

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΘΕΜΑ: ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

της σπουδάστριας

ΤΖΙΜΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή)

Όνοματεπώνυμο

ΚΑΡΝΑΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

1)

2)

3)

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1980
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α .

	Σελίδα
1. Πρόλογος.	1
2. Φυσιολογία της Κύησης.	2
3. Εισαγωγή στην Τοξιναιμία της κύησης.	6
4. Συχνότητα - Επιδημιολογία.	7
4.1 Αιτιολογία.	8
4.2 Παθογένεια.	11
4.3 Ιστοπαθολογία.	13
5. Κλινικές εκδηλώσεις τοξιναιμίας.	16
5.1 Έμετοι κατά την κύηση.	16
5.2 Προεκλαμψία.	18
5.3 Εκλαμψία.	23
5.4 Χρόνια υπερτασική νόσος.	28
6. Επιπλοκές.	30
7. Πρόγνωση.	32
8. Θεραπεία.	35
8.1 Προφύλαξη.	35
8.2 Δίαιατά.	36
8.3 Φαρμακευτική αγωγή.	36
8.4 Ανάπαυση.	40
8.5 Πρόκληση τοκετού.	41
8.6 Εκτέλεση Καισαρικής τομής.	42
9.1 Γενική νοσηλευτική αντιμετώπιση.	43
9.2 Νοσηλευτική διεργασία.	45
9.3 Μαιευτικό ιστορικό.	46
9.4 Μαιευτικό ιστορικό.	52
10. Βιβλιογραφία.	

1. Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

- Τ ο Ξ ι ν α ι μ ί α: Μια Παθολογική κατάσταση που εκτρέπει την κύηση από τον φυσιολογικό της Χαρακτήρα.

Σε μερικές περιπτώσεις η παθολογική αυτή κατάσταση μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο την μητέρα ή το νεογνό. Η συχνότητα και τ' αποτελεσμάτά της ήταν το κίνητρο που με ώθησαν και ασχολήθηκα με αυτό το θέμα στο τελευταίο εξάμηνο με την διαικπαιρέωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Σκοπός μου είναι να γνωρίσω τις μορφές με τις οποίες εκδηλώνετε η τοξιναιμία καθώς και τους κινδύνους που διατρέχουν οι ασθενείς.

Έτσι ασχολήθηκα εκτενέστερα με τα συμπτώματά της, την επιδημιολογία της, αιτιολογία, παθογένεια, επιπλοκές και τις μορφές εκδηλώσής της καθώς και την θεραπεία της πάθησης. Μεγαλύτερη έμφαση έδωσα στην νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με τοξιναιμία, και στο πως εξελίσσεται η εγκυμοσύνη με την εμφάνιση της παθολογικής αυτής κατάστασης.

Η εργασία μου στηρίζεται σε πληροφορίες και στοιχεία μαιευτικών κυρίως βιβλίων και η νοσηλευτική διεργασία περιγράφει την νοσηλευτική φροντίδα δύο μαιευτικών ιστορικών.

Πιστεύω με την εργασία μου να έχω καλύψει όσο το δυνατό το μεγαλύτερο μέρος του θέματος της ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ.

Στην τελευταία αυτή παράγραφο θέλω να ευχαριστήσω όλους αυτούς που με βοήθησαν κατά την συγκέντρωση των απαραίτητων αυτών στοιχείων για την συγγραφή της πτυχιακής μου εργασίας.

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.

- Γονιμοποίηση και εμφύτευση.

Στον άνθρωπο η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο λαμβάνει χώρα στον ωαγωγό. Αμέσως μετά την διάτρηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο αρχίζει η κυτταρική διαίρεση και ίσως προκαλείται από την επίδραση λυσοσωματικών ενζύμων που βρίσκονται στο ακροσωμάτιο του σπερματοζωαρίου. Μόνο ένα σπερματοζωάριο ενώνεται με το ωάριο και στη διάρκεια της γονιμοποίησης του ωαρίου σχηματίζεται γύρω από φραγμούς που φυσιολογικά εμποδίζει την είσοδο άλλων σπερματοζωαρίων. Στο στάδιο αυτό το αναπτυσσόμενο έμβρυο, που λέγεται **βλαστοκύστη**, μεταφέρεται μέσω του ωαγωγού προς τη μήτρα. Μόλις η βλαστοκύστη έρθει σε επαφή με το ενδομήτριο περιβάλλεται από εξωτερικό στρώμα **συγκυτιοτροφοβλαστών**, πολυπυρηνική μάζα χωρίς σαφή όρια μεταξύ των κυττάρων, καθώς και από εσωτερικό στρώμα, **κυτοτροφοβλάστη**, που αποτελείται από ανεξάρτητα κύτταρα. Η συγκυτιοτροφοβλάστη διαπερνά το ενδομήτριο ενώ η βλαστοκύστη διεισδύει μέσα του (εμφύτευση). Η θέση εμφύτευσης συνήθως είναι το πίσω τοίχωμα της μήτρας. Στη συνέχεια αναπτύσσεται ο πλακούντας και η τροφοβλάστηση παραμένει συνδεδεμένη με αυτόν.

- Ενδοκρινικές μεταβολές.

Σε όλα τα θυλαστικά το ωχρο σωματίο της ωοθήκης, που υπάρχει κατά τη διάρκεια της γονιμοποίησης δεν δέχεται υποτροφή αλλά μεγεθύνεται από την διεργετική επίδραση των γοναδοτροπινών που εκκρίνεται από τον πλακούντα. Στον άνθρωπο αυτή η γοναδοτροπίνη λέγεται "ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη" (HCG). Το μεγεθυμένο ωχρο σωματίο της κύησης εκκρίνει οιστρογόνα και προγεστερόνη. Στα περισσότερα είδη οργανισμού η αφαίρεση των ωοθηκών οποιαδήποτε στιγμή

της κύησης συνεπάγεται αποβολή, στον άνθρωπο όμως ο πλακούντας εκκρίνει ικανοποιητικό βαθμό οιστρογόνων και προγεστερόνης ώστε να αναλαμβάνει τη λειτουργία του ωχρού σωματίου μετά τον 3^ο μήνα της κύησης. Έτσι ώστε αν εκτελεσθεί ωθηκευτομή πριν τον 3^ο μήνα αυτό συνεπάγεται αποβολή, αν εκτελεσθεί όμως μετά τον 3^ο μήνα δεν υπάρχει καμμία επίδραση στην κύηση. Μετά τον 5^ο μήνα της κύησης παρατηρούνται στο ωχρό σωματίο ευφυλιστικές αλλοιώσεις που συμβαίνουν σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Η έκκριση της HCG μειώνεται μετά από μια αρχική αύξηση όμως η έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης εξακολουθεί να αυξάνεται μέχρι και λίγο πριν το τοκετό.

- Ανθρώπινη χοριονική Γοναδοτροπίνη, (HCG).

Η HCG είναι γλυκοπρωτεΐνη, περιέχει γαλακτόζη και εξοζαμήνη. Όπως και οι γλυκοπρωτεϊνικές ορμόνες της υπόφυσης αποτελείται και αυτή από υπομάδες α και β. Η HCG-α εμφανίζει μεγάλη ομοιότητα, ίσως είναι ταυτόσημα με την LH-α και την TSH-α. Η HCG έχει μοριακό βάρος 100,000 και είναι αντιγονική. Η παρουσία της στα ούρα πρώιμα κατά την κύηση αποτελεί τη βάση διαφόρων εργαστηριακών δοκιμασιών εγκυμοσύνης, μερικές φορές μπορεί να επισημανθεί από την 14^η μέρα της σύλληψης. Οι επιδράσεις της είναι κυρίως ωχρονοποιητικές και χωρινοτρόποι, όμως εμφανίζει και κάποια δραστηριότητα F.S.H.

(πίνακας). Δοκιμασίες κύησης.

(ανίχνευση της HCG στα ούρα τις πρώτες εβδομάδες κύησης).

Δοκιμασία

Αποτέλεσμα

- Hscheim - Zondek (A-Z)

- Ωορηξία στα θυλυκά ποντίκια

- Hogeem και σχετικές

- Απελευθέρωση σπερματοζωαρίου ή ωαρίων σε βάτραχο.

Δοκιμασία	Αποτέλεσμα
- Ανοσοπροσδιορισμός (αναστολή - συγκόλησης)	Αναστολή συγκολλησεως ερυθρών κυττάρων προβάτου είτε σωματιδίων
Σωματιδίων εξ ελαστικού (Gravinder) εξελαστικού καλυμμένα με στρώμα Η C G.	
Ερυθροκυττάρων προβάτου	
(Pregnosticon).	

- Όρος εγκύου Φοράδος (P.M.S),

Μια εμπορικά διαθέσιμη πλακούντια γοναδοτροπίνης είναι αυτή που παράγεται από τον ορό της εγκύου φοράδος (P.M.S). Αντίθετα με την Η.C.G εξασκεί κυρίως θυλακοτρόπου και αποτελεί ασθενή ωχρονοποιητικό παράγοντα.

- Άλλες ορμόνες του πλακούντα.

Επιπλέον με την Η.C.G, την προγεστερόνη ή τα οιστρογόνα ο πλακούντας εκρίνει πιθανώς και ουσίες θυροειδοτρόπου επίδρασης, την ρενίνη και ρελαξίνη. Επίσης εκρίνει και μια πρωτεϊνική ορμόνη, που είναι γαλακτιγόνης και εμφανίζει μικρή διεργετική επίδραση στην αύξηση του σώματος. Αυτή λέγεται "χοιριονική αυξητική ορμόνη - προλακτίνη" (C.G.P) η "ανθρώπινη πλακούντια χαλακτογόνος" (HPL) ή ανθρώπινη χοιριονική σωματο-μαστοτροπίνη" (H.P.L). Όλες οι ορμόνες του πλακούντα πιθανόν εκκρίνονται από την συγκυτιοτροφοβλάστη.

Όπως και η αυξητική ορμόνη έτσι και η HCS περιέχει στο μορίο της 190 αμινοξέα που εμφανίζουν και δομικές ομοιότητες. Μεγάλες ποσότητες της βρίσκονται στο αίμα της μητέρας όμως μικρό ποσοστό της μεταφέρεται στο έμβρυο. Η έκκριση της αυξητικής ορμόνης από την υπόφυση της μητέρας δεν αυξάνεται κατά την διάρκεια της κύησης.

Η ΗCG εξασκεί τις περισσότερες επιδράσεις της αυξητικής ορμόνης.

μάλλον, λειτουργεί ως "μητρική αυξητική ορμόνη κύησης" που προκαλεί την κατακράτηση αζώτου, καλίου ή ασβεστίου επίσης και την ελάττωση της καταναλώσεως γλυκόζης. Τα εκκρινόμενα ποσά της HCS είναι ανάλογα με το μέγεθος του πλακούντα και χαμηλά επίπεδα της στο πλάσμα αποτελούν σημείο ανεπάρκειας του πλακούντα.

Η ανταλλαγή ορμονών μεταξύ εμβρύου και μητέρας είναι σχετικά μικρή. Οι μη πρωτεϊνικές ορμόνες διέρχονται του πλακούντα σε μικρό βαθμό όμως γενικά δεν γίνεται διακίνηση των πρωτεϊνικών μορίων σε οποιαδήποτε κατεύθυνση. Τα επινεφρίδια του εμβρύου θειϊκή δεϋδροεπιδροστερόνη και ο πλακούντας μετατρέπει αυτή την ένωση σε ανδρογόνα και οιστρογόνα που εισέρχονται στην κυκλοφορία της μητέρας.

3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.

Κατά την διάρκεια της κύησης, που θεωρείται φυσιολογική κατάσταση, είναι δυνατό να παρατηρηθούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις που εκτρέπουν την κύηση από τον εντελώς φυσιολογικό της χαρακτήρα.

Μια τέτοια παθολογική κατάσταση είναι " η τοξιναιμία της κύησης (Υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης) που εκδηλώνεται με αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος της εγκύου και συνεπάγεται επιπλοκές, που επηρεάζουν τόσο την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την λαχεία, όσο και το έμβρυο και το νεογνό.

Για να χαρακτηρίσουμε την έγκυο υπερτασική, πρέπει η συστολική πίεση να είναι 140 και η διαστολική 90 mm/Hg ή παραπάνω, όταν την προσδιορίσουμε περισσότερο από δύο φορές και σε χρονικό διάστημα, που απέχουν μεταξύ τους 6 ώρες.

Περισσότερο αξιόπιστο κριτήριο της εκτίμησης της πίεσης είναι ο προσδιορισμός της "μέσης αρτηριακής πίεσης" που είναι το άθροισμα του 1/3 του εύρους της πίεσης και της διαστολικής. Έτσι εάν η αρτηριακή πίεση είναι 140/80 mm/Hg η μέση αρτηριακή πίεση είναι:

$$\frac{140-80}{3} + 80 = \frac{60}{3} + 80 = 100$$

Όταν η μέση αρτηριακή πίεση είναι πάνω από 105, η έγκυος χαρακτηρίζεται σαν υπερτασική.

Η υπέρταση της εγκυμοσύνης επειδή μαζί με την λευκωματουρία και την ύπαρξη οιδημάτων, αποτελούν συμπτώματα της προεκλαμψίας και της εκλαμψίας κατατάχτηκε μαζί τους στην πάθηση της εγκυμοσύνης, που αποδίδεται με το γενικό όρο " τοξιναιμία της κύησης ".

4. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.

Η υπέρταση, που προκαλείται από την εγκυμοσύνη, είναι η περισσότερη συχνή μορφή υπερτασικής νόσου, γιατί στο 1/3 μόνο των περιπτώσεων, άλλες, χρόνιες παθήσεις, προκαλούν υπέρταση στην εγκυμοσύνη.

Διαπιστώθηκε πως μια στις τέσσερις εγκύους, στη διάρκεια της πρώτης εγκυμοσύνης, είναι δυνατό να εμφανίσει υπέρταση. Στην δεύτερη εγκυμοσύνη η συχνότητα εμφάνισης της πάθησης υποδιπλασιάζεται. Επίσης, η ίδια συχνότητα ελλατώνεται, χωρίς να φθάνει τα όρια του υποδιπλασιασμού σε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε διακοπή της εγκυμοσύνης, αυτόματη ή τεχνητή, η άμβλωση ύστερα από τη 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Πιστεύαμε, πως η υπέρταση της εγκυμοσύνης σαν σύμπτωμα προεκλαμψίας, εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες με χαμηλό Κοινωνικό-Οικονομικό επίπεδο. Νεώτερες όμως, παρατηρήσεις απέδειξαν, πως σε μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται στις μεσαίες τάξεις. Ακόμα πως η συμπεριφορά του καρδιαγγειακού συστήματος στην εγκυμοσύνη διαφέρει από χώρα σε χώρα, και πως η υπέρταση δε εξαρτάται από διατροφικούς παράγοντες.

Επίσης, διαπιστώθηκε, πως συχνότερα παθαίνουν προεκλαμψία και εκλαμψία οι νεαρές πρωτότοκες με μικρό ανάστημα, οι παχύσαρκες, οι διαβητικές, οι πάσχουσες από χρόνια υπέρταση, από μύλη κύηση και από πολυάμνιο. Ακόμη στην πολύδυμη εγκυμοσύνη και στον εμβρυϊκό ύδρωπα η συχνότητα της πάθησης είναι μεγαλύτερη.

Πιστεύεται, πως παράγοντες, που προδιαθέτουν την έγκυο στην εκδήλωση της πάθησης είναι το κρύο, ιδίως το υγρό (γι' αυτό η πάθηση εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα την άνοιξη και το φθινόπωρο), οι τροφικές δηλητηριάσεις και η υπερκόπωση. Τέλος, η κληρονομικό-

τητα έχει θεωρηθεί υπεύθυνη στην εμφάνιση της υπερτασικής νόσου.

Οι DOLL και HAMIGHTON σε μελέτη τους αναφορικά με την διεθνή επιβίωση από προεκλαμψία-εκλαμψία βρίσκουν, ότι ο δείκτης θνησιμότητας ποικίλλει από 1,2 έως 2,6 στους χίλιους τοκετούς. Ο δείκτης της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας και νοσπρότητας είναι ευθέως ανάλογος με την βαρύτητα της νόσου. Τα τελευταία χρόνια η νεογνική θνησιμότητα έχει βελτιωθεί λίγο, θα έλεγε κανείς ότι κινείται μεταξύ του 10 - 95 %.

Ο αριθμός των παιδιών, που γεννήθηκαν από τοξιναιμικές γυναίκες ζωντανά, εμφανίζουν μια ελαττωμένη γενική αντοχή. Τέτοιου είδους παιδιά παρουσιάζουν ορισμένες ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ. Έρευνες έχουν δείξει, ότι υπάρχει αυξημένος αριθμός από πρόωρους τοκετούς και ενδομήτριους θανάτους σε κύσεις επιπεπλεγμένες με βαριά υπερτασική νόσο. Υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το 8-9% της περιγεννητικής θνησιμότητας, ενώ η εκλαμψία για το 94%. Συνολικά η περιγεννητική θνησιμότητα σε υπέρταση ή νόσο της κύησης, αυξάνεται κατά 2-3 φορές τουλάχιστον σε σχέση με γυναίκες, που έχουν φυσιολογική εγκυμοσύνη.

Η υπερτασική νόσος εμφανίζει επίσης υψηλή μητρική θνησιμότητα. Υπολογίζεται ακόμα και σε καλά οργανωμένες υγειονομικά χώρες, ότι το 10% των θανάτων κατά την κύηση και τον τοκετό οφείλεται στην παθολογική επιπλοκή της βαριάς προεκλαμψίας.

4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.

Βασικά τα αίτια της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης είναι άγνωστα. καμία ειδική τοξίνη, όπως νομιζόταν παλιότερα, δεν έχει απομονωθεί. Παρ' όλο ότι έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες για την εξήγηση του συνδρόμου, καμία απο αυτές δεν έχει αποδειχθεί, έτσι ώστε να γίνει γενικά αποδεκτή. Παλιότερα πιστευόταν, ότι η είσοδος

στην γενική κυκλοφορία προϊόντων από διάσπαση πλακουντιακών ή φθαρτογενών προϊόντων προκαλούσε μια αλυσίδα συμπτωμάτων, που ήταν χαρακτηριστικό της νόσου. Σήμερα από πειραματικά δεδομένα φαίνεται περισσότερο πιθανό στις περιπτώσεις υπερτασικής νόσου, να υπάρχει λειτουργική αδυναμία της συζυτιοφωβλάστης ώστε να προσφέρει ολοκληρωμένη ανοσοπροστασία στη μητέρα, μια και το εμβρυϊκό λεύκωμα είναι βιολογικά ξένο προς το μητρικό. Φαίνεται ότι η τοξιναιμία σχετίζεται με την βιολογική δυσανεξία του μητρικού οργανισμού προς το έμβρυο.

Συγκεκριμένοι παράγοντες εμφανίζονται και θα πρέπει να αιτιολογηθεί η παρουσία τους με οποιαδήποτε θεωρία. Το σύνδρομο τούτο συνήθως συνοδεύεται με τα ακόλουθα:

1. Είναι συχνότερο στις πρωτότοκες και οι ασθενείς συνήθως είναι μικρού αναστήματος και παχύσαρκες.
2. Μεγαλύτερη συχνότητα στις πολύτοκες, σε οξύ υδράμνιο και πιθανώς στις διαβητικές.
3. Σε έγκυες με υδρωπικό έμβρυο.
4. Η πρωτοπαθής υπέρταση συχνά επιβαρύνεται από την προεκλαμψία.

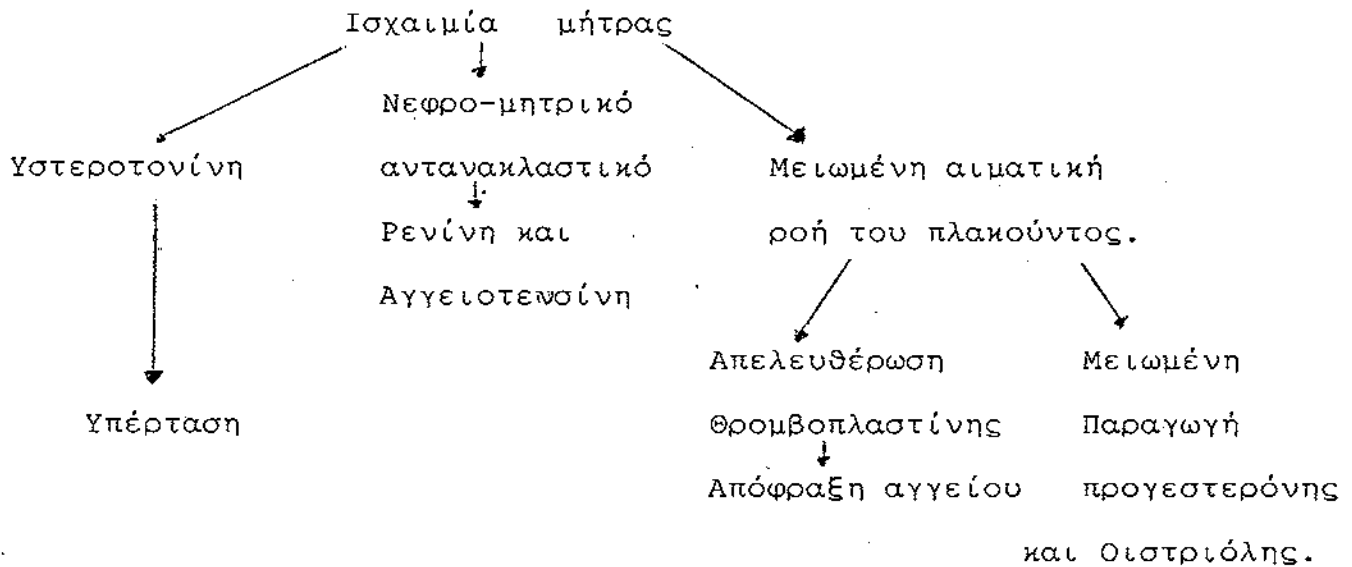
Παρόλο που η αιτία της τοξιναιμίας είναι άγνωστη, έχουν αναφερθεί διάφορες θεωρίες:

Θεωρία της τάσης: Δηλαδή της ενδοκοιλιακής και ενδομήτριας τάσης, που με την αύξησή τους, που συμβαίνει π.χ. στη δίδυμη εγκυμοσύνη, οδηγούν σε ελαττωμένη κυκλοφορία του αίματος της μήτρας, του πλακούντα και των νεφρών.

Η ισχαιμία αυτή της μήτρας, όπως και η μεταβολή της ροής του αίματος από τη φλοιώδη στη μυελώδη μοίρα των νεφρών, προκαλούν την έκκριση της υστεροτονίνης και την έκλυση μητρονεφρικού αντανεκλαστικού, που προκαλεί την έκκριση ρενίνης και αγγειοτενυσίνης. Οι ουσίες αυτές προκαλούν αγγειοσύσπαση. Η ίδια ισχαιμία προκαλεί

ελαττωμένη αιμάτωση του πλακούντα και αυτός, είτε απελευθέρωση θρομβοπλαστίνης και απόφραξη αγγείων, είτε ελάττωση της παραγωγής της οιστριόλης και της προγεστερόνης.

Η θεωρία της τάσεως περιοχύνει. Προτίνεται ο ακόλουθος μηχανισμός.



2. Θεωρία των τοξινών: Πιστεύεται ότι μια υποθετική τοξίνη παράγεται πιθανώς στον πλακούντα ή στο φθαρτό. Έχουν προταθεί διάφορες ουσίες όπως η υστεροτονίνη και η θρομβοπλαστίνη.

3. Ανεπαρκής σίτιση.

4. Υπολειπόμενος γόνος: Η ευαισθησία της γυναίκας για την ανάπτυξη υπερτασικής νόσου εξαρτάται από ένα απλό υπόλειπόμενο γόνο. Δηλαδή η υπερτασική νόσος εμφανίζεται συχνότερα στην πρώτη εγκυμοσύνη γυναικών, που οι μητέρες τους έπαθαν εκλαμψία.

5. Ανοσολογική Θεωρία: Με την θεωρία αυτή το κύημα θεωρείται άλλο μόσχευμα, αφού έχει τα μισά του αντιγόνα από τον πατέρα του και τα άλλα μισά από τη μητέρα του. Έχει, επίσης ξεχωριστό ανοσολογικό σύστημα από τη μητέρα του. Έτσι, ενώ θα έπρεπε οι διαφορές του αυτές να οδηγήσουν σε απόρριψη του σαν ξένου ιστού προς τον οργανισμό.

σμό της εγκύου, αυτό δεν συμβαίνει στις φυσιολογικές εγκυμοσύνες. Το γεγονός αυτό αποδόθηκε πρώτα σε παράγοντες, που καταστέλλουν το ανασολογικό σύστημα της εγκύου και έτσι αυτό δεν αντιδρά στην παρουσία του κυήματος και ύστερα σε ανοσολογική ανωριμότητα του εμβρύου. Στην υπερτασική νόσο κάποια διαταραχή υπάρχει στο ανασολογικό σύστημα της εγκύου. Η θεωρία αυτή αν και είναι αποδεκτή, δεν μπόρεσε να θεμελιωθεί πάνω σε στέρεες επιστημονικές βάσεις.

6. Ενδοκρινολογική θεωρία: Η προεκλαμψία συνήθως συνοδεύεται με χαμηλά επίπεδα προεγνανδιόλης και οιστριόλης και η νόσος πιστεύεται ότι σχετίζεται με την έλλειψη αυτών των ουσιών. Επίσης πιστεύεται ότι η αύξηση της εκκρίσεως του οπίσθιου λοβού της υποφύσεως αποτελεί την αιτία.

7. Νευρογενείς παράγοντες: Προέρχονται από το σύμπαθητικό νευρικό σύστημα, που έχει την ιδιότητα ν' αλλάξει τον αγγειακό τόνο.

4.2 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.

Η αιτία της υπερτασικής νόσου κατά την κύηση είναι άγνωστη και κατ' επέκταση και η περιγραφή της νόσου δεν είναι εφικτή. Ο πλακούντας παράγει μία αυξημένη ποσότητα προγεστερόνης, που προκαλεί μία μικρή απώλεια νατρίου, δρώντας έτσι ως ήπιο διουρητικό. Τα αποτελέσματα αυτής της απώλειας του νατρίου οδηγούν στην ελάττωση του όγκου του αίματος μέσα στα αγγεία, που έχει ως τελικό αποτέλεσμα την παραγωγή ρενίνης. Η ρενίνη που παράγεται στην εγκυμοσύνη, δεν είναι απόλυτα γνωστό αν είναι η ίδια με αυτή που παράγεται και από τα προϊόντα της σύλληψης και από τα κύτταρα του μυομητρίου και του χορίου. Τη βρίσκουμε στο περιφερειακό αίμα και στο οίμνιο υγρό.

Στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης η ρενίνη αυξάνεται μαζί με

την αλδοστερόνη και παραμένουν αυξημένες μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Στην υπερτασική νόσο της εγκυμοσύνης, παράδοξα, αυτές οι ουσίες είναι ελαττωμένες και κάποτε φθάνουν σε επίπεδα γυναίκας, που δεν είναι έγκυος.

Η Ρενίνη επιδρά στην σφαιρίνη του συκωτιού, που λέγεται αγγειοτενσινογόνο, με αποτέλεσμα την παραγωγή της αγγειοτενσίνης I. Επάνω σε αυτή επιδρά τροποποιητικό ένζυμο των πνευμόνων και παράγεται η αγγειοτενσίνη II.

Η αγγειοτενσίνη II είναι η ισχυρότερη ουσία, που προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης με σύσπαση των αρτηριδίων από άμεση δράση της πάνω στις λείες ίνες τους. Η αγγειοσυσπαστική της ενέργεια είναι δέκα φορές ισχυρότερη από την ενεργειά της νοραδρεναλίνης.

Μαζί με την αύξηση της πίεσης του αίματος, η αγγειοτενσίνη II προκαλεί, με άμεση δράση, την παραγωγή αλδοστερόνης.

Το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης, λοιπόν, ρυθμίζοντας την έκκριση της αλδοστερόνης, ρυθμίζει και τον όγκο του αίματος, διατηρώντας αυτόν σε φυσιολογικά επίπεδα. Ο μηχανισμός αυτός μπαίνει σε ενέργεια, όταν ο όγκος του αίματος ελαττώνεται, όπως σε αιμορραγίες, σε νεφρική ισχαιμία, σε ανάλατη δίαιτα κ.λ.π. Όταν, όμως ο όγκος του αίματος αυξάνεται, όπως στη φυσιολογική εγκυμοσύνη, συμβαίνουν τα αντίθετα.

Στην υπερτασική νόσο της κύησης αυτός ο ομοιοστατικός μηχανισμός παραμένει σε ενέργεια αλλά υπάρχει ουσιαστική μεταβολή στο βαθμό της παραγωγής, με αποτέλεσμα την δημιουργία παθολογικών συνθηκών. Αυτές περιλαμβάνουν:

- α) Βλάβη στο επίπεδο των αρτηριολίων.
- β) Διαταραχή της μεταβολικής λειτουργίας.
- γ) Αύξηση της ενεργητικότητας του Κ.Ν.Σ.

δ) Κάποια ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας.

ε) Καταβολή δυνάμεων.

στ) Μεταβολή του όγκου των αγγείων.

Η ασθενής με βαριά τοξιναιμία κατακρατεί το αλάτι της τροφής με αποτέλεσμα να χειροτερεύει η κατάσταση της. Μελέτες του ισοζυγίου με προεκλαμπικές ασθενείς έδειξαν μια έλλειψη καλίου και μια αύξηση του ενδοκυττάριου νατρίου, που το αντικαθιστά. Αυτή η μεταβολή του νατρίου μπορεί να εξηγήσει την αυξημένη αντιδραστικότητα του καρδιαγγειακού συστήματος, όπως και την αύξηση της ευερεθιστικότητας του Κ.Ν.Σ.

4.3 ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.

Στην υπερτασική νόσο της εγκυμοσύνης συμβαίνουν, μορφολογικές και λειτουργικές βλάβες, ανάλογες με την μορφή με την οποία εκδηλώνεται έτσι:

Στην **χρόνια υπέρταση**: η νεφρική λειτουργική δραστηριότητα ελαττώνεται κατά 20-30% (ενώ στα φυσιολογικά έγκυμοσύνη αυξάνεται κατά 30-50%). Η ελάττωση αυτή μειώνει την πειραματική διήθηση. Μπορεί να οδηγήσει και σε νέκρωση των νεφρικών σωληναρίων. Μαζί με την ελάττωση της λειτουργικής δραστηριότητας των νεφρών εμφανίζεται και υπολειτουργία του πλακούντα. Η ιστοπαθολογική βλάβη στη μητροπλακουντική κυκλοφορία χαρακτηρίζεται σαν υπερπλαστική αρτηριοσκλήρυνση. Στο σικότι δεν έχει διευκρινιστεί αν η κυκλοφορία του αίματος μειώνεται σ' αυτό. Επίσης, δεν εμφανίζεται μειωμένη η κυκλοφορία αίματος στον εγκέφαλο.

Στην **προεκλαμψία**: Μαζί με την ελαττωμένη νεφρική λειτουργική δραστηριότητα, παρατηρείται και σημαντική ελάττωση της δραστηριότητας του πλακούντα από μειωμένη αιματώσή του.

Η ελαττωμένη λειτουργικότητα του πλακούντα στην προεκλαμψία σχετίζεται με την ύπαρξη πολύ περισσότερων εμφράκτων σ' αυτόν, απ' ό,τι στη φυσιολογική εγκυμοσύνη, και από την πλημμελή ανάπτυξη του εμβρύου, αν και αυτή είναι πιθανότερο να προέρχεται από την ελάττωση της κυκλοφορίας στον πλακούντα και όχι από την πλακουντική ανεπάρκεια.

Γενικά όλες οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις της μητροπλακουντικής κυκλοφορίας στην προεκλαμψία χαρακτηρίζονται σαν νεκρωτική αρτηριοπάθεια ή οξεία αθροωμάτωση. Άλλες ιστολογικές βλάβες της προεκλαμψίας αφορούν τον εγκέφαλο και το συκώτι.

Στην προεκλαμψία οι μεταβολές που συμβαίνουν στη νεφρική λειτουργία, αυτές αφορούν στη νεφρική αιμάτωση και στη σπειραματική διήθηση, που και οι δύο ελαττώνονται. Οι τιμές της κρεατίνης και της ουρίας δεν αυξάνονται σημαντικά, αλλά του ουρικού οξέος είναι αυξημένες και ιδιαίτερα στη βαριά μορφή προεκλαμψίας. Η αύξηση αυτή είναι αποτέλεσμα μειωμένης κθάαρσης του ουρικού οξέως από τους νεφρούς.

Στις νεφρικές βλάβες ανήκει και η εναπόθεση πρωτεϊνικών ουσιών κάτω από το ενδοθηλίο. Τα ενδοθηλιακά κύτταρα διογκώνονται τόσο, με συνέπεια να στενέψουν ή ν' αποφράξουν τον αυλό των τριχοειδών. Η ουσία, που θεωρείται υπεύθυνη κυρίως γι' αυτήν την αλλοίωση, είναι το ινωδογόνο ή παράγωγα του ινωδογόνου.

Γενικά οι ιστολογικές αλλοιώσεις των νεφρών, στην προεκλαμψία χαρακτηρίζονται σαν σπειραματική τριχοειδική ενδοθηλίωση.

Στην **εκλαμψία** οι ιστολογικές βλάβες των οργάνων έχουν γίνει γνωστές από ευρύματα νεκροτομιών μετά από εξέταση των ιστών με ηλεκτρικό μικροσκόπιο. Πιο σταθερά ευρύματα αποτελούν οι θρομβώσεις των μικρών αγγείων και οι εναποθέσεις ινικής.

Στους νεφρούς διαπιστώνεται οίδημα του αγγειώδους σπειράματος, θρομβώσεις, εναπόθεση ινικής στο επιθήλιο των τριχοειδών. Σπάνια, το μεγαλύτερο τμήμα του φλοιού των νεφρών παθαίνει νεύρωση, που εκδηλώνεται με ολιγουρία, ανουρία και γρήγορη ανάπτυξη αζωθαιμίας και που λέγεται νεφρική νέκρωση του φλοιού. Οφείλεται σε σπασμό των νεφρικών αρτηριών με αποτέλεσμα τη θρόμβωση των ενδολόβιων αρτηριών.

Στον πλακούντα εμφανίζονται εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Επίσης εμφανίζονται πολλαπλές αιμορραγίες στον εγκέφαλο, που φθάνουν ως την ρήξη μεγάλων αγγείων, θρομβώσεις και εναπόθεσης ινικής.

Στην καρδιά εμφανίζονται εκφυλιστικές αλλοιώσεις του μυοκαρδίου. Στο συκώτι εμφανίζονται θρομβώσεις και νεκρώσεις γύρω από τις πύλες του και, κάποτε υποκαψικές αιμορραγίες που είναι πιο συχνές στον δεξιό λοβό. Η υποκαψική αιμορραγία μπορεί να προκαλέσει ρήξη της ηπατικής κάψας και μεγάλη αιμορραγία. Επίσης και στα επινεφρίδια εμφανίζονται αιμορραγίες και νέκρωση διαφόρου βαθμού.

Στη μήτρα εμφανίζονται υπορογόνιες αιμορραγίες.

Στα μάτια εμφανίζεται οίδημα του αμφιβληστροειδούς χιτώνα ή σπασμός αρτηριδίων του και σε σοβαρές μορφές εκλαμψίας, αιμορραγίες και αποκόλλησή του.

5. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑΣ.

Η τοξιναιμία, συνήθως εμφανίζεται σε τέσσερις μορφές:

- α) Έμετοι κατά την κύηση.
- β) Προεκλαμψία
- γ) Εκλαμψία
- δ) Χρόνια υπερτασική νόσος.

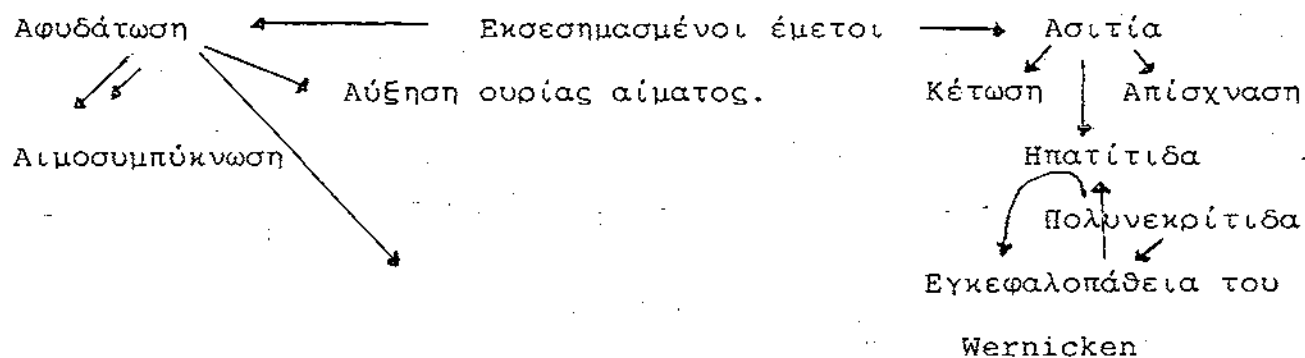
5.1 ΕΜΕΤΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.

Ένα συνηθισμένο φαινόμενο που ταλαιπωρεί αρκετές φορές την έγκυο γυναίκα κατά την κύηση είναι ο έμετος. Η ναυτία και η πρωϊνή τάση προς έμετο σχετίζονται με την λήψη τροφής σε αραιά χρονικά διαστήματα. Η συχνή λήψη μικρών ποσοτήτων υδανταθράκων ή πρόχειρα γεύματα καθώς επίσης τα: αντι-εμετικά, αντισταμινικά βοηθούν στην υποχώρηση της τάσης προς έμετό. Την 14η - 16η εβδομάδα της κύησης και η πρωϊνή ναυτία.

ΥΠΕΡΕΜΕΣΗ ΚΥΗΣΕΩΣ.

Είναι η εξέλιξη από την πρωϊνή ναυτία, στον έμετό όλων των προσλαμβανόμενων τροφών. Η κατάσταση στην αφυδάτωση, στην ασιτία μετά κετώσεως, στις πολλαπλές νευροπάθειες, στη βλάβη του ήπατος, στον ίκτερο, στην εγκεφαλοπάθεια του Wernicke και τελικά στο θάνατο.

Π Ρ Ω Ι Ν Η Τ Α Σ Η Π Ρ Ο Σ Ε Μ Ε Τ Ο



Ούρα

Ολιγουρία	Κετονουρία
Συμπύκνωση ούρων, χαμηλή στάθμη χλωριούχων ούρων.	Πρωτεϊνουρία Χολικά άλατα.

Η εξέλιξη της πρωϊνής ναυτίας σε εκσεσημασμένο εμετο είναι συχνά ήπια με μεσοδιαστήματα βελτιώσεως.

Η πρωϊνή ναυτία μπορεί να είναι σοβαρή και επικίνδυνη ακόμα και πριν ακόμη η γυναίκα γνωρίζει ότι είναι έγκυος.

Η άποψη αυτή μπορεί να στηρίζεται πάνω σε οργανικά αίτια. Για την διαταραχή αυτή υπεύθυνα μπορούν να θεωρηθούν: τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η χοριακή γοναδοτροπίνη όμως δεν μπορεί η σχέση αυτή να επαληθευθεί.

Η κατάσταση αυτή των εμέτων κατά την κύηση, επιδεινώνεται από την πολύδυμη και μύλη κύηση και υποχωρεί στις εκτρώσεις.

Η αιτιολογία σ' αυτήν την διαταραχή είναι άγνωστη. Μπορεί να ωφελήσει σε αυτοάνοση αιτιολογία, καθώς επίσης και σε ψυχολογικούς λόγους, όπως: άρνηση της κύησης, η άρνηση προς τον σύζυγο ή η απάιτηση για μεγαλύτερη προσοχή.

5.2 ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ.

Αντιπροσωπεύει σοβαρή μορφή τοξιναιμίας, με παθολογικά ευρήματα από πολλά οργανικά συστήματα. Τα ευρήματα αυτά αρχίζουν σαν μικρές εκτροπές από το φυσιολογικό, αν όμως παραβλεφθούν, μπορούν να οδηγήσουν σε αληθινές καταστροφές.

Η προεκκλαμψία εμφανίζεται συνήθως κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης και χαρακτηρίζεται από τα εξής σημεία:

1. Υψηλή αρτηριακή πίεση.
2. Πρωτεϊνουρία.
3. Οίδημα.

Όταν συνυπάρχουν δύο από τα παραπάνω σημεία είναι δυνατό να γίνει η διάγνωση της προεκκλαμψίας. Συνήθως όμως μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στην παρουσία της υπέρτασης.

Η προεκκλαμψία εμφανίζεται με δύο μορφές:

α) ΜΕΤΡΙΑ ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ.

Χαρακτηρίζεται από

1. Ελαφρά υπέρταση: Τα όρια της ποικίλλουν όπως έχουν αποδείξει οι ερευνητές. Όμως η αύξηση δεν είναι μεγαλύτερη από 150-155 για τη συστολική και 90-95 για την διαστολική πίεση.

Το σπουδαιότερο χαρακτηριστικό της μέτριας μορφής προεκκλαμψίας είναι η εξακρίβωση μιας επίμονης αύξησης της πιέσεως.

2. Πρωτεϊνουρία: ίχνη.
3. Οίδημα: Η ασθενής εμφανίζει οίδημα που κυμαίνεται από ελαφρύ ως και να απουσιάζει από την μορφή αυτή.

β) ΒΑΡΙΑ ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ.

Τα συμπτώματα της νόσου εμφανίζονται όταν επιδεινωθούν τα σημεία της νόσου:

Σημεία της νόσου είναι:

Υψηλή αρτηριακή πίεση: Μόνιμη αύξηση της αρτηριακής πίεσης πάνω από $160/100\text{mm/Hg}$ είναι ύποπτη για προεκλαμπτική τοξιναιμία.

Μήτρα: Το μέγεθος της μήτρας είναι μικρότερο, από το μέγεθος της μήτρας σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη.

Ολιγουρία: Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύει την λευκωματουρία.

Οίδημα: Εμφανίζεται έντονο οίδημα στα εξής σημεία: κάτω άκρα, άνω άκρα και την οσφυϊκιά περιοχή.

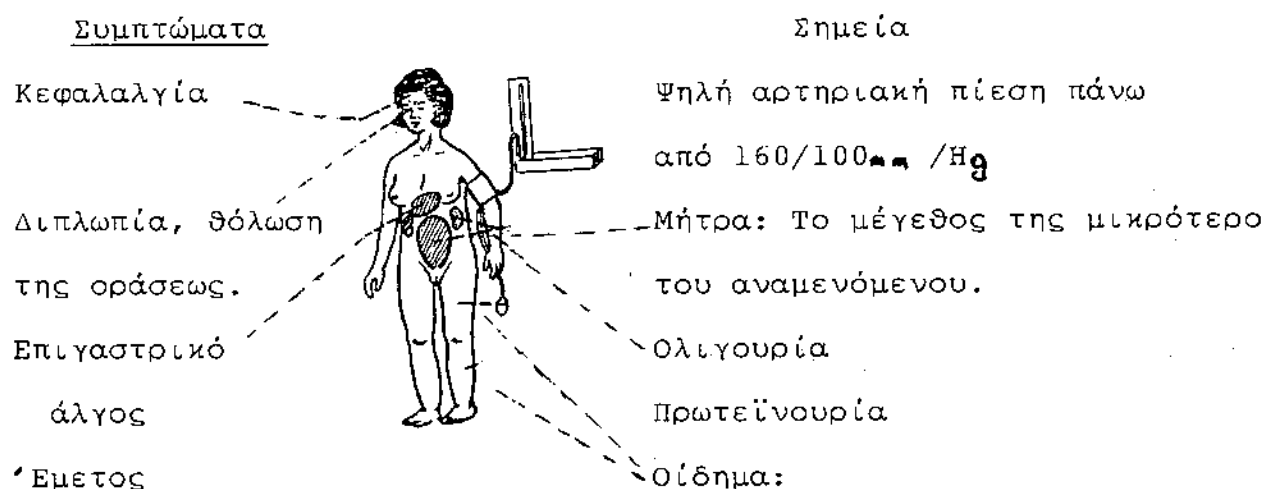
Όταν αυτά τα σημεία της προεκλαμψίας επιδεινοθούν αρχίζουν τα συμπτώματα.

- Αύξηση του βάρους της εγκύου: Φυσιολογικά η έγκυος αυξάνει το βάρος της, μετά τον 4^ο μήνα της εγκυμοσύνης κατά 1-1 1/2 κιλό το μήνα. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης το βάρος φθάνει στα 12 κιλά περίπου. Η υπερβολική αύξηση του βάρους της εγκύου σημαίνει οίδημα, οδηγεί σ' αυτήν την παθολογική κατάσταση που συνεχίζεται με διαταραχή στην εναλλαγή του νερού.

- Κεφαλαλγίες και γενική κακουχία: Που εμφανίζονται σε ορισμένες περιπτώσεις. Αυτές σπάνια εμφανίζονται σε ήπιες μορφές της νόσου και είναι πιο συχνές σε βαριές. Συχνά είναι μετωπικές, αλλά είναι δυνατό και ινιακές. Οι κεφαλαλγίες είναι ένα πρόδρομο σημείο περισσότερο του εκλαμπικού παροξυσμού.

- Επιγάστριο άλγος: Προέρχεται από δυσλειτουργία του στομάχου.

Σε περίπτωση που συνιπάρχουν όλα τα βασικά συμπτώματα, δηλαδή οίδημα, υπέρταση και η λευκωματουρία και επιπλέον προσθεθούν και οι κεφαλαλγίες, διαταραχές όρασεως, εικόνα της προεκλαμψίας που από στιγμή σε στιγμή μπορεί να μετατρέπεί σε εκλαμψία.



Στην προεκλαμψία βρίσκονται και πολλά εργαστηριακά ευρήματα όπως:

Αίμα:

Αιματοκρίτης: Στη βαριά μορφή προεκλαμψίας, παρατηρείται αιμοσυμπύκνωση και αύξηση του αιματοκρίτου.

Αιμοσφαιρίνη: Θα αυξηθεί και αυτό οφείλεται στην αιμοσυμπύκνωση και μπορεί να καλύψει την αναιμία αν υπάρχει:

Πρωτεΐνες: Στο πλάσμα ελαττώνονται προσδευτικά οι περισσότερες πρωτεΐνες και ιδιαίτερα η λευκωματίνη. Το ινωδογόνο ενώ αυξάνεται σε βαριές περιπτώσεις ελαττώνεται.

Ουρικό οξύ: Στα τελευταία στάδια το ουρικό οξύ του αίματος αυξάνεται.

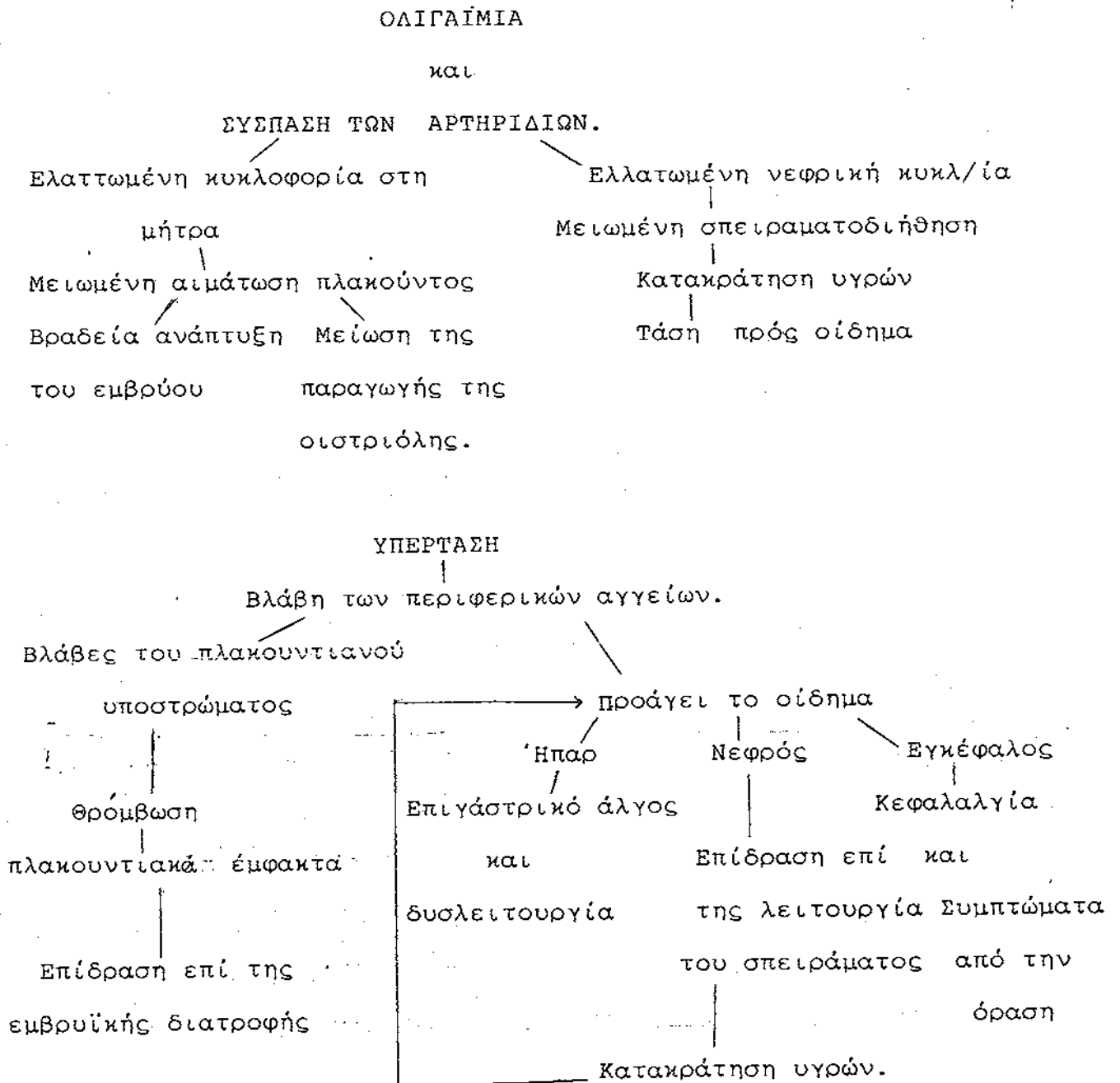
Ορμονικές μεταβολές: Αυξάνεται η ποσότητα της γονοδοτροπίνης που αποβάλλεται από τα ούρα με συνέπεια η τιμή της να προσεγγίζει την τιμή εκείνη κατά την αρχή της κύησης.

Η οιστριόλη ελαττώνεται στα ούρα και αυτό ωφείλεται στην πλακουντιακή ανεπάρκεια.

ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ

Ο φυσιοπαθολογικός μηχανισμός της προεκκλαμψίας είναι άγνωστος. Πιθανό είναι να υπάρχουν τρεις παράγοντες που είναι: η ολιγαίμια, η σύσπαση αρτηριδίων και η υπέρταση.

Η πιθανή δράση του μηχανισμού αυτού περιγράφεται πιο κάτω:



ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΥΔΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΛΑΤΟΣ.

Όταν η προεκλαμψία εγκατασταθεί εμφανίζεται μία μη φυσιολογική κατάσταση. Ελαττώνεται ο όγκος του πλάσματος αλλά αυξάνεται ο όγκος του εξωκυττάριου υγρού καθώς και του ολικού νερού του σώματος. Η κατακράτηση οφείλεται στην ελαττωμένη διήθηση απ' το αγγειώδες σπείραμα.

Έχει αποδειχθεί ότι η κατακράτηση νατρίου υπάρχει πριν την προεκλαμψία αλλά με την εμφάνιση της νόσου έχουμε ελάττωση της κατακράτησης του νατρίου. Όταν εκδηλωθεί προεκλαμψία το υλικό χρησιμοποιούμενο νάτριο είναι στην ίδια τιμή όπως και στην φυσιολογική εγκυμοσύνη, αν το ολικό ποσό νερού του σώματος είναι αυξημένος.

Πρόγνωση

Μητέρας: Η πρόγνωση της προεκλαμψίας είναι καλή όταν υπάρχουν οι όροι:

α) Να μην μετατραπεί σε εκλαμψία β) Να μην συμβεί αιμορραγικό επεισόδιο.

Βαριά μορφή προεκλαμψίας.

Ελάττωση του όγκου

αίματος

Βλάβη στο ήπαρ.

Shock εύκολα εγκαθίσταται

Ελάττωση ινωδογόνου

Ανεπάρκεια μηχανισμού πήξεως.

Εμβρύου:

Υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα. Καθώς και προωρότητα που οφείλεται είτε στον πρόωρο τοκετό ή στην πρόσληψη του για θεραπευτικούς λόγους. Ανοξία του τοκετού προκαλεί η ανεπαρκής λειτουργία του πλακούντα.

<u>Στάδια της νόσου</u>	<u>Περιγεννητική θνησιμότητα</u>
Μικρού βαθμού προεκλαμψία	5 %
Βαριά προεκλαμψία	14 %
Εκλαμψία πριν από τον τοκετό	47 %
Εκλαμψία κατά τον τοκετό	9 %

5.3 ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ

Με τον όρο εκλαμψία εννοούμε την τελική φάση μιας βαριάς μορφής προεκλαμψίας πριν, κατά ή μετά τον τοκετό. Τις περισσότερες φορές εκδηλώνεται στο τελευταίο τρίμηνο και η συχνότητα αυξάνεται όσο προχωρεί η εγκυμοσύνη. Μετά τον τοκετό εκδηλώνεται, τις περισσότερες φορές μέσα στις πρώτες 24 ώρες.

Το κύριο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της εκλαμψίας είναι οι "σπασμοί" πριν όμως από αυτούς παρατηρείται: απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση της λευκωματουρίας και ταχεία εξάπλωση του οιδήματος. Τα συμπτώματα σιγά-σιγά πιτείνονται και είναι συνατόν να επέλθει απότομη απώλεια της οράσεως.

Αύξηση αρτηριακής πίεσης: Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης είναι ένα βασικό σύμπτωμα της εκλαμψίας καθώς και της προεκλαμψίας. Έχει πάρα πολύ προγνωστική αξία γι' αυτό ο προσδιορισμός της σε κάθε επίσκεψη της εγκύου είναι απαραίτητος.

Σε περίπτωση εκλαμπτικού παροξυσμού η αρτηριακή πίεση ανεβαίνει απότομα σε ψηλά επίπεδα και σε σοβαρές περιπτώσεις εκλαμψίας πέφτει χαμηλά, γεγονός που δείχνει επιδείνωση της κατάστασης.

Απότομη και ταχεία εξάπλωση του οιδήματος:

Σαν οίδημα στην εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται η συλλογή υγρού που μπορούμε να το διαγνώσουμε με το χέρι μας αν ψυλαφίσουμε. Το οίδημα εντοπίζεται στις περιοχές του προσώπου, στα κάτω και άνω

άκρα όταν αυτό εξαπλωθεί και στην κοιλιά και στην ηβική σύμφυση καθώς και σε πολλά σημεία του σώματος τότε είναι βασικό σύμπτωμα αρχής εκλαμψίας. Το οίδημα μόνο του δεν σημαίνει κακή πρόγνωση ούτε η έλλειψη οιδήματος εγγυάται την ευνοϊκή έκβαση της εκλαμψίας ή όπως αναφερθήκαμε πιο πάνω της εκλαμψίας.



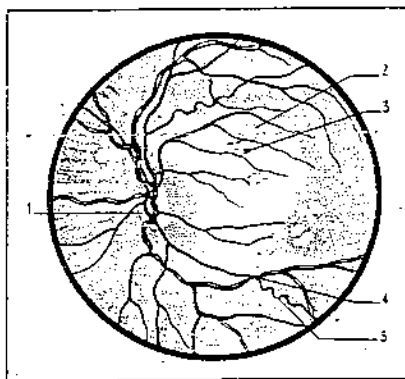
Σχ.1 Εκτίμηση οιδήματος
(Netter)



Σχ.2 Οίδημα Προσώπου
(Willson).

Ολιγουρία: Η κατακράτηση νερού έχει σαν συνέπεια την ελάττωση των ούρων που αποβάλλονται στο 24ωρο. Η ολιγουρία αυξάνεται σημαντικά σε περιπτώσεις εκλαμψίας. Μπορεί να φθάσει μέχρι ανουρίας, που δείχνει σοβαρή επιδείνωση της κατάστασης.

Απώλεια οράσεως: Αρχίζει από οίδημα, αιμορραγία ή αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του ματιού. Αυτά εμφανίζονται σε σοβαρές μορφές εκλαμψίας.



Σχ.3 Αλλοιώσεις βυθού: (1.Οίδημα, 2.Εξίδρωση, 3.Αιμορραγία, 4.Σημείο Χιασμού, 5. Αγγειοσύσπαση).

Εκλαμπτικοί παροξυσμοί: Οι παροξυσμοί της εκλαμψίας εμφανίζονται ξαφνικά σαν λάμψη (γι' αυτό η πάθηση λέγεται εκλαμψία),

που συνοδεύεται από απώλεια της συνείδησης. Οι εκλαμπτικοί παροξυσμοί οφείλονται στην αυξημένη ενδοεγκεφαλική πίεση και στην εγκεφαλική ισχαιμία, που προκύπτει από αυτή. Αποτέλεσμα της ισχαιμίας είναι ηλεκτρολυτικές διαταραχές από το ένα και από το άλλο μέρος της κυτταρικής μεμβράνης των εγκεφαλικών κυττάρων. Οι ηλεκτολυτικές διαταραχές, όταν ξεπεράσουν ένα ορισμένο όριο, προκαλούν ηλεκτική κένωση, σε διάφορα σημεία του εγκεφαλικού φλοιού με συνέπεια την εκδήλωση των **σπασμών**. Γι' αυτό οι νευροφυσιολόγοι κατατάσσουν την εκλαμπσία στην κατηγορία των μεταβολικών εγκεφαλοπαθειών. Πιστεύεται, ακόμα πως οι σπασμοί οφείλονται σε μικροεμβολές ή θρομβώσεις από αιμοπετάλια και ινώδες που προκαλούν διαταραχή της κυκλοφορίας του αίματος στονεγκέφαλο. Τις αλλοιώσεις αυτές τις προκαλούν οι διαταραχές των παραγόντων της πηγής του αίματος.

Εκτός από τα παραπάνω συμπτώματα η πάσχουσα παρουσιάζει υπερευσαισθησία σε κάθε είδους ερεθισμό και αύξηση των αντανακλαστικών της.

Ο παροξυσμός της εκλαμπσίας περνάει τρεις φάσεις:

α) Την προδρομική φάση ή της εισβολής:

Η φάση αυτή διαρκεί 20' και χαρακτηρίζεται από ακινησία, ωχρότητα, σύσπαση του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός και των μυών του προσώπου, τρόμο των μαστηρών μυών και των μυών των βλεφάρων, μυδρίαση και έξοδο της γλώσσας, που γρήγορα επανέρχεται στην στοματική κοιλότητα. Σαν τελευταίο χαρακτηριστικό της φάσης αυτής είναι ο τρόμος των μυών των άκρων και του κορμού.

β) Τη φάση των τονικών σπασμών.

Διαρκεί 30' και χαρακτηρίζεται από οπισθότονο, από χέρια σ' έκταση, με σφικτά και σε κάμψη δάκτυλα, από κλίση της κεφαλής προς τον ώμο, από κυάνωση του προσώπου, από παρατεταμένη άπνοια

λόγω σπασμών των αναπνευστικών μυών και του διαφράγματος, από γενική σύσπαση των μυών του προσώπου, από σφικτά κλειστό στόμα και από καθηλωμένα μάτια.

γ) Τη φάση των κλονικών σπασμών.

Διαρκεί 45'' έως 2' και χαρακτηρίζεται από παρατεινόμενη εισπνοή και ελαφρά εκπνοή, που συνοδεύεται με έξοδο αιμορραγικού αφρώδους υγρού. Το κεφάλι κινείται συνεχώς πότε αριστερά και πότε δεξιά, οι βολβοί των ματιών εμφανίζουν έντονη τρομώδη, κίνηση, τα βλέφαρα ανοιγοκλείνουν και η γλώσσα βγαίνει προς τα έξω, με κίνδυνο να τραυματιστεί ανάμεσα στα δόντια. Επίσης εμφανίζονται μικροαιμορραγίες στους βλενογόνους και στο δέρμα.

Μετά από τις τρεις φάσεις που παίρνει ο εκλαμπτικός παροξυσμός ακολουθεί το τέλος του, με αργή επαναφορά της συνείδησης ή με κώμα και αναπνοή τύπου Cheyne-Stokes. Υπάρχει πτώση της πίεσης και αύξηση της θερμοκρασίας, που φθάνει τους 40-41 °C. Αυτή οφείλεται σε διαταραχή του θερμορυθμιστικού κέντρου, αποτέλεσμα του εγκεφαλικού οιδήματος, που υπάρχει σ' αυτές τις περιπτώσεις και αποτελεί σημάδι σοβαρής κατάστασης, επίσης το πρόσωπο είναι οιδηματικό.

Όταν ο παροξυσμός της εκλαμψίας είναι ασθενής, τότε η άρρωστη συνέρχεται γρήγορα από το κώμα και δεν θυμάται τίποτα.

Όταν βρίσκεται σε κώμα και επαναλαμβάνεται νέος παροξυσμός, τότε έχει σαν αποτέλεσμα την οξεία κυκλοφοριακή ανεπάρκεια, που αν δεν αντιμετωπιστεί, καταλήγει στο θάνατο.

Σε ελαφρές περιπτώσεις η συχνότητα των παροξυσμών είναι 1 έως 2 ενώ σε βαρύτερες από 20 έως 100. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο ένας ακολουθεί τους άλλους, έτσι ώστε η ασθενής να νομίζει ότι βρίσκεται σε συνεχιζόμενο παροξυσμό.

Μετά το τέλος του εκλαμπτικού παροξυσμού είναι δυνατόν να

συνεχισθούν οι παροξυσμοί και μετά τον τοκετό. Τότε η κατάσταση της λεχωίδας είναι βαριά και αν δεν αποδώσει η θεραπευτική αγωγή επέρχεται ο θάνατος.

Μερικές φορές ο τοκετός δεν επανέρχεται όταν οι παροξυσμοί σταματάνε τότε η ασθενής συνέχεται τόσο ώστε η εγκυμοσύνη συνεχίζεται κανονικά. Σπάνια υποχωρεί η υπέρταση και η λευκωματουρία. Μετά όμως από μερικές η προεκλαμπτική κατάσταση στην οποία βρέθηκε εξελίσσεται ξανά σε εκλαμπτικά και αρχίζουν οι παροξυσμοί με βαρύτερη από την πρώτη φορά πρόγνωση.



Σχ. 4 Εκλαμπτικός παροξυσμός (Netter).

Οι υπερτασικές έγκυες και ιδιαίτερα αυτές που εμφανίζουν βαριές υπερτασικές κρίσεις και εκείνες που πάσχουν από βαριά προεκλαμψία και εκλαμψία, είναι συχνότερη η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Σ' αυτή την περίπτωση αν εφαρμόσουμε καισαρική τομή, για να σώσουμε την ασθενή είναι δυνατόν να διαπιστώσουμε ότι τα τοιχώματα της μήτρας είναι αιμορραγικά και εύθραυστα γι' αυτό καταλήγουμε σε ολική υστερεκτομή. Σ' αυτήν την περίπτωση η μήτρα έχει χρώμα της μελιτζάνας από αγγειοδιαστολή, υπεραιμία ρήξη των τριχοειδών αγγείων και συγκέντρωση αίματος ανάμεσα από τις μυϊκές ίνες (μήτρα (ouvelaire)). Η ασθενής σε τέτοια βαριά κατάσταση της εκλαμψίας είναι δυνατόν να καταλήξει σε θάνατο από υνωδογονοπενία, κατάργηση της λειτουργίας βασικών οργάνων και οξεία κυκλοφοριακή ανεπάρκεια.

Διαφορετική διάγνωση.

Όταν μια ασθενής εξεταστεί στο τέλος της κύησης για πρώτη

και παρουσιάζει σπασμούς και κώμα, η πιθανότερη διάγνωση είναι εκλαμψία. Πρέπει όμως να διαφοροτοδιαγνωσθεί από ορισμένες άλλες παθήσεις.

Επιληψία: Δεν εμφανίζει υπέρταση και αυξημένα αντανακλαστικά.

Εγκεφαλική αιμορραγία: Η υπέρταση μπορεί να συνυπάρχει όμως δεν υπάρχει λευκωματουρία. Σε περίπτωση αμφιβολίας πρέπει να γίνεται οσφυϊκή Παρακέντηση με γενική νάρκωση για να μπορέσουμε να αποκλείσουμε την αιμορραγία.

Ουραιμία: Μπορεί να είναι οξεία ή αποτέλεσμα μιας χροιάς νεφρικής ανεπάρκειας. Είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι η διάγνωση της κοιλίας είναι αποτέλεσμα αυξήσεως του όγκου της μήτρας.

5.4 ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.

Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη αρτηριακής πίεσης 140/90 mm/Hg πριν από την κύηση ή πριν την 20^η εβδομάδα της. Οφείλεται σε καρδιαγγειακά αίτια, χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, νόσους του κολλαγόνου, διαβητική νεφροπάθεια, χρόνια πνευμονοφρίτιδα ή σπανιότερα στην ύπαρξη φαιοχρωμακτώματος. Όταν κατά την διάρκεια της κύησης προστεθεί μια αύξηση της πίεσης κατά 30 mm/Hg για την συστολική και 15 χιλ Hg διαστολική η κατάσταση τότε χαρακτηρίζεται σαν επιπλεγμένη προεκλαμψία-εκλαμψία που το κυριότερο χαρακτηριστικό είναι η μεγάλη αύξηση της μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η χρόνια υπερτασική νόσος επιπλέκεται από την προεκλαμψία σε ποσοστό 33% περίπου. Η χρόνια υπερτασική νόσος είναι συχνότερη μεταξύ του 30ου και 50ου έτους της ηλικίας. Σπάνια υπάρχει κίνδυνος για την μητέρα και η κύηση δεν φαίνεται να μεταβάλλει την πρόγνωση.

Εάν όμως η υπέρταση είναι βαριά, τότε υπάρχει αυξημένος κίν-

δυνος για το νεογνό ιδιαίτερα αν εμφανισθεί προεκλαμψία.

	Θάνατος εμβρύου %	Πρωρότητα %	Δειπαβαρή νεογνά. %
Μέτρια υπέρταση:	1,7	8,0	5,4
Μέτρια υπέρταση+προεκλαμψία:	16,0	30,0	15,0
Βαριά υπέρταση:	23,0	29,0	80,0
Βαριά υπέρταση+προεκλαμψία:	41,0	63,0	44,0
Συνολική συχνότητα στον πλυσμό:	2,0	7,0	

Η χρόνια υπερτασική νόσος οδηγεί σε παλίνδρομη κύηση, αυτόματη έκτρωση, πρόωρο τοκετό και ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου, σε ποσοστό που υπολογίζεται σε 33% περίπου. Σε κάθε περίπτωση η πιθανότητα ενδομητρίου θανάτου του εμβρύου θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, ώστε να αποφασίζεται η έγκαιρη πρόκληση τοκετού με συνεχή καρδιοτοκογραφικό έλεγχο. Για την λήψη απόφασης, όσο αφορά την πρόκληση τοκετού ή εκτέλεσης καισαρικής τομής εκτός από εργαστηριακό έλεγχο απαραίτητο είναι η παρακολούθηση του εμβρύου με υπέρηχους. Το σταμάτημα της αύξησης του εμβρυϊκού βάρους συνοδεύεται συνήθως και με διαταραχή της ορμονικής δραστηριότητας της εμβρυοπλακωτικής μονάδας. Η καθυστέρηση εμβρυϊκής ανάπτυξης είναι χαρακτηριστικό σημείο πριν από τον εμβρυϊκό ενδομήτριο θάνατο.

Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

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

Της εγκύου: Από τις προεκλαμπτικές εγκύους οι 5 είναι δυνατό να εκδηλώσουν εκλαμπτικό παροξυσμό και να πάθουν κακώσεις, όπως της γλώσσας, παροδικό σπασμό ή οίδημα, ή σε σπάνιες περιπτώσεις αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Επίσης αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αιμορραγικό σύνδρομο, αποκόλληση του πλακούντα, διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, ίκτερο, που δείχνει σοβαρή επιδείνωση.

Επίσης μια άλλη επιπλοκή της εγκύου είναι η αμφοστερόπλευρη φλοιονεφρική νέκρωση, παρατηρείται έπειτα από σηπτικές εκτώσεις και τραυματισμούς κατά τον τοκετό, σπάνια μετά από αιμορραγία μετά τον τοκετό. Το κύριο σύμπτωμά της είναι η υπερβολική ελάττωση των ώρων μέχρι τελείας ανουρίας, πόνοι στην οσφύ, αύξηση του ποσού της ουρίας και του Καλίου του αίματος ενώ το ασβέστιο ελαττώνεται. Ακολουθούν έμετοι, πυρεξία, αναιμία, διανοητική σύγχυση, σπασμοί και θάνατος.

Του εμβρύου: Η ελάττωση της αιμάτωσης του πλακούντα ελαττώνει κατ' επέκταση και την ικανότητα της οξυγόνωσης με αποτέλεσμα τη δημιουργία δυσμενών συνθηκών για το έμβρυο. Ο πλακούντας εμφανίζει ένα αυξημένο αριθμό από έφρακτα, που φαίνεται πως ελαττώνουν τη λειτουργικότητά του. Αποτέλεσμα της μειωμένης λειτουργείας, είναι η κακή διατροφή του κυήματος και η συχνή πρόκληση ενδομήτριου θανάτου του εμβρύου ή στην καλύτερη περίπτωση, ο πρόωρος τοκετός ή το νεογέννητο με το υπολειπόμενο βάρος.

Του νεογνού: Οι επιπλοκές του νεογνού αφορούν στην προωρότητά του, όταν η εγκυμοσύνη τερματιστεί πριν το τέλος της, ή στο ελαττωμένο βάρος του και στις διαταραχές των λειτουργιών του, που προέ-

ρχονται από φάρμακα, που χορηγήθηκαν κατά την διάρκεια της εγκυμο-
σύνης ή του τοκετού.

7. Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Βασικά η πρόγνωση αφορά: την έγκυο, την επίτοκο, την λεωχίδα, το έμβρυο και το νεογνό.

Την έγκυο: Η υπερτασική νόσος κατά την κύηση είναι ένα από τα τρία αίτια, που είναι υπεύθυνα για το μεγάλο ποσοστό θανάτου της μητέρας (αιμορραγία, υπέρταση, σφαιμμία).

Στην υπερτασική έγκυο, που η υπερτασή της οφείλεται σε άσχετες με την εγκυμοσύνη καταστάσεις, που έχουν παθολογικό υπόστρωμα την υπέρταση, η πίεση θα παραμείνει ψηλή, όπως πριν από την κύηση, ενώ η υποχώρησή της θα είναι δύσκολη με οποιαδήποτε θεραπεία.

Στην προεκλαμψία αν δεν συμβεί αιμορραγία από αποκόλληση του πλακούντα η πρόγνωση είναι καλή.

Ενώ αντίθετα στην εκλαμψία η πρόγνωση είναι βαριά. Σε μία καλή οργανωμένη κλινική το ποσοστό θανάτου, φθάνει στο 5% των περιπτώσεων όταν αντιμετωπιστούν από έμπειρους θεραπευτές. Ο θάνατος προέρχεται από κυκλοφορική ή νεφρική ανεπάρκεια, από θρόμβωση ή από εγκεφαλική αιμορραγία.

Σε μερικές περιπτώσεις η έγκυος μπορεί να πεθάνει από σπασμούς, που προκαλούν, είτε αύξηση της φλεβικής πίεσης και πνευμονικό οίδημα, είτε ανοξυγοναιμία και βλάβη της καρδιάς και άλλων οργάνων. Στην οξεία φάση της εκλαμψίας ο θάνατος οφείλεται, τις περισσότερες φορές, σε εγκεφαλική αιμορραγία ή πνευμονικό οίδημα. Σε περιπτώσεις που η οξεία φάση περάσει ο θάνατος επέρχεται από πνευμονικό οίδημα που δεν υποχώρησε και μετατράπηκε σε πνευμονία, ή από ανουρία, από βλάβη του μυοκαρδίου ή από διαταραχές της πήξης του αίματος.

Στην υπερτασική νόσο η συχνότητα της αυτόματης έκτρωσης δεν είναι αυξημένη, όμως η συχνότητα της αποκόλλησης του πλακούντα φθάνει το 6%.

Την επίτοκο: Η πρόγνωση και εδώ είναι ίδια όπως και στην έγκυο, με μόνη όμως διαφορά, πως σ' αυτή προτίθενται ο κίνδυνος της αιμορραγίας, γιατί αν είναι μεγαλύτερη εύκολα η προεκλαμπτική και η εκλαμπτική επιβαρύνεται, πρώτα από ελάττωση του όγκου του αίματος και εύκολη εγκατάσταση Shock και ύστερα από βλάβη του συκωτιού, λόγω της προεκλαμψία, και του Shock, που θα έχουν σαν αποτέλεσμα την ελάττωση του ινωδογόνου και επίσης σε διαταραχές της πήξης του αίματος.

Την λεχωίδα: Όταν συνεχιστούν οι εκλαμπτικοί παροξυσμοί η πρόγνωση της λεχωίδας επιβαρύνεται. Μετά την περίοδο της λαχείας οι συνέπειες που μπορούν να εκδηλωθούν, ίσως έχουν σχέση με καρδιο-νεφρικές ανωμαλίες. Από θεωρίες διαπιστώθηκε, πως και χωρίς κατά την διάρκεια της κύησης η γυναίκα περάσει προεκλαμψία, είναι δυνατό να παρουσιάσει αργότερα στη ζωή της τέτοιου είδους ανωμαλίες. Όταν η γυναίκα αργότερα στην ζωή της παρουσιάσει υπέρταση, αυτό είναι δυνατό ν' αποδοθεί σε εκλαμψία, που πέρασε. Ίσως όμως η όψιμη υπέρταση είναι συχνότερη σε γυναίκες που έπαθαν εκλαμψία..

Σε σπάνιες περιπτώσεις, η εκλαμψία οδηγεί τη λεχωίδα σε ψύχωση που διαρκεί 1-2 εβδομάδες. Πολύ σπάνια επίσης η εκλαμψία να οδηγήσει σε τύφλωση που διαρκεί από μερικές ώρες έως και αρκετές εβδομάδες. Στις περισσότερες φορές η όραση επανέρχεται σε μία εβδομάδα.

Στο έμβρυο και στον νεογνό: Η επίδραση της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης πάνω από έμβρυο, εξαρτάται από την βαρύτητα της νόσου, και την μορφή. Έτσι είναι δυνατό να είναι υποτροφικό, καχεκτικό, με δέρμα ρυτιδωμένο και με μακριά χέρια και πόδια (έμβρυο αράχνη). Όμως μετά τον τοκετό, η αναπτυξή του είναι γρήγορη.

Στην προεκλαμψία και εκλαμψία η θνησιμότητα ανέρχεται σε 40%

και προέρχεται από οξείωση και ανοξυγοναιμία, από πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, από προωρότητα και από τοξική επίδραση της πάθησης. Η περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα έχουν σχέση περισσότερο με τη διάρκεια και τη βαρύτητα της υπερτασικής νόσου, παρά με την αιτία που την προκάλεσε.

8. Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπευτική αντιμετώπιση όλων των μορφών της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης συνίσταται στην πρόληψη της πάθησης, στην ανάπαυση, στη δίαιτα, στη χορήγηση φαρμάκων και στην πρόκληση τοκετού ή εκτέλεση καισαρικής τομής. Η καλύτερη θεραπεία της νόσου είναι η πρόληψη. Η έγκαιρη είσοδος στο νοσοκομείο και η κατάλληλη φροντίδα μπορεί σχεδόν να εξαλείψουν τις βαριές προδιαγραφές για την εκλαμψία και να ελαττώσουν την μητρική και την νεογνική θνησιμότητα και νοσηρότητα.

Προφύλαξη: Η πιο αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της υπερτασικής νόσου της κύησης βασίζεται στην τακτική και επιμελημένη κλινική παρακολούθηση της εγκύου και στην καλή εργαστηριακή διευρενή της. Το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στην έγκαιρη ανακάλυψη της υπέρτασης. Έτσι προλαβαίνουμε τις δυσάρεστες επιπλοκές για την κύηση, τον τοκετό, το έμβρυο και το νεογνό. Εκτός από την ανακάλυψη της υπέρτασης, η επιτυχία στηρίζεται επίσης στην έγκαιρη εντόπιση της ύπαρξης λευκωματουρίας και οιδημάτων.

Όπως αναφέραμε και πιο πάνω ύποπτες για την εκδήλωση υπερτασικής νόσου είναι οι πρωτότοκες, αυτές που έχουν οικογενειακό ανamnηστικό με προεκλαμψία, εκλαμψία οι διαβητικές αυτές που πάσχουν από αγγειοπάθειες, που έχουν δίδυμοι ή μύλη κύηση, αυτές που πάσχουν από χρόνιες νεφροπάθειες και αυτές που εμφανίζουν θετική τη δοκιμασία ανάμεσα στην 28^η και 32^η εβδομάδα.

Επίσης οι έγκυες που πάσχουν από υπερτασική νόσο χρόνια ή όψιμη μπορούμε να τις παρακολουθούμε και σαν εξωτερικές άρρωστες, με συχνές επισκέψεις τους στο ιατρείο. Σι αυτές τις περιπτώσεις αν δεν εμφανιστούν σημάδια προεκλαμψίας η εγκυμοσύνη προχωρεί φυσιολογικά τις περισσότερες φορές. Δεν πρέπει να επανα-

παυόμαστε και να ενθαρρύνουμε την έγκυο αλλά να επισημάνουμε την απειλή της χειρωτέρευσης.

Εκτός από την τακτική παρακολούθηση της εγκύου είναι πολύ σημαντικό και η παρακολούθηση της εξέλιξης του εμβρύου με όλες τις σύγχρονες μεθόδους όπως η υπερηχογραφία, η καρδιοτοκογραφία, ο έλεγχος του αμνιακού υγρού για τον προσδιορισμό της σχέσης λιθίνης σφιγγομυελίνης κ.λ. για να προλάβουμε ενδομήτρια θάνατό του, από πλακουντιακή ανεπάρκεια.

Σε περιπτώσεις που δεν μπορούμε με φαρμακευτικά να ελέγξουμε τη χρόνια υπέρταση και την όψιμη ή παροδική υπέρταση η έγκυος πρέπει να εισαχτεί στην κλινική για παρακολούθηση επίσης στην κλινική θα εισαχθεί όταν το έμβρυο δυσφορεί ή όταν υπάρχει καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη.

Δίαιτα: Η διαίτα στην υπερτασική νόσο δεν αλλάζει. Η έγκυος μπορεί να τρώει ότι και πρίν από την εγκυμοσύνη. Στην κατάσταση αυτή που βρίσκεται η έγκυος είναι σπουδαίο να εξασφαλίσουμε τον ικανοποιητικό αριθμό θερμίδων και υψηλής ποσότητας λευκωμάτων. Επειδή υπάρχει ελάττωση του όγκου του πλάσματος από σύσπαση των αγγείων. Η έλλειψη νατρίου προκαλεί αύξηση των συσπάσεων με συνέπεια να χειροτερέψει η κατάσταση της εγκύου. Εξέρεση γίνεται μόνο όταν η προεκλαμψία συνοδεύεται από καρδιακή ανεπάρκεια, θα συστήσουμε ανάλατη διαίτα και όταν αφορά άρρωστες με γνωστή νεφρική πάθηση.

Παρευτερικά γίνεται η διατροφή της άρρωστης σε περιπτώσεις εκλαμπτικού παροξυσμού.

Φαρμακευτική αγωγή: Γενικά σ' όλες τις μορφές της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης η φαρμακευτική αντιμετώπιση είναι δύσκολη.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση θα χρησιμοποιήσουμε, μόνο όταν η διαστολική πίεση της χρόνιας υπερτασικής εγκύου ή της προεκλαμπτικής περάσει τα 100 mm/Hg στο δεύτερο τρίμηνο και τα 110mm /Hg στο τρίτο τρίμηνο με σκοπό να ελαττώσουμε και να αποφύγουμε έκλυση εκλαμπτικών παροξυσμών ή να κρατήσουμε την έγκυο σε τέτοια κατάσταση, ώστε να προλάβουμε τη γέννηση γερού νεογνού.

Διάφορα φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της προεκλαμψίας-εκλαμψίας και γενικά όλων των μορφών της υπερτασικής νόσου. Η κατά ομάδες κατάταξη αυτών των φαρμάκων είναι:

- α) Διουρητικά
- β) Φάρμακα με δράση στο Κ.Ν.Σ
- γ) Αγγειοσταλτικά
- δ) β-αναστολείς
- ε) α-β αναστολείς
- στ) Προστακυκλίνη.

Διουρητικά

Φρουροσεμίδη - δρά στο ανιού σκέλος της αγκύλης του Heyle . Την συνδιάζουμε με διαζοξίνη.

α- μεθυλυτόπα και η κλουιδίνη - προκαλούν υπόταση διεγείροντας τους α-αδρεννεργούς υποδοχείς του εγκεφάλου.

Εκτός από τις πιο πάνω μορφές διουρητικών, τα συμπεράσματα από τη χορηγησή τους καταλήγουν, πως η προφυλακτική τους χρήση διουρητικών, δεν ελαττώνουν ούτε τη συχνότητα της προεκλαμψίας με έντονη λευκωματουρία, ούτε τη συχνότητα της περιγεννητικής θνησιμότητας. Σε περίπτωση μόνο που στην προεκλαμψία εμφανιστεί οίδημα, τα διουρητικά μπορούν να κινητοποιήσουν την κατακράτηση υγρών. Αυτό όμως δεν σημαίνει πως την θεραπεύει. Σε μερικές

περιπτώσεις μπορεί να είναι και επικύνδυνα χειροτερεύοντας την κατάσταση της εγκύου.

Επειδή τα διουρητικά δεν βοηθάνε στην πρόλυση της προεκλαμψίας ή δεν επιδρούν στα αίτια που την προκαλούν, η χορηγητική τους θεωρείται σχεδόν άσκοπη και επικύνδυνη μαζί, διαπιστώθηκε πως η χρήση τους προκαλούν ίσως στην έγκυο παγκρεατίτιδα και στο νεογνό υπογλυκαιμία, πλεκτολυτικές διαταραχές, αιμορραγική διάθεση και θρομβοκυττοπενία.

Στην υπερτασική νόσο διουρητικά φάρμακα δίνουμε μόνο σε καρδιακή ανεπάρκεια, για να βελτιώσουμε την κατάσταση της εγκύου. Σε περιπτώσεις εκλαμψίας που η έγκυος έχει νεφρική ανεπάρκεια η απειλείται, μπορούμε να δόσουμε μανιτόλη, που προκαλεί ωσμωτική διούρηση και ελαττώνει το εγκεφαλικό οίδημα. Σε βαριές περιπτώσεις δεν μπορούμε να αποφύγουμε την ανουρία.

Φάρμακα με δράση στο Κ.Ν.Σ. Διεγείρουν τους α-υποδοχείς του εγκεφάλου και προκαλούν υπόταση.

Αγγειοδιασταλτικά: Είναι φάρμακα που με την δράση τους προκαλούν αγγειοδιαστολή για να ελαττώσουν τις αντιστάσεις. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν τα εξής φάρμακα:

α) **Υδραλαζίνη** (Apresoline, Nepsesol). Αρχίουμε να την χορηγούμε από 10 mg κάθε τρεις φορές την ημέρα και σιγά-σιγά αυξάνουμε την δόση προοδευτικά, για να αποφύγουμε την ταχυκαρδία. Την υδραλαζίνη την χορηγούμε σε περίπτωση που η θεραπεία με μεθυλοτόπα αποτύχει. Σε επείγουσες περιπτώσεις η χορήγηση γίνεται ενδοφλέβια με δόση 10-20 mg σε διάλυση 20%. Ύστερα την ελαττώνουμε σε 40-60 mg σε διάλυση ενός λίτρου σανχαρούχου ορού, με τέτοιο τρόπο ώστε να κρατάμε την διαστολική πίεση ανάμεσα στα 90-100mm/Hg.

Στην εκλαμψία μπορούμε να εφαρμόσουμε την ενδοφλέβια χορήγη-

σή της σε δόση 5mg , μετρώντας την αρτηριακή πίεση κάθε πέντε λεπτά. Αν η διαστολική δεν κατέβει στα 90-100mm /Hg, τότε μέσα σε 20 λεπτά χορηγούμε άλλα 10mg και ξαναμετράμε την πίεση κάθε 5'. Χορηγούμε την ίδια δόση μέχρι τότε, που η διαστολική πίεση φθάσει τα 90-100mm/Hg. Η δόση των 5-10mg σε πολλές περιπτώσεις είναι αρκετή.

β) Δ ι α ζ ο ξ ε ί δ η: Μπορούμε να την χορηγήσουμε μόνη ή σε συνδυασμό με την φουροσεμίδη. Μπορούμε επίσης να την χορηγήσουμε σε συνδυασμό με τα διουρητικά γιατί έχει αντιδιουρητική ενέργεια. Η χορηγησή της όμως αποφεύγεται από πολλούς θεραπευτές.

β-αναστολείς: Είναι φάρμακα συμπαθητικολλυτικά και εδώ και πολλά χρόνια χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της υπέρτασης. Αυτοί έχουν την ικανότητα να καταλαμβάνουν τους β-ανδρενεργείς υποδοχείς.

Ο μηχανισμός της δράσης των β-αναστολείς δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί. Ξέρουμε, πως ελαττώνουν την καρδιακή παροχή, ελαττώνουν τα επίπεδα ρενίνης και αγγειοτενσίνης II του πλάσματος ασκούν κεντρική δράση και ανεστέλλουν την απελευθέρωση της νοραδρεναλίνης.

Πολλοί ερευνητές αντικρούουν την χορήγηση προπρακολόνης στην εγκυμοσύνη γιατί πιστεύουν ότι προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες στο έμβρυο, στην έγκυο και στο νεογνό και βλάπτει τον πλακούντα τέτοιες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι: η επιβάρυνση της ενδομήτριας ανάπτυξη του εμβρύου, η εμβρυϊκή δυσφορία στον τοκετό, ο παρατεταμένος τοκετός, η υπογλυκαιμία και η βραδυκαρδία μετά τον τοκετό. Προκαλεί επίσης ειλεό από απόφραξη με μηκόνιο και θερμορρυθμιστικές διαταραχές.

Μερικοί ερευνητές πιστεύουν πως η προπρανολόνη περνάει εύ-

κολα στον πλακούντα, αλλά εκεί εξουδετερώνεται από τη μονοαμινοξειδάση του, γιατί είναι μανοαμίνη. Έτσι η επίδραση της στο έμβρυο είναι ανάλογη με την ποσότητα και τον τρόπο που χορηγήθηκε. Η μισή διάρκεια ζωής του φαρμάκου είναι 3 ώρες. Γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται η χορηγήσή του 6 ώρες πριν από τον τοκετό όπως και η χορηγήσή του σε μεγάλες δόσεις.

Συνεπώς η χορήγηση της προπρανολόνης στην διάρκεια της κύησης είναι περιορισμένη ακόμη.

Α και β-αναστολείς: Τα δύο τελευταία χρόνια η χορήγηση της λαβεταλόλης, υπόσχεται πολλά στη θεραπεία της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης, καθώς επίσης έχει την ικανότητα να καταλαμβάνει τους α και β-αδρενεργείς υποδοχείς. Στους α και β αναστολείς ανήκει η κλονιδίνη (catapressan).

Προστακυκλίνη: Έχει αγγειοδιασταλτική και αντισταθμιστική δράση.

Ανάπαυση: την χρόνια και την όψιμη υπέρταση μπορούμε να τις παρακολουθήσουμε με τις συχνές επισκέψεις της εγκύου στο ιατρείο και η είσοδός της στην κλινική γίνεται μόνο όταν επιδεινωθεί η κατάσταση της. Σε περιπτώσεις που αρχίζουν να εμφανίζονται συμπτώματα προεκλαμψίας και εκλαμψίας η είσοδος και η ανάπαυση της ασθενούς είναι απαραίτητη. Έτσι μπορούμε να έχουμε καλή παρακολούθηση της εγκύου και η εργαστηριακή διερεύνησή της να είναι επιτυχής. Σε περίπτωση προεκλαμψίας η ανάπαυση της ασθενούς είναι απαραίτητη γιατί με την ανάπαυση πετυχαίνουμε ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας της προεκλαμπτικής εγκύου έτσι ώστε να ανακουφιστεί η επιβαρημένη καρδιαγγειακή λειτουργία της. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται η αιμάτωση των νεφρών, αυξάνεται η νεφρική διήθηση και αναστέλλεται ή ελαττώνεται η υπερέκκριση της ρενίνης και της

αγγειοτενσίνης. με την κατάκλιση βελτιώνεται και η κατάσταση του πλακούντα. Η φλεβική επάνοδος από τα κάτω άκρα γίνεται ευκολότερα και μεγάλα ποσά υγρών επανααρροφούνται τα οποία βρίσκονται με τη μορφή οιδημάτων.

Σε περίπτωση εκλαμπτική ασθενής η ανάπαυση είναι απαραίτητη στην κλινική. Η έγκυος τοποθετείται σε πλάγια θέση στο κρεβάτι, για τη καλύτερη κυκλοφορία του πλακούντα. Τα απαραίτητα μέτρα που παίρνουμε για τη εκλαμπτική ασθενής και γενικά κάθε εγκύου με υπερτασική νόσο θα αναφερθούν στην νοσηλευτική φροντίδα.

Πρόκληση τοκετού: Όταν η έγκυος φθάσει και παρακολουθήτε μέχρι την 30^η εβδομάδα καλώς είναι να κρατήσουμε μέχρι την 34^η εβδομάδα.

Περιπτώσεις που μπορούμε να προκαλέσουμε τοκετό είναι:

α) Όταν η εγκυμοσύνη βρίσκεται πριν από την 30^η εβδομάδα και η κατάσταση της εγκύου επιβαρύνεται, και οι ελπίδες επιβίωσης του νεογνού ελαττώνονται. Επίσης σε περιπτώσεις που η πίεση ανέβει ξαφνικά σε ψηλά επίπεδα και η λευκωματουρία είναι μεγάλη και συνυπάρχει επίσης ολιγουρία. Τα συμπτώματα αυτά οδηγούν σε επικείμενη νεφρική ανεπάρκεια.

Αν δεν σταματήσουμε την εγκυμοσύνη με πρόκληση τοκετού, εκτός από επιβάρυνση της εγκύου θα έχουμε και ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου, που θα τον ακολουθήσουν η υποχώρηση της λευκωματουρίας και οιδημάτων και η πτώση της πίεσης. Έτσι επικύνδυνη για το έμβρυο είναι η αναμονή. Αν ο τοκετός γίνει σε καλές οργανωμένες κλινικές μεγάλες πιθανότητες να επιζήσουν έχουν τα νεογνά με μικρό βάρος.

β) Θα πρέπει να ελέγχεται εκτός από την κατάσταση της εγκύου και η κατάσταση του εμβρύου για να μην επιβαρύνεται. Αυτό γίνεται

με τις διαγνωστικές μεθόδους που είναι η καρδιατοκογραφία, αμνιο- παρακέντηση, προσδιορισμός της οιστριόλης κ.λ.π. Ο προσδιορισμός της σχέσης λεκιθίνης -σφυγγομυελίνης δεν είναι αξιόπιστο διαγνω- στικό στοιχείο της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης.

Πετυχαίνουμε τον τοκετό με ρήξη των εμβρυϊκών υμένων και την εφαρμογή ωδινοποιητικού ορού με ωκυτοκίνη. Η μήτρα της προ-εκλα- μπτικής εγκύου είναι περισσότερο ευαίσθητη στην επίδραση της ωκυ- ταίνης. Η διάρκεια, η ένταση και η συχνότητα των ωδίνων πρέπει να ελέγχονται συχνά.

Εκτέλεση καισαρικής τομής: Καισαρική τομή θα προτιμήσουμε:

- α) Όταν ο τοκετός που ξεκίνησε μόνος του, ή εμείς προκαλέσαμε, καθιστερεί και το έμβρυο δυσφορεί.
- β) Όταν κατά την διάρκεια της κύησης διαπιστωθεί εμβρυϊκή δυσφο- ρία και το έμβρυο είναι βιώσιμο.
- γ) Σε περιπτώσεις που εμφανίζονται εκλαμπτικοί παροξυσμοί και θέ- λουμε να απαλλάξουμε την έγκυο από το κύημα, που θεωρείται υπεύ- θυνο για την καταστασή της.
- δ) Όταν υπάρχει κίνδυνος η έγκυο ή η επίτοκος να πάθει εγκεφαλική αιμορραγία ή καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια, από επιβάρυνση της κατάστασης: ενώ το έμβρυο είναι βιώσιμο.
- ε) Όταν υπάρχουν και άλλες ενδείξεις καισαρικής τομής.

Η τομή αναισθησίας που διαλέγουμε για τον τοκετό ή για την εκτέλεση καισαρικής τομής στην προ-και εκλαμπτική άρρωστη, πρέπει να αποφεύγουμε την ενδοραχιαία ή επισκληρίδια, γιατί ρίχνουν περισ- σότερο της αρτηριακή πίεση. Χορηγούμε 30 κ. εκ. γάλα μαγνησίου από το στόμα πριν από την αναισθησία. Με το τρόπο αυτό πετυχαίνουμε μικρότερη ποσότητα σουκκινυλχολίνης που απαιτείται για μυοχάλαση.

9.1 ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.

Κατά την εμφάνιση οποιουδήποτε σημείου τοξιναιμίας, επιβάλλεται η άμεση εισαγωγή της κυοφορούσης στο Νοσοκομείο, για πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο αυτής και ανάλογη αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος.

Κάθε επίτοκος που εμφανίζει τοξιναιμικά φαινόμενα, πρέπει απαραίτητα να νοσηλεύεται:

1. Σε θάλαμο ήρεμο γιατί τα ακουστικά ερεθίσματα αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες των σπασμών.
2. Το δωμάτιο, πρέπει να είναι ειδικά προετοιμασμένο με τ' απαραίτητα αντικείμενα όπως:
 - α. Συσκευή οξυγόνου.
 - β. Μάσκα οξυγόνου γ. Αναρροφητήρα για την αναρρόφηση των εκκρίσεων από την στοματική κοιλότητα. δ. Στοματοδιαστολέας για την πρόληψη τραυματισμού της γλώσσας σε περίπτωση σπασμών.
 - ε. Πιεσόμετρο για την συχνή λήψη αρτηριακής πιέσεως.
 - ζ. Χλωραιθύλιο για ελαφρά νάρκωση σε περίπτωση ανάγκης .
 - η. Δίσκος νοσηλείας, που περιέχει φάρμακα υποτασικά, ηρεμιστικά ορούς. Η νοσηλεύτρια-της πρέπει να γνωρίζει την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα που θα προσφέρει για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού τοξιναιμίας. Η απόλυτη ανάπαυση και το ήρεμο περιβάλλον αποτελούν βασικά στοιχεία για την πρόληψη και την θεραπεία της τοξιναιμίας. Αν εμφανισθεί αύξηση της Α.Π πιο πάνω από 140/90 mm/Hg συνίσταται πλήρη ανάπαυση για 24-48 ώρες.

Σε περίπτωση που χορηγείται ορός με αντιυπερτασικά φάρμακα πρέπει να παρακολουθείται η ροή του για το φόβο της απότομης πτώσης της πιέσεως. Η λήψη του σωματικού βάρους είναι απαραίτητη

για τον έλεγχο της υποχωρήσεως των οιδημάτων γι' αυτό μέσα στο θάλαμο που νοσηλεύεται η επίτοκος πρέπει απαραίτητα να υπάρχει ξυγαριά. Χορηγείται η ανάλογη ποσότητα λευκώματος προς αντικατάσταση του λευκώματος που χάθηκε. Επίσης σε περιπτώσεις δυσκολιότητας αποφεύγουμε το υψηλό υποκλεισμό προς αποφυγή ερεθισμού της μήτρας, αλλά η κένωση του εντέρου γίνεται με φάρμακο, είτε με αποκλεισμό .

Απαιτείται ακριβής μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλομένων υγρών. Αν μια ασθενής παρουσιάζει κατακράτηση υγρών πρέπει να μειωθεί η ποσότητα του προσβαλομένου αλατιού και πρέπει να αναπύεται για την αύξηση της διούρησης. Επίσης της χορηγούνται και διουρητικά φάρμακα μετά εντολής ιατρού.

Η δίαιτα της υπερτασικής εγκύου δεν διαφέρει από την φυσιολογική έγκυο. Μπορεί να είναι πλούσια σε βιταμίνες, σίδηρο και ασβέστιο καθώς και σε πρωτεΐνες που είναι σημαντικό στην πρόληψη προεκλαμψίας-εκλαμψίας.

9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

Η νοσηλεύτρια-της στην αρχή κάνει αξιολόγηση της εγκύου που βασίζεται πάνω στο νοσηλευτικό-ιατρικό, ιστορικό φακέλο της καθώς επίσης και στο διάγραμμα, τις νοσηλεύτριες, του μαιευτήρα, σχετικά με την εξέλιξη της κύησης καθώς επίσης και με την κλινική παρατήρηση προς την έγκυο που γίνεται με την πείρα και τις γνώσεις της νοσηλεύτριας-της. Στην συνέχεια αφού η νοσηλεύτρια διαπιστώσει τις ανάγκες της εγκύου προγραμματίζει τις νοσηλευτικές ενέργειες που βασίζονται στις ανάγκες-προβλήματα.

Έπειτα εφαρμόζει το πρόγραμμα τέλος ασκεί κριτική και ελέγχει τ' αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας και στην περίπτωση που δεν υπάρχει ικανοποιητικό αποτέλεσμα κάνει επαναθεώρηση και αναπροσαρμογή του προγράμματος.

Πάνω σ' αυτή την νοσηλευτική διεργασία στηρίζεται η νοσηλευτική φροντίδα των παρακάτω περιπτώσεων.

9.3 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

ΕΠΩΝΥΜΟ: Δημητρίου, ΟΝΟΜΑ: Κατερίνα, Ηλικία: 23 ετών.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 8/2/90, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: 25/2/90

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: ΥΠΕΡΤΑΣΗ.

ΒΑΡΟΣ: 70 Kgr, ΥΨΟΣ: 1.72, ΑΠ: 160/100mm /Hg, Θερμ. 36,7 °C.

ΣΦΥΞΕΙΣ: 78', ΑΝΑΠΝΟΕΣ: 18'

Νέα ασθενής εισήλθε στην κλινική μας σήμερα με αυξημένη αρτηριακή πίεση. Η ασθενής βρίσκεται στον 7^ο μήνα της κύησης. Έγινε η εισαγωγή της σε ήρεμο περιβάλλον μακριά από οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και προπάντων συχνή λήψη της Α.Π ανά 5 έως 10'. Στην συνέχεια της έγινε γενική εξέταση κατά σύστημα, διαπιστώθηκε αυξημένη Α.Π, και ίχνη λευκώματος στα ούρα. Η ασθενής δεν αναφέρει κανένα κληρονομικό πρόβλημα. Η ημερομηνία τοκετού είναι της 10/4/90.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1. Αύξηση Αρτηριακής πίεσης.</p>	<p>1. Επαναφορά της Αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>1. Τακτική παρακολούθηση της ασθενούς.</p> <p>2. φαρμακευτική αντιμετώπιση.</p>	<p>1. Η συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης είναι απαραίτητη για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. Έτσι γίνεται λήψη της πίεσης ανά 10 ως 15' της ώρας για να διαπιστωθούν τυχών αυξομοιώσεις.</p> <p>Αν η πίεση εμφανισθεί αυξημένη πάνω από 140/90 mm/Hg γίνεται πλήρη ανάπαυση για 24h.</p> <p>Στο όϊσκο νοσηλείας υπάρχουν οροί και αντιπερτασικά φάρμακα.</p> <p>Σε περίπτωση που θα δοθούν αντιπερτασικά φάρμακα γίνεται παρακολούθηση της ροής του για</p>	<p>1. Η αρτηριακή πίεση επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα και η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Κεφαλαλγίες και γενική κακουχία.	2. Ανακούφιση ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> - Ρύθμιση του επισκεπτήριου. <p>2. Φυσική και ψυχική ηρεμία της ασθενούς.</p>	<p>το φόβο της απότομης πτώσης της πλέσσης.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αποφεύγεται το επικτήριο, συγκινήσεις και γενικά ερεθίσματα που προκαλούν ψυχοχηματική κόπωση. <p>2. Η ασθενής εισάγεται σε ήρεμο περιβάλλον μακριά από ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα, όχι όμως σε σκοτεινά δωμάτια γιατί δεν γίνεται σωστός έλεγχος τυχόν κυάνωσης που μπορεί να εμφανιστεί.</p>	2. Η ασθενής αισθάνεται ανακούφιση από τις κεφαλαλγίες και υποχώρησε σε μεγάλο βαθμό ή κακουχία.
3. Λευκωματουρία.	3. Επαναφορά του λευκόματος των ούρων στις φυσιολογικές τιμές.	<p>3. Γενική εξέταση ούρων για εξακρίβωση του λευκόματος που έχει η ασθενής στα ούρα.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Προγραμματισμός ειδικού 	<p>3. Γίνεται προετοιμασία της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό για την γενική ούρων καθώς εξακριβώνεται και η τιμή του λευκόματος.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγείται η ανάλογη ποσότητα λευκόματος με ειδικό διαιτολόγο προς 	3. Το λεύκωμα των ούρων έχει σταθεροποιηθεί στα φυσιολογικά όρια, με αποτέλεσμα την βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
4. Ελαφρύ οίδημα.	4. Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του ελαφρού οιδήματος για να αποφύγουμε κάποιου έντονου που μπορεί να εμφανισθεί.	<p>4. Λήψη σωματικού βάρους της εγκύου.</p> <p>- Γενική</p>	<p>αντικατάσταση του λευκώματος που χάθηκε. Εάν δεν βελτιωθεί η λευκωματουρία μέσα σε 2-3 εβδομάδες και συνεχίζεται να αυξάνεται, εξετάζεται επίσης το ενδεχόμενο της διακοπής της κύησης.</p> <p>4. Γίνεται η λήψη του βάρους γιατί η απότομη αύξηση του βάρους σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο οίδημα, όταν αυτή δεν οφείλεται στην διατροφή της εγκύου.</p> <p>- Γι' αυτό μέσα στο θάλαμο που νοσηλεύεται η έγκυος υπάρχει απαραίτητος, μια ζυγαριά. Επίσης η συχνή λήψη σωματικού βάρους είναι απαραίτητη για τον έλεγχο της υποχώρησης του οιδήματος.</p> <p>- Γίνεται ψηλάφηση με τα</p>	4. Υποχώρηση του οιδήματος και ελάττωση του σωματικού βάρους που οφειλόταν στην ύπαρξή του.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Κατακράτηση ούρων. (Ολιγουρία).	5. Διατήρησή του ισοζυγίου των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.	5. Συχνή & επιμελημένη παρακολούθηση της ασθενούς - Ανάπαυση - ρύθμιση διαίτης - γίους προς την ποσότητα του αλατιού - φαρμακευτική αντιμετώπιση.	5. Απαιτείται ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων υγρών. - Συχνή εξέταση των υγρών της ασθενούς για σάχαρο, Ρ.Η και ειδικό βάρος. - Στη διάρκεια που η ασθενής παρουσιάζει κατακράτηση υγρών μειώνεται η ποσότητα του προσλαμβανόμενου αλατιού. και η ασθενής αναπαύεται για την αύξηση της διούρησης. - Μετά εντολής ιατρού χορηγούνται διουρητικά φάρμακα.	5. Αποχώρησε η κατακράτηση ούρων και το ισοζύγιο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ρυθμίστηκε.
6. Δυσκοιλιότητα από την ακινησία και παραμονή στο κρεβάτι.	6. Ομαλές κενώσεις του εντέρου, κάθε μία ή δύο μέρες.	6. Θεραπευτική αγωγή.	6. Η κένωση του εντέρου γίνεται είτε με φάρμακα, είτε με υποκλεισμό. Αποφεύγεται ο ψηλός υποκλεισμός προς αποφυγή ερεθισμού της μήτρας.	6. οι κενώσεις του εντέρου πέρνουν τον φυσιολογικό τους ρυθμό.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>7. Έξοδος ασθενούς από την κλινική</p>	<p>7. Προετοιμασία της ασθενούς για την έξοδο από την κλινική.</p>	<p>7. Έλεγχος της κατάστασης του εμβρύου.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για την τακτική ιατρική παρακολούθηση.</p>	<p>7. Μετά από την θεραπεία της ασθενούς και η κατάστασή της ήταν αρκετά βελτιωμένη αποφασίστηκε η έξοδος της.</p> <p>Της έγινε γενική εκτίμηση της κατάστασής της από το ιατρό καθώς και η εκτίμηση του μεγέθους του εμβρύου. Επειδή υπήρχαν αμφιβολίες σχετικά με την ηλικία του εμβρύου, εκτελέστηκε υπερηχογράφημα, μ' αυτό επίσης έγινε παρακολούθηση και της αναπτυξής του.</p> <p>Εγινε ενημέρωση της ασθενούς για την τακτική παρακολούθηση που επιβάλλεται να είναι δύο φορές την εβδομάδα στο ιατρείο. Επίσης ενημερώθηκε για τυχόν συμπτώματα που μπορούν να εμφανισθούν, και να οδηγήσουν ξανά σε προεκλαμψία. Έτσι γνωρίζοντας αυτό να γίνει άμεση μεταφορά στην κλινική.</p>	<p>7. Μετά το τέλος των εξετάσεων και με την πλήρη ενημέρωση της ασθενούς έγινε η έξοδος της ασθενούς από την κλινική.</p>

9.4 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ: Σπυροπούλου, ΟΝΟΜΑ: Αρετή, ΗΛΙΚΙΑ: 22 ετών.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 10/1/90, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: 26/1/90

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: ΕΚΛΑΜΨΙΑ.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: ΥΠΕΡΤΑΣΗ.

ΒΑΡΟΣ: 68 Kgr, ΥΨΟΣ: 1.70 Α.Π 155/100mm /Hg, ΘΕΡΜ: 36,6 °C

ΣΦΥΣΕΙΣ: 80' ΑΝΑΠΝΟΕΣ: 20'

Νέα ασθενής εισήλθε στην κλινική μας σήμερα με αυξημένη Α.Π και με διαταραχές οράσεως. Κατά την εισαγωγή έγινε η απομωνοσή της σε ήρεμο δωμάτιο. Τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση στο κρεβάτι και έγινε λήψη ζωτικών σημείων. Στη συνέχεια της χορηγήθηκε 20 mg διαζεπάμης ενδομυϊκά. Επειδή εμφάνιζε δυσκολία αναπνοής της χορηγήθηκε O₂ για λίγη ώρα. Στην συνέχεια έγινε καρδιολογικός έλεγχος και Η.Κ.Γ φικός, και γενική εξέταση κατά σύστημα. Η ασθενής κατά την κληρονομικότητά της αναφέρει υπέρταση μητέρας κατά την κυήσή της. Μετά την διάγνωση της εκλαμψίας που παρουσίασε η ασθενής τέθηκε σε θεραπεία.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1. Γενική κακουχία, ελάττωση της συνείδησης ασθενούς και διαταραχές στο ρυθμό σφύξεως και αναπνοών.</p>	<p>1. Η επαναφορά της συνείδησης καθώς και η ελάττωση της κακουχίας και των διαταραχών.</p>	<p>1. Άμεση μεταφορά της ασθενούς στην κλινική και η απομονωσή της.</p> <p>- Κατάλληλη θέση ασθενούς στο κρεβάτι και τακτική παρακολούθηση από την νοσηλεύτρια.</p> <p>- Φαρμακευτική αντιμετώπιση.</p>	<p>1. Κατά την εισαγωγή της εκλαμπτικής ασθενούς στην κλινική γίνεται η απομονωσή της μακριά από κάθε ερέθισμα οπτικό ή ακουστικό. Αποφεύγουμε τα σκοτεινά δωμάτια που να φωτίζονται μ' ένα μικρό λαμπτήρα, γιατί δεν γίνεται οριστικός έλεγχος, τυχόν κυάνωσης που μπορεί να εμφανισθεί.</p> <p>- Η ασθενής τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση στο κρεβάτι, για την καλλύτερη κυκλοφορία του πλακούντα και για την αποφυγή συγκεντρώσεως οιδηματικού υγρού στους πνεύμονες.</p> <p>- Έγινε χορήγηση διαζαπάμης 20-40 mg ενδομυϊκά. Το οξυγόνο βρισκόταν έτοιμο για τυχόν επείδωση της καταστάσεώς της.</p>	<p>1. Η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε και έγινε γρήγορη επαναφορά της συνείδησεως.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>2. Απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης.</p>	<p>2. Επαναφορά της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>- Ελεγχος σφύξεων και αναπνοών. 2. Συχνή λήψη της πίεσης σε μικρά χρονικά διαστήματα.</p>	<p>- Παρακεντήθηκε φλέβα και χορηγόταν σανχαρούχος ορός για τυχόν χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών, φαρμάκων ή αίματος. - Συνδέουμε την ασθενή με συσκευή συνεχιζόμενης παρακολουθήσεως σφύξεων και αναπνοών (MONITOR). 2. Κοντά στην ασθενή βρισκόταν μόνιμη τοποθετημένη πιεσόμετρο για τον προσδιορισμό της πίεσης. - Γινόταν λήψη της αρτηριακής πίεσης κάθε 5' έως 10' για τυχόν αυξομειώσεις γιατί σε περίπτωση εκλαμπτικού παροξυσμού η πίεση ανεβαίνει απότομα σε ψηλά επίπεδα και σε σοβαρές περιπτώσεις εκλαμψίας πέφτει χαμηλά γεγονός που δείχνει επιδείνωση της κατάστασης.</p>	<p>2. Η αρτηριακή πίεση της ασθενούς σταθεροποιήθηκε στις φυσιολογικές τιμές.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3. Απότομη και ταχεία εξάπλωση του οιδήματος.	3. Γρήγορη αποχώρηση του οιδήματος.	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτέλεση φαρμακευτικής αγωγής. - Καρδιολογικός έλεγχος. - Η Κ.Γ φικός έλεγχος. <p>3. Γενική παρακολούθηση της ασθενούς για την γρήγορη διάγνωση και θεραπεία του οιδήματος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Σε περιπτώσεις που η πίεση ήταν υψηλή χορηγούνται ανηπερτασικά φάρμακα τα οποία βρισκόταν στο δίσκο νοσηλείας στο θάλαμο της ασθενούς. - Ειδοποιήθηκε ο καρδιολογικός έλεγχος και έγινε καρδιολογικός έλεγχος, με τον οποίο εκτιμήθηκε ο βαθμός της καρδιακής ανεπάρκειας που θα μας βοηθήσει στην θεραπευτική αντιμετώπιση. - Επίσης έγινε και ΗΚΓ/φικός έλεγχος της εγκύου, προτού αποφασισθεί η θεραπευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. <p>3. Το οίδημα βρισκόταν με την μορφή της συλλογής υγρού, έτσι η διάγνωση του έγινε μετά από ψηλάφηση με το χέρι μας.</p>	<p>3. Το οίδημα ελαττώθηκε σε μεγάλο βαθμό και η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>4. Διαταραχές οράσεως και στην συνήθεια απώλεια της οράσεως.</p>	<p>4. Απομάκρυνση των διαταραχών και γρήγορη επαναφορά της οράσεως.</p>	<p>4. Οφθαλμολογικός έλεγχος της ασθενούς.</p>	<p>- Οι περιοχές όπου η ασθενής εμφάνισε οίδημα ήταν στο πρόσωπο, στα άνω και κάτω άκρα καθώς και στην ηβική σύμψηση.</p> <p>- Σε ετοιμότητα βρισκόταν μανιτόλη που θα χορηγόταν στην ασθενή όταν απειλούνταν από εγκεφαλικό οίδημα. Η μανιτόλη έχει την ιδιότητα να προκαλεί διούρηση και έτσι ελατώνει το εγκεφαλικό οίδημα.</p> <p>4. Εγινε η προετοιμασία της ασθενούς και στην συνέχεια ειδοποιήθηκε ο οφθαλμίατρος.</p> <p>- Εγινε έλεγχος ο οποίος θα μας έδειχνε αν η ασθενής εμφάνιζε οίδημα, σπασμό, αιμορραγία ή αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του ματιού.</p>	<p>4. Εγινε γρήγορη επαναφορά της οράσεως η οποία δεν οφειλόταν σε κανένα παθολογικό αίτιο, που εξακριβώθηκε μετά τον οφθαλμολογικό έλεγχο.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>5. Πλήρη απώλεια της συνήδεισης και εκλαμπτικός παροξυσμός. (Σπασμοί).</p>	<p>5. Επαναφορά της συνείδησης και αντιμετώπιση του παροξυσμού και πρόληψη νέων σπασμών.</p>	<p>5. Επιμελής παρακολούθηση ασθενούς από πεπειραμένο προσωπικό.</p> <p>- Δίαιτα.</p> <p>- Φαρμακευτική αγωγή</p>	<p>5. Η ασθενής βρισκόταν κάτω από επιμελημένη φροντίδα έμπειρου προσωπικού που μπορούσε να προστατέψει την ασθενή από κάποια πτώση που θα έφερνε πιθανό τραυματισμό. Ελεγχόταν συχνά η γλώσσα μήπως τραυματιστεί γιατί από τους σπασμούς έβγανε προς τα έξω και υπήρχε κίνδυνος να τραυματιστεί από τα δόντια. Πολύ κοντά στην ασθενή βρισκόταν συσκευή οξυγόνου, συσκευή βρογχικών εκκρίσεων, ένας στοματοδιαστολέας που χρησιμοποιόταν σε περιπτώσεις που η ασθενής έκανε σπασμούς.</p> <p>- Γινόταν διατροφή της ασθενούς παρεντερικά.</p> <p>- Συχνός έλεγχος του μόνιμο καθετήρα.</p> <p>- Μέσα στο δωμάτιο της ασθενούς υπήρχε δίσκος</p>	<p>5. Μετά την χορήγηση πρεμιστικών έγινε αργή επαναφορά της συνείδησης ενώ ο εκλαμπτικός παροξυσμός τελείωσε.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>6. Εξοδος της ασθενούς από την κλινική.</p>	<p>6. Η προετοιμασία της για την έξοδο.</p>	<p>γή. - Πρόληψη νέων σπασμών.</p> <p>6. Έλεγχος της κατάστασης του εμβρύου, και της ασθενούς.</p>	<p>νοσηλείας με ηρεμιστικά φάρμακα και χλωραιθύλιο για ελαφρά νάρκωση σε περίπτωση ανάγκης. Επίσης θεικό μαγνήσιο, βαρβιτουρικά, πεδιδίνη και διαζεπάμη. - Βρίσκονται σε ετοιμότητα διάφορα φάρμακα για πρόληψη των σπασμών όπως cihioipmethiosele, που είναι αποτελεσματικό και προλαβαίνει τους σπασμούς.</p> <p>6. Η ασθενής βρισκόταν σε πολύ καλή κατάσταση, τα συμπτώματα της εκλαμψίας είχαν υποχωρήσει. Αφού έκανε διάφορες εξετάσεις (Γενική ούρων, αίματος) και ήταν φυσιολογικές προγραμματίστηκε η εξοδός της. Μέσα σε όλες τις εξετάσεις έγινε και υπερηχογράφημα για την γενική εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου.</p>	<p>6. Μετά από μια πλήρη ψυχική και σωματική κατάσταση καθώς και πλήρη ενημερωμένη η ασθενής πήρε το εξιτήριο από την κλινική.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΝΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<p>- Ενημέρωση ασθενούς για τυχόν επιπλοκές που μπορούν να εμφανισθούν, και την τακτική ιατρική παρακολούθηση.</p>	<p>- Η ασθενής ενημερώθηκε για τα συμπτώματα που μπορούν να εμφανίσουν οι επιπλοκές και της συστήθηκε η άμεση μεταφορά στην κλινική.</p> <p>- Επίσης έγινε ενημέρωση της ασθενούς για τακτική παρακολούθηση από τον γιατρό για την παρακολούθηση της πορείας της εγκυμοσύνης.</p>	

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- GANANG WILLIAM F.
"Ιατρική Φυσιολογία"
Μετάφραση-Επιμέλεια= ΙΩΑΝΝΟΥ ΧΑΤΖΗΜΗΝΑ
Έκδοση 1^η, Αθήνα : 1975.
- GARREY, GOVAN, CALLANDER: "Μαιευτική"
Μετάφραση: ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Γ. και ΣΑΡΡΗ Γ.
Β' Έκδοση. Αθήνα : 1980.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ, Σ.Ε: "Μαιευτική, περιγεννητική ιατρική και
Γυναικολογία".
Έκδοση Β', Αθήνα: 1984.
- ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ, ΣΕΡΓΙΟΣ Ι: "Σύνοψη Μαιευτική και Γυναικολογία"
Β' Έκδοση, Αθήνα : 1985.
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α: "Σημειώσεις Μαιευτικής και Γυναικολο-
γίας"
Εκδόσεις : Τ.Ε.Ι Πάτρας Πάτρα: 1989.
- ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ, Π.Π : "Πρακτική Μαιευτική".
Β' Έκδοση, Αθήνα: 1972.
Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανός.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, ΝΙΚΟΣ, Α : "Μαιευτική"
Έκδοση: 1^η, Αθήνα: 1983.