

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΟΣ**

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

‘ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΗ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ’



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ,Μ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

ΚΑΛΑΪΤΖΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 ΥΠΕΡΤΑΣΗ	7
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	8
1.3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	10
1.4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	10
1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	10
1.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	12
1.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	12
1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	14
1.9 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	14
1.10 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	16
1.11 ΠΡΟΛΗΨΗ	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1	ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	21
2.2	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	21
2.3	ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	22
2.4	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	23
2.5	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	24
2.6	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	25
2.7	ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	25
2.8	ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	27
2.9	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ	28
2.10	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	30
2.11	ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP	31
2.12	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	33
2.13	ΜΗΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	35
2.14	ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	36
2.15	ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΡΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ	37
2.16	ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΟΥΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ	38
2.17	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	39

2.18	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	41
2.19	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	42
2.20	ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΜΕ ΑΓΩΓΗ (ΠΡΟΚΛΗΣΗ) ΤΟΚΕΤΟΥ	42
2.21	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΕΓΚΥΟΥ	46
2.22	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ	47
2.23	ΠΡΟΛΗΨΗ	48
2.24	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	49
2.25	ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	54
3.2	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ	58
3.3	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	58
3.4	ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	59
3.5	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	60
	ΕΠΠΛΟΓΟΣ	65
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος πολύ πλούσια σε συγκινήσεις. Οι εννέα μήνες της κυοφορίας και ο τοκετός δεν θα χαρίσουν μόνο ένα παιδί, αλλά θα ρίξουν ένα διαφορετικό φως στα συναισθήματα, τις σχέσεις και την καθημερινότητά. Η έγκυος θα ανακαλύψει άγνωστες δυνάμεις και δυνατότητες στον εαυτό της, στο σύντροφό και τους άλλους, αλλά και νέα δυναμική στην επικοινωνία μαζί τους. Το μικρό πλασματάκι που μεγαλώνει μέσα στο σώμα της ετοιμάζεται να γεννηθεί αναζητώντας τη δική του αυτονομία, ενώ το ταίρι και η εγκυμονούσα προετοιμάζονται για τους καινούργιους τους ρόλους.

Με άλλα λόγια, η εγκυμοσύνη αποτελεί μία μεταβατική περίοδο, ένα γεφύρι ανάμεσα στην παιδικότητα και την ωριμότητα που θα αποκτήσει η έγκυος με το ρόλο του γονιού. Βέβαια, πρέπει να είναι ξεκάθαρο πως δεν αποτελεί πανάκεια για προβλήματα υπαρξιακά ή στη σχέση με τον σύντροφο ούτε θα πραγματοποιήσει ανεκπλήρωτες προσδοκίες. Πρόκειται για μία διεργασία, στην οποία εμπλέκονται πολλοί παράγοντες, όπως η επικοινωνία με το σύντροφο και το περιβάλλον, τα παιδικά χρόνια, η σχέση με τη μητέρα.

Γι' αυτό, όσο πιο έντιμα κουβεντιάσει με τον εαυτό της και ξεκαθαρίσει πρώτα από όλα τη σχέση της και τις επιθυμίες της και όσο πιο γρήγορα βεβαιωθεί ότι πατάει γερά στα πόδια της και έχει κατακτήσει την αυτονομία, τόσο πιο ομαλά θα προχωρήσει η εγκυμοσύνη και τόσο πιο διαθέσιμη θα είναι ψυχικά, για να απολαύσει κάθε πτυχή από το θαύμα που επιτέλους συνέβη.

Συνεπώς, στόχος είναι η περίοδος της εγκυμοσύνης να είναι μια ιεροτελεστία ωριμότητας και μια γιορτή για την έγκυο, το σύντροφό, αλλά και για το μωρό, το οποίο με τις κεραίες του πιάνει από τώρα ακόμα και τα πιο κρυφά συναισθήματα και σκέψεις.

Κυρίως, η έγκυος δεν πρέπει να ξεχνάει ούτε στιγμή πως μπορεί να ανταπεξέλθει θετικά, ενσυνείδητα και με χαρά απέναντι στο θαυμαστό ταξίδι της γέννησης και το ξεκίνημα της νέας ζωής του μωρού (baby space, www.babyspace.gr, 25/08/2013).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπέρταση στην κύηση χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, καθώς υπάρχει κίνδυνος και για τη μητέρα αλλά και για το έμβρυο. Γι αυτό το λόγο, απαιτείται η μέγιστη δυνατή αντιμετώπιση της. Σε μια όμως ήδη προϋπάρχουσα υπέρταση στον οργανισμό η εμφάνιση εγκυμοσύνης δύναται να τον επιβαρύνει εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων.

Η υπέρταση στην εγκυμοσύνη είναι μία από τις συνηθέστερες επιπλοκές της κύησης. Στην πιο βαριά μορφή της εμπλέκεται με λευκωματουρία και οίδημα (προεκλαμψία) ή και σπασμούς (εκλαμψία).

Τα όργανα που έχουν ουσιαστικό ρόλο στον καθορισμό της αρτηριακής πίεσης είναι η καρδιά, οι νεφροί και οι ενδοκρινείς αδένες

Αν η υπέρταση δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και η μητέρα αλλά και το έμβρυο διατρέχουν σοβαρούς κινδύνους. Στη συνέχεια, θα υπάρξει μια εκτενής καταγραφή την υπερτασικής νόσου περιγράφοντας τις επιπτώσεις, τις επιπλοκές την αντιμετώπιση και την πρόληψη της ώστε να οδηγηθούμε στην ομαλή εξέλιξη και περάτωση της εγκυμοσύνης, τη γέννηση του νεογνού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η αρτηριακή πίεση είναι η δύναμη που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα της αορτής, είναι μεγαλύτερη στη διάρκεια της κοιλιακής συστολής, όταν το αίμα εξωθείται στην αορτή. Αν η διάμετρος των αγγείων γίνει μικρότερη λόγω της αθηρωμάτωσης, η αρτηριακή πίεση αυξάνεται σε μια προσπάθεια να ωθήσει το αίμα μέσω ενός μικρότερου ανοίγματος. Αν αυξηθεί ο όγκος του αίματος μέσα στα αγγεία, η αρτηριακή πίεση αυξάνεται και το καρδιακό έργο πρέπει να αυξηθεί για να διατηρηθεί η άντληση του αυξημένου όγκου του αίματος.

Σαν υπέρταση ορίζεται η εμμένουσα υψηλή αρτηριακή πίεση. Αυτό σημαίνει ότι στους ενήλικους έχουμε ίση ή μεγαλύτερη συστολική αρτηριακή πίεση από 120 mmHg και διαστολική αρτηριακή πίεση ίση ή μεγαλύτερη από 80 mmHg, σε δύο τουλάχιστον μετρήσεις και λήψη της αρτηριακής πίεσης δύο τουλάχιστον φορές με διαφορά δύο εβδομάδων (Dewit, 2009).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Εγκεφαλικές νεκρώσεις και νεκρώσεις του στελέχους του εγκεφάλου
- Εγκεφαλική αιμορραγία
- Σύνδρομο Lucunar
- Πολυνεκρωτική ασθένεια
- Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια/κακοήθης υπέρταση
- Ανεύρυσμα αορτής
- Υπερτασική νεφροσκλήρυνση
- Ασθένεια των περιφερικών αγγείων (Αραβαντινού, 1989).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υπολογίζεται ότι περίπου 600 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση στον ανεπτυγμένο κόσμο.

Σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υπολογίζεται ότι περίπου 600 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση στον ανεπτυγμένο κόσμο. Δυστυχώς, μόνο 12,5% εξ' αυτών ρυθμίζουν αποτελεσματικά τις τιμές της αρτηριακής τους πίεσης. Διεθνή δεδομένα υποστηρίζουν ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης αυξάνει με την ηλικία, με κορύφωση για τις γυναίκες ηλικίας 55-64 ετών και για τους άνδρες ηλικίας 65-74 ετών. Στον ελληνικό χώρο, η επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ που διεξήχθη από την Α' Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά τα έτη 2001-2002, σε τυχαία επιλεγμένο δείγμα 3.042 ανδρών και γυναικών από το λεκανοπέδιο της Αττικής, έδειξε ότι το 38% των ανδρών και το 24% των γυναικών χαρακτηρίζονται ως υπερτασικοί. Επίσης, ο επιπολασμός της υπέρτασης φθάνει το 45% σε άνδρες και 57% σε γυναίκες άνω των 75 ετών. Όπως αναφέρεται και στη σχετική δημοσίευση των ερευνητών της μελέτης, με βάση τα προαναφερθέντα ποσοστά, υπολογίζεται ότι περίπου 2,8 εκατομμύρια Έλληνες εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης.

Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ, μεταξύ άλλων, έδειξε ότι η πλειοψηφία των ανδρών και γυναικών υπερτασικών δεν λαμβάνουν καμία θεραπεία.

Συγκεκριμένα το 65% των ανδρών και το 40% των γυναικών δεν λάμβαναν θεραπεία, ενώ από όσους ήταν υπό φαρμακευτική αγωγή ή υπό ειδική διαίτα μόνο το 34% επιτύγχανε η αρτηριακή τους πίεση να βρίσκεται στα φυσιολογικά όρια. Έτσι, από το σύνολο των υπερτασικών ατόμων, μόνο το 15% φαίνεται να ρυθμίζουν την πίεση τους στο φυσιολογικό.

Από τα επιμέρους ευρήματα της μελέτης φαίνεται ότι η κατανάλωση της Μεσογειακού τύπου διαίτας έχει ιδιαίτερα ευεργετικό ρόλο, καθώς φαίνεται ότι συσχετίζεται με 27% μικρότερη πιθανότητα παρουσίας υπέρτασης. Επίσης, η

μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (έως 30 γραμμάρια την ημέρα) μειώνει τα επίπεδα τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης. Όμως, αυξημένες τιμές κατανάλωσης αλκοόλ αυξάνουν δραματικά τις τιμές της αρτηριακής πίεσης.

Σε άλλη παρόμοια έρευνα που διεξήχθη από το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης σε δείγμα περίπου 22.000 ανδρών και γυναικών εθελοντών από όλη τη χώρα, ήταν 40,2% για τους άνδρες και 38,9% για τις γυναίκες. Επίσης, οι ερευνητές ανακοίνωσαν ότι ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στις αγροτικές περιοχές και στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Τέλος, με βάση τα στοιχεία που δημοσίευσαν στο περιοδικό οι ερευνητές μιας ακόμα ελληνικής επιδημιολογικής μελέτης, της «**The Hypertension Study in General Practice in Hellas**», που πραγματοποιήθηκε σε επιλεγμένο δείγμα 98 Κέντρων Υγείας από όλη τη χώρα, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης ήταν 33,6% στους άνδρες και 28,4% στις γυναίκες, ενώ στα άτομα άνω των 65 ετών ο επιπολασμός ανέρχεται στο 65,4%. Ενδιαφέρον είναι ότι από τους υπερτασικούς, το 39,8% δεν γνώριζε το πρόβλημα της υγείας του.

Όπως φαίνεται από τα ανωτέρω, τα στοιχεία των πρόσφατων ελληνικών επιδημιολογικών ερευνών συγκλίνουν στο ότι ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης στους άνδρες κυμαίνεται μεταξύ 34%-41% και στις γυναίκες μεταξύ 24%-39%. Συνεπώς, 1 στους 3 Έλληνες άνδρες και 1 στις 4 γυναίκες φαίνεται ότι έχουν πρόβλημα με τα επίπεδα της αρτηριακής τους πίεσης. Αν ληφθεί υπόψη ο δυσμενής ρόλος της αρτηριακής υπέρτασης στην ανθρώπινη υγεία, π.χ. με την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, ή αγγειακών εγκεφαλικών, το πρόβλημα λαμβάνει σημαντικές διαστάσεις για την υγεία του πληθυσμού μας.

Τέλος, το έτος 2006 οι ερευνητές της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ πραγματοποίησαν τον 5ετή επανέλεγχο στο δείγμα της μελέτης. Η ανάλυση των στοιχείων έδειξε ότι εμφανίστηκαν 143 νέα περιστατικά αρτηριακής υπέρτασης ανά 1000 άνδρες και 134 νέα περιστατικά ανά 1000 γυναίκες, μέσα στην πενταετία 2001-2006. Με βάση τα στοιχεία του επανελέγχου της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ, μπορούμε να υποθέσουμε ότι την πενταετία που πέρασε εμφανίστηκαν 888.000 νέα περιστατικά

αρτηριακής υπέρτασης στη χώρα μας, γεγονός που αυξάνει το φορτίο νοσηρότητας του πληθυσμού μας (mednutricion, www.mednutrition.gr, 05/05.2013).

1.3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η υπέρταση δεν προκαλεί συμπτώματα, αν και συνοδεύεται από κεφαλαλγία, δεν είναι ξεκάθαρο αν οφείλεται σε αυτήν ή σε άλλες παθολογικές καταστάσεις. Η υπέρταση αποκαλύπτεται μόνο με τον συστηματικό έλεγχο του ατόμου. Τα άτομα που έχουν συστολική πίεση 135-139 mmhg και διαστολική πίεση αίματος 85-89 mmhg πρέπει να κάνουν έλεγχο κάθε χρόνο. Όταν το άτομο υποφέρει από μια σχετιζόμενη με την υπέρταση επιπλοκή, όπως έμφραγμα μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο τότε η υπέρταση μπορεί να διαγνωστεί (Ελληνική Εταιρία Μελέτης της Υπέρτασης, www.hypertension.gr, 08/052013).

1.4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Οι μηχανισμοί της υπέρτασης που έχουν οριστεί και σχετίζονται με αυτή την απορύθμιση είναι:

- Οι κατεχολαμίνες
- Ο όγκος αίματος
- Ο άξονας ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόλης-Na-H₂O
- Οι προσταγλανδίνες
- Η βραδυκίνη
- Η αυξημένη αντίδραση των αγγείων κ.α (Πράπας κ συν. 1991).

1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση διακρίνεται:

1. Ιδιοπαθής (ή πρωτοπαθής), στην οποία ταξινομείται το 90% των περιπτώσεων. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει ιδιοπαθής υπέρταση, όταν ο μέσος όρος τριών ή περισσότερων μετρήσεων, που έγιναν ενώ ο άρρωστος ήταν σε ανάπαυση και σε μεσοδιάστημα μερικών ημερών είναι:

Βρέφη	90/60 mmHg
3-6 ετών	110/70 mmHg
7-10 ετών	120/80 mmHg
11-17 ετών	130/90 mmHg
18-44 ετών	140/90 mmHg
45-64 ετών	150/90 mmHg
65 και πάνω	160/95 mmHg (Σαχίνη-Καρδάση 1997)

2. Η δευτεροπαθή υπέρταση αποτελεί σύμπτωμα μιας άλλης διαταραχής:

- Τα συγγενή ή κληρονομικά προβλήματα που είναι: Η στένωση του ισθμού της αορτής, η συγγενής νεφρική νόσος και η πολυκυστική νόσος των νεφρών.
- Τα φάρμακα, όπως τα αντισυλληπτικά, τα οποία ανεβάζουν την πίεση στο 5% των γυναικών που τα χρησιμοποιούν. Λόγω της μεγάλης διάδοσης που έχει το χάπι τα ποσοστά θεωρούνται σημαντικά. Επίσης, υπάρχουν τα κορτικοστεροειδή που ανακουφίζουν τις αρθρίτιδες και η κυκλοσπορίνη.
- Οι ενδοκρινικές παθήσεις όπως ο πρωτοπαθής αλδοστερονισμός, το φαιοχρωμοκύτωμα, το σύνδρομο Cushing, η μεγαλακρία και ο υπερπαραθυρεοειδισμός.
- Οι νεφροπάθειες, όπως μεταξύ άλλων η διαβητική νεφροσκλήρυνση, η στένωση νεφρικής αρτηρίας κτλ.
- Η εγκυμοσύνη
- Οι αγγείτιδες (my world, www.myworld.gr, 12/05/2013)

Η υπέρταση, ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν, μπορεί ακόμα να υποδιαιρεθεί:

1. Ανάλογα με την ταχύτητα ανάπτυξης της και την βαρύτητα της αγγειοπάθειας που την συνοδεύει, σε :
 - a. Καλοήθη
 - b. Κακοήθη

2. Ανάλογα με τον τύπο της υπέρτασης , σε:
 - a. Συστολική υπέρταση, όπως είναι της μεγάλης ηλικίας
 - b. Συστολική και διαστολική υπέρταση, όπως η ιδιοπαθής, η νεφρογενής κ.α. (Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

1.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση στα πρώιμα στάδια δεν παρουσιάζει συνήθως κάποιο αντικειμενικό σημείο ή σύμπτωμα που να υποδηλώνει την ύπαρξη της, γι αυτό έχει ονομαστεί και ως « σιωπηλός δολοφόνος». Ορισμένα άτομα, μπορεί να έχουν συμπτώματα όπως αδιαθεσία, κεφαλαλγία, ζάλη, θολή όραση, συγκοπικά επεισόδια, ευερεθιστότητα ή νευρικότητα τα οποία μπορεί να οφείλονται και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις. Η υπέρταση ανακαλύπτεται συνήθως από τυχαία μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Επίσης, περίπου το ένα τρίτο των ανθρώπων που πάσχουν από υπέρταση δεν το γνωρίζουν (Dewit, 2009).

1.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

- **Ηλικία:** Ο κίνδυνος υπέρτασης αυξάνεται καθώς γερνάμε.
- **Το φύλο:** Είναι πιο συχνή στους άνδρες. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν υπέρταση μετά την εμμηνόπαυση.
- **Φυλή:** Η υπέρταση είναι ιδιαίτερα συχνή στη μαύρη φυλή, στους οποίους εμφανίζονται και περισσότερες επιπλοκές και έχουν ακόμα μεγαλύτερα ποσοστά μη συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή.
- **Οικογενειακό ιστορικό:** Η υπέρταση τείνει να εμφανίζεται στα μέλη της οικογένειας. Αν και οι δύο γονείς έχουν υπέρταση, ο κίνδυνος να παρουσιάσουν τα παιδιά τους είναι 50%. Επίσης, τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη ιδιοπαθούς υπέρτασης.
- **Παχυσαρκία:** Όσο περισσότερο βάρος έχει κάποιος, τόσο περισσότερο αίμα χρειάζεται για να παρέχεται οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες στους ιστούς του. Καθώς, ο όγκος του αίματος που κυκλοφορεί μέσα στα αιμοφόρα αγγεία αυξάνει, το ίδιο κάνει και η πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών. Πολλές φορές η απώλεια σωματικού βάρους έχει ως αποτέλεσμα την ομαλοποίηση της αρτηριακής υπέρτασης.

- **Έλλειψη άσκησης:** Οι άνθρωποι που δεν ασκούνται τείνουν να έχουν υψηλότερη καρδιακή συχνότητα. Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας αυξάνει επίσης τον κίνδυνο παχυσαρκίας.
- **Κάπνισμα:** Το κάπνισμα ή το μάσημα καπνού μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή πίεση, αμέσως, προσωρινά. Επίσης, οι χημικές ουσίες του καπνού μπορεί να βλάψουν την επένδυση του τοιχώματος των αρτηριών. Αυτό μπορεί να προκαλέσει στένωση στις αρτηρίες και αύξηση της πίεσης του αίματος. Το παθητικό κάπνισμα μπορεί επίσης να αυξήσει την αρτηριακή πίεση.
- **Πάρα πολύ αλάτι (νάτριο) στη διατροφή:** Η υπερβολική ποσότητα νατρίου στη διατροφή μπορεί να προκαλέσει κατακράτηση υγρών στο σώμα που αυξάνουν την πίεση του αίματος.
- **Πάρα πολύ λίγο κάλιο στη διατροφή:** Το κάλιο βοηθά στην εξισορρόπηση της ποσότητας του νατρίου στα κύτταρα.
- **Πολύ λίγη βιταμίνη D στη διατροφή:** Η βιταμίνη D μπορεί να επηρεάσει τη δράση ενός ενζύμου που παράγεται από τα νεφρά, που επηρεάζει την αρτηριακή πίεση.
- **Η κατανάλωση αλκοόλ:** Με την πάροδο του χρόνου η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να βλάψει την καρδιά. Η πόση περισσότερων από δύο ποτά την ημέρα μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή πίεση.
- **Άγχος και στρες:** Τα υψηλά επίπεδα του στρες μπορεί να οδηγήσει σε μια προσωρινή, αλλά δραματική, αύξηση στην πίεση του αίματος.
- Η παρουσία ορισμένων χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένης της υψηλής χοληστερόλης, του διαβήτη, της νεφρικής νόσου και της άπνοιας του ύπνου (Dewit, 2009).

1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η ακριβής και αναπαραγωγίμη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης γίνεται με το πιεσόμετρο. Η ΑΠ θα πρέπει να μετράται με τον ασθενή καθιστό μετά από 5 ή περισσότερα λεπτά ξεκούρασης και τουλάχιστον 30 λεπτά μετά το κάπνισμα και την κατανάλωση καφέ. Η ΑΠ παρουσιάζει μικρή διαφορά μεταξύ των χεριών. Η μέτρηση θα πρέπει να γίνει και στα δύο χέρια αν υπάρχει υποψία υπέρτασης. Το χέρι με την μεγαλύτερη πίεση θα χρησιμοποιηθεί και για τις επόμενες μετρήσεις. Σε κάθε επίσκεψη όμως, η πίεση θα πρέπει να μετράται 2-3 φορές με διάστημα 2 λεπτών.

- Πριν την έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής θα πρέπει να ληφθεί προσεκτικά το ιστορικό του ασθενούς. Το ιατρικό ιστορικό εστιάζει στο προσδιορισμό γνωστών, θεραπεύσιμων αιτιών υπέρτασης, την παρουσία ή όχι βλαβών των οργάνων στόχων και καρδιαγγειακής νόσου καθώς και στην αναζήτηση άλλων παραγόντων κινδύνου που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρόγνωση ή τη θεραπεία. Στο οικογενειακό ιστορικό περιλαμβάνονται οικογενείς νόσοι που συνδέονται με δευτεροπαθή υπέρταση. Ο γιατρός πρέπει επίσης να γνωρίζει τις ατομικές συνήθειες του ασθενούς, δηλαδή, αν ασκείται, αν καταναλώνει οινόπνευμα και τη διατροφή. Επιπλέον, πρέπει αν σημειωθούν τα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής για να διαπιστώσει ο γιατρός αν αλληλεπιδρούν αρνητικά με τα αντιυπερτασικά. Σημαντικό ακόμα είναι ο ασθενής να έχει κατανοήσει την νόσο και αν είναι πρόθυμος να αλλάξει τρόπο ζωής (my world, www.myworld.gr, 12/05/2013), (Ρούσος, 2002).

1.9 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αρχικά, ο γιατρός θα πρέπει να μάθει το ατομικό, αλλά και το οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς. Στη συνέχεια θα πρέπει να προβεί σε λεπτομερή κλινική εξέταση για να ανιχνεύσει σημεία ή συμπτώματα δευτεροπαθούς υπέρτασης ή αν κάποια όργανα-στόχοι (καρδιά, εγκέφαλος, νεφρά, αγγεία και μάτια) έχουν υποστεί βλάβη. Πρώιμα στοιχεία βλάβης, διαπιστώνονται εύκολα στα μάτια με τη

βοήθεια του οφθαλμοσκοπίου, γι αυτό γίνεται συχνός έλεγχος από το γιατρό, καθώς προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για την κατάσταση των αρτηριών όλου του σώματος. Οι καρδιακοί τόνοι εξετάζονται με το στηθοσκόπιο και οποιαδήποτε αλλαγή μπορεί να είναι ενδεικτική της επίδρασης της υπέρτασης στην καρδιά. Επίσης, θα γίνει ακρόαση των πνευμόνων. Θα ελεχθεί ο σφυγμός για να μπορέσει ο γιατρός να διαπιστώσει αν υπάρχουν σημεία που υποδηλώνουν μειωμένη αιματική ροή. Ο ασθενής επιπλέον θα ζυγιστεί και θα γίνει λήψη αίματος (σάκχαρο, ολική, HDL και LDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, ουρία, κρεατινίνη, ουρικό οξύ, κάλιο, νάτριο και ασβέστιο) και γενική εξέταση ούρων για εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης, θα γίνουν ηλεκτροκαρδιογράφημα για να γίνει έλεγχος αν υπάρχει αριστερή κοιλιακή υπερτροφία ή άλλες ανωμαλίες και ακτινογραφία θώρακα για καθορισμό του μεγέθους της καρδιάς.

Μετά Στις περισσότερες περιπτώσεις οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις είναι: σάκχαρο, ολική, HDL και LDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, ουρία, κρεατινίνη, ουρικό οξύ, κάλιο, νάτριο και ασβέστιο, γενική εξέταση ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα (Σαχίνη-Καρδάση, 1997), (Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ. Γεννηματάς, www.gna-gennimatas.gr, 12/05/2013).

Το Holter πίεσης:

Το Holter ρυθμού είναι ένας φορητός ηλεκτροκαρδιογράφος που καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς ενός περιπατητικού ασθενούς για 24 ώρες. Αυτή η εξέταση κρίνεται συνήθως απαραίτητη, όταν ο γιατρός υποψιάζεται αρρυθμία, συχνά βασιζόμενος στα συμπτώματα που του αναφέρει ο ασθενής.

Η εξέταση είναι ανώδυνη και δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία εκ μέρους του εξεταζόμενου. Καλώδια από τη συσκευή εφαρμόζονται πάνω στο δέρμα του, και μετά εκείνος καλείται να ακολουθήσει κανονικά το συνηθισμένο καθημερινό του πρόγραμμα. Επίσης, θα χρειαστεί να κρατάει ένα μικρό ημερολόγιο ώστε να μπορεί ο γιατρός να συσχετίσει τα αποτελέσματα της καταγραφής με τα αναφερόμενα από τον ίδιο τον εξεταζόμενο συμπτώματα (Καρδιολογικό Βήμα, www.kardiologia.blogspot.gr, 15/05/2013).

1.10 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

α) ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Για να είναι αποτελεσματική η αντιυπερτασική θεραπεία θα πρέπει να ακολουθηθεί από ορισμένους κανόνες, για τους οποίους η ενημέρωση γίνεται από τον θεράποντα ιατρό.

Η απόφαση για έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας λαμβάνεται σε συνάρτηση με το επίπεδο του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου που διατρέχει ο συγκεκριμένος ασθενής. Συνεπώς, η παρέμβαση καθορίζεται από το αν ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι μικρός, μέτριος ή μεγάλος για κάθε στάδιο της υπέρτασης. Με την έναρξη της θεραπείας, ο γιατρός πρέπει να καθορίσει την πίεση-στόχο που πρέπει να επιτύχει με τη θεραπεία. Για να επιτευχθεί άριστη ρύθμιση της πίεσης συνήθως χρειάζεται συνδυασμός 2-3 φαρμάκων.

Κατά κανόνα η έναρξη θεραπείας γίνεται με ένα φάρμακο σε μικρή δόση. Έναρξη θεραπείας με συνδυασμό δύο φαρμάκων μπορεί να γίνει όταν η πίεση είναι >160/100 mmHg (σε τουλάχιστον 2 επισκέψεις με τουλάχιστον 2 μετρήσεις ανά επίσκεψη), κυρίως σε αρρώστους με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Η αποτελεσματικότητα κάθε παρέμβασης αξιολογείται συνήθως μετά από ένα μήνα σταθερής θεραπείας. Αν η ανταπόκριση της πίεσης είναι μικρή ή παρατηρούνται ανεπιθύμητες ενέργειες προτείνεται αντικατάσταση με φάρμακο άλλης κατηγορίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει καλή ανταπόκριση αλλά η πίεση παραμένει πάνω από το στόχο, οπότε προτείνεται προσθήκη άλλων φαρμάκων μέχρι να επιτευχθεί ο θεραπευτικός στόχος. Προτιμώνται φάρμακα μακράς διάρκειας δράσης ώστε η χορήγηση τους να γίνεται μόνο μία φορά την ημέρα. Κατά κανόνα τα φάρμακα χορηγούνται α) καθημερινά, β) κατά την πρωινή έγερση και γ) δια βίου (Καρδιολογικό Βήμα, www.kardiologia.blogspot.gr, 05/06/2013).

α) ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας που έχουν έρθει στη δημοσιότητα δεν αστειεύονται: περίπου το 1/3 των Ελλήνων πάσχει από υψηλή αρτηριακή πίεση

και σε συνδυασμό με τα ποσοστά παχύσαρκων και καπνιστών, τα νέα εμφράγματα ετησίως φτάνουν τις 20 χιλιάδες.

Στις περισσότερες περιπτώσεις συνιστώνται φάρμακα που βοηθούν στη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα, τα οποία όμως παρουσιάζουν παρενέργειες, όπως κράμπες στα πόδια, ζαλάδα, αϋπνίες κ.λπ.

Ευτυχώς, όμως, υπάρχουν τρόποι που μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, χωρίς τη λήψη φαρμάκων και ο πιο σημαντικός απ' αυτούς είναι η διατήρηση ενός υγιούς βάρους, μειώνοντας τα κορεσμένα λιπαρά. Μόλις το κατορθώσετε, μπορείτε να προσθέσετε τις παρακάτω στρατηγικές, έτσι ώστε να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα, αλλά και να δράσετε προληπτικά όσοι έχετε οικογενειακό ιστορικό υψηλής αρτηριακής πίεσης. (Σημαντική είναι, φυσικά, η παρακολούθηση από το γιατρό σας τακτικά και η δική του συγκατάθεση αν πρόκειται να σταματήσετε ή να μειώσετε τα αντι-υπερτασικά φάρμακα).

Αυξήστε το περπάτημα στην καθημερινότητά σας

Σύμφωνα με έρευνες, οι υπερτασικοί που καθιέρωσαν το περπάτημα με έντονο ρυθμό για τουλάχιστον 30 λεπτά τη φορά, τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, μείωσαν αποδεδειγμένα την πίεσή τους 2 με 3 βαθμούς. Ο λόγος είναι ότι η άσκηση βοηθάει την καρδιά να αξιοποιήσει καλύτερα το οξυγόνο, έτσι ώστε να μην ζορίζεται όταν αντλεί αίμα κι αυτό μπορείτε να το πετύχετε με διάφορες καρδιαγγειακές ασκήσεις (περπάτημα, τζόκινγκ, αεροβική, ποδήλατο, κολύμπι κλπ). Δοκιμάστε να αυξήσετε σταδιακά την ταχύτητά σας ή την απόσταση που διανύετε, μέσα στα ανεκτά για εσάς όρια.

Πάρτε βαθιές ανάσες

Η αναπνοή που χαρακτηρίζεται από αργό ρυθμό και βαθιές ανάσες και οι διάφορες πρακτικές όπως η γιόγκα και το τάι τσι, καταφέρνουν να μειώσουν τις ορμόνες του στρες, οι οποίες ανεβάζουν τη ρενίνη, ένα ένζυμο που παράγεται στα νεφρά και μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή πίεση. Δοκιμάστε το για 5 λεπτά το πρωί και 5 το βράδυ: εισπνεύστε βαθιά με αργό ρυθμό κι έπειτα, με την εκπνοή, απελευθερώστε όλη σας την ένταση.

Αυξήστε το κάλιο στη διατροφή σας

Τα φρούτα και λαχανικά που είναι πλούσια σε κάλιο παίζουν σημαντικό ρόλο σε οποιοδήποτε πρόγραμμα μείωσης της αρτηριακής πίεσης. Στόχος σας πρέπει να είναι η αύξηση των επιπέδων καλίου στη διατροφή σας, έτσι ώστε να φτάνουν τα 2000 με 4000 mg την ημέρα κι αυτό θα το πετύχετε με την κατανάλωση γλυκοπατάτας, ντομάτας, μπανάνας, αποξηραμένων φρούτων, σταφίδων, αρακά, χυμού πορτοκαλιού κ.ά.

Προσέξτε το νάτριο

Οι ηλικιωμένοι κι αυτοί που έχουν οικογενειακό ιστορικό αυξημένης αρτηριακής πίεσης, παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να δουν την πίεσή τους να ανεβαίνει επικίνδυνα και να επηρεάζεται από την κατανάλωση αλατιού (νατρίου). Επειδή, όμως, κάτι τέτοιο δύσκολα μπορεί να εντοπιστεί, πρέπει όλοι μας να δίνουμε προσοχή στην πρόσληψη νατρίου, καταναλώνοντας μέχρι 1500 mg καθημερινά (μισό κουταλάκι του γλυκού αλάτι περιέχει 1200 mg νατρίου). Δώστε επίσης προσοχή στις ετικέτες των επεξεργασμένων τροφών που αγοράζετε, καθώς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το περισσότερο νάτριο της διατροφής σας να προέρχεται από εκεί.

Φάτε λίγη μαύρη σοκολάτα

Τα φλαβονοειδή (αντιοξειδωτικά) που βρίσκουμε στη μαύρη σοκολάτα κάνουν τα αιμοφόρα αγγεία πιο ελαστικά. Μάλιστα, σε μελέτη έχει αποδειχτεί ότι το 18% των ασθενών που έτρωγαν καθημερινά λίγη μαύρη σοκολάτα, παρουσίασαν μείωση στην αρτηριακή τους πίεση, γι' αυτό έχετε ένα παραπάνω λόγο να τη βάλετε στη διατροφή σας – απλώς προσέξτε να περιέχει τουλάχιστον 70% κακάο και να μην ξεπερνάτε τα 20 γραμμάρια καθημερινά.

Πάρτε το σωστό συμπλήρωμα

Σε ανακεφαλαίωση που έγινε σε 12 παλιότερες μελέτες, οι ερευνητές απέδειξαν ότι το συνένζυμο Q10 μείωσε σημαντικά την αρτηριακή πίεση. Το αντιοξειδωτικό αυτό, που απαιτείται για την παραγωγή ενέργειας, διευρύνει τα

αιμοφόρα αγγεία κι αν πρόκειται να το λάβετε, συμβουλευτείτε πρώτα το γιατρό σας.

Πιείτε αλκοόλ – αλλά μην το παρακάνετε

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Μπρίχαμ της Βοστώνης, αλλά και διάφορες έρευνες, έχουν αποδείξει ότι η κατανάλωση αλκοόλ με μέτρο, μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση πιο αποτελεσματικά, από την αποχή από το αλκοόλ -συν του ότι πολλές έρευνες αναφέρονται στις ευεργετικές ιδιότητες π.χ. του κόκκινου κρασιού στην καρδιά. Το μόνο που πρέπει να προσέξετε είναι να μην ξεπερνάτε τα όρια, προτιμώντας μέχρι 1 ποτό την ημέρα οι γυναίκες και μέχρι 2 οι άντρες.

Πιείτε τον καφέ σας... ντεκαφεϊνέ

Αν και κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι ο καφές δεν έχει επιδράσεις στην αρτηριακή πίεση, μια διαφορετική μελέτη του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου Ντιουκ έδειξε ότι η κατανάλωση καφεΐνης που ανέρχεται στα 500 mg (περίπου 3 φλιτζάνια καφέ), μπορεί να αυξήσει την πίεση κατά 4 mmhg, με επιπτώσεις μέχρι και την ώρα του ύπνου. Γι' αυτό, καλό είναι είτε να περιορίσετε κατά πολύ την καφεΐνη που καταναλώνετε ή να προτιμήσετε τα ντεκαφεϊνέ προϊόντα.

Φτιάξτε λίγο τσάι

Ερευνητές του Πανεπιστημίου Ταφτς αναφέρουν ότι όσοι έπιναν 2-3 φλιτζάνια τσάι ιβίσκου, μείωσαν τη συστολική τους πίεση μέσα σε 6 εβδομάδες – τα αποτελέσματα σχετίζονται και με τη φαρμακευτική αγωγή. Τα φυτοχημικά του ιβίσκου είναι πιθανότατα αυτά που ευθύνονται για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, προσέξτε μόνο μην το παρακάνετε με το τσάι, καθώς περιέχει κι αυτό καφεΐνη (1 φλιτζάνι των 150ml μπορεί να περιέχει από 30 μέχρι 100 mg καφεΐνης).

Δουλέψτε... λιγότερο

Αν οι υπερωρίες αποτελούν καθεστώς στη δουλειά, πρέπει να γνωρίζετε πως αν ξεπερνάτε τις 41 ώρες την εβδομάδα στο γραφείο, αυξάνετε τον κίνδυνο υπέρτασης κατά 15%, σύμφωνα με το Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια. Σίγουρα είναι δύσκολο να φύγετε νωρίτερα αν υπάρχει δουλειά -και ιδιαίτερα τη σημερινή εποχή-, αλλά αν είναι δυνατόν, προσπαθήστε να φεύγετε από το γραφείο μια λογική ώρα, έτσι ώστε να προλαβαίνετε να πάτε στο γυμναστήριο ή να μαγειρέψετε ένα υγιεινό γεύμα, όσο πιο συχνά γίνεται (Η Ναυτεμπορική - Π. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ & ΣΙΑ Α.Ε., www.clickatlife.gr, 15/06/2013).

1.11 ΠΡΟΛΗΨΗ

Ένας καλός τρόπος για να είναι κάποιος σίγουρος ότι η αρτηριακή πίεση είναι φυσιολογική είναι ο συστηματικός έλεγχος της. Η μέτρηση της μπορεί να γίνει στο σπίτι, στο φαρμακείο ή στο γιατρό. Με αυτό τον τρόπο, σε περίπτωση μη φυσιολογικών ορίων μπορεί να αντιμετωπιστεί έγκαιρα και να μην δημιουργηθούν προβλήματα στην υγεία. Αυτό που χρειάζεται είναι ένα πιεσόμετρο. Πιο αξιόπιστα είναι τα πιεσόμετρα του βραχίονα σε σχέση με τα πιεσόμετρα του καρπού. Καλό είναι πριν την αγορά του πιεσόμετρου να γίνει έρευνα αγοράς ή να ζητηθεί η βοήθεια και η καθοδήγηση του γιατρού. Η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να μετράται σε στιγμές ηρεμίας. Η σωστή θέση είναι να είναι κάποιος καθισμένος σε μια καρέκλα και το χέρι να είναι ακουμπισμένο σε ένα τραπέζι. Ο μετρητής θα πρέπει να είναι στη ίδια ευθεία με την καρδιά. Ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται 2-3 φορές, επειδή όμως μπορεί να υπάρξουν μικρές αλλαγές στην μέτρηση θα πρέπει να υπολογίζεται ο μέσος όρος και να δίνεται μεγάλη βάση στις υψηλές τιμές (my world, www.myworld.gr, 18/06/2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Υπερτασική νόσο της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζουμε την παθολογική κατάσταση, που εκδηλώνεται με αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος της εγκύου και συνεπάγεται με επιπλοκές που επηρεάζουν, τόσο την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, όσο και το έμβρυο και το νεογνό (Παρισσιανού, 1994).

2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση στην κύηση μπορεί να ταξινομηθεί ως εξής:

- 1. ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ:** Αναπτύσσεται κατά το τρίτο τρίμηνο, συχνά μετά την 32^η εβδομάδα. Είναι μια τοξιναιμία που γίνεται εμφανής με το οίδημα των ιστών του σώματος οίδημα και με ταχεία αύξηση βάρους, με αυξημένη πίεση του αίματος και με την ύπαρξη λευκώματος στα ούρα (λευκωματουρία). Υπάρχει πιθανότητα η ποσότητα ούρων της γυναίκας να μειωθεί. Μπορεί να αισθανθεί επιγαστρικό άλγος, αλλαγές στη όραση και πονοκέφαλο και τα αντανακλαστικά της ίσως να παρουσιάζουν αυξημένη ενεργητικότητα. Η προεκλαμψία σπάνια παρατηρείται πριν την 24^η εβδομάδα. Πρέπει η έγκυος να τεθεί υπό αυστηρή επιτήρηση από τον γιατρό με τακτικές επισκέψεις ή ακόμα και με εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν δεν εξελιχθεί η κατάσταση σε εκλαμψία μπορεί να επιστρέψει στην κανονική της ζωή σε διάστημα 10 ημερών μετά τον τοκετό.
- 2. ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ:** Είναι οξεία τοξιναιμία της εγκυμοσύνης. Χαρακτηρίζεται από τα ίδια συμπτώματα της προεκλαμψίας με την προσθήκη σπασμωδικών και επίμονων συσπάσεων και απώλεια των αισθήσεων που ακολουθείται από κώμα. Κάποιες φορές καταλήγει στο θάνατο του εμβρύου ή της μητέρας (Sapiro,1999).
- 3. ΠΡΟΣΤΙΘΕΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ Ή ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ:** Είναι η ανάπτυξη προεκλαμψίας σε μια άρρωστη με χρόνια υπερτασική ή νεφρική νόσο.
- 4. ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ:** Είναι η παρουσία επίμονης υπέρτασης πριν από την εγκυμοσύνη ή πριν τις 20 εβδομάδες της εγκυμοσύνης (Καλογερόπουλος, 1992).

5. ΠΑΡΟΔΙΚΗ Ή ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΤΟΥ ΤΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ:

Ονομάζεται η υπέρταση χωρίς άλλες εκδηλώσεις προεκλαμψίας. Εξ ορισμού παρέρχεται σε 3 μήνες μετά τον τοκετό. Δεν είναι σαφές αν αποτελεί πρόωμη εκδήλωση προεκλαμψίας ή έκφραση προδιάθεσης για ιδιοπαθή υπέρταση. Η ομάδα αυτή εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο προεκλαμψίας και περίπου το ένα τέταρτο των ασθενών με παροδική υπέρταση της κύησης θα εμφανίσει προεκλαμψία στη διάρκεια της κύησης (Ρούσος, 2002).

6. ΑΤΑΞΙΝΟΜΗΤΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ:

Αναφέρονται δύο σπάνιες περιπτώσεις υπερτασικής νόσου:

1. **Εκλαμψία της λοχείας:** Χαρακτηρίζεται από υπέρταση και σπασμούς. Εκδηλώνεται λίγες μέρες ή εβδομάδες μετά την κύηση.
2. **Υπέρταση της λοχείας:** Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση υπέρτασης (2-6) μήνες μετά την κύηση) σε γυναίκες που σε όλη την διάρκεια της κύησης η πίεση τους ήταν φυσιολογική (Αραβαντινού, 1989).

2.3 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι προδιαθεσιακοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν μια εγκυμοσύνη που επιπλέκεται με υπέρταση είναι:

- **Η ηλικία:** Στο γενικό πληθυσμό η υπέρταση παρουσιάζεται συνήθως σε μεγάλες ηλικίες. Η υπερτασική νόσος της κύησης είναι αναμενόμενο να παρουσιάζεται σε εγκύους μεγαλύτερης ηλικίας (>35 ετών).
- **Ο τόκος:** Πιο συχνό φαινόμενο είναι η υπέρταση της κύησης να εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε πρωτότοκες γυναίκες. Ο κίνδυνος όμως από αυτήν φαίνεται να είναι λίγο μεγαλύτερος σε πολύτοκες γυναίκες και όταν υπάρχουν περιπτώσεις που ο σύζυγος είναι διαφορετικός από την προηγούμενη εγκυμοσύνη. Στην περίπτωση που η γυναίκα έχει κάνει μία ή περισσότερες εκτρώσεις, η επίπτωση της νόσου φαίνεται ότι είναι μικρότερη.
- **Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση:** Η υπέρταση της κύησης εμφανίζεται περισσότερο σε γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική

κατάσταση, στην οποία ανήκουν κοντές και παχιές γυναίκες. Στις περιπτώσεις αυτές η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη.

- **Η γεωγραφική κατανομή:** Μερικές περιοχές παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση της υπερτάσεως στην εγκυμοσύνη. Πιθανότητα έχει σχέση λόγω των κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων των ατόμων σε αυτές τις περιοχές.
- **Το κάπνισμα:** Όσες γυναίκες καπνίζουν παρουσιάζουν αύξηση της συστολικής πίεσεως και πτώση της διαστολικής. Οι γυναίκες στην εγκυμοσύνη που καπνίζουν πάνω από 10 τσιγάρα την μέρα γεννούν παιδιά με μικρότερο βάρος.
- **Το βάρος του πλακούντα:** Έχει παρατηρηθεί ότι η προεκλαμψία εμφανίζεται σε εγκυμοσύνες με μεγάλο βάρος πλακούντα.
- **Η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης:** Η συνεχής παρακολούθηση τόσο της εγκύου όσο και του εμβρύου συμβάλλουν στην δραστική μείωση των επιπλοκών της νόσου (Μαμόπουλος – Φαρμακίδης, 1996).
- **Εμβρυικοί:** Η παρουσία μεγάλης ποσότητας τροφοβλαστικού ιστού, όπως στην πολύδυμη εγκυμοσύνη, στην τροφοβλαστική νόσο και ο εμβρυικός ύδρωπας, αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης υπερτασικής νόσου (Παρισιανού, 1994).

2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η υπέρταση είναι ένα σύμπτωμα κι ένας παράγοντας κινδύνου για την προεκλαμψία. *Παραλλαγές στα γονίδια των οποίων τα πρωτεϊνικά προϊόντα αποτελούν τμήμα του συστήματος RAS (συστήματος ρενίνης αγγειοτενσίνης), επομένως, μπορεί να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αυτής της απειλητικής για τη ζωή, κατάστασης.*

Ωστόσο με βάση τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν ενδεχομένως να εντοπιστούν, οι έγκυοι που βρίσκονται σε κίνδυνο μέσω ενός γονοτυπικού τεστ. Οι ερευνητές κατέληξαν επίσης στα εξής καινοτόμα συμπεράσματα: ότι η αλληλεπίδραση γονιδίων του πατέρα της μητέρας και του παιδιού σε συνδυασμό με αυξημένο κατά 25 kg Δείκτη Μάζας Σώματος της μητέρας μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση προεκλαμψίας. Άρα και πατρικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τον κίνδυνο προεκλαμψίας, λένε οι ερευνητές (Αλεξίου, www.doctorschannel.gr, 05/07/2013).

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της υπέρτασης της κύησης γίνεται, όταν σε δύο διαφορετικές μέρες και εφ' όσον η έγκυος είναι ψυχικά ήρεμη και σε σωματική ανάπαυση, μετρηθεί η διαστολική αρτηριακή πίεση και είναι μεγαλύτερη από 90 mmHg. Η προεκλαμψία αποτελεί ένα ειδικό σύνδρομο της εγκυμοσύνης και των πρώτων 24-48 ωρών της λοχείας και διακρίνεται σε:

- Ελαφρά προεκλαμψία με αύξηση της διαστολικής πίεσης μέχρι 99 mmHg, χωρίς να υπάρχει λευκωματουρία.
- Μέση προεκλαμψία με διαστολική πίεση, που κυμαίνεται από 100-109 mmHg, χωρίς να υπάρχει λευκωματουρία.
- Βαριά προεκλαμψία με διαστολική πίεση πάνω από 110 mmHg, χωρίς να υπάρχει λευκωματουρία. Στην κατηγορία αυτή κατατάσσονται όλες οι περιπτώσεις που έχουν διαστολική πίεση πάνω από 90 mmHg και λευκωματουρία (>0.5 gr/ 24h) και εκείνες που παρουσιάζουν αύξηση της διαστολικής πίεσης κατά 20 mmHg σε σύγκριση με εκείνη του 11^{ου} τριμήνου της κύησης και λευκωματουρία. Επίσης, αυτή παρουσιάζονται με ολιγουρία (<500 ml/24ωρο), υπερδιεγερσιμότητα του ΚΝΣ, παθολογικά ευρήματα από το βυθό των οφθαλμών, επιγαστραλγία, πνευμονικό οίδημα και κυάνωση (Μαμόπουλος, 1996).

Όταν σε κάποια έγκυο δεν έχει μετρηθεί η αρτηριακή πίεση για τις πρώτες 20 εβδομάδες, η διάγνωση της υπερτάσεως παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, καθώς η πίεση πέφτει στο τέλος του 1^{ου} τριμήνου και κατά την διάρκεια του 2^{ου} τριμήνου της κύησης. Η αντιμετώπιση και στις δύο περιπτώσεις είναι ίδια, όμως η λύση του διαγνωστικού αυτού προβλήματος μπορεί να βρεθεί με αναζήτηση ορισμένων σημείων που υπάρχουν στη χρόνια υπέρταση. Αυτά είναι:

- Στένωση των αρτηριδίων, αιμορραγία και εξιδρώματα του βυθού του οφθαλμού.
- Ουρίατου αίματος πάνω από 20 mg%.
- Κρεατινίνη του πλάσματος πάνω από 0.7 mg%.
- Παρουσία άλλων χρόνιων νοσημάτων όπως είναι νοσήματα των νεφρών, του συνδετικού ιστού και ο διαβήτης (Σαλαμαλέκη, 1995).

2.6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Επιδημιολογικά η νόσος φαίνεται ότι έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά: Συμβαίνει συχνότερα σε πρωτότοκες. Οι άτοκες έχουν 6-8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από τις νεότερες. Συμβαίνει κυρίως στις πολυδύναμες κύσεις (περισσότερα του ενός έμβρυα) ή επί σακχαρώδους διαβήτη. Η συχνότητα αυξάνεται προς το τέλος της κύησης. Είναι σπάνια η προεκλαμψία προ του τέλους του 2ου τριμήνου. Χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι ΑΥ, οίδημα, πρωτεϊνουρία (αποβολή πρωτεΐνης $\geq 3\text{g}/24\text{ωρο}$ στα ούρα), χαρακτηριστική ηπατική και νεφρική έκπτωση, διαταραχές πήξεως του αίματος και στα τελικά στάδια διαταραχές συνείδησης και κόμα.

Φαίνεται ότι το σύνδρομο έχει κληρονομική επιβάρυνση. Σε οικογένειες με γυναίκες που είχαν προεκλαμψία το σύνδρομο εμφανίζεται στο 25% των θυγατέρων και των εγγονών.

Η εικόνα του συνδρόμου συνήθως υποχωρεί μόλις τερματισθεί η εγκυμοσύνη (Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, www.eelia.gr, 25/07/2013).

2.7 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η ακριβής φύση της παθογένειας της υπερτασικής νόσου της κύησης παραμένει άγνωστη. Σύμφωνα με τις πρόσφατες υποθέσεις η προεκλαμψία θεωρείται νόσος του πλακούντα, η οποία δευτεροπαθώς προκαλεί μεταβολές στην ομαλή λειτουργία άλλων οργάνων και συστημάτων. Στις έγκυες με υπερτασική νόσο παρατηρείται δυσλειτουργία του ενδοθηλίου, που έχει ως αποτέλεσμα την παθολογική αντίδραση του ανοσολογικού συστήματος, ώστε να προκαλείται ανώμαλη διείσδυση της τροφοβλάστης στις ελικοειδείς αρτηρίες της μήτρας, απόφραξη πολλών αγγείων και αυξημένη παραγωγή ελευθέρων ριζών οξυγόνου.

Οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου μαζί με υπεροξειδία λιπιδίων προκαλούν περαιτέρω δυσλειτουργία του ενδοθηλίου, καθώς αδρανοποιούν τον παράγοντα χάλασης του ενδοθηλίου, ενεργοποιούν την κυκλοοξυγενάση, αναστέλλοντας έτσι την δράση

της ενδοθηλιακής συνθετάσης της προστακυκλίνης και τέλος ευνοούν την παραγωγή θρομβοξάνης A2 από τα αιμοπετάλια. Το αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η αύξηση της σεροτονίνης του πλάσματος και τελικά της αγγειοτενσίνης II, η οποία βελτιώνει την μητροπλακουντιακή λειτουργία με αύξηση της πίεσης διήθησης. Ο μηχανισμός αυτός εμφανίζεται σε ήπιες μορφές προεκλαμψίας και έχει ως μοναδικό αποτέλεσμα την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης στην μητέρα.

Αντίθετα, σε περιπτώσεις βαριάς προεκλαμψίας παρατηρείται σημαντική βλάβη του ενδοθηλίου και αδυναμία δράσης των αυξημένων επιπέδων της σεροτονίνης. Το γεγονός αυτό προκαλεί αδυναμία βελτίωσης της μητροπλακουντιακής λειτουργίας, που έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική αγγειοσυστολή και την περαιτέρω συσσώρευση αιμοπεταλίων. Τελικά, εγκαθίσταται η υπέρταση με ταυτόχρονη ελάττωση της μητροπλακουντιακής ροής του αίματος (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr, 08/08/2013).

2.8 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η προεκλαμψία αποτελεί μία πολυσυστηματική νόσο, στην οποία η αρχική βλάβη εντοπίζεται στον πλακούντα. Οι βλάβες στον πλακούντα έχουν ως αποτέλεσμα την τοπική ισχαιμία και την απελευθέρωση ενός ειδικού παράγοντα από την συγκυτιοτροφοβλάστη, που προκαλεί περιφερική αγγειοσύσπαση και κυτταρική δυσλειτουργία. Οι διαταραχές αυτές προκαλούν αρχικά μεταβολές στην νεφρική λειτουργία και στον όγκο του αίματος και στην συνέχεια την εκδήλωση συμπτωμάτων από όλα σχεδόν τα συστήματα της εγκύου.

Κατά την κύηση, ιδιαίτερα κατά το 2ο τρίμηνο, παρατηρείται σημαντική αύξηση του όγκου του αίματος και του όγκου παλμού της εγκύου. Αντίθετα, παρατηρείται ελάττωση της αρτηριακής πίεσης και περιφερική αγγειοδιαστολή λόγω ελάττωσης των περιφερικών αντιστάσεων. Στην υπερτασική νόσο πολλοί από τους παράγοντες, που ρυθμίζουν τις περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις, όπως οι προσταγλανδίνες ή το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης, μεταβάλλονται σημαντικά κατά την διάρκεια της κύησης με αποτέλεσμα την διαταραχή της ισορροπίας αγγειοσυσπαστικών-αγγειοδιασταλτικών ουσιών, την αύξηση των αντιστάσεων και τελικά την εμφάνιση υπέρτασης.

Η ισχαιμία που προκαλείται λόγω της αγγειοσυστολής στην μητροπλακουντιακή κυκλοφορία συντελεί στην καταστροφή του πλακουντιακού ιστού και στην απελευθέρωση τροφοβλαστικών στοιχείων στην περιφερική κυκλοφορία. Τα τροφοβλαστικά αυτά στοιχεία είναι πλούσια στον ειδικό παράγοντα που επισπεύδει την διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη και προκαλεί την εμφάνιση βλαβών στους νεφρούς, στο ήπαρ και στον πλακούντα. Η νεφρική βλάβη, σε συνδυασμό με την ελάττωση της αιματικής ροής, προκαλεί την ελάττωση του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης με αποτέλεσμα την κατακράτηση Na^+ , ύδατος και ελάττωσης του ενδοαγγειακού όγκου σε σχέση με τον εξωκυττάριο. Η αύξηση του εξωκυτταρίου όγκου προκαλεί την εμφάνιση οιδήματος, το οποίο στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αποτελεί το πρώτο κλινικό σημείο της προεκλαμψίας. Ταυτόχρονα, η αυξημένη κατακράτηση Na^+ αυξάνει την δραστηριότητα της

αγγειοτενσίνης Π, συντελώντας έτσι σε περαιτέρω αγγειοσυστολή και ιστική βλάβη.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, κατά την φυσιολογική κύηση, είναι δυνατόν να εμφανισθούν πλακουντιακά έμφρακτα, στην περίπτωση όμως της προεκλαμψίας συναντώνται σε αυξημένη συχνότητα. Το γεγονός αυτό προκαλεί την ελάττωση της μητροπλακουντιακής ροής του αίματος, με αποτέλεσμα την ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου, που μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει και στον ενδομήτριο θάνατο του.

Στην υπερτασική νόσο η λειτουργία του ήπατος επηρεάζεται σημαντικά, με αύξηση των τιμών την ηπατικών ενζύμων, ιδιαίτερα στην αρχή της νόσου, ενώ σε βαριές καταστάσεις μπορεί να εκδηλωθεί και ίκτερος.

Σε σοβαρές μορφές προεκλαμψίας η ταυτόχρονη παρουσία αιμόλυσης, αύξησης των τιμών των ηπατικών ενζύμων και θρομβοπενίας δημιουργεί το σύνδρομο H.E.L.L.P. Ο μηχανισμός του συνδρόμου συνίσταται στην απόφραξη πολλών αγγείων, που έχει ως αποτέλεσμα την συγκόλληση και περαιτέρω κατανάλωση των αιμοπεταλίων. Η θρομβοπενία τις περισσότερες φορές είναι σοβαρή και μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική αιμορραγία της μητέρας (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr, 08/08/2013).

2.9 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Από παθολογοανατομική άποψη, η τοξιναιμία της κύησης είναι ένα κλινικό σύνδρομο που εκδηλώνεται με υπέρταση της μητέρας και πρωτεϊνουρία αδικαιολόγητη από την κύηση. Ως σύνδρομο, είναι δυνατόν να αποδοθεί σε πολλαπλούς αιτιολογικούς παράγοντες, με κοινό παρονομαστή την ανεπαρκή παροχή αίματος από τις μητρικές αρτηρίες (αγγειακή ανεπάρκεια της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας). Η παθογένεση της τοξιναιμίας της κύησης σχετίζεται με διαταραχές που συμβαίνουν αρκετές εβδομάδες ή και μήνες πριν από την εκδήλωση των κλινικών συμπτωμάτων. Αυτή η περίοδος «επώασης» ποικίλλει σε διάρκεια και είναι πιθανόν ότι σε μερικές περιπτώσεις ο τοκετός

προηγείται της κλινικής εκδήλωσης της νόσου και η κλινική διάγνωση διαφεύγει. Έτσι τα παθολογοανατομικά ευρήματα του πλακούντα που σχετίζονται με την μητροπλακουντιακή αγγειακή ανεπάρκεια ούτε είναι πάντα παρόντα σε περιπτώσεις προεκλαμψίας ούτε θεωρούνται ειδικά για το συγκεκριμένο σύνδρομο (Ιατρικά Χρονικά της Κρήτης, www.iatrika-xronika.gr, 09/08/2013).

Η μητροπλακουντιακή αγγειακή ανεπάρκεια συμβαίνει όχι μόνο στην υπερτασική νόσο και την τοξιναιμία της κύησης, αλλά και σε καταστάσεις μητρικής θρομβοφιλίας (σύνδρομο αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων κ.λπ.), στον μητρικό σακχαρώδη διαβήτη, νόσους του κολλαγόνου, μεταβολικά νοσήματα κ.ά. Στην προεκλαμψία εκδηλώνεται κυρίως με πλακουντιακή έμφραξη και αποκόλληση του πλακούντα.

Στην πρώτη περίπτωση, στένωση ή απόφραξη μιας ή περισσότερων μητρικών σπειροειδών αρτηριών προκαλεί ισχαιμική νέκρωση και έμφρακτο της πλακουντιακής περιοχής που αιματώνεται από τα αγγεία αυτά. Τα έμφρακτα διακρίνονται σε πρόσφατα και παλαιότερα, όμως ακριβής χρονολόγηση βάσει μορφολογικών χαρακτηριστικών δεν είναι εφικτή. Στην αποκόλληση του πλακούντα παρατηρείται οπισθοπλακουντιακή αιμορραγία αιμάτωμα. Η παθολογοανατομική πιστοποίηση της βλάβης αυτής είναι συχνά δύσκολη. Απαιτείται η παρουσία αιματοπήγματος προσφυόμενου στο βασικό πέταλο, στοιχεία συμπίεσης του υπερκείμενου πλακουντιακού παρεγχύματος και ιστολογικές ενδείξεις προηγηθείσας αιμορραγίας.

Η παθογένεση της μητροπλακουντιακής ανεπάρκειας στην υπερτασική νόσο και τοξιναιμία έχει συσχετισθεί με δύο αγγειακά ευρήματα: 1) την ελλιπή αγγειακή προσαρμογή των μυομητρικών κυρίως αρτηριών, δηλαδή την ανεπαρκή διήθηση του τοιχώματός τους από εξωλάχνιο τροφοβλάστη, ώστε να παραβλάπτεται η διατασιμότητά τους και να μην είναι ικανά να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες λειτουργικές απαιτήσεις της κύησης 2) τις αλλοιώσεις αθήρωσης των αρτηριών, που προκαλεί στένωση και απόφραξη του αγγειακού αυλού. Η βλάβη του ενδοθηλίου θεωρείται πρωταρχικό βήμα για την ανάπτυξη αθήρωσης, η οποία σχετίζεται στενά με την αρτηριοσκλήρυνση, από πλευράς παθολογοανατομικής, βιοχημικής και παραγόντων κινδύνου.

2.10 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η προεκλαμψία είναι μια σοβαρή κατάσταση της εγκυμοσύνης, η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη καθώς μερικά από τα συμπτώματα μοιάζουν με κανονικές επιπτώσεις της εγκυμοσύνης. Μερικά σημεία και συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζονται είναι:

ΠΡΩΤΕΙΝΟΥΡΙΑ

Είναι άλλο ένα σημάδι της προεκλαμψίας, είναι το αποτέλεσμα των πρωτεϊνών, που περιορίζεται συνήθως στο αίμα από το φιλτράρισμα που κάνει το νεφρό. Η προεκλαμψία βλάπτει συνήθως αυτό το φίλτρο.

ΟΙΔΗΜΑ (ΠΡΗΞΙΜΟ)

Μια ορισμένη ποσότητα της διόγκωσης είναι φυσιολογική κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το οίδημα είναι η συσσώρευση του περίσσιου υγρού. Υπάρχει ιδιαίτερη ανησυχία όταν παρατηρείται στο πρόσωπο, γύρω από τα μάτια ή τα χέρια.

ΞΑΦΝΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ

Η αύξηση του βάρους πάνω από δύο κιλά την εβδομάδα μπορεί να είναι ένας δείκτης της προεκλαμψίας. Κατεστραμμένα αιμοφόρα αγγεία επιτρέπουν να διαρρεύσει περισσότερο νερό και να παραμείνει μέσα στους ιστούς του σώματος σας και να μην αποβληθεί μέσω των νεφρών.

ΝΑΥΤΙΑ Ή ΕΜΕΤΟΣ

Είναι ιδιαίτερα σημαντικά όταν υπάρχει αιφνίδια έναρξη μετά τα μέσα της εγκυμοσύνης. Η πρωινή αδιαθεσία πρέπει να εξαφανιστεί μετά το πρώτο τρίμηνο. Η εμφάνιση ναυτίας ή εμέτου μετά τα μέσα της εγκυμοσύνης μπορεί να συνδέεται με προεκλαμψία (preeclampsia foundation, www.preeclampsia.org, 10/08/2013).

ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΟ ΑΛΓΟΣ

Άλγος εντοπιζόμενο στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας, συνήθως οφείλεται σε διάταση της κάψης του ήπατος ως αποτέλεσμα οιδήματος ή υποκαψικής

αιμορραγίας. Σε σπάνιες περιπτώσεις το άλγος αυτό αποτελεί εκδήλωση ρήξης του ήπατος (Παρισιανού, 1994).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η διαταραχή της λειτουργίας του ήπατος, μπορεί αν συνυπάρχει με θρομβοπενία. Η αιτία της ηπατικής δυσλειτουργίας δεν είναι γνωστή. Υποστηρίζεται ότι η θρομβοπενία είναι αποτέλεσμα προσκόλλησης των αιμοπεταλίων στο κολλαγόνο σε θέσεις που παρατηρείται σχάση του ενδοθηλίου των αγγείων (Παρισιανού, 1994).

ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Περιγράφεται κυρίως ως ημικρανία.

ΟΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της προεκλαμψίας, που συνήθως απαιτεί άμεση προσέγγιση από το γιατρό. Αλλαγές στην όραση μπορεί αν σχετίζονται με το κεντρικό νευρικό σύστημα ή μπορεί να αποτελεί ένδειξη για εγκεφαλικό οίδημα. Οι αλλαγές στην όραση περιλαμβάνουν την προσωρινή απώλεια όρασης, ευαισθησία στο φώς, θολή όραση ή κηλίδες.

ΥΠΕΡΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Είναι όταν τα αντανακλαστικά είναι πάρα πολύ ισχυρά (preeclampsia foundation, www.preeclampsia.org, 10/08/2013).

2.11 ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP

Το σύνδρομο HELLP είναι μια απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της εγκυμοσύνης. Θεωρείται ότι είναι μια παραλλαγή της προεκλαμψίας. Και τα δύο εμφανίζονται συνήθως κατά τα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης ή μερικές φορές μετά τον τοκετό.

HELLP σημαίνει:

H = (Hemolysis) αιμόλυση

EL=(Elevated liver enzymes) αυξημένες τιμές SFOT, SGPT

LP= (Low Platelet Count) χαμηλές τιμές θρομβοκυττάρων

Τα συμπτώματα του συνδρόμου HELLP είναι:

- Πονοκέφαλος
- Ναυτία, έμετος, δυσπεψία με πόνο μετά το φαγητό
- Επιγάστριο ή στο δεξί υποχόνδριο
- Πόνο κατά την βαθειά αναπνοή
- Αιμορραγία
- Οπτικές διαταραχές
- Πρήξιμο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Μεταξύ των εγκύων γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες, 5-8% αναπτύσσουν προεκλαμψία. Το 15% των γυναικών θα αναπτύξει το σύνδρομο του HELLP (15-20% των ατόμων με σοβαρή προεκλαμψία), δηλαδή 48000 γυναίκες ετησίως. Εκδηλώνεται συνήθων στο 3^ο τρίμηνο της κύησης, ενίοτε όμως και πριν την 27^η εβδομάδα. Επίσης μπορεί αν εμφανιστεί 48 ώρες μετά τον τοκετό σε ποσοστό 30%.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Δυστυχώς, μέχρι τώρα δεν υπάρχει κάποιος τρόπος πρόληψης του συνδρόμου HELLP. Το καλύτερο όμως που μπορεί μια έγκυος να κάνει είναι:

Να διατηρεί τον εαυτό της σε καλή φυσική κατάσταση πριν την εγκυμοσύνη

Τακτικές επισκέψεις στο γιατρό

Να ενημερωθούν οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας για τυχόν προηγούμενες κυήσεις υψηλού κινδύνου ή για οικογενειακό ιστορικό με σύνδρομο HELLP, προεκλαμψία κλπ.

Κατανόηση των σημαδιών και έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ HELLP

Η σοβαρότητα του συνδρόμου HELLP μετράται σύμφωνα με τον αριθμό των αιμοπεταλίων στο αίμα της μητέρας και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες.

Class I (σοβαρή θρομβοπενία): αιμοπετάλια κάτω από 50000/ mm³

Class II (μέτρια θρομβοπενία): αιμοπετάλια μεταξύ 50000 και 100000/mm³

Class III (AST>40 IU/L, ελαφρά θρομβοπενία): αιμοπετάλια μεταξύ 100000 και 150000/mm³

ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP

Αν το μωρό ζυγίζει πάνω από 1000 gr κατά τη γέννηση, το ποσοστό επιβίωσης και η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο είναι παρόμοια με τα νεογνά που δεν πάσχουν από το σύνδρομο του HELLP.

Αν το μωρό ζυγίζει λιγότερο από 1000gr, τα νέα δεν είναι τόσο καλά. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας και περισσότερες πιθανότητες φροντίδας με χρήση αναπνευστήρα. Δυστυχώς, δεν μπορεί αν γίνει πρόβλεψη αυτή τη στιγμή για το εύρος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν αυτά τα νεογνά.

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ

Οι γυναίκες με ιστορικό συνδρόμου HELLP έχουν αυξημένο κίνδυνο για όλες τις μορφές προεκλαμψίας στις επόμενες κυήσεις. Το ποσοστό προεκλαμψίας στις επόμενες κυήσεις κυμαίνεται 16-52%. Υψηλότερα ποσοστά υπάρχουν, εάν η έναρξη του συνδρόμου HELLP ήταν στο δεύτερο τρίμηνο. Το ποσοστό επαναλαμβανόμενου συνδρόμου HELLP κυμαίνεται από 2-19% (preeclampsia foundation, www.preeclampsia.org, 15/08/2013).

2.12 ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Νεφροί

Όπως είναι γνωστό κατά την κύηση αυξάνεται η νεφρική διήθηση κατά 25-50% με αποτέλεσμα την ελάττωση της κρεατινίνης, της ουρίας και του ουρικού οξέος. Στην προεκλαμψία ο αγγειοσπασμός και η διόγκωση του ενδοθηλίου ελαττώνει την νεφρική διήθηση κατά 50% με αποτέλεσμα να αυξάνεται καταρχήν το ουρικό οξύ και σπανιότερα η κρεατινίνη. Η αύξηση του ουρικού οξέος άνω των 5 ή 5,5 mg/dl αποτελεί προγνωστικό δείκτη για την αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Ήπαρ

Αρχικά το ήπαρ δεν προσβάλλεται ωστόσο αργότερα και στο 10% των περιπτώσεων σε σοβαρή προεκλαμψία έχουν βρεθεί στα τοιχώματα των ηπατικών αγγείων εναποθέσεις ινωδογόνου χωρίς να είναι απαραίτητη η εργαστηριακή ή ιστολογική εμπλοκή του ήπατος. Ωστόσο όμως σε περίπτωση που αυξηθεί η SGOT τότε η αύξηση αυτή έχει πολύ καλή συσχέτιση με τον κοιλιακό πόνο. Η χολερυθρίνη όταν αυξάνεται αφορά την έμμεση. Η ρήξη του ήπατος είναι σοβαρή επιπλοκή με 70% μητρική θνησιμότητα και απαιτεί χειρουργική επέμβαση. Η πορεία της ρήξης είναι διφασική όπου σε πρώτη φάση συμβαίνει νέκρωση , ενδοηπατική αιμορραγία αλλά και υποκάψια αιμορραγία ενώ στην δεύτερη ρήγνυται η κάψα.

Αιματολογικές διαταραχές

Το ινωδογόνο μένει συνήθως φυσιολογικό όπως και στην φυσιολογική εγκυμοσύνη αλλά μπορεί να παρουσιάσει ποιοτικές αλλαγές με την μορφή της δυσινωδογοναιμίας. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί παράταση του χρόνου προθρομβίνης χωρίς όμως οι αλλαγές αυτές να έχουν κλινική σημασία. Με τον αγγειόσπασμο και την διάσπαση του ενδοθηλίου των αγγείων συμβαίνει εναπόθεση αιμοπεταλίων οδηγώντας σε θρομβοπενία(<150.000). Η μεγαλύτερη ωστόσο ελάττωση (<60.000) είναι ο καλύτερος δείκτης για την αποκόλληση του πλακούντα.

Hellp syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low platelets)

Η συχνότητά του είναι 2-12% και χαρακτηρίζεται από:

- Αιμοπετάλια <100.000 mm³ (πιο σταθερό εύρημα)
- SGOT > 72 IU/L
- LDH > 600 IU/L
- Ολική χολερυθρίνη > 1,2 mg/dl

Η συχνότητα του συνδρόμου είναι μεγαλύτερη σε λευκές πολύτοκες άνω των 25 ετών ενώ τα πρόδρομα σημεία είναι:

- Επιγαστραλγία ή άλγος στο δεξιό υποχόνδριο (90%)
- Ναυτία και εμετός (50%)

- Μη ειδικά συμπτώματα ιογενούς λοίμωξης
- Αίσθημα κακουχίας (90%)
- Αιματουρία
- Αιμορραγία από το γαστρεντερικό σύστημα

Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι 7,7-60% ενώ η μητρική 0-24% (InCardiology, www.incardiology.gr, 15/08/2013).

2.13 ΜΗΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης αφορούν την έγκυο και το έμβρυο.

Εγκύου:

- Αποκόλληση πλακούντα(1-4%)
- Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, σύνδρομο HELLP (10-20%)
- Πνευμονικό οίδημα (2-5%)
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (1-5%)
- Ηπατική ανεπάρκεια ή αιμορραγία (<1%)
- Εκλαμψία(<1%)
- Θάνατος (σπάνια)

Εμβρύου:

- Πρόωρος τοκετός (15-67%)
- Καθυστέρηση της εμβρυικής ανάπτυξης (10-25%)
- Υποξία, νευρολογική βλάβη (<1%)
- Περιγεννητικός θάνατος (1-2%) 26

2.14 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαπίστωση αυξημένης πίεσεως κατά την κύηση επιβάλλει τον άμεσο καθορισμό της αιτίας της και την ταξινόμηση αυτής. Η αιφνίδια εμφάνιση του οιδήματος, η ύπαρξη λευκωματουρίας και η αύξηση του ουρικού οξέος, η παρουσία των οποίων είναι καθοριστική στη διάγνωση της προεκλαμψίας.

Στην προεκλαμψία, χαρακτηριστικός είναι ο παρατηρούμενος σπασμός των αρτηριών ακολουθούμενος από οίδημα του αμφιβληστροειδούς, ενώ στη χρόνια υπερτασική αγγειακή νόσο παρατηρούνται οι κλασσικές αλλοιώσεις της υπερτασικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Ο Finnerty σε μια σειρά 2000 υπερτασικών εγκύων γυναικών, διαπίστωσε φυσιολογικό βυθό σε αναλογία 35%, αλλοιώσεις πρώτου και δεύτερου σταδίου σε αναλογία 29% και 35% αντιστοίχως, ενώ η ανεύρεση αιμορραγιών και εξιδρωμάτων (τρίτο στάδιο) ήταν σπάνια (ποσοστό περίπου 1%).

Η πλειονότητα των εγκύων γυναικών που εμφανίζουν λευκωματουρία θεωρούνται συνήθως από τους μαιευτήρες ότι πάσχουν από προεκλαμψία, αν και στην πραγματικότητα λιγότερο από το 50% απ' αυτές πάσχουν από τη νόσο. Αναφέρεται ότι η συνηθέστερη αιτία λευκωματουρίας κατά την κύηση (συνοδευόμενη ή όχι από υπέρταση ή οίδημα) είναι η πυελονεφρίτιδα και προς το σκοπό αυτό απαιτούνται επανειλημμένες ουροκαλλιέργειες, καθόσον οι λοιμώξεις της ουρογεννητικής χώρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συχνές.

Πρόσφατα, οι Taufield και συν. , διαπίστωσαν ότι στις εκλαμπτικές γυναίκες μειώνεται η απέκκριση του ασβεστίου στα ούρα, σε σχέση με τις έγκυες γυναίκες που είναι νορμοτασικές ή εμφανίζουν υπέρταση άλλης αιτιολογίας (φυσ. Τιμές $313 \pm 140 \text{mg}/24\omega\rho\omicron$) και ότι η υποασβεστιουρία αυτή σχετίζεται με μειωμένη κλασματική απέκκριση του ασβεστίου. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η μειωμένη αποβολή ασβεστίου στα ούρα οφείλεται σε αυξημένη σωληναριακή επανααπορρόφηση και προτείνουν την μέτρηση του ασβεστίου στα ούρα 24/ώρου σαν χρήσιμο δείκτη για τη διαφορική διάγνωση της προεκλαμψίας από τις άλλες μορφές της υπερτάσεως κατά την κύηση.

Τέλος, η αξιολόγηση των κλινικών σημείων συχνά οδηγεί σε εσφαλμένη διάγνωση προεκλαμψίας. Με τη διενέργεια νεφρικών βιοψιών αποκαλύφθηκε ότι κατά την

πρώτη εγκυμοσύνη σ' ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων (πάνω από 15%), η κλινική διάγνωση της προεκλαμψίας τίθεται λανθασμένα. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακό για τις πολύτοκες γυναίκες όπου το ποσοστό <<ψευδών>> κλινικών διαγνώσεων της νόσου υπερβαίνει το 50%. Οι Fisher και συν. , συγκρίνοντας την κλινική διάγνωση της προεκλαμψίας με τα ευρήματα των νεφρικών βιοψιών, διαπίστωσαν <<ψευδή>> κλινική διάγνωση της νόσου σε ποσοστό 25% στις πρωτότοκες και σε ποσοστό 76% στις πολύτοκες γυναίκες (Λευκός, 1987).

2.15 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΡΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ

Μέσα από έρευνες και μακροχρόνιες μελέτες σύμφωνα με τον PRECOG (Preeclampsia Community Guideline), (2005), η πρωτεϊνουρία είναι σημαντικός δείκτης στη διάγνωση της προεκλαμψίας όταν παρουσιάζεται:

- 1+ ή παραπάνω σε ταινίες ελέγχου πρωτεϊνών
- 0.3 mgs/dl ή παραπάνω σε ηλιόκο σχέσης πρωτεΐνης / κρεατινίνης
- 30 mgs/dl ή παραπάνω σε 24ωρη συλλογή ούρων

Με αυτή τη μελέτη ο PRECOG, προσφέρει τις κατευθυντήριες γραμμές, σ' ότι αφορά την πρόληψη της προεκλαμψίας για τη διευκόλυνση του έργου τους και εισηγείται:

- Η χρήση ταινιών ελέγχου είναι καλό μέσο μέτρησης των πρωτεϊνών των ούρων αλλά επηρεάζεται από το πώς διαβάζεται και την πυκνότητα των ούρων.
- Η χρήση μετρήσιμων μεθόδων όπως η 24ωρη συλλογή ούρων είναι επίσης αξιόπιστη ανάλογα με το αν είναι επαρκής η συλλογή και τη μέθοδο που χρησιμοποιείται για την μέτρηση των πρωτεϊνών

Επιπρόσθετα αναφέρει πως για να βελτιωθεί η αξιοπιστία της εκτίμησης της πρωτεϊνουρία μπορούν να γίνουν τα εξής:

- Για μείωση των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων είναι αναγκαία η εκπαίδευση για να χρησιμοποιηθούν σωστά οι ταινίες ελέγχου, σύμφωνα με τις οδηγίες της κατασκευάστριας εταιρείας

- Η επανάληψη της μέτρησης με δεύτερο δείγμα δεν βελτιώνει τη διαγνωστική αξία της δοκιμασίας σε σημαντική πρωτεϊνουρία
- Η χρήση ποσοτικής μέτρησης της πρωτεΐνης είναι το ιδανικό μέσο επιβεβαίωσης των αποτελεσμάτων. Η χρήση του κλάσματος συσχέτισης πρωτεΐνης/ κρεατινίνης αντί της 24ωρης συλλογής ούρων απαιτεί επιβεβαίωση από το τοπικό χημείο αφού η μέθοδος αυτή δεν είναι ακόμα ευρέως διαδεδομένη και τ' αποτελέσματα διαφοροποιούνται ανάλογα με τη μέθοδο που χρησιμοποιεί το κάθε χημείο.
- Η πιθανότητα λάθους λόγω πυκνότητας των ούρων μειώνεται αξιολογώντας το ειδικό βάρος και την οξύτητα των ούρων.
- Όπου ενδείκνυται να γίνεται διασταύρωση θετικού κατά 1+ σε ταινία ελέγχου με 24ωρη συλλογή ούρων.

Έρευνες και μελέτες αυτού του τύπου, όπως η συγκεκριμένη δίνουν ένα καλό και αξιόπιστο εργαλείο για την άσκηση των καθηκόντων. Η ευκολία του έγκειται στο γεγονός ότι είναι απλό και κατανοητό με συγκεκριμένες οδηγίες ιδανικό για καθημερινή χρήση (Χριστοδούλου, Αγγελή, 2007).

2.16 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΟΥΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ

Σύμφωνα με τον PRECOG σε ότι αφορά τις αξιολογήσιμες τιμές της πρωτεϊνουρίας είναι και οι Chan et al, που τη θεωρούν και αυτοί σημείο αναφοράς για την προεκλαμψία και απαραίτητο στοιχείο για τη διάγνωση της. Είναι ξεκάθαρο ότι σε γυναίκες με προεκλαμψία υπάρχει έντονη συσχέτιση μεταξύ του βαθμού της πρωτεϊνουρίας, κατά τη διάγνωση, και συχνής ανεπυθύμητης έκβασης τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο. Όσο αυξάνεται η πρωτεϊνουρία τόσο αυξάνονται και οι επιπλοκές, μητρικές και εμβρυικές. Αυτός ο κίνδυνος επιβαρύνεται και όσο αυξάνεται και η ηλικία της μητέρας.

Συνοψίζοντας, οι Chan et al, επισημάνουν πως σ'όλες τις περιπτώσεις ύπαρξης πρωτεϊνουρίας, και κυρίως σε προεκλαμψία, θα πρέπει να συνεχίζεται η θεραπεία με την ίδια προσοχή και φροντίδα. Με αυτό το συμπέρασμα η έρευνα τους αποδεικνύει την σημασία της πρωτεϊνουρίας στη διάγνωση και θεραπεία της προεκλαμψίας (Χριστοδούλου, Αγγελή, 2007).

2.17 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η ιατρική παρακολούθηση μιας εγκύου, εξαρτάται βασικά από τον γιατρό ή την μαία της, και φυσικά από το πώς η ίδια αισθάνεται και πως η εγκυμοσύνη της εξελίσσεται.

Σε γενικά πλαίσια όμως, στον Ελλαδικό χώρο, οι εξετάσεις που συνήθως πραγματοποιεί μια έγκυος γυναίκα είναι οι εξής:

1.1 Γενικές εξετάσεις

Στην πρώτη συνάντηση με τον γιατρό, που συνήθως γίνεται την 6η-8η εβδομάδα της κύησης, θα σας έχει ζητηθεί να φέρετε μαζί σας αποτελέσματα από:

- γενική εξέταση αίματος,
- ομάδας αίματος και Rhesus της εγκύου,
- ουρία και σάκχαρο αίματος,
- έλεγχο για στίγμα μεσογειακής αναιμίας και δρεπανοκυτταρικής αναιμίας,
- ορολογικές αντιδράσεις για σύφιλη,
- έλεγχο αντισωμάτων για ερυθρά, AIDS, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C, τοξοπλάσμωση,
- λιστεριώση, κυτταρομεγαλοϊό ανεμοβλογιά, καθώς και γενική εξέταση ούρων.

Στις επόμενες επισκέψεις προγραμματίζεται καμπύλη σακχάρου με 50γρ γλυκόζης (24-28 εβδ.) και μηνιαίοι απλοί αιματολογικοί και βιοχημικοί εργαστηριακοί έλεγχοι .

1.2 Υπέρηχοι στην εγκυμοσύνη

Στην Ελλάδα κάθε γυναίκα κάνει τουλάχιστον δύο. Ο πρώτος υπέρηχος γίνεται περίπου στην ηλικία των 7 εβδομάδων κύησης, οπότε διαπιστώνεται η ενδομήτρια εγκυμοσύνη και η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου.

- **Προσδιορισμός της αυχενικής διαφάνειας**

Ανάμεσα στην 11η-14η εβδομάδα εγκυμοσύνης , γίνεται υπερηχογράφημα για τον προσδιορισμό της αυχενικής διαφάνειας (πάχος του ιστού πάνω από τον αυχένα του εμβρύου), εξέταση για τυχόν ανωμαλίες στο έμβρυο (όπως σύνδρομο Down).

- **Εξέταση της αρτιμέλειας του εμβρύου**

Στις 20-22 βδομάδες, πραγματοποιείται το υπερηχογράφημα Β-επιπέδου στο οποίο μπορεί σε ποσοστό 75% να εξεταστεί η αρτιμέλεια του εμβρύου.

- **Υπερηχογράφημα Doppler αγγείων**

Τέλος, στις 30 εβδομάδες μερικοί γιατροί κάνουν και το υπερηχογράφημα Doppler αγγείων, που μετράει τη ροή αίματος στον ομφάλιο λώρο και στις δύο μητριάιες αρτηρίες, για να διαπιστωθεί εάν ο πλακούντας τροφοδοτείται επαρκώς ή αν υπάρχουν σημάδια πλακουντιακής ανεπάρκειας.

Τα παραπάνω πραγματοποιούνται από την πλειοψηφία των Ελληνίδων εγκύων, χωρίς αυτό να σημαίνει πως κάποιος γιατρός δεν μπορεί να ζητά περισσότερες ή λιγότερες εξετάσεις από την γυναίκα που παρακολουθεί.

- **Αμνιοπαρακέντηση**

Στις 16-18 εβδομάδες κύησης, στην Ελλάδα επίσης είθισται όταν μια γυναίκα κυοφορεί και είναι άνω των 35 ετών, ή όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό με κάποιο γενετικό νόσημα, να πραγματοποιείται αμνιοπαρακέντηση.

Ο γιατρός με μια βελόνα τρυπά την κοιλιά, τη μήτρα και φτάνει στον αμνιακό σάκο (ο σάκος μέσα στον οποίο είναι το έμβρυο). Με τη βελόνα παίρνει αμνιακό υγρό μέσα στο οποίο υπάρχουν κύτταρα του εμβρύου. Στόχος είναι η εύρεση ή όχι χρωμοσωματικών ανωμαλιών (Paidorama, www.paidorama.com, 22/08/2013).

2.18 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία εξαρτάται κυρίως από την σοβαρότητα της κατάστασης, όπως επίσης και από την ηλικία της κύησης, δηλαδή από την φάση εγκυμοσύνης κατά την οποία παρουσιάζεται, και το βαθμό ωριμότητας του εμβρύου κατά την στιγμή της διάγνωσης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΙΑΣ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑΣ

- **Ανάπαυση**
- **Διαιτητική αγωγή και λήψη υγρών:** (άφθονες πρωτεΐνες, επαρκή υγρά).
- **Ηρεμιστικά:** διαζεπάμη σε δισκία (κίνδυνος εμβρυικής υποθερμίας και υποτονίας).
- **Διουρητικά:** δεν συνιστώνται
- **Αντιυπερτασικά:** μεθυλντόπα και υδραλαζίνη.
- **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΑΡΕΙΑΣ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑΣ**
- **Ηρεμιστικά:** διαζεπάμη ενδοφλεβίως.
- **Διουρητικά:** φουροσεμίδη (Lasix).
- **Αντιυπερτασικά:** μεθυλντόπα, υδραλαζίνη, β-αναστολείς (Lopressor).
- **Αντιπηκτική αγωγή:** μετάγγιση αιμοπεταλίων και νωπό κατεψυγμένο πλάσμα.
- **Πρόκληση τοκετού:** με PGE2 (ρύθμιση αρτηριακής πίεσης με υδραλαζίνη), PEY και ωκυτοκίνη υπό συνεχή καρδιοτοκογραφικό έλεγχο, περάτωση τοκετού με εμβρουσκία.
- **ΚΤ**

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΛΑΜΨΙΑΣ

- **Έλεγχος σπασμών:** διαζεπάμη, δαινοβαρβιτάλη, θειικό μαγνήσιο
- **Ρύθμιση ΑΠ:** υδραλαζίνη
- **Τερματισμός της εγκυμοσύνης:** απελευθέρωση του παιδιού
- **Συνθήκες κατά τον τοκετό:** ανοικτές αεροφόροι οδοί, σκοτεινό δωμάτιο, ελάχιστος θόρυβος, λίγο φως.
- **Αγωγή κατά τον τοκετό:** α) στον φυσιολογικό τοκετό O2, έλεγχος υγρών και παλμών εμβρύου, επισκληρίδια αναισθησία-πρόκληση τοκετού με ρήξη

υμένων και ωκυτοκίνη και β) στην καισαρική τομή γενική ενδοτραχειακή αναισθησία.

Αγωγή στη λοχεία: ηρεμιστικά, πρόληψη σπασμών, έλεγχος υγρών (πρόσληψη-αποβολή), ανοικτές αεροφόροι οδοί (Εγκυκλοπαίδεια Χρυσή υγεία, 2002).

2.19 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η πήκτικότητα του αίματος και ο μηχανισμός αιμόστασης μπορούν να διαταραχθούν όταν:

- Ο αριθμός των αιμοπεταλίων πέσει κάτω από 50.000/κ.εκ.
- Τα επίπεδα του ινωδογόνου πέσουν κάτω από τα 100.000/100κ.εκ.
- Οι χρόνοι προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης είναι αυξημένοι και
- Το αίμα δεν πήζει στον δοκιμαστικό σωλήνα μέσα στα 5 πρώτα λεπτά

Τα παραπάνω ευρήματα πρέπει να θεωρούνται ενδείξεις βαρείας προεκλαμψίας, και γι αυτό πρέπει αντί για οποιαδήποτε άλλη θεραπευτική αγωγή να διακόπτεται η εγκυμοσύνη, με τοκετό από το πυελογγενητικό σωλήνα ή με καισαρική τομή. Για να επιτευχθεί χειρουργική αιμόσταση, πρέπει να ληφθούν τα παρακάτω μέτρα:

- Μετάγγιση αιμοπεταλίων
- Χορήγηση νωπού κατεψυγμένου πλάσματος, όταν τα επίπεδα του ινωδογόνου είναι κάτω από 100.000/κ.εκ., και οι χρόνοι προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης είναι παθολογικοί

Τα μέτρα αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται με μεγάλη προσοχή, επειδή περικλείουν υψηλούς κινδύνους ηπατίτιδας C, σε αναλογία 4 έως 5% ανά μετάγγιση (Καλογερόπουλος, 1992).

2.20 ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΜΕ ΑΓΩΓΗ (ΠΡΟΚΛΗΣΗ) ΤΟΚΕΤΟΥ

Επεμβατικός τοκετός

Πρόκληση τοκετού με φαρμακευτικές και χειρουργικές μεθόδους γίνεται σήμερα σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων με διάφορες ιατρικές και μαιευτικές ενδείξεις.

Γενικά, πρόκληση τοκετού θα πρέπει να διενεργείται όταν η περαιτέρω συνέχιση της κύησης είναι πιθανό να εκθέσει την μητέρα ή το έμβρυο ή και τους δύο σε βέβαιο κίνδυνο. Το ποσοστό πρόκλησης τοκετού ποικίλλει ανάλογα με την εμπειρία του μαιευτήρα.

Ενδείξεις

Οι κυριότερες ενδείξεις πρόκλησης τοκετού είναι:

1. Παράταση της κύησης
2. Προεκλαμψία - Εκλαμψία
3. Ανεπάρκεια πλακούντα και επιβράδυνση της ενδομήτριας ανάπτυξης
4. Αιμορραγία πριν από τον τοκετό - Αποκόλληση πλακούντα και αιμορραγίες άγνωστης αιτιολογίας
5. Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων
6. Ασυμβατότητα παράγοντα Rhesus
7. Σακχαρώδης διαβήτης
8. Χρόνιες νεφρικές παθήσεις

Αντενδείξεις

Στις απόλυτες αντενδείξεις για πρόκληση τοκετού περιλαμβάνονται:

1. Εμβρυοπυελική δυσαναλογία
2. Προδρομικός πλακούντας
3. Προηγηθείσα καισαρική τομή
4. Ινομωματεκτομή
5. Εγκάρσιο σχήμα

Στις σχετικές αντενδείξεις περιλαμβάνονται:

1. Ισχιακή προβολή
2. Πολυάμνιο
3. Υπερπολυτοκία
4. Προωρότητα

Μέθοδοι πρόκλησης τοκετού

Για την επιτυχία της πρόκλησης θα πρέπει να εκτιμηθούν ορισμένοι παράγοντες, όπως είναι η διάρκεια της κύησης, ο προετοιμασμένος τράχηλος και η προβολή του εμβρύου. Η πλέον συνήθης μέθοδος εκτίμησης των παραγόντων αυτών είναι ο προγνωστικός δείκτης κατά Bishop.

Όσο πιο μεγάλος είναι ο δείκτης αυτός τόσο καλύτερα αναμένονται τα αποτελέσματα της πρόκλησης. Όταν ο δείκτης είναι μεγαλύτερος από 6 εκτιμάται ότι η πρόκληση θα αποδώσει με καλά αποτελέσματα. Τιμή δείκτη μικρότερη του 5 αποτελεί ένδειξη για περαιτέρω ωρίμανση του τραχήλου της μήτρας.

Για την ωρίμανση του τραχήλου χρησιμοποιούνται:

1. Προσταγλανδίνες

Γίνεται τοπική εφαρμογή προσταγλανδινών E2 και F2a και αξιολόγηση της τραχηλικής ωριμότητας μερικές ώρες αργότερα.

2. Καθετήρας Foley

Γίνεται διατραχηλική τοποθέτηση του καθετήρα ο οποίος πληρούται με 25-50 ml φυσιολογικού ορού. Κατόπιν αναρτάται βάρος, που ασκώντας πίεση στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και στον τράχηλο επιτυγχάνει την διαστολή.

Φαρμακευτικές μέθοδοι πρόκλησης τοκετού

Αρκετά φαρμακολογικά σκευάσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με σκοπό την διέγερση της μήτρας.

1. Διάλυμα οξυτοκίνης

Η χορήγηση αυτού ενδοφλεβίως αποτελεί συχνή επιλογή, σε συνδυασμό με επεμβατικές μεθόδους πρόκλησης. Η έγχυση αρχίζει με 1 mU/min και αυξάνει με ρυθμό 3 mU/min κάθε 15 min μέχρι επίτευξης ικανοποιητικού ρυθμού συσπάσεων.

2. Προσταγλανδίνες

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει ιδιαίτερα αποδεκτή η τοπική χρήση των προσταγλανδινών E2 που αποσκοπεί αρχικά στην ωρίμανση του τραχήλου και στην συνέχεια στην πρόκληση του τοκετού.

Η χρήση των κολπικών δισκίων της PGE2 αποτελεί σήμερα την επικρατέστερη και πιο απλή μέθοδο αγωγής με προσταγλανδίνες. Η επανεξέταση της εγκύου επιβάλλεται σε 3-4 ώρες με σκοπό να διαπιστωθεί εάν έχει επιτευχθεί ή όχι η ωρίμανση του τραχήλου.

Επεμβατικές μέθοδοι

Η συνήθης επεμβατική μέθοδος είναι η τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Αυτή θα πρέπει να επιχειρείται μόνο στις περιπτώσεις με ώριμο τράχηλο.

Χαμηλή ρήξη υμένων

Η τεχνητή ρήξη των υμένων πρέπει να γίνεται με όλους τους κανόνες ασηψίας στην αίθουσα τοκετών. Η έγκυος τοποθετείται σε θέση λιθοτομής, πραγματοποιείται δακτυλική αποκόλληση των εμβρυϊκών υμένων από το τοίχωμα της μήτρας και ακολουθεί τεχνητή ρήξη των υμένων με την βοήθεια λαβίδας Kocher ή με την βοήθεια ειδικού αμνιοτόμου. Η έξοδος του αμνιακού υγρού γίνεται αργά και λαμβάνεται μέριμνα για την αποφυγή προβολής ή πρόπτωσης του ομφαλίου λώρου.

Υψηλή ρήξη υμένων

Μία εναλλακτική επεμβατική τεχνική αποτελεί η ρήξη των υμένων δίπλα από την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου με την βοήθεια του ειδικού καθετήρα-αμνιοτόμου τύπου Drew-Smythe. Θεωρητικά, με την μέθοδο αυτή ελαττώνεται ο κίνδυνος πρόπτωσης του ομφαλίου λώρου. Στην πραγματικότητα, όμως, ο κίνδυνος αυτός είναι μικρότερος με την εφαρμογή της χαμηλής ρήξης των υμένων από ότι στην αυτόματη ρήξη των υμένων, με αποτέλεσμα η χρήση της υψηλής ρήξης σήμερα να είναι περιορισμένη.

Επιπλοκές

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι:

1. Υπερδιέγερση της μήτρας. Οι έντονες και μεγάλης διάρκειας συστολές της μήτρας ελαττώνουν την αιματική ροή και προκαλούν εμβρυϊκή υποξία. Η χορήγηση της οξυτοκίνης θα πρέπει να διακόπτεται, όταν η κινητικότητα της μήτρας γίνεται έντονη ή όταν υπάρχουν σημεία εμβρυϊκής δυσφορίας.
2. Πρόπτωση ομφαλίου λώρου. Μπορεί να προκληθεί κατά την διενέργεια της χαμηλής ρήξης των υμένων ή αργότερα. Ενδεικτικό της πρόπτωσης είναι η εμφάνιση σημείων εμβρυϊκής δυσφορίας.
3. Ρήξη μήτρας
4. Εμβολή αμνιακού υγρού
5. Πυελικές λοιμώξεις (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr, 25/08/2013).

2.21 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Η εγκατάσταση της υπερτασικής νόσου είναι δυνατόν να συνδεθεί με την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, τόσο από την μητέρα, όσο και από το έμβρυο. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η παρακολούθηση της κλινικής κατάστασης της μητέρας, καθώς και της λειτουργίας του πλακούντα.

Για την σωστή παρακολούθηση και εκτίμηση της κατάστασης της υπερτασικής εγκύου πρέπει να γίνονται τα εξής:

- **Ημερήσια καταγραφή των διακυμάνσεων της αρτηριακής πίεσης**

Η αρτηριακή πίεση παρουσιάζει φυσιολογικά πτώση κατά το πρώτο ήμισυ της κύησης, ενώ κατά την διάρκεια του 3ου τριμήνου επανέρχεται στα προ της κύησης επίπεδα. Είναι απαραίτητος ο τακτικός έλεγχος της συστολικής και διαστολικής πίεσης.

- **Έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας**

Θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά η ποσότητα των αποβαλλομένων ούρων και να γίνεται προσδιορισμός των αποβαλλομένων πρωτεϊνών.

Έλεγχος της ουρίας, της κρεατινίνης και του ουρικού οξέος Σε περιπτώσεις βαριάς προεκλαμψίας εμφανίζουν σημαντική αύξηση.

- **Έλεγχος του πηκτικού μηχανισμού**

Στην βαριά υπερτασική νόσο παρατηρείται ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων καθώς και κατανάλωση των παραγόντων της πήξης. Τέλος, η προεκλαμψία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε δυσλειτουργία του πλακούντα και επομένως είναι σημαντική η παρακολούθηση της λειτουργίας του και η εκτίμηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr, 25/08/2013).

2.22 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό είναι:

- **Το βιοφυσικό προφίλ του εμβρύου**

Περιλαμβάνει τον υπερηχογραφικό έλεγχο των κινήσεων του εμβρύου, τις αδρές κινήσεις του σώματος, τον καρδιακό ρυθμό και την εκτίμηση της ποσότητας του αμνιακού υγρού.

- **Διαδοχικές υπερηχογραφικές μετρήσεις**

Η εκτίμηση της αμφιβρεγματικής διαμέτρου, της περιμέτρου της κοιλίας και του μήκους του μηριαίου οστού χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης.

- **Η Doppler Υπερηχογραφία**

Εκτιμάται η αιματική ροή στα μητρικά και εμβρυϊκά αγγεία.

- **Το καρδιοτοκογράφημα**

Η εκτίμηση του καρδιακού εμβρυϊκού ρυθμού και της δραστηριότητας της μήτρας παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την κατάσταση του εμβρύου (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr, 25/08/2013).

2.23 ΠΡΟΛΗΨΗ

Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, προτάθηκε μεγάλος αριθμός μεθόδων εσκόπο τη μείωση της συχνότητας και της βαρύτητας της προεκλαμψίας. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που μελετήθηκαν, όπως η άσκηση και η απώλεια βάρους, τα συμπληρώματα πρωτεϊνών, η αύξηση ή η μείωση της λήψης άλατος, τα συμπληρώματα μαγνησίου και ψευδαργύρου και τα συμπληρώματα με ω3 λιπαρά οξέα, δεν αποδείχτηκε να έχουν προφυλακτική δράση. Για τα συμπληρώματα του ασβεστίου από τις περισσότερες έρευνες προκύπτει ότι μπορεί να είναι χρήσιμα για την πρόληψη της προεκλαμψίας σε γυναίκες υψηλού κινδύνου και σε περιπτώσεις ελλιπούς διατροφικής λήψης ασβεστίου. Ωστόσο, η χορήγηση ασβεστίου, δε φάνηκε να επηρεάζει τη συχνότητα πρόωρων τοκετών και νεογνικών θανάτων από προεκλαμψία.

Το γεγονός ότι οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου συσχετίζονται με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία οδήγησε στη διερεύνηση του ρόλου των αντιοξειδωτικών (βιταμίνη C και E) στην πρόληψη της προεκλαμψίας. Παρά τον αρχικό ενθουσιασμό, πρόσφατες τυχαιοποιημένες μελέτες έδειξαν ότι οι βιταμίνες C και E δεν μειώνουν τη συχνότητα της προεκλαμψίας ή του ενδομήτριου και περιγεννητικού θανάτου, αντίθετα φαίνεται να αυξάνουν τη συχνότητα πρόωρου τοκετού.

Πολλές έρευνες που ασχολήθηκαν με την πρόληψη της προεκλαμψίας, χρησιμοποίησαν χαμηλή δόση ασπιρίνης. Ο αγγειοσπασμός και η ενεργοποίηση του μηχανισμού πήξης που παρατηρούνται στην προεκλαμψία, οφείλονται εν μέρει στη διαταραχή της ισορροπίας ανάμεσα στη θρομβοξάνη-A2 και στην προστακυκλίνη. Η χορήγηση χαμηλής δόσης ασπιρίνης στην κύηση, αναστέλλει την παραγωγή θρομβοξάνης-A2 στα αιμοπετάλια μεταβάλλοντας την ισορροπία υπέρ της προστακυκλίνης. Από μεγάλο αριθμό τυχαιοποιημένων μελετών, προκύπτει ότι η χορήγηση της ασπιρίνης έχει ευεργητικά αποτελέσματα σε γυναίκες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση προεκλαμψίας, με βάση το ιστορικό και παθολογικά ευρήματα στην Doppler εξέταση των μητριάων αρτηριών.

Για την πρόληψη της προεκλαμψίας χρησιμοποιήθηκε επίσης ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, η οποία αποδείχτηκε χρήσιμη σε γυναίκες με ιστορικό νεφρικής πάθησης, θρομβοφιλίας ή προεκλαμψίας σε προηγούμενη κύηση (Χριστοδούλου-Αγγελή, 2007).

2.24 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Όταν υπάρχουν σημεία προεκλαμψίας επιβάλλεται η εισαγωγή της εγκύου στο νοσοκομείο
- Φροντίζουμε να αναπαυθεί σε ήρεμο περιβάλλον και της συστήνουμε να μένει στο κρεβάτι σε πλάγια θέση για την καλύτερη αιμάτωση του πλακούντα
- Ελέγχουμε κάθε 3 ώρες την αρτηριακή πίεση
- Κάθε δύο 24ωρα ελέγχουμε το σωματικό βάρος της εγκύου
- Συχνές εξετάσεις ούρων για ύπαρξη λευκώματος
- Παρακολουθούμε την ύπαρξη βλευκώματος
- Γίνεται παρακολούθηση για την εξέλιξη των οιδημάτων
- Η ανάπαυση βοηθάει στην καρδιακή και νεφρική λειτουργία
- Φροντίζουμε για τη χορήγηση των αντιυπερτασικών φαρμάκων
- Τέλος, επιβάλλεται η σχολαστική παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία, της γυναίκας που νοσηλεύθηκε για σημεία προεκλαμψίας και εξήλθε σε καλή κατάσταση, δυο φορές την εβδομάδα

ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Όταν γίνεται εμφάνιση της εκλαμψίας, επιβάλλεται η απομόνωση της γυναίκας για να γίνει απαλλαγεί από οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα.
- Χρειάζεται να υπάρχει χαμηλός φωτισμός, ώστε να επαρκεί για την κλινική παρακολούθηση.
- Τοποθετείται η έγκυος σε πλάγια θέση στο κρεβάτι
- Γίνεται σύνδεση με Monitor παρακολούθησης ζωτικών σημείων, καθώς τοποθετείται και μόνιμο πιεσόμετρο για τον προσδιορισμό της αρτηριακής πίεσης
- Γίνεται παρακέντηση φλέβας για ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων και υγρών.

- Γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστης και παραμένει ο καθετήρας για να γίνεται μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών
- Δίπλα στην έγκυο βρίσκεται απαραίτητα συσκευή χορήγησης οξυγόνου, συσκευή αναρρόφησης, στοματοδιαστολέας, δίσκος εργαλείων τραχειοτομίας σε περίπτωση που χρειασθεί
- Πρέπει να υπάρχει σε ετοιμότητα διασταυρωμένο αίμα για πιθανή μετάγγιση.
- Χρειάζεται αποκλειστική παρακολούθηση όλο το 24ωρο
- Πρέπει να υπάρχει φροντίδα για τακτική λήψη των εργαστηριακών εξετάσεων.
- Επίσης, χρειάζεται να υπάρχει φροντίδα για την χορήγηση φαρμάκων

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η μόνη πραγματική θεραπεία της προεκλαμψίας είναι η απομάκρυνση της κύησης. Τι γίνεται όμως αν η προεκλαμψία εμφανιστεί στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και το έμβρυο δεν είναι βιώσιμο; Τότε γίνονται προσπάθειες για να κερδηθεί χρόνος ώστε το έμβρυο να προλάβει να ωριμάσει νευρολογικά και αναπνευστικά. Τα πάντα εξαρτώνται από την βαρύτητα της προεκλαμψίας.

Στην ελαφριά μορφή η γυναίκα μπορεί να παραμείνει στο σπίτι υπό στενή παρακολούθηση, με οδηγίες για να παραμείνει ξαπλωμένη ιδιαίτερα στο αριστερό πλάγιο γιατί έτσι αυξάνεται η αιματική ροή στον πλακούντα με αποτέλεσμα την καλύτερη οξυγόνωση και θρέψη του εμβρύου. Πρέπει να γίνεται ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης με αντιυπερτασικά κατάλληλα για την κύηση και προσθήκη μαγνησίου που φαίνεται να βοηθάει. Επίσης πρέπει να γίνεται καθημερινά μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του λευκώματος των ούρων και του σωματικού βάρους και κάθε δύο ημέρες εργαστηριακός έλεγχος και παρακολούθηση του εμβρύου με υπερηχογράφημα , καρδιοτοκογράφημα και βιοφυσικό προφίλ μετά την 27 εβδομάδα.

Στις περιπτώσεις της μέτριας και βαριάς προεκλαμψίας χρειάζεται νοσηλεία στο νοσοκομείο για να χορηγηθούν στην έγκυο γυναίκα ενδοφλέβια αντιυπερτασικά καιθεικό μαγνήσιο. Επίσης γίνονται ενέσεις με κορτικοστεροειδή για να επιταχυνθεί η πνευμονική ωρίμανση του εμβρύου. Ουσιαστικά είναι μια μάχη με

τον χρόνο, ώστε να γεννηθεί ένα έμβρυο συνήθως με **καισαρική τομή** το οποίο να είναι όσο το δυνατόν πιο ώριμο, αλλά χωρίς να κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας.

Σε πολύ βαρεία προεκλαμψία η οποία εξελίσσεται γρήγορα μπορεί να γίνει καισαρική τομή ακόμα και αν το έμβρυο δεν είναι ώριμο γιατί προέχει η ζωή της γυναίκας, που αν άλλωστε παρουσιάσει σοβαρές βλάβες όπως σπασμούς ή εγκεφαλική αιμορραγία θα οδηγήσει στο θάνατο του εμβρύου. Καισαρική τομή γίνεται και αν από τον υπερηχογραφικό, καρδιοτοκογραφικό και βιοφυσικό έλεγχο του εμβρύου φαίνεται ότι αυτό δυσπραγεί μέσα σε ένα εχθρικό περιβάλλον.

Ευτυχώς, σήμερα στο οργανωμένα κράτη η προεκλαμψία με την σωστή παρακολούθηση της εγκύου σπάνια αφήνεται να προχωρήσει σε εκλαμψία και καταστάσεις απειλητικές για την γυναίκα και το έμβρυο.

Ορισμένοι γιατροί συστήνουν τη λήψη **ασπιρίνης**, για την αποφυγή σχηματισμού θρόμβων, και συμπληρώματα ασβεστίου για τον έλεγχο της πίεσης, αν και δεν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα αυτών των μέσων.

Η προεκλαμψία σχετίζεται με αγγειόσπασμο και ενεργοποίηση των πηκτικών μηχανισμών με αύξηση της ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων προκαλώντας έτσι διαταραχή της ισορροπίας θρομβοξάνης / προστακυκλίνης. Η χορήγηση χαμηλής δοσολογίας ασπιρίνης αναστέλλει την σύνθεση των προσταγλανδινών με την αμετάκλητη ακετυλίωση και απενεργοποίηση της κυκλοξυγενάσης αναστέλλοντας έτσι την σύνθεση της θρομβοξάνης χωρίς να επηρεάζει την προστακυκλίνη.

Η δοσολογία της ασπιρίνης που έχει προταθεί είναι 60-150 mg με πιο συνηθισμένη τα 80 mg από την 18-20^η εβδομάδα καθημερινά (Healthy Living, www.healthyliving.gr, 12/06/2013).

2.25 ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Σε προεκλαμψία ή εκλαμψία μπορεί να εξελιχθεί η υπέρταση κατά την κύηση, η οποία συνήθως εμφανίζεται μετά την 20η εβδομάδα σε ένα ποσοστό 8-10% των εγκύων. Η υπέρταση κατά την κύηση αποτελεί σημαντική αιτία της μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και της θνησιμότητας, ενώ οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισής της είναι η χρόνια υπέρταση, το ιστορικό προεκλαμψίας σε προηγούμενη εγκυμοσύνη, μικρή (40 ετών) ηλικία της εγκύου, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και κάποιοι γενετικοί παράγοντες. Αυτά επισήμανε ο επιμελητής παθολογίας Κωνσταντίνος Πετίδης στο πλαίσιο του 4ου Πανελληνίου Συμποσίου Αρτηριακής Υπέρτασης που πραγματοποιείται στη Θεσσαλονίκη, ενώ αναφερόμενος στην πρόληψη της προεκλαμψίας, τόνισε ότι η χορήγηση ασπιρίνης σε χαμηλές δόσεις μείωσε τη συχνότητα και τη βαρύτητα της προεκλαμψίας.

Η προεκλαμψία προσβάλλει κυρίως πρωτότοκες και εμφανίζεται πιο συχνά μετά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και, όπως ανέφερε ο κ. Πετίδης, κλασικά χαρακτηριστικά της είναι: Η αύξηση της πίεσης, τα οίδημα και το λεύκωμα στα ούρα. Οι κύριοι κίνδυνοι για τη γυναίκα από την προεκλαμψία είναι σπασμοί, εγκεφαλική αιμορραγία, αποκόλληση πλακούντα με διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, πνευμονικό οίδημα, τη νεφρική ανεπάρκεια, την ηπατική αιμορραγία και το θάνατο. Οι κίνδυνοι για το έμβρυο περιλαμβάνουν τη σοβαρή καθυστέρηση της ανάπτυξης, την υποξία, την οξέωση, τον πρόωρο τοκετό και το θάνατο.

Διάφορες επιδημιολογικές έρευνες πάνω στο θέμα των διαιτητικών συνηθειών των εγκύων και της συχνότητας της προεκλαμψίας έδειξαν ότι υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της διαιτητικής πρόσληψης ασβεστίου, αφ' ενός, και της αρτηριακής πίεσης και της συχνότητας προεκλαμψίας και εκλαμψίας. Παρ' όλα αυτά η συμπληρωματική χορήγηση ασβεστίου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν συνιστάται, εκτός και εάν η έγκυος δεν καταναλώνει γαλακτοκομικά προϊόντα, άρα έχει χαμηλή διαιτητική πρόσληψη ασβεστίου. Άλλες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι συμπληρώματα των βιταμινών C και E, μειώνουν τον κίνδυνο προεκλαμψίας, ενώ διαιτητικές παρεμβάσεις, όπως ο περιορισμός του αλατιού, η λήψη συμπληρωμάτων μαγνησίου και ψευδαργύρου και η κατανάλωση λιπαρών ψαριών, δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι βοηθούν.

Γονίδια και υπέρταση Στη διάρκεια του συνεδρίου επισημάνθηκε ότι θα χρειαστούν πολλά χρόνια ερευνών για να επιβεβαιωθούν οι υποψίες και οι ενδείξεις για γονίδια που θεωρούνται υπεύθυνα για την υπέρταση. Όπως ανέφερε η Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γενετικής του Ανθρώπου στο τμήμα βιολογίας του Α.Π.Θ Αναστασία Κουβάτση στις έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα δεν έχουν εντοπιστεί γονίδια που ευθύνονται για την υπέρταση, υπάρχουν όμως γονίδια τα οποία χρειάζονται ένα συγκεκριμένο υπόβαθρο και περιβάλλον για να εκδηλωθούν πλήρως. Εφόσον εντοπιστούν γονίδια που εκφράζονται ως υπέρταση θα μπορούν οι επιστήμονες να ανιχνεύσουν τα άτομα που θα την εκδηλώσουν και στη συνέχεια να αντιμετωπιστεί η υπέρταση με ειδική αγωγή (Pathfinder, www.news.pathfinder.gr, 18/07/2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ο όρος καισαρική τομή αποδίδει την έξοδο του εμβρύου, του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων από τη μητριάια κοιλότητα μετά από λαπαροτομία και διάνοιξη του τοιχώματος της μήτρας. Ως προς την προέλευση του όρου, η γνώμη ότι οφείλεται στον τρόπο που γεννήθηκε ο Ιούλιος Καίσαρας μάλλον δεν ευσταθεί. Το πιθανότερο είναι ότι οφείλεται στον όρο *lex cesarean* του Ρωμαϊκού Δικαίου, που δηλώνει την δυνατότητα εφαρμογής χειρουργικής μεθόδου εξόδου του εμβρύου από την έγκυο που απεβίωσε.

Ενδείξεις

Η καισαρική τομή εφαρμόζεται στις καταστάσεις εκείνες, όπου η διενέργεια κοιλιακού τοκετού δεν είναι εφικτή ή εγκυμονεί κινδύνους για την μητέρα ή το έμβρυο. Ορισμένες από τις ενδείξεις θεωρούνται απόλυτες (π.χ. επιωματικός πλακούντας, κεφαλοπυελική δυσαναλογία), ενώ άλλες σχετικές. Οι συχνότερες ενδείξεις διενέργειας καισαρικής τομής είναι:

2 Από τη μητέρα:

1. Προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις στην μήτρα.
2. Προηγηθείσα καισαρική τομή.
3. Υπερτασική νόσος της κύησης.
4. Σακχαρώδης διαβήτης.

3 Από το έμβρυο:

1. Εμβρυοπυελική δυσαναλογία.
2. Προδρομικός πλακούντας.
3. Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.
4. Εμβρυϊκή δυσφορία.
5. Εγκάρσιο ή λοξό σχήμα του εμβρύου.
6. Επιβράδυνση της ενδομήτριας ανάπτυξης.
7. Ανώμαλη ισχιακή προβολή.

8. Ισχιακή προβολή σε πρόωρο έμβρυο.
9. Πρόπτωση του ομφάλιου λώρου.

Η συχνότητα της καισαρικής τομής συνεχώς αυξάνει. Σήμερα, περίπου το 1/3 των τοκετών γίνεται με καισαρική τομή. Η αυξημένη αυτή συχνότητα θα μπορούσε να αποδοθεί εν πολλοίς αφενός μεν στο ότι η καισαρική τομή θεωρείται ασφαλέστατη επέμβαση (βελτίωση τεχνικής, βελτίωση αναισθησίας), αφετέρου δε στην αυξημένη σήμερα δυνατότητα έγκαιρης επισήμανσης επιπλοκών στο έμβρυο και αύξησης έτσι της πιθανότητας επιβίωσης του νεογέννητου με παράλληλη μείωση των απωτέρων επιπλοκών.

Στις γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή και με απουσία απολύτων ενδείξεων καισαρικής τομής μπορεί να επιχειρηθεί η διενέργεια κοιλιακού τοκετού, με πιθανότητα επιτυχίας περίπου 50%-70%. Η σημαντικότερη επιπλοκή στην περίπτωση αυτή είναι η ρήξη της μητριάας τομής, χωρίς ωστόσο αυτή να συμβαίνει σε ποσοστό μεγαλύτερο του 1%. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος, όταν έχει προηγηθεί κλασική καισαρική τομή στο άνω τμήμα της μήτρας.

Είδη καισαρικής τομής:

1. Χαμηλή εγκάρσια τομή

Είναι ο συνηθέστερος τύπος καισαρικής τομής. Αρχικά διατέμνεται και κατασπάται η κυστεομητρική πτυχή και στην συνέχεια διενεργείται χαμηλή εγκάρσια τομή στο κατώτερο τμήμα της μήτρας από όπου εξάγεται το έμβρυο . Η τομή συρράπτεται σε ένα ή δύο στρώματα. Η επούλωση της χαμηλής εγκάρσιας τομής είναι απολύτως ικανοποιητική και η τομή αυτή θεωρείται ιδιαίτερα ανθεκτική και με μειωμένες πιθανότητες ανάπτυξης ενδοπυελικών συμφύσεων. Η ασφάλεια της χαμηλής εγκάρσιας τομής και η ιδιαίτερα ικανοποιητική επούλωση της θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι, στο σημείο που διενεργείται η τομή, η φορά των μυϊκών ινών είναι τέτοια ούτως ώστε ουσιαστικά γίνεται διάνοιξη και όχι διατομή των ινών.

2. Κάθετη τομή

Κάθετη τομή μπορεί να γίνει στο ανώτερο τμήμα της μήτρας (υψηλή κάθετη) ή στο κατώτερο τμήμα μετά από διατομή και κατάσπαση της κυστεομητρικής πτυχής (χαμηλή κάθετη). Η κάθετη καισαρική τομή εφαρμόζεται σήμερα σε ελάχιστες περιπτώσεις, καθώς συνοδεύεται, ιδιαίτερα η υψηλή κάθετη, από αυξημένη μετεγχειρητική νοσηρότητα και αυξημένο κίνδυνο ρήξης της μήτρας σε επόμενη κύηση.

3. Συνδυασμός τομών

Ορισμένες φορές και αναλόγως των περιστάσεων μπορεί να γίνει επέκταση της αρχικής χαμηλής εγκάρσιας τομής είτε προς τα επάνω εν είδει αντεστραμμένου T είτε προς τα πλάγια δίκην J. Οι τομές αυτές, όπως είναι ευνόητο, είναι ήσσονος ανθεκτικότητας σε σχέση με την χαμηλή εγκάρσια τομή.

Σε περιπτώσεις ανεξέλεγκτης αιμορραγίας κατά την καισαρική τομή και επί αποτυχίας ελέγχου της αιμορραγίας με μητροσυσπαστικά φάρμακα ή με συντηρητικές χειρουργικές μεθόδους, όπως απολίνωση μητριάων ή έσω λαγονίων αρτηριών, διενεργείται μαιευτική υφολική ή ολική υστερεκτομή (επέμβαση κατά Porro).

Η απρόβλεπτη καισαρική τομή

Πρόκειται για χειρουργική επέμβαση. Το αν ο γυναικολόγος θα αποφασίσει να κάνει καισαρική τομή ή όχι, καθορίζεται μόνο από ιατρικούς παράγοντες. Οι λόγοι που επιβάλλουν την καισαρική τομή είναι:

1. Μεγάλο έμβρυο - στενή λεκάνη μητέρας.
2. Ανώμαλη προβολή του εμβρύου π.χ. ισχιακή προβολή.
3. Πολύδυμος κύηση.
4. Επιπλοκή στην εγκυμοσύνη π.χ. αιμορραγία, τοξιναιμία.
5. Ανωμαλία στη θέση του πλακούντα π.χ. προδρομικός πλακούντας.
6. Ινομύωμα που εμποδίζει το πέρασμα του μωρού στον πυελογεννητικό σωλήνα.
7. Μείωση των παλμών του εμβρύου (βραδυκαρδία).

8. Αδράνεια της μήτρας.
9. Κύηση ύστερα από περίοδο μακράς θεραπείας υπογονιμότητας (με σπερματέγχυση ή εξωσωματική γονιμοποίηση).

Η διαδικασία της καισαρικής τομής ολοκληρώνεται μέσα σε 45 περίπου λεπτά της ώρας. Ο γιατρός θα ρωτήσει την έγκυο τι είδους αναισθησία προτιμά (γενική ή επισκληρίδιο, ανάλογα με το τι επιτρέπεται να γίνει). Η τομή που θα γίνει είναι οριζόντια λίγο πιο πάνω από το ηβικό οστό (τομή μπικίνι). Αυτό γίνεται γιατί η χαμηλή εγκάρσια τομή επουλώνεται καλύτερα, έχει μικρό κίνδυνο μετεγχειρητικής κήλης και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Σε σπάνιες περιπτώσεις χρειάζεται να γίνει στην μήτρα κάθετη τομή. Το μωρό γεννιέται μέσα στα πρώτα πέντε με δέκα λεπτά. Η υπόλοιπη ώρα αφιερώνεται στα ράμματα του τοιχώματος της μήτρας και της κοιλιάς. Το μωρό μπορεί να έρθει σ' επαφή με το σώμα της μητέρας του αμέσως μετά τον τοκετό εφόσον έχει γίνει επισκληρίδιος αναισθησία. Η λεχώνα μετά την καισαρική τομή δεν μπορεί να κινηθεί άνετα. Παρόλα αυτά μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι την επόμενη μέρα της εγχείρησης και επιβάλλεται να περπατήσει, όσο δύσκολο και να είναι, ώστε να αρχίσουν να επανέρχονται σταδιακά οι σωματικές της λειτουργίες (και θα την βοηθήσει να αποβάλλει τα αέρια). Η ειδική διαίτα επιβάλλεται για λίγες μόνο ημέρες. Η ροή των λοχειών είναι κανονική σαν να είχε γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό. Η καισαρική τομή δεν εμποδίζει σε τίποτα την διαδικασία του θηλασμού.

Συναισθήματα

Δεν είναι σπάνιο, οι γονείς όπου η σύζυγος αναγκάστηκε να γεννήσει με καισαρική τομή, να αισθάνονται απογοήτευση για αυτή τους την εμπειρία. Μην ξεχνάτε όμως ότι εκείνο που έχει μεγαλύτερη αξία είναι όχι ο τρόπος με τον οποίο θα γεννήσετε το μωρό σας αλλά το να φέρετε στον κόσμο ένα υγιές μωρό. Αν παρόλα αυτά τα συναισθήματα που θα σας δημιουργηθούν σε μία απρόσμενη καισαρική τομή είναι αρνητικά, τότε καλό θα είναι να τα συζητήσετε με τον γυναικολόγο σας (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr 15/08/2013).

3.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Άμεσες (εγχειρητικές) επιπλοκές που μπορούν να συμβούν κατά την διενέργεια της καισαρικής τομής είναι αιμορραγία, καταπληξία, επιπλοκές από την αναισθησία, κάκωση της ουροδόχου κύστης, κάκωση του ουρητήρα (σπανίως) και σπανιότερα τραυματική βλάβη του εμβρύου κατά την διάνοιξη της μήτρας.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι η φλεγμονή και διαπύηση του χειρουργικού τραύματος, η φλεγμονή της μήτρας, παραμητρίων και ελάσσονος πυέλου (ενδομυο-παραμητρίτιδα και περιτονίτιδα), ο σχηματισμός αιματώματος στο κοιλιακό τοίχωμα ή στην πύελο, η φλεγμονή του ουροποιητικού συστήματος (συνήθως κυστίτιδα) και η εμφάνιση θρομβοεμβολικής νόσου.

Η συχνότητα των επιπλοκών αυτών, διεγχειρητικών ή μετεγχειρητικών, είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Σε αυτό έχει συντελέσει η βελτίωση της χειρουργικής τεχνικής, η βελτίωση της αναισθησίας, η χορήγηση αντιβιοτικών και η χρησιμοποίηση αντιπηκτικής αγωγής. Έτσι, τόσο η μητρική όσο και η νεογνική θνησιμότητα και νοσηρότητα σε περίπτωση καισαρικής τομής κυμαίνονται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr 15/08/2013).

3.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Αν η έγκυος είναι ξύπνια κατά την επέμβαση, πιθανόν θα δει και θα κρατήσει το μωρό της αμέσως. Μετά το τέλος της επέμβασης, θα μεταφερθεί στην ανάνηψη. Η αρτηριακή πίεση, οι σφυγμοί, η αναπνοή καθώς και η κοιλία θα ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Αν σκοπεύει η έγκυος να θηλάσει πρέπει να ενημερώσει το γιατρό και τη νοσηλεύτρια. Το ότι γέννησε με καισαρική, αυτό δε σημαίνει ότι δεν μπορεί να θηλάσει αμέσως.

Θα πρέπει επίσης να μείνει στο κρεβάτι για λίγο. Τις πρώτες φορές η νοσηλεύτρια ή κάποιος άλλος θα την βοηθήσει να σηκωθεί. Την πρώτη συνήθως μέρα, ο ουροκαθετήρας θα αφαιρεθεί και η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών θα συνεχιστεί μέχρι να αρχίσει να τρώει κανονικά. Η τομή θα πονάει τις πρώτες μέρες. Ο γιατρός θα δώσει παυσίπονα για ν' αντιμετωπίσει τους πόνους. Ακόμη και αν θηλάζει δεν

πρέπει να φοβάται να πάρει τα παυσίπονα. Η απουσία πόνου όχι μόνο κάνει την έγκυο να νοιώθει καλύτερα και πιο άνετα, αλλά επίσης κάνει ευκολότερη την έγερση από το κρεβάτι και το περπάτημα που είναι πολύ σημαντικό για την ανάρρωση και τη μείωση των πιθανοτήτων θρόμβωσης.

Η παραμονή στο νοσοκομείο μετά από καισαρική είναι συνήθως 3-4 μέρες, εκτός αν υπάρχουν άλλες παθολογικές καταστάσεις (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr 15/08/2013).

3.4 ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Θα χρειαστούν μερικές εβδομάδες για την τομή να επουλωθεί. Κατά την ανάρρωση μπορεί η έγκυος να έχει:

- Ήπιες κοιλιακές κράμπες ιδιαίτερα όταν θηλάζει
- Αιμόρροια (λοχεία) για 4-6 εβδομάδες
- Πόνο στην περιοχή της τομής

Για να αποφύγει τη μόλυνση θα πρέπει για λίγες εβδομάδες να αποφύγει τη σεξουαλική επαφή και να μη βάζει τίποτε μέσα στον κόλπο. Πρέπει να αφήσει χρόνο για ανάρρωση πριν ξεκινήσει επίπονη άσκηση.

Θα πρέπει να ειδοποιήσει το γιατρό αν έχει πυρετό, σοβαρή αιμόρροια ή πόνο που δεν περνάει (Πίτσος, www.drpitsos.gr, 02/09/2013)

3.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Όνοματεπώνυμο : Π.Γ

Ηλικία : 28

Επάγγελμα : Οδοντίατρος

Καταγωγή : Αθήνα

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Η κύρια Π.Γ. προσήλθε στις 09/08/2013 στα ΤΕΠ του Υγείας Μέλαθρον στην Αθήνα με συμπτώματα οιδήματος προσώπου και ποδιών, υπέρταση, έντονη κεφαλαλγία και σπασμούς. Εξετάστηκε από τον ιατρό των ΤΕΠ και ελήφθη το ιστορικό της.

Ατομικό ιστορικό ασθενούς:

Η ασθενής είναι στον 6^ο μήνα της εγκυμοσύνης. Επίσης, έχει ιστορικό προϋπάρχουσας υπέρτασης.

Ζωτικά σημεία:

Θερμοκρασία: 36,7° C

Αρτηριακή πίεση: 140/90 mmHg

Σφίξεις: 85/min

Αναπνοές: 19/min

Η ασθενής την ώρα της εξέτασης, ανέφερε στον ιατρό ότι τα συμπτώματα έχουν ξεκινήσει τις τελευταίες μέρες, αλλά λόγω της εγκυμοσύνης, ανησύχησε έντονα λόγω πιθανόν κινδύνων της ίδιας και του εμβρύου και οδηγήθηκε στο νοσοκομείο.

Φυσική εξέταση

1. Λήψη λεπτομερειακού ιστορικού
2. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ύπτια αλλά και σε όρθια θέση
3. Εξέταση βυθού οφθαλμού (ελέγχεται η βαρύτητα της υπέρτασης και η κατάσταση των αγγείων)
4. Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο ιατρός ζήτησε τις παρακάτω εξετάσεις όπου έγιναν με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού (Παράσχος, www.ivf-embryo.gr 15/08/2013):.

Γενική Αίματος			
	Αποτελέσματα	Φυσιολ. Τιμές	Μονάδα
Ερυθρά Αιμοσφαίρια (RBC)	4,8	4,2-5,4	εκατομμύρια/mm ³
Αιμοσφαιρίνη (HGB)	13,6	11,6-16,4	g/dl
Αιματοκρίτης Ht	47	36-48	%
Λευκά Αιμοσφαίρια (WBC)	9	4,5-10	χιλιάδες/mm ³
Ουδετερόφιλα % (NEUT)	77	45-85 %	
Ουδετερόφιλα (NEU)	8	2,4-9.2	χιλιάδες/mm ³
Λεμφοκύτταρα % (LYMPH)	33	20-45%	
Λεμφοκύτταρα (LYMPH)	2,3	1,0-4,0	χιλιάδες/mm ³
Ηωσινόφιλα % (EO)	4	2-6%	
Ηωσινόφιλα (EO)	0,03	0,1-0,4	χιλιάδες/mm ³
Βασεόφιλα % (BASO)	0	0-1%	
Βασεόφιλα (BASO)	0,1	0,0-0,1	χιλιάδες/mm ³
Αιμοπετάλια (PLT)	303	150-400	χιλιάδες/mm ³

Βιοχημικές εξετάσεις			
	Αποτελέσματα	Φυσιολ. Τιμές	Μονάδα
Σάκχαρο νηστείας	125	110	mg/dl
Ουρία (URE)	45	10-50	mg/dl
Κρεατινίνη (CRE)	2,2	0,6-1,1	mg/dl
Νάτριο (Na⁺)	184	135-153	mEq/L
Κάλιο (K⁺)	7,1	3,5-5,3	mEq/L
Χοληστερόλη	206	<200	mg/dl
Υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL)	33	>40	mg/dl
Χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL)	153	<130	mg/dl
Γλουταμινική τρανσαμινάση (SGPT)	44	10-40	10-40 IU/L
Οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT)	46	10-40	10-40 IU/L

Γενική ούρων		
Παράμετρος γενικής εξέτασης ούρων	Αποτελέσματα	Φυσιολογικές Τιμές
Όψη	Διαυγής	Διαυγής
Χροιά	Κίτρινη	Ωχροκίτρινη-κίτρινη
Οσμή	Ιδιάζουσα	Ιδιάζουσα
Αντίδραση (pH)	6	Όξινη (5,5-6)
Ώζημα	Όχι	Όχι
Ειδικό βάρος	1022	1010-1030
Λευκοκυτταρική εστεράση	160	Αρνητικό
Νιτρώδη	Αρνητικό	Αρνητικό
Πρωτεΐνη	40	Αρνητικό ή ίχνη (< 30 mg/dl)
Γλυκόζη	Αρνητικό	Αρνητικό
Κετόνες	Αρνητικό	Αρνητικό
Αιμοσφαιρίνη	Αρνητικό	Αρνητικό
Χολερυθρίνη	Αρνητικό	Αρνητικό
Ουροχολινογόνο	Αρνητικό	Αρνητικό ή ίχνη (< 0,2 EU/dl ή <1 mg/dl)
Επιθηλιακά κύτταρα	2	0-4 κ.ο.π.
Ερυθρά αιμοσφαίρια	0	0-4 κ.ο.π.
Πυροσφαίρια	2	0-4 κ.ο.π.
Κύλινδροι	1	0-2 υαλώδεις
Μικρόβια-μύκητες	Ουδέν	Ουδέν
Κρύσταλλοι	Ουδείς παθολογικός κρύσταλλος	Ουδείς παθολογικός κρύσταλλος
Άμορφα άλατα	Λίγα	Λίγα
Βλέννη	Όχι	Όχι, Ολίγη
Σταγονίδια λίπους	Ουδέν	Ουδέν

Τελική εξέταση

Η ασθενής πάσχει από προεκλαμψία και πρέπει να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτική αγωγή (ηρεμιστικά, διουρητικά και καλιοσυντηρητικά), υγεινοδιαιτική αγωγή (μείωση αυξημένου βάρους, μείωση πρόσληψης άλατος, περίπου 2 gr την ημέρα) και ψυχοθεραπεία (προτείνεται κυρίως σε άτομα με διαταραγμένη νευροψυχική ισορροπία). Επίσης έγινε εισαγωγή της ασθενούς στη κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Οίδημα προσώπου και ποδιών	Να ανακουφιστεί η ασθενής από τα οίδηματα	Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων	Έγινε χορήγηση Ινδαπαμίδης	Σταδιακή μείωση των οιδημάτων
Υπέρταση	Επαναφορά της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων	Έγινε χορήγηση Doregyt	Σταδιακή μείωση της υπέρτασης
Κεφαλαλγία	Να ανακουφιστεί η ασθενής από την κεφαλαλγία	Χορήγηση κοινών αναλγητικών	Έγινε χορήγηση παρακεταμόλης	Η ασθενής ανακουφίστηκε από την κεφαλαλγία
Σπασμοί	Να ανακουφιστεί η ασθενής από τους σπασμούς	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση χαλαρωτικών φαρμάκων Ενδοραχιαία θεραπεία με μπακλοφένη 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε χορήγηση Baclofen Έγινε Ενδοραχιαία θεραπεία με μπακλοφένη 	Σταδιακή μείωση των σπασμών και σταδιακή επαναφορά σε φυσιολογικά επίπεδα

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η υπέρταση της κύησης είναι μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές που συμβαίνουν στην εγκυμοσύνη. Η πρόληψη, η έγκυρη διάγνωση, η σωστή θεραπεία και η καλή ενημέρωση θα βοηθήσουν ώστε το πρόβλημα να περιοριστεί και σε συχνότητα και σε βαθμό κινδύνου. Η εγκυμονούσα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη για να φέρει στον κόσμο ένα υγιές παιδί.

Η νοσηλευτική και ο ρόλος που διαδραματίζει είναι ένας από τους σπουδαιότερους. Το νοσηλευτικό προσωπικό με τις κατάλληλες γνώσεις θα βοηθήσει την εγκυμονούσα όχι μόνο στο κομμάτι των βιολογικών αναγκών, αλλά θα την βοηθήσει ώστε να μπορεί να ικανοποιήσει και τις ψυχολογικές της ανάγκες.

Η εγκυμονούσα θα πρέπει να κάνει τακτικές επισκέψεις στο γιατρό που την παρακολουθεί. Στην αρχή οι επισκέψεις θα πρέπει να γίνονται προληπτικά. Στην περίπτωση που ο γιατρός διαπιστώσει προεκλαμψία η έγκυος θα πρέπει να ακολουθήσει πιστά κάθε βήμα που υποδεικνύει ο γιατρός, χωρίς να παρεκκλίνει και να θέτει σε κίνδυνο το έμβρυο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και όλη η υγειονομική μονάδα θα πρέπει να παρέχει την καλύτερη δυνατή βοήθεια, κρατώντας ζωντανό το όνειρο και την ελπίδα της εγκύου, κάνοντας την να γνωρίζει ότι οποιοδήποτε πρόβλημα και αν έχει δεν το αντιμετωπίζει μόνη της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Dewit, s. (2009) παθολογική χειρουργική νοσηλευτική, έννοιες και πρακτική, τόμος 1. Πασχαλίδης Π.Χ.: Αθήνα

Saphiro, p. (1999) μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική. Έλλην: Αθήνα

Αραβαντινού, δ. (1989) μαιευτική. Παρισιανός: Αθήνα

Εγκυκλοπαίδεια (2002) χρυσή υγεία της 3^{ης} χιλιετίας, τόμος 9^{ος}. Δομική: Αθήνα

Καλογερόπουλος, α. (1992) μαιευτική. Επιστημονικά βιβλία και περιοδικά: Θεσσαλονίκη

Λευκός, ν. (1987) υπέρταση στη κύηση. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών: Θεσσαλονίκη

Μαμόπουλος, μ. , Φαρμακίδης, γ. (1996) εμβρυομητρική ιατρική. Επιστημονικά βιβλία και περιοδικά: Θεσσαλονίκη

Παρισιανού, γ. (1994) μαιευτική. Παρισιανός: Αθήνα

Πράπας, ν. , Γκουτζιούλης, ι. , Παπανικολάου, μ. (1991) νέες απόψεις για την νοσολογική κατάταξη του συνδρόμου Hellp. Πασχαλίδης: Αθήνα

Ρούσος, χ. (2002) νοσολογία, φυσιοπαθολογία, διάγνωση-θεραπεία, τόμος 1. Πασχαλίδης: Αθήνα

Ρούσος, χ. (2002) νοσολογία, τόμος 2. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης: Αθήνα

Σαλαμαλέκη, ε. (1995) κύηση υψηλού κινδύνου. Πασχαλίδης Π.Χ.: Αθήνα

Σαχίνη-Καρδάση, α. (1997) παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Βήτα medical arts: Αθήνα

Χριστοδούλου, α. , Αγγελή, α. (2007) η σημασία της πρωτεϊνουρίας και η αξιοπιστία των μεθόδων ελέγχων της ενάντια στην προεκλαμψία. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών: Θεσσαλονίκη

Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία

Ελληνική εταιρεία λιπιδιολογίας, αθηροσκλήρωσης και αγγειακής νόσου (25/07/2013). 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και μετρήσεις στο σπίτι στο www.eelia.gr

Ελληνική εταιρεία μελέτης της υπέρτασης (08/05/2013). αρτηριακή υπέρταση στο www.hypertension.gr

My world (12/05/2013). Έμφαση στην υπέρταση στο www.myworld.gr

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ. Γεννηματάς (12/05/2013). Αρτηριακή υπέρταση στο www.gna-gennimatas.gr

Καρδιολογικό Βήμα (15/05/2013). Η υπέρταση σήμερα στο www.kardiologia.blogspot.gr

Βαρδάκας, κ. (09/06/2013). Υπέρταση στη κύηση στο www.pathologos-varidakas.gr

Healthyliving (12/06/2013). Άπνοια ύπνου, υπέρταση και αντιμετώπιση στο www.healthyliving.gr

Η Ναυτεμπορική - Π. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ & ΣΙΑ Α.Ε (15/06/2013). Υπέρταση και κύηση στο www.clickatlife.gr

Αλεξίου, ι. (05/07/2013). Αντιμετωπίστε την υπέρταση στο www.doctorschannel.gr

Pathfinder 18/07/2013). Αρτηριακή υπέρταση στο www.news.pathfinder.gr

Ιατρικά χρονικά της Κρήτης (09/08/2013). τα πάντα για την υπέρταση στο www.iatrika-xronika.gr

Preclampsia foundation (10/08/2013). Προεκλαμψία στο www.preeclampsia.org

In cardiology (15/08/2013). Αρτηριακή υπέρταση στο www.incardiology.gr

Paidorama (22/08/2013). Υπέρταση και επιπλοκές στο www.paidorama.com

Baby space (25/08/2013). Αρτηριακή υπέρταση στο www.babyspace.gr

Παράσχος (25/08/2013). υπέρταση και κύηση στο www.ivf-embryo.gr

Healthvisitor (28/08/2013). Κύηση και επιπλοκές στο www.healthvisitor.gr

Γιαννακούλα, δ. (30/08/2013). με όπλο τη διατροφή στο www.mednutrition.gr

Πίτσος, μ. (02/09/2013). Κύηση-τοκετός-λοχεία στο www.drpitsos.gr