεταξύ πατέρα και παιδιού αργότερα στη ζωή, η υποστήριξη της νοσηλεύτριας, όσον αφορά το ρόλο του πατέρα στην απόκτηση και φροντίδα του παιδιού μετά τον τοκετό, είναι ουσιαστική. Η μητέρα, ο πατέρας και το μωρό είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι

στο περιβάλλον τους και μεταξύ τους αμέσως μετά τον τοκετό. Οπότε η φροντίδα, οι πράξεις, τα σχόλια και η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού μπορούν εμφανώς να επηρεάσουν την αρχική διαμόρφωση του συνδέσμου μεταξύ γονέων και νηπίου (Shapiro, 2001).

4.18 ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

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

1. Πρόωρος τοκετός: ο χρόνος κυοφορίας φαίνεται να έχει σημαντικότερη επίδραση στην επιβίωση του νεογνού από το βάρος. Ο τοκετός που αρχίζει τρεις ή περισσότερες εβδομάδες πριν την αναμενόμενη ημερομηνία καλείται πρόωρος τοκετός. Εάν η γυναίκα εμφανίζεται να έχει αρχίσει τη διαδικασία του τοκετού πολύ νωρίς, συχνά ενδείκνυται δραστική θεραπεία για να προσπαθήσει να διακόψει τις συσπάσεις της μήτρας εφ' όσον δεν υπάρχουν ενδείξεις εμβρυικής δυσφορίας. Η διακοπή του πρόωρου τοκετού με φάρμακα είναι γνωστή σαν τοκολυτική θεραπεία. Ο πιο συνήθης λόγος της νοσηρότητας και θνησιμότητας των πρόωρων νεογνών είναι η ανωριμότητα των πνευμόνων (Davila, 2007).

2. Πρόωρη ρήξη υμένων: αυτόματη ρήξη των υμένων μία ώρα ή περισσότερο πριν την έναρξη του τοκετού ορίζεται ως πρόωρη ρήξη υμένων. Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες κινδύνου που γνωρίζουμε είναι τραύμα (συνουσία ή πυελική εξέταση), ακατάλληλος τράχηλος, λοίμωξη ή υδράμνιο με υπέρμετρο ποσό ενάμνιου υγρού. Η μέγιστη επιπλοκή που ακολουθεί την πρόωρη ρήξη των υμένων είναι η χοριοαμνίτις και του αμνίου ή μία λοίμωξη μέσα στον αμνιακό σάκκο. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της πρόωρης ρήξης των υμένων τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ανάπτυξης μητρικής σηψαιμίας. Υπάρχουν επίσης πολλοί κίνδυνοι για το νεογνό, ανάλογα με την ωριμότητα, που συμπεριλαμβάνει λοίμωξη και πρόπτωση του ομφάλιου λώρου. Εάν το βρέφος βρίσκεται προς το τέλος της κνήσεως, η πιθανότητα εμφάνισης σοβαρού συνδρόμου αναπνευστικής δυσφορίας είναι σπάνια και ο κίνδυνος λοίμωξης

γίνεται πολύ πιο σημαντικός. Πρόκληση (έναρξη του τοκετού) είναι η αντιμετώπιση που προτιμάται για την ομάδα αυτής της ηλικίας κυήσως (Κρεατσάς, Χρούσος, 2005).

3. Εσπευσμένος τοκετός: ο εσπευσμένος τοκετός είναι ένας αυτόματος τοκετός ο οποίος εξελίσσεται πολύ γρήγορα και συνήθως διαρκεί λιγότερο από 3 ώρες. Ένας τοκετός αυτού του είδους συνήθως αρχίζει σχεδόν αμέσως με πολύ δυνατές, συχνές συσπάσεις. Συμβαίνουν όλα τόσο γρήγορα που συχνά είναι δύσκολο για τη μητέρα να αντεπεξέλθει στις συσπάσεις.

Οι συνθήκες που προδιαθέτουν για ή επιβάλλουν στην αιτιολογία του τοκετού αυτού περιλαμβάνουν:

- I. Πολυτοκία
- II. Μεγάλη πύελο
- III. Χαλαρούς μαλακούς ιστούς χωρίς αντίσταση
- IV. Δυνατές συσπάσεις της μήτρας
- V. Μικρό βρέφος σε καλή θέση
- VI. Πρόκληση του τοκετού
- VII. Προηγούμενο εσπευσμένο τοκετό (Norwitz, 2004)

4. Παρατεταμένος τοκετός: περιστασιακά η νοσηλεύτρια ίσως παρατηρήσει ότι μία γυναίκα βρίσκεται στη διαδικασία του τοκετού για ώρες και ώρες χωρίς πρόοδο. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται δυστοκία (δύσκολος τοκετός). Η αιτία μπορεί να έχει σχέση με τρεις παράγοντες: τις δυνάμεις, τον επιβάτη ή τη δίοδο (Sharifo, 2001).

- I. Οι δυνάμεις: δυσλειτουργία της μήτρας: δυστοκία από δυσλειτουργία του μυομητρίου είναι αυτή, στην οποία, τόσο ο χρόνος επέλευσης των ωδινών, όσο και η φάση και ο ρυθμός τους, δεν βρίσκονται σε φυσιολογικά όρια, από αποδιοργάνωση του μηχανισμού της έκλυσης και εξέλιξης του τοκετού. Οι τύποι της δυσλειτουργίας του μυομητρίου είναι:

Υποτονική δυσλειτουργία: έχουμε όταν οι ωδίνες είναι ασθενείς, δηλαδή ασκούν πίεση μικρότερη από 15 χιλ. Hg και δεν προάγουν τη διαστολή του τραχήλου και την κάθοδο του εμβρύου.

Υπερτονική δυσλειτουργία: έχουμε όταν οι ωδίνες είναι πολύ έντονες, δηλαδή ασκούν πίεση μεγαλύτερη των 15 χιλ. Hg. (Magowan, Drife, 2006).

Γενικά τα αίτια της δυσλειτουργίας προέρχονται από την έγκυο, το έμβρυο και τον γιατρό.

Έγκυος: όταν αυτή πάσχει από στένωση της πυέλου, ανώμαλη διάπλαση της μήτρας, ανεπαρκή ανάπτυξη ή ανώμαλη διάταξη των ινών του μυομητρίου, αδενομύωση, ινομώματα μήτρας.

Έμβρυο: όταν αυτό πάσχει από διαπλαστική ανωμαλία (ανεγκεφαλία) ή έχει ανώμαλο σχήμα ή ανώμαλη προβολή ή είναι τόσο μεγάλο, ώστε να προκαλεί έμβρυο-πυελική δυσαναλογία, είναι δυνατό να συμβεί δυσλειτουργία του μυομητρίου (Βαρδαβάς, Πατελάρου, 2008).

Γιατρός: όταν αυτός προβεί σε άσκοπη, αλόγιστη και άτεχνη ωδινοποιητική φαρμακευτική αγωγή και πολυπραγμοσύνη (Παπανικολάου, 1994).

II. Ο επιβάτης: αφύσικη εμβρυική θέση: οι θέσεις ή στάσεις και οι προβολές που δεν είναι φυσιολογικές συχνά προκαλούν δυστοκία και τις επακόλουθες επιπλοκές:

Δυστοκία από ισχιακή προβολή: είναι η δυστοκία που προκαλείται όταν ο πόλος του εμβρύου που προβάλλει είναι τα ισχία του.

Δυστοκία από δυσαναλογία

Δυστοκία από οπίσθια θέση ινιακής προβολής

Δυστοκία από μεγάλο έμβρυο

Δυστοκία από υδροκεφαλία και τερατοπλασίες

Δυστοκία από μετωπική προβολή

Δυστοκία από βρεγματική προβολή

Δυστοκία από προσωπική προβολή

Δυστοκία από εγκάρσιο σχήμα

Δυστοκία από πρόπτωση άκρου

Δυστοκία από εγκάρσια θέση

Δυστοκία από ψηλή κάθετη θέση

Δυστοκία από τους ώμους (Αντσακλής, 2008).

Συχνότητα δυστοκίας

Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η δυστοκία είναι δύσκολο να προσδιορισθεί, πιθανώς επειδή τα κριτήρια

που καθορίζουν το φυσιολογικό τοκετό δεν έχουν αποσαφηνισθεί, Εξάλλου πέρα από την κλινική εκτίμηση δεν υπάρχει κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος που να προβλέπει τη δυστοκία. Εξαίρεση αποτελούν

III. Η δίοδος: δυσαναλογία:

η εμβρυοπυελική δυσαναλογία εμφανίζεται όταν το νήπιο είναι πολύ μεγάλο για να περάσει από μία μικρή, συσπασμένη πύελο είτε στην είσοδο, στη μεσοπύελο, ή στην έξοδο (Παπανικολάου, 1994).

5. Πολλαπλή εγκυμοσύνη: η μητέρα συνήθως αντιμετωπίζει μεγαλύτερες δυσφορίες και υψηλότερους κινδύνους από ότι στην απλή εγκυμοσύνη. Συνήθως στην περίπτωση αυτή γίνεται καισαρική τομή.

6. Πρόπτωση του ομφάλιου λώρου: αυτή η επιπλοκή είναι οπωσδήποτε πολύ σοβαρή λόγω του μεγάλου ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας που συνδέεται με αυτήν. Η ζωή του βρέφους απειλείται διότι ο λώρος πιέζεται μεταξύ του μωρού και της οστεώδους πύελου. Η παροχή αίματος στο βρέφος διακόπτεται και μαζί με αυτήν η παροχή οξυγόνου. Το μωρό γρήγορα παθαίνει ασφυξία εάν δεν του δοθεί άμεση προσοχή. Στις περισσότερες περιπτώσεις η καισαρική τομή είναι η θεραπεία που επιλέγεται (Puzas, Gradishar, Gulanick, 2003).

7. Αυχενικός λώρος: εάν ο ομφάλιος λώρος είναι τυλιγμένος πολύ σφικτά γύρω από το λαιμό του νηπίου για να επιτρέψει αυτή τη διαδικασία τοποθετείται αιμοστατική λαβίδα και κόβεται ο λώρος πριν εμφανιστούν οι ώμοι, το έμβρυο εξάγεται αμέσως και λαμβάνονται μέτρα για να αποφευχθεί η ασφυξία.

8. Πρόδρομος πλακούντας: όταν ο πλακούντας καλύπτει ή μερικά τον τράχηλο, η κατάσταση ονομάζεται πρόδρομος πλακούντας. Καθώς διαστέλλεται ο τράχηλος ο πλακούντας χωρίζεται από τη μήτρα, στερώντας το οξυγόνο από το βρέφος και προκαλώντας ανώδυνη αιμορραγία στη μητέρα. Η κατάσταση αυτή συνήθως οδηγεί σε καισαρική τομή (Βιτωράτος, 2003).

9. Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα: η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είναι ο πρόωρος διαχωρισμός ενός φυσιολογικά εμφυτευμένου πλακούντα από το τοίχωμα της μήτρας. Προτιμάται ο

κολπικός τοκετός αλλά συνιστάται καισαρική τομή όταν η κολπική γέννα δεν είναι άμεση, όταν αναπτύσσεται εμβρυική δυσφορία, σε περιπτώσεις σοβαρής αποκόλλησης με βιώσιμο έμβρυο, όταν η αιμορραγία είναι τόσο σοβαρή που να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας και σε ασθενείς που απέτυχαν στον δοκιμαστικό έλεγχο.

10. Αιμορραγία μετά τον τοκετό: κλινικά η αιμορραγία μετά τον τοκετό συνεπάγεται:

- I. Συνεχή αιμορραγία
- II. Ταχύ και αδύνατο σφυγμό
- III. Πτώση της αρτηριακής πίεσεως
- IV. Βραχύτητα αναπνοής
- V. Ωχρότητα, κρύα εμφάνιση της ασθενούς

Οι τέσσερις κυρίες αιτίες της αιμορραγίας μετά τον τοκετό είναι:

- I. Ατονία της μήτρας
- II. Τραύμα και ρήξη
- III. Κατακρατηθείς πλακούντας
- IV. Αιμορραγικές ανωμαλίες (Shapiro, 2001).

4.19 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Στις σπουδαιότερες επιπλοκές που συμβαίνουν στο τρίτο στάδιο του τοκετού ή στάδιο της υστεροτοκίας, ή ύστερα από αυτό είναι:

1. Αιμορραγία: υπάρχει απώλεια αίματος από τη μήτρα σε ποσότητα μεγαλύτερη από 500-600 κ.εκ.. Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου από όλες τις άλλες.

Η αιμορραγία προκαλείται από:

- I. Τα τραύματα του γεννητικού σωλήνα
- II. Την αδυναμία συσπασης της μήτρας
- III. Από διαταραχές της πτητικότητας του αίματος (Davila, 2007).

2. Κατακράτηση πλακούντα: κατακρατημένο θεωρούμε τον πλακούντα, όταν δεν έχει αποκολληθεί, ύστερα από παρέλευση 30' από τη στιγμή της εξόδου του εμβρύου, ή όταν, ενώ έχει αποκολληθεί, παραμένει μέσα στην κοιλότητα της μήτρας ή του κόλπου.

Τα αίτια της κατακράτησης του πλακούντα προέρχονται από:

- I. Μήτρα: αυτά είναι αλλοιώσεις του βλεννογόνου της μήτρας από φλεγμονές, που προηγήθηκαν, ή από επεμβάσεις.
- II. Πλακούντας: αυτά είναι οι ανωμαλίες στην πρόσφυση του πλακούντα, όπως στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, σε κέρασ ή σε διάφραγμα, ο υπερβολικά μεγάλος πλακούντας, η υπερβολικά μεγάλη επιφάνειά του (υμενώδης), ο παραπλακούντας κλπ.
- III. Άλλα αίτια: αυτά είναι η υπερβολική κλίση της μήτρας προς τα εμπρός, η γεμάτη ουροδόχος κύστη και τα αιματώματα του γεννητικού συστήματος (Edler, Welford, 2007).
- IV. Κατακράτηση κοτυληδόνας: κατακράτηση κοτυληδόνας είναι η παραμονή πλακουντιακού ιστού μετά την υστεροτοκία στην κοιλότητα της μήτρας.
Τα αίτια της κατακράτησης κοτυληδόνας είναι η βίαιη υστεροτοκία, οι άκαιρες μαλάξεις του πυθμένα της μήτρας, η απότομη έλξη του ομφάλιου λώρου κατά την υστεροτοκία και η ύπαρξη ινομυώματος, θεωρούνται υπεύθυνοι παράγοντες για την κατακράτηση κοτυληδόνας (Τοκμακίδης, 2000).
- V. Εκτροφή μήτρας: λέγεται η επιπλοκή, στην οποία η εσωτερική της επιφάνεια γίνεται εξωτερική. Την εκτροφή της μήτρας την ταξινομούμε σε τέσσερις βαθμούς:
 1. Στον πρώτο βαθμό ο πυθμένας της εμφανίζει απλή εμβάθυνση.
 2. Στο δεύτερο βαθμό ο πυθμένας της βυθίζεται μέσα στο τραχηλικό στόμιο.
 3. Στον τρίτο βαθμό ο πυθμένας της, κατεβαίνει στον κόλπο και εξωτερικεύεται.
 4. Στον τέταρτο βαθμό η εκτροφή παρασύρει και τα τοιχώματα του κόλπου.

Τα κυριότερα αίτια εκτροφής της μήτρας είναι η βίαιη προσπάθεια εξόδου του πλακούντα, πριν αυτός αποκολληθεί, με πίεση του πυθμένα ή με έλξη του ομφάλιου λώρου ή και τα δύο

μαζί. Προδιαθεσιακά αίτια αποτελούν ο οξύς πυρετός, η υπερδιάταση της μήτρας και η πολυτοκία (Παπανικολάου, 1994).

4.20 ΛΟΧΕΙΑ

Λοχεία είναι η περίοδος μετά τον τοκετό που αρχίζει με την έξοδο του πλακούντα και των υμένων και τελειώνει με την επάνοδο των έσω και έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας στην προ της κύησης κατάσταση. Το διάστημα αυτό διαρκεί περίπου 6 εβδομάδες. Με το πέρας του τοκετού η λεχώνα παραμένει στην αίθουσα τοκετών 2 ώρες περίπου γιατί ο κίνδυνος μιας αιμορραγίας κυρίως από ατονία της μήτρας υπάρχει το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό. Αυτές τις 2 ώρες ελέγχονται τα εξής:

1. Σφυγμός και αρτηριακή πίεση κάθε 15 λεπτά
2. Ψηλάφηση της μήτρας και έλεγχος της σκληρότητας και του ύψους του πυθμένα της ανά 15 λεπτά.
3. Κένωση της ουροδόχου κύστεως.Γεμάτη ουροδόχος κύστη εμποδίζει την παλινδρόμηση της μήτρας (Τοκμακίδης, 2000).



Εικόνα 19: Περίοδος Λοχείας

4.21 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

1. Αναπαραγωγικό σύστημα και μαστοί

I. Μήτρα

Η επάνοδος της μήτρας στην προ της κύησης κατάσταση μετά τον τοκετό είναι γνωστή ως παλινδρόμηση. Η διεργασία αυτή αρχίζει αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα (υστεροτοκία) με σύσπαση του λείου μυός της μήτρας (μυομητρίου).

II. Συσπάσεις

Η αιμόσταση μετά τον τοκετό επιτυγχάνεται κυρίως με συμπίεση των ενδομυομητρικών αιμοφόρων αγγείων κατά τη σύσπαση του μυομητρίου παρά με συγκόλληση των αιμοπεταλίων και σχηματισμό θρόμβου. Η ορμόνη ωκυτοκίνη, που απελευθερώνεται από την υπόφυση, εντείνει και συντονίζει τις συσπάσεις αυτές της μήτρας, οι οποίες προκαλούν συμπίεση των αιμοφόρων αγγείων και προάγουν την αιμόσταση (Elder, Welford, 2007).

III. Υστερόπονοι

Στις πρωτοτόκες γυναίκες ο τόνος της μήτρας είναι καλός, ο πυθμένας παραμένει συνήθως σκληρός και δεν γίνονται αισθητές επώδυνες συσπάσεις στη μήτρα. Στις πολύτοκες παρατηρούνται κυρίως περιοδική χάλαση και έντονες συσπάσεις της μήτρας οι οποίες μπορεί να είναι επώδυνες, παραμένουν κατά τα αρχικά στάδια της λοχείας και καλούνται υστερότοκοι πόνοι.

IV. Θέση του πλακούντα

Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα και των υμένων, η αγγειοσύσπαση και οι θρομβώσεις μειώνουν τη θέση του πλακούντα σε μία ανώμαλη, οζώδη και επηρμένη περιοχή. Η υπερπλασία του ενδομητρίου προκαλεί απόπτωση του νεκρωθέντος ιστού και παρεμποδίζει το σχηματισμό ουλής που χαρακτηρίζει τη φυσιολογική διαδικασία της επούλωσης. Η μοναδική αυτή επουλωτική διεργασία βοηθά το ενδομήτριο να ξαναρχίσει το συνήθη κύκλο μεταβολών του και να προετοιμασθεί για νέα εμφύτευση και σχηματισμό πλακούντα σε μελλοντικές κυήσεις (Magowan, Drife, 2006).

V. Λόγια

Η εκροή υγρών από τον κόλπο μετά τον τοκετό, τα οποία αποκαλούνται λόγια, έχουν αρχικά ζοηρό κόκκινο χρώμα, το οποίο στη συνέχεια μεταβάλλεται σε ανοιχτό κόκκινο ή

καστανέρυθρο. Κατά τις δύο πρώτες ώρες μετά τον τοκετό η ποσότητα της έκκρισης πρέπει να προσεγγίζει περίπου εκείνη της έντονης αιμορραγίας της εμμηνορρυσίας. Μετά την περίοδο αυτή, τα λόγια μειώνονται σταθερά.

VI. Τράχηλος

Ο τράχηλος εμφανίζεται μαλακός αμέσως μετά τον τοκετό. Σε 18 ώρες, περίπου, μετά τον τοκετό, βραχύνεται, η σύστασή του είναι σκληρή και επανακτά το σχήμα του. Ο τράχηλος μέχρι το κατώτερο τμήμα της μήτρας παραμένει οιδηματώδης, λεπτός και εύθραυστος για αρκετές ημέρες μετά τον τοκετό (Macpherson, Symonds, 1997).

VII. Κόλπος και περίνεο

Η έλλειψη οιστρογόνων μετά τον τοκετό ευθύνεται για τη λέπτυνση του κοιλιακού βλεννογόνου και την απουσία πτυχών. Ο έντονα διεσταλμένος και με λεία τοιχώματα κόλπος επανέρχεται βαθμιαία στο αρχικό του μέγεθος, 6 έως 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Η επούλωση της περινεοτομίας είναι παρόμοια με εκείνη άλλων χειρουργικών τομών. Μπορεί να εμφανισθούν σημεία λοίμωξης (πόνος, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα ή έκκριση) ή απουσία σύγκλεισης. Η επούλωση πρέπει να ολοκληρωθεί εντός δύο ή τριών εβδομάδων.

VIII. Μυϊκές στηρικτικές δομές της πυέλου

Η στηρικτική δομή της μήτρας και του κόλπου μπορεί να υποστεί κάκωση κατά τη διάρκεια του τοκετού με αποτέλεσμα αργότερα να εμφανισθούν διάφορα γυναικολογικά προβλήματα (Netter, 2007).

2. Ενδοκρινικό Σύστημα

I. Ορμόνες του πλακούντα

Κατά τη διάρκεια της περιόδου της λοχείας επιτελούνται σημαντικές ορμονικές μεταβολές. Η έξοδος του πλακούντα συνεπάγεται δραματικές μειώσεις των παραγόμενων από το όργανο αυτό ορμονών όπως των οιστρογόνων.

II. Ορμόνες της υπόφυσης και ωοθηκική λειτουργία

Η εμφάνιση της πρώτης ωοθυλακιορρηξίας και εμμηνορρυσίας διαφέρει σημαντικά ως προς το χρόνο εμφάνισής της ανάμεσα στις θηλάζουσες και τις μη θηλάζουσες γυναίκες. Η παρουσία

αυξημένων επιπέδων προλακτίνης στον ορό στις θηλάζουσες γυναίκες φαίνεται να ευθύνεται για την καταστολή της ωοθυλακιορρηξίας (Shapiro, 2001).

3. Κοιλιακή χώρα

Όταν η γυναίκα στέκεται όρθια κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, η κοιλιά της προεξέχει και έχει την εμφάνιση εγκύου. Απαιτούνται έξι εβδομάδες για να επανακτήσει το δέρμα μεγάλο μέρος της ελαστικότητάς του αλλά μπορεί να παραμείνουν κάποιες ραβδώσεις.

4. Ουροποιητικό σύστημα

I. Συστατικά των ούρων

Η νεφρική γλυκοζουρία που προκαλείται από την κύηση παύει να υφίσταται, αλλά μπορεί να εμφανισθεί λακτοζουρία στις θηλάζουσες γυναίκες.

II. Διούρηση κατά τη διάρκεια της λοχείας

Δώδεκα ώρες μετά τον τοκετό, οι γυναίκες αρχίζουν να χάνουν από τους ιστούς την περίσσεια των υγρών που είχε συσσωρευτεί κατά τη διάρκεια της κύησης. Η διούρηση κατά την περίοδο της λοχείας, που οφείλεται στο μειωμένο επίπεδο οιστρογόνων, η εξάλειψη της αυξημένης φλεβικής πίεσης στα κάτω άκρα και η απώλεια της περίσσειας του όγκου υγρών που οφειλόταν στην κύηση, βοηθά επίσης τον οργανισμό να απαλλαγεί από την περίσσεια υγρών.

III. Ουρήθρα και ουροδόχος κύστη

Ο τραυματισμός κατά τον τοκετό, η αυξημένη χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης μετά τον τοκετό και η περιοχική αναισθησία προκαλούν μειωμένη έπειξη για ούρηση. Επιπρόσθετα, ο πόνος στην πύελο λόγω των δυνάμεων (πιέσεων) που ασκήθηκαν κατά τον τοκετό, των κοιλιακών ρήξεων ή της περινεοτομίας μειώνει ή καταβάλλει το αντανακλαστικό της ούρησης (Norwitz, 2004).

5. Γαστρεντερικό

I. Όρεξη

Η μητέρα συνήθως αισθάνεται πείνα αμέσως μετά τον τοκετό και μπορεί να ανεχθεί την ελαφρά τροφή. Οι περισσότερες νέες μητέρες πεινούν έντονα μετά την πλήρη ανάνηψη από την αναλγησία, την αναισθησία και την κόπωση που προκάλεσε ο

γιατρός,. Η γυναίκα συχνά ζητά διπλές μερίδες τροφής και ενδοιάμεσα γεύματα.

II. Κένωση του εντέρου

Αυτόματη κένωση του εντέρου μπορεί να μην συμβεί τις πρώτες 2 ή 3 μέρες μετά τον τοκετό. Η καθυστέρηση αυτή οφείλεται στον μειωμένο μυϊκό τόνο του εντέρου κατά τη διάρκεια του τοκετού και της αρχικής περιόδου της λοχείας, τη διάρροια προ του τοκετού, την έλλειψη τροφής ή την αφυδάτωση (Stoppard, 2004).

6. Μαστοί

I. Θηλάζουσες Μητέρες

Όταν εδραιωθεί ο θηλασμός, είναι πιθανό να γίνει αισθητή η παρουσία μάζας στο μαστό. Αντίθετα από τους όγκους που σχετίζονται με ινοκυστική νόσο ή καρκίνο του μαστού, ο πληρούμενος γαλακτοφόρος θύλακος εντοπίζεται από μέρα σε μέρα.

II. Μη Θηλάζουσες Μητέρες

Οι μαστοί γενικά είναι οζώδεις στην ψηλάφηση, ενώ στις μη έγκυες γυναίκες έχουν κοκκιώδη υφή. Η παρουσία όζων είναι αμφοτερόπλευρη και διάχυτη. Τα επίπεδα προλακτίνης ελλατώνονται γρήγορα. Το πυαρ εκκρίνεται τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό (Καρπάθιος, 1999).

7. Καρδιαγγειακό σύστημα

I. Όγκος Αίματος

Οι μεταβολές του όγκου του αίματος μετά τον τοκετό εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως η απώλεια αίματος στον τοκετό και η ποσότητα μετακινούμενου και αποβαλλόμενου αξωαγγειακού υγρού. Οι προσαρμογές του μητρικού συστήματος μετά τον τοκετό είναι ταχείες.

II. Καρδιακή Παροχή

Η συχνότητα σφυγμού, ο όγκος παλμού και η καρδιακή παροχή αυξάνουν κατά τη διάρκεια της κύησης. Δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με τον ακριβή χρόνο επανόδου των καρδιαγγειακών αιμοδυναμικών επιπέδων στα φυσιολογικά όρια, αλλά οι τιμές της καρδιακής παροχής παραμένουν αυξημένες για 48 ώρες τουλάχιστον μετά τον τοκετό, μειώνονται γρήγορα στις δύο πρώτες

εβδομάδες μετά από αυτόν και επανέρχονται στα προ της κύησης επίπεδα , 24 εβδομάδες μετά (Αντσακλής, 2008).

III. Συστατικά του αίματος

Κατά τη διάρκεια των πρώτων 72 ωρών μετά τον τοκετό παρατηρείται μεγάλη απώλεια όγκου του πλάσματος παρά του αριθμού των κυττάρων του αίματος. Αυτό συνεπάγεται αύξηση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης κατά την έβδομη ημέρα μετά τον τοκετό. Επίσης, παρατηρείται λευκοκυττάρωση, η οποία σε συνδυασμό με τη φυσιολογική αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθροκυττάρων μπορεί να δυσχεράνει τη διάγνωση οξέων λοιμώξεων κατά την περίοδο αυτή.

Οι παράγοντες πήξης και το ινωδογόνο αυξάνονται φυσιολογικά κατά τη διάρκεια της κύησης και παραμένουν αυξημένα στα αρχικά στάδια της λοχείας. Οι κίρσοι των κάτω άκρων και της περιπρωκτικής περιοχής (αιμορροΐδες) είναι σύνηθες φαινόμενο στην κύηση. Οι κίρσοι, ακόμη και οι ασυνήθεις κίρσοι στο αιδοίο, υποστρέφονται μετά τον τοκετό (Λώλη, 2004).

8. Νευρικό σύστημα

Οι νευρολογικές μεταβολές στη λοχεία απορρέουν από την υποστροφή των μητρικών προσαρμογών στην κύηση ή προέρχονται από τρυματισμό κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι προκαλούμενες από την κύηση νευρολογικές διαταραχές υποχωρούν μετά τον τοκετό.

9. Μυοσκελετικό σύστημα

Οι προσαρμογές του μυοσκελετικού συστήματος της μητέρας που συμβαίνουν στην κύηση υποστρέφονται στη λοχεία. Ωστόσο, αν και όλες οι άλλες αρθρώσεις επανέρχονται στην προ της κύησης κατάσταση, εκείνες των κάτω άκρων των γυναικών που έχουν γεννήσει δεν επανέρχονται.

10. Καλυπτήριο Σύστημα (Δέρμα)

Το χλώασμα της κύησης συνήθως εξαφανίζεται στο τέλος της κύησης. Η υπέρχρωση της θηλαίας άλω και της λευκής γραμμής (μέλαινα γραμμή) που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να μην υποχωρήσουν εντελώς μετά τον τοκετό. Ορισμένες γυναίκες θα έχουν μόνιμα πιο σκούρα χρώση στις περιοχές αυτές. Οι ραβδώσεις της κύησης στους μαστούς, την κοιλιακή χώρα, και τους μηρούς μπορεί να εξασθενίσουν, αλλά δεν εξαλείφονται (Ιατράκης, 2004).

11. Ανοσοποιητικό σύστημα

Στο ανοσοποιητικό σύστημα της μητέρας μετά τον τοκετό δεν παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές. Προσδιορίζεται η ανάγκη εμβολιασμού της μητέρας για ερυθρά ή για πρόληψη Rh ισοανοσοποίησης για την επόμενη κύηση.

4.22 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

1. Επιλόχεια λοίμωξη ή μόλυνση του γεννητικού συστήματος. Τα αίτια είναι οι λοιμώξεις του γεννητικού και του ουροποιητικού συστήματος, των μαστών και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια. Προδιαθεσικά αίτια της επιλοχείου λοιμώξεως είναι ο παρατεταμένος τοκετός η πρόωρη ρήξη των υμένων και γενικά οι προϋπάρχουσες φλεγμονές. Εμφανίζεται σε ποσοστό 1%-8% μετά τον τοκετό και ο κύριος εκπρόσωπός της είναι η λοίμωξη της μήτρας με τη μορφή της **ενδομητρίτιδας**, της **μυομητρίτιδας** ή της **παραμητρίτιδας**.

- I. Ουρολοίμωξη: τα αίτια είναι κακή ατομική υγιεινή, κατακράτηση ούρων ή στάση ούρων λόγω μειωμένης πρόσληψης υγρών ή και μειωμένης κίνησης.
- II. Μαστίτιδα: είναι φλεγμονή και εμφανίζεται μετά την πρώτη εβδομάδα θηλασμού.
- III. Αιμορραγίες: Οι αιμορραγίες που συμβαίνουν αμέσως μετά τον τοκετό και στο διάστημα των 24 ωρών που ακολουθεί ονομάζονται πρώιμες και διαχωρίζονται από τις όψιμες που εμφανίζονται μερικές φορές 1-2 εβδομάδες αργότερα. Οι πρώιμες εμφανίζονται σε ποσοστό 5-8% και συνοδεύονται με σημαντικό κίνδυνο μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οφείλονται κυρίως στην ατονία της μήτρας, στις διάφορες κακώσεις και τραυματισμούς του πυελογεννητικού συστήματος, στην κατακράτηση τμήματος πλακούντα, στην εκτροφή της μήτρας και σε διαταραχή της πήκτικότητας. Οι όψιμες αιμορραγίες οφείλονται τις περισσότερες φορές στην ατελή επούλωση της επιφάνειας

αποκόλλησης του πλακούντα ή στην κατακράτηση τμήματός του (Μπότης, 2007)

- IV. Ψυχολογικά προβλήματα: Υπάρχει μεγάλη διαβάθμιση των ψυχολογικών προβλημάτων στη διάρκεια της λοχείας, που αρχίζουν από την απλή δυσθυμία και φτάνουν μέχρι τη σπάνια αλλά σοβαρή μορφή της ψύχωσης της λοχείας (Μωραΐτου, 2004).

2. Η απλή δυσθυμία:

Η κακή διάθεση της λεχωίδας εμφανίζεται συχνά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας και μάλιστα περισσότερο όταν η γυναίκα επιστρέφει σπίτι της. Σχετίζεται με τη σωματική κόπωση, την αϋπνία, την αναιμία, τον πόνο της περινεοτομίας και με την ψυχική φόρτιση λόγω της φροντίδας του παιδιού. Αυτή η κατάσταση είναι παροδική και θα χρειασθεί ίσως περισσότερη ηρεμία και ξεκούραση αλλά και τη συμπαράσταση των οικείων.

3. Ψύχωση της λοχείας:

Αν η δυσθυμία εμφανιστεί με τη μορφή της μελαγχολίας, επιπεπλεγμένης με συναισθήματα ενοχής και άγχους ή με παραισθήσεις και τάσεις αυτοκτονίας, τότε η κατάσταση αυτή είναι συμβατή με την ψύχωση της λοχείας και χρειάζεται ψυχιατρική παρακολούθηση. (Μιχαλάς, 2000).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Όταν η επίτοκος προσέλθει στα εξωτερικά ιατρεία και διαγνωστεί η έναρξη του τοκετού από τον μαιευτήρα τότε το νοσηλευτικό προσωπικό προχωρεί στη λήψη ορισμένων φροντίδων όπως:

- I. Ανοίγεται ο ατομικός φάκελος παρακολούθησης της επιτόκου για να ενημερωθούν για την κατάσταση της υγείας της και την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, ή αν δεν υπάρχει παίρνουν πλήρες ιστορικό της επιτόκου.
- II. Γίνεται λήψη της αρτηριακής πίεσης των σφύξεων και της θερμοκρασίας, για τη διάγνωση πιθανής παθολογικής κατάστασης της εγκυμοσύνης.
- III. Γίνεται λήψη αίματος και ούρων και στέλνονται για ανίχνευση λευκόματος στα ούρα και για διασταύρωση αίματος στην αιμοδοσία (Durer, Zeib, 1994).
- IV. Προσδιορίζεται το σχήμα και η θέση του εμβρύου με τους χειρισμούς Leopold.
- V. Γίνεται ακρόαση των εμβρυικών παλμών, της έντασης και διάρκειας των ωδινών με τον καρδιοτοκογράφο (Puzas, Gradishar, Gulanick, 2003).
- VI. Εκτιμάται η διαστολή του τραχήλου.
- VII. Εκτιμάται η ποιότητα του αμνιακού υγρού σε περίπτωση που έχουν ραγεί οι υμένες.
- VIII. Γίνεται καταιωνιστικό λουτρό καθαριότητας.
- IX. Ζυγίζεται η επίτοκος.
- X. Γίνεται υποκλισμός για την αποφυγή εξόδου κοπράνων και ρύπανσης του περιναίου κατά την εξώθηση γιατί βοηθάει την πρόοδο του τοκετού.
- XI. Γίνεται κένωση της ουροδόχου κύστης με ούρηση.
- XII. Γίνεται ευπρεπισμός των εξωτερικών οργάνων. Ξυρίζεται το τριχωτό του εφηβαίου, η εξωτερική επιφάνεια των μεγάλων

χειλέων, η περιοχή του περιναίου και του πρωκτού και γίνεται πλύση τους με αντισηπτική διάλυση.

- XIII. Αφαιρούνται φακοί επαφής, οδοντοστοιχίες και ξεβάφονται τα νύχια της επιτόκου για την καλύτερη παρακολούθησή της.
- XIV. Παραμένει η επίτοκος σε θάλαμο δίπλα στην αίθουσα τοκετών μέχρι να τελειώσει σχεδόν το πρώτο στάδιο τοκετού και μεταφέρεται στη συνέχεια στην αίθουσα τοκετού. Στον θάλαμο αυτό υπάρχει απαραίτητα κλίνη για την επίτοκο, παροχή οξυγόνου, καρδιοτοκογράφος και επαρκής πλάγιος και κάθετος φωτισμός, και φαρμακευτικός και υγειονομικός εξοπλισμός (Σαλάτα, 2008).

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού το νοσηλευτικό προσωπικό παρακολουθεί τις ωδίνες, ως προς την συχνότητα, την ένταση και τη διάρκειά τους.

1. Εφαρμόζουν στην επίτοκο καρδιοτοκογράφο με τον οποίο ελέγχουμε εκτός από την ένταση, την διάρκεια και την συχνότητα των ωδινών και τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου.
2. Παρακολουθούν την διαστολή του τραχήλου της μήτρας.
3. Εκτιμούν την κατάσταση της επιτόκου με συχνή λήψη των ζωτικών της σημείων. Οι σφίξεις της επιτόκου στη διάρκεια των ωδινών αυξάνονται σε συχνότητα και ελαττώνονται στην παύλα. Η θερμοκρασία παραμένει συνήθως φυσιολογική. Άνοδος της σημαίνει αφυδάτωση ή λοίμωξη. Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται προοδευτικά στη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου σταδίου. Το μέγιστο φτάνει την ώρα της εξώθησης (Pappas, Hollingsworth, Livingston, 1999).
4. Ελέγχουν για αιμορραγία από τον κόλπο (ρήξη πλακούντα, προδρομικός πλακούντας, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα).
5. Ελέγχουν γενικά για σημεία προεκλαμψίας ή εκλαμψίας.

6. Ενδιαφέρονται για συνεχή κένωση της ουροδόχου κύστης.
7. Παρακολουθούν την κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου.
8. Επιτρέπουν στην επίτοκο να παίρνει όποια θέση θέλει ή να σηκώνεται και να βαδίζει. Η πλάγια θέση θεωρείται η καλύτερη στο πρώτο στάδιο τόσο για την επίτοκο όσο και για το έμβρυο. Φροντίζουν για την διατήρηση της αντισηψίας της περιοχής των εξωτερικών γεννητικών της οργάνων.
9. Στο στάδιο αυτό του τοκετού δεν επιτρέπεται στην έγκυο να σφίγγεται, αλλά αντίθετα να παίρνει συνεχόμενες επιπόλαιες αναπνοές κατά την διάρκεια των ωδινών και να χαλαρώνει σε κάθε παύλα. Το πρόωρο σφίξιμο της επίτοκου προκαλεί οίδημα του τραχήλου με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η εξάλειψη του τραχήλου.
10. Κατάλληλα διαμορφωμένος χώρος και απαλή μουσική βοηθάνε την επίτοκο που περνάει τις περισσότερες ώρες του τοκετού της εκεί (Σαλάτα, 2008).

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί συνέχεια της φροντίδας του πρώτου σταδίου. Επιπρόσθετα η προσοχή εντείνεται στην παρακολούθηση και φροντίδα της επίτοκου.

- 1) Όταν διαπιστωθεί η έναρξη του δευτέρου σταδίου, η επίτοκος τοποθετείται στο μαιευτικό κρεβάτι σε θέση λιθοτομίας.
- 2) Εφαρμόζονται αποστειρωμένες ποδοκνήμες, γίνεται πλύση των έξω γεννητικών οργάνων, στρώνεται αποστειρωμένο μεγάλο τετράγωνο κάτω από τους γλουτούς της και παίρνει στάση εξώθησης (Puzas, Gradishar, Gulanick, 2003).
- 3) Όταν η κεφαλή του εμβρύου αρχίζει να προβάλλει, ο μαιευτήρας ή η μαία είναι έτοιμοι να επέμβουν. Έχουν προηγουμένως πλυθεί, όπως

για χειρουργική επέμβαση, έχουν φορέσει στολή χειρουργείου και αποστειρωμένα γάντια.

- 4) Για να εξωθήσει καλύτερα η επίτοκος και να συμβάλει αποτελεσματικότερα στην γρηγορότερη εξέλιξη του τοκετού, τη συμβουλεύουν τη στιγμή της ωδίνης να πιάνει τα πόδια της πίσω από τα γόνατά της, να φέρνει τους μηρούς στην κοιλιά της και με το σαγόκι ακουμπισμένο πάνω στο στέρνο της να σφίγγεται όπως όταν θέλει να αποδεύσει, αφού πρώτα πάρει βαθιά αναπνοή. Αν δεν καταφέρνει μόνη της να κρατήσει το κεφάλι πάνω στο στέρνο της, την βοηθάει ο νοσηλευτής-τρια (Pappas, Hollingsworth, Livingston, 1999).
- 5) Αν αποβληθούν κόπρανα κατά την ώρα της εξώθησης, πλένονται τα εξωτερικά γεννητικά όργανα με αντισηπτική διάλυση και σκουπίζονται με τολύπιο πάντα με φορά από πάνω προς τα κάτω.
- 6) Οι νοσηλευτές έχουν φροντίσει να υπάρχουν στο χώρο όλα τα απαραίτητα μηχανήματα, υλικά.
- 7) Με τη γέννηση του νεογνού τελειώνει το δεύτερο στάδιο τοκετού και το νοσηλευτικό προσωπικό ασχολείται με την ανάνηψη και περιποίηση του νεογεννήτου (Shapiro, 2001).

5.4 ΤΟ ΣΕΤ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Για την προετοιμασία του τοκετού σε οποιοσδήποτε μαιευτικές εγκαταστάσεις, το κρεβάτι του τοκετού ή η τροχήλατη καρέκλα είναι συνήθως έτοιμα κατά τη μεταβατική φάση για τις πρωτοτόκες και κατά τη διάρκεια της ενεργούς φάσης για τις πολυτόκες. Το τραπέζι του τοκετού έχει ετοιμασθεί και τα εργαλεία είναι τακτοποιημένα στο τραπέζι των εργαλείων. Ακολουθούνται οι βασικές διαδικασίες για την τοποθέτηση γαντιών, τον προσδιορισμό και το άνοιγμα αποστειρωμένων συσκευασιών, την τοποθέτηση αποστειρωμένων εφοδίων στο τραπέζι εργαλείων και το ξετύλιγμα των αποστειρωμένων εργαλείων καθώς επίσης και την εργαλειοδοσία στον ιατρό.(Lowdermilk-Perry,2006). Ο χώρος στον οποίο θα γίνει ο τοκετός, σύμφωνα με τις καθημερινές επιταγές της επιστήμης, πρέπει να διαθέτει απαραίτητα τον κάτωθι εξοπλισμό:

- I. Μαιευτική κλίνη
- II. Καρδιοτοκογράφο
- III. Μηχάνημα αναισθησίας
- IV. Μηχάνημα αναλγησίας
- V. Μηχάνημα ανάνηψης νεογνού
- VI. Μηχάνημα καταγραφής των ζωτικών σημείων της επιτόκου
- VII. Ειδικό περιστρεφόμενο κάθισμα
- VIII. Επαρκή φωτισμό, πλάγιο και κάθετο
- IX. Επαρκή ρουχισμό
- X. Επάρκεια εργαλείων
- XI. Τράπεζες εργαλείων (Σαλάτα, 2008).



Εικόνα 20: Αίθουσα τοκετού



Εικόνα 21: Μαιευτική κλίνη

5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η παρακολούθηση της γυναίκας στο τρίτο στάδιο του τοκετού, στο στάδιο της υστεροτοκίας, πρέπει να είναι ιδιαίτερη, γιατί πολλές σοβαρές επιπλοκές μπορούν να συμβούν σε αυτό.

- I. Παρατηρείται η γυναίκα για αιμορραγία και shock
- II. Παρατηρείται το έμβρυο για αναπνοή, βλέννα, χρώμα και κλάμα
- III. Ψηλαφείται και μαλάσσεται η μήτρα όπως έχει προταθεί από τον ιατρό αμέσως μετά τη γέννηση του εμβρύου για να προκαλέσει συστολή για να αποβάλει τον πλακούντα
- IV. Όταν υπάρξει μία ξαφνική αναπήδηση του αίματος και το ομφαλικό κορδόνι επιμηκυνθεί, τότε ασκείται ελαφρά πίεση στην κάτω κοιλιά του ασθενούς προς προβολή του πλακούντα (Τραγέα, 1999)
- V. Κρατάται το δοχείο ακριβώς κάτω από το κολπικό άνοιγμα για να δεχθεί τον πλακούντα
- VI. Ελέγχεται ο σφυγμός της μητέρας και για σημάδια επικείμενου shock (γρήγορος σφυγμός και κρύος υδρώτας)
- VII. Μαλάσσεται η μήτρα όταν χαλαρώσει. Χαλάρωση της μήτρας είναι προφανής σε περιπτώσεις άφθονης αιμορραγίας ή ατονία της μήτρας (έλλειψη τόνου στη μήτρα)
- VIII. Γίνεται έλεγχος συχνά για υπερβολική αιμορραγία. Η μήτρα πρέπει να παραμένει σφικτή
- IX. Δίνεται φαρμακευτική αγωγή «as directed»
- X. Απλώνονται περιναϊκά μαξιλάρια στη μητέρα μετά την ολοκλήρωση του τοκετού

- XI. Ολοκληρώνονται οι σημειώσεις που αφορούν την ώρα και τον τύπο του τοκετού και την ακριβή ώρα παράδοσης του πλακούντα (Shapiro, 2001).

5.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΤΑΡΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Οι νοσηλεύτριες-τριες ελέγχουν την ασθενή για τα εξής:

- I. Κολπική αποχέτευση. Αν γεμίσουν παραπάνω από 2 υγιεινές πετσέτες με αιματηρή απόχρωση κατά τη διάρκεια των πρώτων 4 ωρών μετά τον τοκετό, τότε υπάρχει μαζική αιμορραγία. Το φυσιολογικό ποσοστό του κολπικού αίματος μέσα στις πρώτες 2 ώρες είναι περίπου 60gr. Δεν πρέπει να υπάρχουν τήγματα αίματος. Αν συνεχιστεί η αιματική ροή τότε η μήτρα θα πρέπει να μαλαχθεί μέχρις ότου σκληρύνει.
- II. Σφυγμός. Μετά τον τοκετό μπορεί να υπάρξει μικρή πτώση του σφυγμού, μπορεί να είναι 60 με 80 bpm. Γρήγορος σφυγμός, σημαίνει εμφάνιση σοκ ή μασκαρεμένη αιμορραγία. Η νοσοκόμα θα πρέπει να το αναφέρει αμέσως στον ιατρό (Lowdermilk, Perry, 2006).
- III. Θερμοκρασία. Μπορεί να υπάρξει μικρή άνοδος της θερμοκρασίας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Γενικά η θερμοκρασία πρέπει να παραμείνει σε φυσιολογικά όρια.
- IV. Αρτηριακή πίεση. Η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να μετριέται συχνά και να σημειώνεται. Οποιαδήποτε ανώτερη τιμή θα πρέπει να αναφέρεται. Δεν είναι ασυνήθιστο η μητέρα να παραπονεθεί για πονοκέφαλο. Αν ξαπλώσει οριζόντια τότε ανακουφίζεται (Puzas, Gradishar, Gulanick, 2003).
- V. Πυθμένας. Η κορυφή της μήτρας πρέπει να είναι σκληρή και σφικτή. Πρέπει να βρίσκεται κάτω από τον αφαλό. Αν ο πυθμένας είναι μαλακός και ευρύς, θα πρέπει να μαλάσσεται μαλακά μέχρι να σκληρύνει. Φυσιολογικά η μήτρα ανταποκρίνεται στις μαλάξεις. Να μην υπερμαλάσσεται (Shapiro, 2001).

5.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Αμέσως μόλις ειδοποιηθεί το τμήμα λεχωίδων για την άφιξη μιας νέας λεχωίδας η νοσηλεύτρια:

- I. ετοιμάζει το κρεβάτι είτε σε μονόκλινο δωμάτιο είτε στο πιο ήσυχο τμήμα του θαλάμου, ώστε η λεχώνα να έχει τις καλύτερες δυνατότητες να ξεκουραστεί.
- II. Με την άφιξη της λεχώνας την υποδέχεται ονομαστικά, ελέγχει το ποσό των λοχείων και εάν η ουροδόχος κύστη είναι κενή.
- III. Ελέγχει την αρτηριακή πίεση, τους σφυγμούς και τη θερμοκρασία. Η θερμοκρασία μπορεί να είναι υψηλότερη της συνηθισμένης την πρώτη ημέρα, εξαιτίας της κόπωσης από τον τοκετό, τις επόμενες ημέρες εξαιτίας της δράσης της προλακτίνης στο μαστό και της υπερφόρτωσης των μαστών. Η συχνότητα του σφυγμού είναι περίπου 80 ανά πρώτο. Εάν η συχνότητα είναι αυξημένη μπορεί να είναι ένδειξη αιμορραγίας ή λοίμωξης. Εάν είναι ένδειξη αιμορραγίας θα συνοδεύεται από σύγχρονη πτώση της αρτηριακής πίεσης. Οι συχνές κλινικές εκτιμήσεις κατά τη διάρκεια του 4^{ου} σταδίου του τοκετού στοχεύουν στην παροχή άμεσης αναγνώρισης της μαζικής αιμορραγίας (Lowdermilk-Perry, 2003)
- IV. Μελετά το ιστορικό της, ιδιαίτερα την ηλικία και τον τόκο της λεχώνας, την ομάδα αίματος και τον παράγοντα Rhesus, καθώς και την τιμή της Hb και Ht στην πιο πρόσφατη εξέταση.
- V. Ελέγχει το είδος του τοκετού, τη διάρκεια, την απώλεια αίματος και το αποτέλεσμα του τοκετού, το βάρος του νεογνού και τη γενική του κατάσταση (A.P.G.A.R) αμέσως μετά τον τοκετό, τη μέθοδο διατροφής που έχει επιλέξει η μητέρα για το νεογνό της, την κοινωνική κατάσταση της μητέρας και τα πιθανά οικογενειακά προβλήματα, που αναφέρονται στο ιστορικό.(Τραγέα,1999)

- VI. Ελέγχει τη μήτρα. Η μήτρα πρέπει να εξετάζεται συχνά το πρώτο εικοσιτετράωρο μετά τον τοκετό, καθημερινά μέχρι τη δέκατη περίπου μέρα, οπότε δεν είναι δυνατή η ψηλάφησή της από τα κοιλιακά τοιχώματα. Τέλος εξετάζεται με κολπική εξέταση την έκτη εβδομάδα της λοχείας οπότε θα πρέπει να έχει συμπληρωθεί η παλινδρόμηση. Ο ρυθμός παλινδρόμησης είναι διαφορετικός σε κάθε γυναίκα, είναι ταχύτερος σε λεχώνες που θηλάζουν. Η μήτρα πρέπει να είναι καλά συνεσπασμένη και να μην προκαλείται πόνος κατά την εξέτασή της. Πριν από την εξέταση η νοσηλεύτρια πρέπει να βεβαιωθεί ότι η ουροδόχος κύστη είναι άδεια και ότι λεχώνα είχε κένωση την ίδια μέρα. Η γεμάτη ουροδόχος κύστη και το γεμάτο έντερο εμποδίζουν την παλινδρόμηση της μήτρας. Παθολογικοί παράγοντες που εμποδίζουν την παλινδρόμηση είναι η κατακράτηση κοτυληδόνας ή υμένων καθώς και η παρουσία πηγμάτων αίματος. Εάν συνυπάρχει και ευαισθησία ή πόνος στη μήτρα κατά την ψηλάφηση η κατάσταση υποδηλώνει λοίμωξη.
- VII. Τα λόχεια εξετάζονται καθημερινά, εξετάζεται η ποσότητα, το χρώμα, η σύσταση και η οσμή. Εάν τα λόχεια παραμένουν αιματηρά μετά την έκτη ημέρα ή είναι δύσοσμα είναι ένδειξη ότι υπάρχει λοίμωξη και πρέπει να ζητηθεί ιατρική βοήθεια (Pappas, Hollingsworth, Livingston, 1999).
- VIII. Διούρηση: η λεχώνα πρέπει να ενθαρρύνεται να ουρεί αμέσως μετά τον τοκετό και συχνά
- IX. Υστερόπονοι: οι πολυτόκες συχνά αισθάνονται υστερόπονους τις πρώτες τρεις ημέρες μετά τον τοκετό. Οι υστερόπονοι οφείλονται στις έντονες συσπάσεις της μήτρας. Είναι περισσότερο έντονοι όταν η λεχώνα θηλάζει. Εάν γίνονται επώδυνοι, η λεχώνα μπορεί να πάρει παυσίπονα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποκλείσει την πιθανότητα παραμονής τμήματος πλακούντα ή και υμένων στη μήτρα.
- X. Το περίνεο και τα εξωτερικά γεννητικά όργανα εξετάζονται συχνά ώστε να διαπιστωθεί η φυσιολογική επούλωση των

τραυμάτων του περινέου και να διαγνωσθεί τυχόν μόλυνση του τραύματος. Είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να διδάξει τη λεχώνα για τη σημασία που έχει η καθαριότητα και η τοπική υγιεινή για την καλή επούλωση των τραυμάτων.(Τραγέα,1999)

- XI. Ελέγχει τα κάτω άκρα της λεχώνας, για σημεία θρομβοφλεβίτιδας η οποία χαρακτηρίζεται από πόνο ,οίδημα, ερυθρότητα,και πιθανόν πυρετό

- XII. Οι μαστοί εξετάζονται για να εκτιμηθεί η έναρξη της γαλουχίας, η υπερφόρτωση και πιθανώς ραγάδες και μόλυνση.

Άρα η νέα μητέρα πρέπει να παρακολουθείται καθημερινά για:

- I. Ποσότητα αιμορραγίας
- II. Θερμοκρασία, πίεση αίματος, σφυγμούς

- III. Κατάσταση μαστών και παραγωγή γάλακτος

- IV. Αποβολή ούρων και κινητικότητα εντέρου

- V. Κατάσταση του περινέου (αιμορροΐδες ή αιδοιοτομία ή και τα δύο)

- VI. Ψυχολογική υγεία (Shapiro, 2001).

5.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

1. Σε ανεπάρκεια όγκου υγρών που σχετίζεται με αιμορραγία της μήτρας:

- I. παρακολούθηση (χρώμα,ποσότητα, σύσταση) μέτρηση και ζύγιση σερβιέτας εάν η ποσότητα των λοχίων είναι μεγάλη για να αξιολογηθεί η ποσότητα της αιμορραγίας.

- II. παρακολούθηση ζωτικών σημείων(αυξημένοι σφυγμοί και αναπνοές μειωμένη αρτηριακή πίεση) τη θερμοκρασία και το χρώμα του δέρματος για ανίχνευση σημείων

αιμορραγίας/καταπληξίας (Puzas, Gradishar, Gulanick, 2003).

- III. παρακολούθηση αιματολογικών εξετάσεων για να γίνει σωστή εκτίμηση της επίδρασης απώλειας αίματος.
- IV. χορήγηση υγρών, παραγώγων αίματος ή παραγόντων που αυξάνουν τον όγκο του πλάσματος σύμφωνα με την οδηγία για την αναπλήρωση του απωλεσθέντος όγκου υγρών και αίματος (Shapiro, 2001).

2. Οξύς πόνος που σχετίζεται με τις φυσιολογικές μεταβολές της περιόδου της λοχείας (**αιμορροΐδες, περινεοτομία, συμφορητική διόγκωση των μαστών, επώδυνες θηλές με ραγάδες**)

- I. εκτίμηση: εντόπιση, τύπος και ποιότητα πόνου.
- II. χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- III. εάν ο πόνος εντοπίζεται στο περίνεο(περινεοτομία, αιμορροΐδες), τοποθετείστε παγοκύστες κατά το πρώτο 24ωρο για μείωση του οιδήματος και της δυσφορίας.
- IV. εάν ο πόνος προέρχεται από τους μαστούς και η γυναίκα θηλάζει ενθαρρύνετε τη χρήση υποστηρικτικού στηθόδεσμουθηλασμού για περισσότερη άνεση.
- V. εάν οι μαστοί είναι διογκωμένοι ζητήστε από τη γυναίκα να χρησιμοποιήσει ζεστά επιθέματα (Καλογερόπουλος, 2004).

3. Διαταραχές του ύπνου λόγω **έντονης διέγερσης, δυσφορίας και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων**

- I. εξασφαλίστε κατάλληλο περιβάλλον για την προαγωγή του ύπνου (χαμηλός φωτισμός, ησυχία)
- II. Αποφυγή καφεΐνης έντονης πνευματικής/σωματικής δραστηριότητας.
- III. χορήγηση κατασταλτικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία για ενίσχυση της ποιότητας του ύπνου.(Μωραΐτου, Λυκερίδου, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

***ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ
ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ***

6.1 ΠΡΩΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η επίτοκος ετών 22 εισήλθε στο μαιευτικό τμήμα νοσοκομείου με πόνους μέτριας έντασης στο υπογάστριο και ανέφερε ότι άρχισε να αισθάνεται τους πόνους 3 ώρες προτού έλθει στο νοσοκομείο. Η επίτοκος οδηγήθηκε στο θάλαμό της όπου έγινε και η λήψη ιστορικού. Η μαιευτική εξέταση που ακολούθησε από τον μαιευτήρα γιατρό έδωσε τα εξής αποτελέσματα: Η επίτοκος βρίσκεται στον ένατο μήνα της εγκυμοσύνης της, το θυλάκιό της είναι άρρηκτο και έχει διαστολή τραχηλικού στομίου 2 εκατοστών. Επίσης έγινε ο καθορισμός του σχήματος, προβολής και θέσης του εμβρύου. Το σχήμα ήταν κάθετο, η προβολή του κεφαλική και η θέση του αριστερή πρόσθια. Μετά την εξέταση της επίτοκου από τον μαιευτήρα γιατρό η επίτοκος οδηγήθηκε στην αίθουσα ωδινών η νοσηλεύτρια πήρε την αρτηριακή πίεση η οποία ήταν φυσιολογική 120/80mmHg ο σφυγμός 76 σφύξεις το λεπτό και η θερμοκρασία της 36,5 βαθμούς Κελσίου. Τα προβλήματα που παρουσίασε η επίτοκος δίνονται στον παρακάτω πίνακα καθώς επίσης και οι νοσηλευτικές ενέργειες που έγιναν για την αντιμετώπισή της.

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή του Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
1. Άρρηκτο θυλάκιο	Ρήξη του θυλακίου ώστε να επιτευχθεί πρόοδος στην εξέλιξη του τοκετού	Ρήξη του θυλακίου τεχνητά κατόπιν εντολής γιατρού εφόσον η διαστολή του τραχηλικού στομίου είναι 5 εκατοστά	Εφαρμογή τεχνητής ρήξης του θυλακίου	Με την εφαρμογή της τεχνητής ρήξης υπήρξε πρόοδος στην εξέλιξη του τοκετού και ο τοκετός προχώρησε ομαλά

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή του προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
2. Ασθενείς ωδίνες	Ενίσχυση των διασταλτικών ωδινών της επιτόκου ώστε να υπάρξει πλήρης διαστολή του τραχηλικού στομίου	Χορήγηση ωδινοποιητικών φαρμάκων με ιατρική εντολή	Χορήγηση ωκυτοκίνης 10 μονάδων σε ορό και ρύθμιση ροής του ορού σε 15 σταγόνες το λεπτό	Με τη χορήγηση της ωκυτοκίνης η οποία δρα στο μυομήτριο αυξάνοντας τις συσπάσεις του, οι διασταλτικές ωδίνες του έγιναν εντονότερες και συχνότερες

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή του προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
3. Ακαμψία τραχηλικού στομίου	<p>1. Χαλάρωση και μαλάκυνση του τραχηλικού στομίου με αποτέλεσμα την ομαλή εξέλιξη του τοκετού</p> <p>2. Πρόληψη του οιδήματος του τραχήλου</p>	<p>1. Χορήγηση σπασμολυτικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία όπως Primperan 1x3 σε 100 ml N/S 0,9% I.V</p> <p>2. Πρόληψη του πρόωρου σφυξίματος της επιτόκου διότι προκαλείται έτσι οίδημα του τραχήλου</p>	<p>1. Χορήγηθηκαν σπασμολυτικό Primperan</p> <p>2. Συμβουλές στην επίτοκο να σφίγγεται μόνο κατά τη διάρκεια των ωδίνων και ποτέ πρόωρα αφού πάρει βαθιά εισπνοή</p>	Ο συνδυασμός των μέτρων απέδωσε και υπήρξε χαλάρωση του τραχηλικού στομίου και με την ενέργεια των διασταλτικών ωδίνων η διαστολή του τραχηλικού στομίου κατέστη τέλεια

6.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η λεχωίδα ηλικίας 26 ετών γέννησε στο μαιευτικό τμήμα με φυσιολογικό τοκετό ζωντανό νεογνό αγόρι βάρους 3.850 k.g. Ως επίτοκος κατά τη γενική της εξέταση να ανέφερε ότι είχε πυρετό 38,5 και ότι είχε κρυολογήσει. Αφού τοποθετήθηκε στο θάλαμο του τμήματος με ιατρική εντολή έγινε συμπτωματική θεραπεία με αντιπυρετικά φάρμακα. Όμως την ίδια μέρα εξελίχθηκε και ο τοκετός αφού η επίτοκος είχε έρθει με πόνους στο υπογάστριο και το θυλακίο της ερρηγμένο με διαστολή 5 εκ. Μετά τον τοκετό και πάλι παρουσίασε πυρετική έξαρση στις θερμομετρήσεις που της έγιναν κάθε τρεις ώρες, η λεχωίδα είχε πυρετό από 38,3 έως 39. Τα προβλήματα που παρουσίασε η λεχωίδα δίδονται παρακάτω.

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή του Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
1. Πυρετός	<p>1. Μείωση του πυρετού και ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>2. Πρόληψη ή μείωση των δυσμενών επιπτώσεων του πυρετού</p>	<p>1. Χορήγηση δροσερών υγρών per os</p> <p>2. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων</p> <p>3. Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών προληπτικά λόγω των εφιδρώσεων που γίνονται εξαιτίας της αύξησης του βασικού μεταβολισμού</p> <p>4. Λήψη των ζωτικών σημείων τακτικά</p> <p>5. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής όπως Apotel 1x2 σε ορό 100ml N/S 0,9% I.V</p>	<p>1. Χορηγήθηκε άθρονο νερό και χυμός φρούτων</p> <p>2. Χρησιμοποιήθηκαν ψυχρά επιθέματα</p> <p>3. Διατηρήθηκε το ισοζύγιο υγρών μετά από ηλεκτρολυτικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε.</p> <p>4. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο</p> <p>5. Χορηγήθηκαν αντιπυρετικό Apotel με εντολή γιατρού</p>	<p>1. Με την ενυδάτωση μειώθηκε η θερμοκρασία του σώματος</p> <p>2. Με τη χορήγηση του αντιπυρετικού φαρμάκου παρατηρήθηκε εφίδρωση και πτώση του πυρετού</p>

Ανάγκες/ Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή του Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
2. Δυσκοιλιότητα	1. Αποκατάσταση και διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου	1. Να δοθεί ανάλογη διαίτα 2. Εφαρμογή υποθέτου 3. εφαρμογή καθαρτικού υποκλυσμού εάν η παραπάνω θεραπεία δεν αποδώσει	1. Χορήγηση τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη, υδατάνθρακες και ενίσχυση της ασθενούς να παίρνει άφθονα υγρά 2. Τοποθέτηση του υποθέτου 30 λεπτά της ώρας πριν το γεύμα	1. Με τη χορήγηση τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη αυξήθηκε η συσταλτικότητα του εντέρου με αποτέλεσμα την προώθηση του περιεχομένου του 2. Με την τοποθέτηση του υποθέτου αυξάνονται οι πεισταλτικές κινήσεις του εντέρου και προκαλείται περιστολή και κένωση

6.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΙΔΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ

Η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής που θα αναλάβει τη νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου και της λεχωίδας πρέπει να έχει υπόψιν του τα εξής:

1. Η επίτοκος που θα έρθει στο νοσοκομείο ή στην κλινική με ωδίνες διακατέχεται από φόβο και αγωνία για τη γέννηση του νεογνού. Εμείς πρέπει να την ενισχύσουμε ψυχολογικά και να τη βοηθήσουμε διδάσκοντάς της τον τρόπο που θα αναπνέει κατά τη διάρκεια των ωδινών και μετά από αυτές.
2. Πρέπει να μάθουμε καλά να διακρίνουμε τυχόν αλλοιώσεις παλμών του εμβρύου και σε αυτή την περίπτωση να ενεργήσουμε γρήγορα έτσι ώστε να προλάβουμε τη ζωή του εμβρύου.
3. Πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι η ασηψία μέσα στην αίθουσα τοκετών παίζει σημαντικό ρόλο στη μετέπειτα πορεία της λεχωίδας. Ας μην ξεχνάμε ότι παλαιότερα το ποσοστό των θανάτων από τις επιλόχειες λοιμώξεις ήταν μεγάλο.
4. Αμέσως μετά τον τοκετό η λεχωίδα έχει ανάγκη από ξεκούραση και ηρεμία γι'αυτό θα πρέπει να της εξασφαλίσουμε ένα άνετο και ήσυχο περιβάλλον.
5. Οι λεχωίδες και ειδικά οι πρωτότοκες έχουν ανάγκη κάποιας διδασκαλίας.

Γι'αυτό και εμείς πρέπει από την αρχή να βρισκόμαστε κοντά τους διδάσκοντάς τους πώς να περιποιούνται το νεογνό τους, πώς πρέπει να το θηλάζουν και σ'αυτό πρέπει να επιμείνουμε πάρα πολύ καθώς επίσης και πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην εργασία αυτή προσπαθήσαμε να περιγράψουμε ένα από τα μεγαλύτερα θαύματα του κόσμου μας που είναι η γέννηση ενός παιδιού. Για την κάθε γυναίκα η γέννηση ενός παιδιού είναι ένα υπέροχο γεγονός στη ζωή της και μία εμπειρία που πρέπει να είναι ευχάριστη. Καλούμαστε λοιπόν να προσφέρουμε τις γνώσεις και την υποστήριξή μας απλόχερα σε κάθε επίτοκο που διανύει αυτή την ξεχωριστή στιγμή στη ζωή της.

Με τα λόγια αυτά επέρχεται η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας. Για την επιτυχία της προσπάθειας αυτής χρησιμοποιήσαμε όλα τα νεότερα στοιχεία γύρω από το θέμα και έγινε λεπτομερής ανάλυση και επεξεργασία τους, με στόχο την καλύτερη δυνατή αξιοποίησή τους σ'αυτήν την εργασία.

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε τέλος όσους μας συμπαράσταθηκαν τόσο ηθικά , όσο και προσφέροντάς μας την πολύτιμη συνεργασία τους παρέχοντάς μας τις επιστημονικές γνώσεις και την εμπειρία τους στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειάς μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Benson, C., Doubilet, P. (2009). *Ατλας υπερηχογραφίας στη μαιευτική και γυναικολογία*, Αθήνα : Λίτσας.
- Davila, E. (2007). *Εγκυμοσύνη και τοκετός*, Αθήνα : Καλοκάθη.
- Elder, M., Welford, H. (2007). *Το θαύμα της ζωής – Εννέα συναρπαστικοί μήνες: Σύλληψη, εγκυμοσύνη, τοκετός*, Αθήνα: Σαββάλας.
- Durer, D., Zeib, C. (1994). *Προετοιμασία τοκετού*, Αθήνα: Καλοκάθη.
- Jacob, S. (2003). *Ανατομία του ανθρώπου*, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. (2003). *Νοσηλευτική Μητρότητας, Τ I*, Αθήνα: Λαγός.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. (2006). *Νοσηλευτική Μητρότητας, Τ II*, Αθήνα: Λαγός.
- Magowan, B., Drife, J. (2006). *Κλινική μαιευτική και γυναικολογία*, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Macpherson, M., Symonds, M. (1997). *Μαιευτική και γυναικολογία-Εγχρωμη διάγνωση*, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Monga, A., Campbell, S. (2008). *Μαιευτική και Γυναικολογία – Ten Teachers*, Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Netter, F. (2007). *Μαιευτική και Γυναικολογία*, Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Norwitz, E. (2004). *Μαιευτική και Γυναικολογία με μια ματιά*, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Puzas, M., Gradishar, D., Gulanick, M. (2003). *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα*, Αθήνα: Ελλην.
- Pappas, A., Hollingsworth, A., Livingston, J. (1999). *Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική*, Αθήνα: Ελλην.
- Sadler, T. (2005). *Ιατρική Εμβρυολογία*, Αθήνα: Λίτσας.

Shapiro, P. (2001). *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*, Αθήνα: Ελλην.

Stoppard, M. (1995). *Εσείς και η Εγκυμοσύνη*, Αθήνα: Ακμή.

Stoppard, M. (2004). *Σύλληψη, Εγκυμοσύνη, Τοκετός- Ο πιο έγκυρος και περιεκτικός οδηγός για την απόκτηση μωρού εμπλουτισμένος με όλα τα νέα δεδομένα*, Αθήνα: Μίνωας.

West, C. (2008). *Μάθετε για την Υστερεκτομία και τις εναλλακτικές λύσεις, Οικογενειακός γιατρός*, Αθήνα: Πασχαλίδης.

Αγγελοπούλου, Α. (2000). *Φυσιολογική εγκυμοσύνη- Φυσιολογικός τοκετός- Νοσηλευτική παρέμβαση*, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας .

Αθανάτου, Ε. (2004). *Κλινική Νοσηλευτική*, ΓΕ Αναθεωρημένη, Αθήνα: Αθανάτου.

Αμερικανική Εταιρία Γυναικολογίας και Μαιευτικής, *Πως αρχίζει ο τοκετός*,; *Ιατρικά*, T 128, Αθήνα: Φωτοεκδοτική Α.Ε., σ 16-17.

Αντσακλής, Α. (2008). *Μαιευτική και Γυναικολογία*, Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Ασημακόπουλος, Ε., Μανταλενάκης, Σ. (2002). *Υπερηχογραφία στη Μαιευτική και Γυναικολογία*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Βαρδαβάς, Κ., Πατελάρου, Ε. (2008). *Παράγοντες σχετιζόμενοι με την υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη*, *Νοσηλευτική*, T 47, Αθήνα: Βήτα, σ 442- 449.

Βιτωράτος, Ν. (2003). *Πρόδρομος Πλακούντας*, *Ιατρικά*, T 52, Αθήνα: Φωτοεκδοτική Α.Ε., σ 36-38.

Γεωργάκη, Π. (2002). *Φυσιολογικός τοκετός*, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας.

Γκιγκόντες, Ε. (2003). *Πλαστές ωδίνες τοκετού*, *Ιατρικά*, T 85, Αθήνα: Φωτοεκδοτική Α.Ε., σ 34-35.

Ζήσης, Θ. (1999). *Σημειώσεις Ανατομίας Ι*, ΑΤΕΙ Πατρών.

Ιατράκης, Γ. (2004). *Βιβλίο Μαιευτικής*, Αθήνα: Δεσμός.

Ιπποκράτης Ο Κώος 460- 377 π.Χ. (2002). *Γυναικολογία - Μαιευτική*, Θεσσαλονίκη: Ζήτρος.

Καλογερόπουλος, Α. (2004). *Γυναικολογία- Βασικά θέματα. Γενική Γυναικολογία, Γυναικολογική ογκολογία. Ενδοκρινολογία αναπαραγωγής. Σύγχρονα ειδικά θέματα*, Θεσσαλονίκη :University Studio Press.

Καρπάθιος, Σ. (1999). *Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική*, Αθήνα: Βήτα.

Κουκοπούλου, Β. (2001). *Φυσιολογικός τοκετός – Καισαρική τομή – Νοσηλευτική αντιμετώπιση*, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Πατρας.

Κρεατσά, Γ. (2009). *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*, Αθήνα: Πασχαλίδης.

Κρεατσά, Γ. (2001). *Γυναικολογία και Μαιευτική της νεαρής ηλικίας*, Αθήνα: Πασχαλίδης.

Κρεατσάς, Γ., Χρούσος, Γ. (2005). Πρόωρη Ρήξη Υμένων και εξέλιξη εγκυμοσύνης, *Εφηβική Γυναικολογία Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση*, Τ 4, σ 290- 295.

Λώλη, Ε. (2004). *Γυναικολογία και Μαιευτική*, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Μακράκης, Ε. (2002). *Γυναικολογία με απλά λόγια*, Αθήνα: Modern Times.

Μανταλενάκης, Σ. (2005). *Ορόσημα Μαιευτικής και Γυναικολογίας*, , Αθήνα: Καυκάς.

Μιχαλάς, Σ. (2000). *Επίτομη Μαιευτική Γυναικολογία*, Αθήνα: Παρισιάνου.

Μπότης, Ι. (2007). *Βασικές γνώσεις μαιευτικής και γυναικολογίας*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μωραΐτου, Μ. (2004). *Το Βίωμα της Μητρότητας*, Αθήνα: Βήτα.

Μωραΐτου, Μ., Σταλίκας, Α. (2004). Η συχνότητα της κατάθλιψης κατά την κύηση και τη λοχεία, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τ 3, Αθήνα: Βήτα, σ 67- 70.

Μωραΐτου, Μ., Λυκερίδου, Α. (2007). Η αξιοποίηση του τοκετού για την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων, *Νοσηλευτική*, Τ 46, Αθήνα: Βήτα, σ 453- 459.

Πάντος, Γ. (2005). *Ενδοσκοπίσεις στη γυναικολογία*, Αθήνα: Καυκάς.

Παπαδημητρίου, Χ. (2006). *Γυναικολογία*, Αθήνα: Καυκάς.

Παπανικολάου, Ν. Α. (1994). *Μαιευτική*, Αθήνα: Παρισιάνου.

Πρεβεδουράκης, Κ. (1999). *Επίκαιρα θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας*, Αθήνα: Παρισιάνου.

Σαλάτα, Α. (2008). *Σημειώσεις για το μάθημα «Μαιευτική – Παιδιατρική»*, ΑΤΕΙ Πάτρας.

Στόπαρντ, Μ. (2004). *Σύλληψη- Εγκυμοσύνη- Τοκετός*, Αθήνα: Τσαμουρά.

Σύκακη – Δούκα, Α. (2006). *Ο τοκετός είναι αγάπη*, Αθήνα.

Ταρωβάνης, Θ. (2006). *Χειρουργική Μαιευτική και Γυναικολογία. Στοιχεία Βασικής Πρακτικής χειρουργικής, Νοσηλευτικής χειρουργείου και εγχειρητικής*, Θεσσαλονίκη: Ζήτη.

Τοκμακίδης, Π. (2000). *Μαιευτική*, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη: Επιστημονικά βιβλία και περιοδικά, Τεύχος Γ΄.

Τραγέα, Ρ. (1999). *Μαιευτική Φροντίδα*, Αθήνα: Γιαννακόπουλος.

Χριστοπούλου- Αλετρά, Ε. (2002). *Περι γυναικείων- Μαιευτική και γυναικολογία από την αρχαιότητα ως σήμερα*, Θεσσαλονίκη: Σιώκης.

Internet

Αρμενιάκος Α, Ο τοκετός βήμα - βήμα, www.iatronet.gr, 6/10/2009.

Γκικόντες Ε, Ανώδυνος τοκετός, www.iatronet.gr, 3/10/2009.

Η προβολή του εμβρύου, www.health.in.gr, 6/10/2009

Ο τοκετός, www.health.in.gr, 6/10/2009.

Μεταξάς Η, www.drmetaxas.gr, 10/10/2009.

Πιθανές επιπλοκές τοκετού, www.ygeiaonline.gr, 6/10/2004.

Πρόκληση τοκετού, Prevention 2006, www.nklimiw.gr, 10/10/2009.

Πότε παρεμβαίνει ο γιατρός, www.health.in.gr, 6/10/2009.

Χηνιάδης Χ, Η αναλγησία στον τοκετό και την καισαρική τομή, www.iatronet.gr, 3/10/2009.

Χηνιάδης Χ, Φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή, www.iatronet.gr, 3/10/2009.