



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Η αντιμετώπιση που αναφέρεται παρακάτω αφορά κυήσεις χαμηλού κινδύνου

Εάν ο τοκετός δεν έχει μπει στην ενεργό φάση (διαστολή < 3 cm): έχει σημασία η καλή θρέψη, ενυδάτωση, ξεκούραση, και ψυχολογική υποστήριξη της επιτόκου ώστε να ξεκινήσει τον τοκετό με τις καλύτερες προϋποθέσεις:
α'. κατά την εισαγωγή

Ιστορικό:

- παρούσα κύηση (ΤΕΡ, ΠΗΤ, παράγοντες κινδύνου) → κύηση χαμηλού κινδύνου,
- παθολογικό χειρουργικό, οικογενειακό, κληρονομικό, αλλεργίες,
- οι εμβρυϊκές κινήσεις είναι αξιόπιστος δείκτης της υγείας του εμβρύου,
- παρούσα κατάσταση: ωδίνες, αιμόρροια, PEY

Κλινική εξέταση:

- γενική → αρτηριακή πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία, ενυδάτωση, ψυχολογική κατάσταση
- κοιλιακή → σχήμα, προβολή, θέση, εμπέδωση συχνότητα, διάρκεια, ποιότητα ωδίνων μέγεθος εμβρύου, ποσότητα αμνιακού υγρού (αδρά)
ακρόαση των παλμών του εμβρύου
- κολπική → έξω γεννητικά όργανα
εξάλειψη/διαστολή του τραχήλου
προβολή, θέση, κάθοδος προβάλλουσας μοίρας
σημεία δυσαναλογίας (προκεφαλή,
εφίππευση)

θυλάκιο – σε ερρηγμένο: αμνιακό
(κεχρωσμένο, αιματηρό, κ.λπ.)

Εξετάσεις: Γενική ούρων, γενική αίματος, ομάδα αίματος
– Rh (αν δεν έχει), ορό για διασταύρωση

Τοποθετούμε abocath i.v

β'. πρώτο στάδιο

Παρακολούθηση: Διαστολής του τραχήλου → θα πρέπει να αυξάνει τουλάχιστον κατά 1 cm/ώρα

Εξετάζουμε κάθε 4 ώρες

Καθόδου προβάλλουσας μοίρας → ελέγχεται ψηλαφώντας τα πέμπτα (/5) της κεφαλής που βρίσκονται πάνω από την ηβική σύμφυση*

Ωδίνων → συχνότητα, διάρκεια

Εμβρυϊκών παλμών: κάθε 15-30', για 1' μετά από την ωδίνα

Ζωτικών σημείων: σφύξεις, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, διούρηση, κάθε ώρα

Υποστήριξη: Να υπάρχει άτομο που η επίτοκος επιθυμεί δίπλα της, στο οποίο να εξηγήσουμε τους τρόπους για να τη βοηθήσει

- να της εξηγούμε καθετί που συμβαίνει καθώς και ό,τι είναι πιθανότερο να συμβεί, ώστε να παρέχεται το μεγαλύτερο κατά το δυνατόν αίσθημα ασφάλειας στην επίτοκο
- να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής και ασηψίας – αντισηψίας σε κάθε φάση της παρακολούθησης
- εάν ο τοκετός διαρκεί λιγότερο από 12 ώρες συνήθως δε χρειάζεται να χορηγήσουμε επιπλέον υγρά ενδοφλέβια - αρκεί η λήψη από το στόμα
- η επίτοκος μπορεί να λάβει ελαφρύ γεύμα (snack) στην αρχή του τοκετού, εφ' όσον το επιθυμεί
- εάν εμφανιστούν σημεία αφυδάτωσης (ξηρότητα γλώσ-

* η κεφαλή είναι εμπεδωμένη όταν είναι ψηλαφητή το πολύ κατά το 1/5 της πάνω από την ηβική σύμφυση

σας, ταχυκαρδία, διαταραχές στο ΚΤΓ), ελέγχουμε για κετόνες στα ούρα και χορηγούμε υγρά ενδοφλεβίως

- κινητοποίηση της επιτόκου, εφ' όσον δεν υπάρχουν προβλήματα στην παρακολούθηση ή την πρόοδο του τοκετού
- αναλγησία, εφ' όσον η επίτοκος το επιθυμεί: ψυχοπροφυλακτική μέθοδος, πεθιδίνη (1 mg/kg, αλλά όχι παραπάνω από 100 mg/4ωρο), επισκληρίδιος αναλγησία γ'

γ'. δεύτερο στάδιο

Πρώτη φάση: Μέχρι η προβάλλουσα μοίρα να φτάσει στο πυελικό έδαφος (ισχιακές άκανθες) δεν εξωθούμε τη γυναίκα

Δεύτερη (ενεργός) φάση: Η προβάλλουσα μοίρα φτάνει στο πυελικό έδαφος δημιουργώντας στην επίτοκο το αίσθημα της εξώθησης

Αρχίζουμε την εξώθηση, εξηγώντας την τεχνική

Παρακολουθούμε: Την κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας, τα ζωτικά σημεία της επιτόκου, τους παλμούς του εμβρύου, κάθε 5'

Εάν υπάρχει ένδειξη, κάνουμε περινεοτομή

- κατά την έξοδο της κεφαλής δίνουμε εντολή στη γυναίκα να σταματήσει την εξώθηση, υποστηρίζοντας το περίνεο
- καθαρίζουμε τη μύτη και το στόμα του νεογνού από τις εκκρίσεις
- ελέγχουμε για τον ομφάλιο λώρο γύρω από τον αυχένα: αν είναι χαλαρός, τον έλκουμε γύρω από αυτόν ενώ αν είναι περασμένος σφιχτά τον ξετυλίγουμε γύρω από αυτόν
- αφήνουμε την κεφαλή να πραγματοποιήσει την εξωτερική στροφή δίνοντας στη γυναίκα εντολή για εξώθηση πάνω στην ωδίνα, έλκουμε για την έξοδο του πρόσθιου ώμου και έπειτα του οπίσθιου ώμου
- τοποθετούμε το νεογνό στην κοιλιά της μητέρας
- απολινώνουμε τον ομφάλιο λώρο, περίπου στα 40'' - 60'' από την έξοδο του εμβρύου

δ'. τρίτο στάδιο

- δίνουμε 5 U οξυτοκίνης + 0,5 mg εργομητρίνης (αντένδειξη: υπέρταση, προεκλαμψία) ενδομυϊκά, μέσα στο 1^ο λεπτό μετά την έξοδο του εμβρύου
- έλκουμε ελεγχόμενα τον ομφάλιο λώρο, πιέζοντας με το άλλο χέρι υπερηβικά τη μήτρα ώστε να αποφύγουμε την εκστροφή της, κατά τη διάρκεια της ωδίνας
- αν μετά από 40'' έλξης δεν εξέλθει ο πλακούντας, σταματάμε και ξαναρχίζουμε στην επόμενη ωδίνα, μέχρι να εξέλθει
- κατά την έξοδο του πλακούντα, βοηθούμε την έξοδο των υμένων αμέσως πίσω του χρησιμοποιώντας θυριδωτή λαβίδα
- ελέγχουμε για ρήξεις κόλπου - τραχήλου, αιμορραγία, σύσπαση της μήτρας
- συρραφή περινεοτομής (αν έγινε) & δακτυλική από το ορθό εξέταση
- μετράμε γάζες - κομπρέσσες και εκτιμούμε την απώλεια αίματος.

Βιβλιογραφία

The Royal Women's Hospital Clinical Practice Guidelines: Normal labour and birth, Adelaide, April 2006

R.Creasy: Management of labor and delivery – Blackwell, 1997

ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ορισμός: Είναι η έναρξη των συσπάσεων της μήτρας που οδηγούν σε εξάλειψη και αργότερα διαστολή του τραχήλου, πριν από τη συμπλήρωση των 37 εβδομάδων της κύησης. Η συχνότητα εμφάνισης είναι αι περίπου 5-10 %.

Προδιαθεσικοί παράγοντες:

- παθήσεις της μητέρας, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, προεκλαμψία, κ.λπ.
- λοιμώξεις - εμπύρετα, π.χ. ουρολοιμώξεις, κολπίτιδες
- πολύδυνη κύηση, πολυάμνιο
- (πρόωρη) P.E.Y
- αποκόλληση του πλακούντα
- ανωμαλίες της μήτρας
- ιστορικό πρόωρου τοκετού.

Στο 40% δεν υπάρχει κάποιος προδιαθεσικός παράγοντας.

Διάγνωση:

α. πρωρότητας: ελέγχουμε την ηλικία της κύησης κλινικά (βάσει T.E.P) & υπερηχογραφικά το σπουδαιότερο στοιχείο (εφ' όσον υπάρχει) είναι το υπερηχογράφημα του 1^{ου} τριμήνου.

β. τοκετού: ελέγχουμε τη συχνότητα, διάρκεια και ποιότητα των ωδίνων και την εξάλειψη ή διαστολή του τραχήλου.

Αντιμετώπιση

1. Αποκλείουμε: ενδομήτριο θάνατο (του εμβρύου)

- δίδυμη/πολύδυνη κύηση
- προεκλαμψία