



Ενημερωτικό φυλλάδιο

Δρ Ιωάννης Γρυπάρης – Μαιευτήρας, Χειρουργός, Γυναικολόγος

Κατευθυντήριες Οδηγίες Μαιευτικής Φροντίδας

Οι οδηγίες στο παρόν φυλλάδιο αφορούν τη φροντίδα που θα πρέπει να προσφέρεται σε υγιείς γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού. Στόχος είναι να εξασφαλίσει ότι σε κάθε επίτοκο παρέχεται η δυνατότητα για φυσιολογικό τοκετό με γνώμονα το Μαιευτικό μοντέλο περίθαλψης, και ότι της προσφέρονται επαρκείς πληροφορίες και υποστήριξη.

Πληροφορίες

Ο οδηγός αυτός συμπεριλαμβάνει πληροφορίες που αφορούν:

- Τον ορισμό του φυσικού τοκετού
- Πληροφορίες για αχρειαστες και συχνά επιβαρυντικές παρεμβάσεις
- Ενημέρωση για τη φροντίδα στο 1^ο στάδιο του τοκετού
- Ενημέρωση για τη φροντίδα στο 2^ο στάδιο του τοκετού
- Ενημέρωση για την αντιμετώπιση του 3^{ου} σταδίου του τοκετού
- Διαχείριση της λοχείας

Ποιούς αφορά;

- Επαγγελματίες υγείας
- Γυναίκες που διανύουν εγκυμοσύνη και τις οικογένειές τους

Είναι ο οδηγός αυτός ενημερωμένος;

Οι πληροφορίες που αναγράφονται στο φυλλάδιο αυτό αναθεωρήθηκαν τελευταία φορά τον Αύγουστο του 2020 και είναι σύμφωνες με τις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν διεθνώς σχετικά με την φροντίδα της επιτόκου. Είναι πλήρως εναρμονισμένες με τις οδηγίες που έχουν εκδοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, από το NICE, και από το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών (RCM) της Μεγάλης Βρετανίας.

Η δική σας ευθύνη

Οι συστάσεις σε αυτό το φυλλάδιο αντιπροσωπεύουν τις συμβουλές και απόψεις του ιατρού, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί μετά από προσεκτική αξιολόγηση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών και της διαθέσιμης βιβλιογραφίας. Οι επαγγελματίες υγείας που εξασκούν τη δική τους πρακτική σύμφωνα με την κρίση και τις απόψεις τους, έχουν υποχρέωση να ακολουθούν διεθνώς αποδεκτές κατευθυντήριες οδηγίες, και να εξατομικεύουν την παρακολούθηση της εκάστοτε ασθενούς σύμφωνα με τις ατομικές της ανάγκες, προτιμήσεις και επιλογές. Δεν είναι υποχρεωτικό να ακολουθήσουν όλοι τις οδηγίες του συγκεκριμένου φυλλαδίου, μπορεί όμως αυτό να χρησιμεύσει ως γνώμονας πάνω στον οποίο να βασισθούν υπεύθυνες αποφάσεις για τον κάθε τοκετό. Είναι ευθύνη όλων μας να παρέχουμε στις ασθενείς μας υψηλού επιπέδου ιατρική φροντίδα μέσα σε ασφαλή πλαίσια.





Εισαγωγή

Στον φυσικό τοκετό, οφείλουμε να πορευτούμε με γνώμονα το **Μαιευτικό μοντέλο περίθαλψης**, όπως το ορίζουν: η ελληνική νομοθεσία (Π.Δ. 351/1989), η οδηγία 2005/36/ΕC της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο WHO, η ICM (International Confederation of Midwives) και άλλοι Διεθνείς οργανισμοί.

Το Μαιευτικό μοντέλο περίθαλψης, που βασίζεται στην παραδοχή ότι η εγκυμοσύνη και η γέννηση είναι φυσιολογικά γεγονότα της ζωής, **επικεντρώνεται στη γυναίκα** και της παρέχει τεκμηριωμένη Μαιευτική φροντίδα, πληροφόρηση, στήριξη και ενδυνάμωση, ώστε να είναι ικανή να επιλέξει, να αποφασίσει και να αναλάβει την ευθύνη των επιλογών και των αποφάσεών της στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της.

Η τεκμηριωμένη Μαιευτική φροντίδα, επικεντρώνεται στη(ν):

- εξατομικευμένη εκπαίδευση, παροχή συμβουλών και προγεννητική φροντίδα,
- συνεχή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια του τοκετού, με ελαχιστοποίηση των παρεμβάσεων,
- γέννηση και τοκετό,
- φροντίδα και συνεχή υποστήριξη κατά τη διάρκεια της λοχείας και
- εντόπιση των παθολογικών σημείων και καταστάσεων, με άμεση παραπομπή των γυναικών σε εξειδικευμένα κέντρα παροχής μαιευτικής φροντίδας στη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, του τοκετού και της περιόδου της λοχείας.

Περιγεννητική φροντίδα

Σε όλες τις έγκυες γυναίκες θα πρέπει να παρέχεται φροντίδα υγείας που βελτιώνει τα αποτελέσματα τόσο σε αυτές όσο και στα νεογέννητά τους. Στη διάρκεια των επισκέψεων παροχής περιγεννητικής φροντίδας, δυνητικά ανιχνεύονται, καταγράφονται και επιλύονται με τον ιδανικότερο τρόπο τα προβλήματα υγείας με παρεμβάσεις, αν υπάρξει ανάγκη, ώστε να προστατευτεί η υγεία των γυναικών και των νεογέννητων.

Η αξιολόγηση του κινδύνου (χαμηλός ή υψηλός) πραγματοποιείται σε κάθε επαφή με το εξειδικευμένο προσωπικό, που είναι **διαπιστευμένοι επαγγελματίες υγείας**, όπως η Μαία ή ο Μαιευτήρας. Είναι μία επαναλαμβανόμενη διαδικασία, που δεν τεκμηριώνεται με μία μόνο αξιολόγηση.

Πρακτικός οδηγός για τον τοκετό

Οδηγίες και προτροπές έχουν δημοσιευθεί από κάθε Μονάδα Μητρότητας στον κόσμο ως **Τεκμηριωμένες Πρακτικές**, βασισμένες σε τεκμηριωμένες έρευνες σχετικά με τον φυσικό τοκετό. Στο πνεύμα του Μαιευτικού μοντέλου περίθαλψης, έχουν εκδοθεί οδηγίες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, από το National Institute for Health and Clinical Excellence, από το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών (RCM) της Μεγάλης Βρετανίας, αλλά και από άλλους παρόμοιους οργανισμούς παγκοσμίως.





Το **φυσιολογικό γεγονός του τοκετού**, συχνά μετατρέπεται σε ιατρική διαδικασία με παρεμβάσεις και επεμβάσεις που δεν χρειάζονται, με περιορισμό της ελευθερίας των γυναικών να ζήσουν την γέννηση των παιδιών τους με το δικό τους τρόπο και στο χώρο που εκείνες επιλέγουν, με συγκέντρωση μεγάλου αριθμού επιτόκων στα νοσοκομεία, με χρήση υψηλού τεχνολογικού εξοπλισμού (τριτοβάθμια κέντρα) και με τις δαπάνες συνεχώς να αυξάνονται.

Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ, **φυσιολογικός τοκετός** είναι αυτός που ξεκινάει αυθόρμητα, μεταξύ της 37^{ης} και 42^{ης} εβδομάδας της κύησης. Από την αρχή μέχρι το τέλος του δεν υπάρχουν εμφανείς κίνδυνοι, το νεογνό γεννιέται σε ινιακή προβολή και μετά τον τοκετό η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή κατάσταση.

Ο ορισμός συμπληρώνεται και επεξηγείται ως ακολούθως: **φυσικός τοκετός** ορίζεται ο τοκετός χωρίς πρόκληση (προσταγλανδίνες, οξυτοκίνη, τεχνητή ρήξη θυλακίου), χωρίς χρήση γενικής, ραχιαίας ή επισκληρίδιου αναλγησίας πριν ή κατά τη διάρκειά του, χωρίς εφαρμογή περινεοτομής, χωρίς χρήση συκίας ή εμβρυουλκού και καισαρικής τομής.

Η φυσική πορεία του τοκετού διαταράσσεται μόνο όταν υπάρχει σημαντικός λόγος.

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Η εισαγωγή της επιτόκου στο νοσοκομείο προϋποθέτει κάποιες διαδικασίες ρουτίνας, όπως:

- ακρόαση του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού,
- μέτρηση της θερμοκρασίας, των σφύξεων, της Α.Π.,
- χορήγηση ενέματος (προαιρετικά),
- εφαρμογή ξυρίσματος του εφηβαίου και περινέου (προαιρετικά),
- παρακολούθηση των υγρών που προσλαμβάνει και της διατροφής της,
- λήψη ιστορικού,
- συναισθηματική υποστήριξη,
- διαφύλαξη της ιδιωτικότητας της γυναίκας,
- σεβασμός της επιθυμίας της για παρουσία συγκεκριμένων ατόμων και
- απομάκρυνση άλλων που δεν είναι απαραίτητοι στο χώρο του τοκετού

Συγκεκριμένα, η μέτρηση της θερμοκρασίας, των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης επιβάλλεται να γίνονται κάθε 4 ώρες. Αντίθετα, τόσο ο υποκλυσμός, όσο και το ξύρισμα πρέπει να αποθαρρύνονται. Ο υποκλυσμός δεν επιφέρει μείωση στα ποσοστά λοιμώξεων των γυναικών ή των νεογνών, δεν επηρεάζει τη διάρκεια του τοκετού, ενώ ευθύνεται για μείωση της ικανοποίησης των γυναικών. Το ξύρισμα επίσης δεν διαφοροποιεί το αποτέλεσμα λοιμώξεων, ενώ επιπρόσθετα δημιουργούνται παρενέργειες όπως ερεθισμός, ερύθημα, πολλαπλές επιφανειακές εκδορές από το ξυράφι και αυξάνεται η νοσηρότητα των γυναικών, η αίσθηση του πόνου, η αμηχανία ή η δυσφορία κατά τη διάρκεια της επανέκφυσης της τρίχας.





Φροντίδα 1^{ου} σταδίου του τοκετού

Υποστήριξη: Συνιστάται οι έγκυες γυναίκες να συνοδεύονται από πρόσωπο της επιλογής τους. Το πρόσωπο αυτό μπορεί να είναι επαγγελματίας υγείας ή άλλο άτομο αποδεκτό από την επίτοκο και εκπαιδευμένο σε θέματα του τοκετού.

Έλεγχος: Συνιστάται η χρήση παρτογράμματος. Η κολπική εξέταση θα πρέπει να περιορίζεται στο όριο της 1 κάθε 4h και αυστηρότερα μετά τη ρήξη των μεμβρανών, εκτός αν υπάρχουν ειδικές ενδείξεις.

Φροντίδα: Η έγκυος ενθαρρύνεται να κινείται και να λαμβάνει τη θέση που επιθυμεί, ιδανική για την ίδια. Επίσης επιτρέπεται να πίνει υγρά και να έχει μικρά γεύματα για όσο διάστημα δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη. Οφείλουμε να ακούμε τις επιθυμίες της.

Έλεγχος εμβρύου: Συνιστάται να γίνεται διαλείπουσα ακρόαση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών κάθε 15-30 λεπτά με διάρκεια τουλάχιστον για ένα λεπτό, αμέσως μετά από συστολή. Συνεχής ακρόαση των καρδιακών παλμών με καταγραφή σε καρδιοτοκογράφο πρέπει να γίνεται στην έναρξη της διαδικασίας και στη συνέχεια ανά τακτά διαστήματα ως καταγεγραμμένη απόδειξη του καλώς έχουν του εμβρύου.

Μεμβράνες: Δεν συνιστάται η τεχνητή ρήξη υμένων να είναι πρακτική ρουτίνας όταν ο τοκετός εξελίσσεται κανονικά (1cm/h). Η τεχνητή ρήξη υμένων μόνη της ή σε συνδυασμό με χορήγηση οξυτοκίνης θα πρέπει να γίνεται με τη φροντίδα μαιάς στην επίτοκο, και αφού έχει προηγηθεί ενημέρωση και έγκριση από τη γυναίκα.

Διατροφή: ο φόβος ότι το γεμάτο στομάχι στη διάρκεια γενικής αναισθησίας (αν παραστεί ανάγκη) μπορεί να καταλήξει σε εισρόφηση είναι πραγματικός και σοβαρός. Ο τοκετός απαιτεί από τον οργανισμό πολλή ενέργεια. Επειδή η διάρκειά του δεν μπορεί να καθοριστεί εκ των προτέρων, οι ανάγκες της μητέρας πρέπει να καλύπτονται ώστε να μην διαταραχτεί τόσο η υγεία της όσο και εκείνη του εμβρύου. Η απαγόρευση κάθε πρόσληψης από το στόμα μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση και κετονουρία. Για να αποφευχθεί αυτό συνήθως δίνεται διάλυμα γλυκόζης ενδοφλέβια. Η αλόγιστη αυτή τακτική μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα:

- Στη μητέρα άνοδο των επιπέδων ινσουλίνης
- Στο έμβρυο πτώση του pH στο αρτηριακό αίμα του ομφαλίου λώρου και υπερινσουλιαιμία με αποτέλεσμα υπογλυκαιμία και υψηλά επίπεδα γαλακτικού οξέος στο αίμα του νεογνού

Όλες αυτές οι επιπλοκές προλαμβάνονται αν δίνουμε στην επίτοκο υγρά από το στόμα και ελαφριά γεύματα. Η σωστότερη στάση είναι να ακούμε τις επιθυμίες της γυναίκας για υγρά και τροφή κατά τον τοκετό.

Σημαντική σύσταση είναι η ενθάρρυνση των γυναικών να ουρούν περίπου ανά 2h στο πρώτο στάδιο του τοκετού, ώστε να αποφεύγεται ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης στο δεύτερο στάδιο.





Εκτίμηση της έναρξης του τοκετού

Η εκτίμηση της έναρξης του τοκετού είναι ένα από τα **σπουδαιότερα** σημεία διαχείρισης του τοκετού. Τα σημεία της έναρξης είναι:

- ✓ Ρήξη των εμβρυϊκών υμένων
- ✓ Επώδυνες συστολές της μήτρας με περιοδικότητα
- ✓ Εξάλειψη και/ή διαστολή του τραχήλου της μήτρας
- ✓ Μικρή αιματηρή έκκριση

Οι **συστολές** μπορεί να γίνουν αισθητές πολύ πριν την έναρξη του τοκετού (συσπάσεις Braxton-Hicks), η **διαφοροποίηση της σύστασης** και η **διαστολή του τραχήλου**, ή ακόμη και η **μικρή αιματηρή έκκριση** από τον τράχηλο μπορεί να υπάρχουν για εβδομάδες πριν την έναρξη του τοκετού. Επομένως αυτό που καθορίζει την εισαγωγή της επιτόκου στο νοσοκομείο και τη σωστή διαχείριση του τοκετού που ακολουθεί, είναι η ορθή εκτίμηση της έναρξης του τοκετού.

Επί άρρηκτων εμβρυϊκών υμένων, η κατάλληλη στιγμή για εισαγωγή της επιτόκου στο νοσοκομείο είναι **προς το τέλος της λανθάνουσας φάσης του τοκετού**, δηλαδή όταν ο τράχηλος έχει μετακινηθεί στην πρόσθια θέση, έχει μαλακή σύσταση, έχει εξαλειφθεί και έχει διαστολή 3-4cm, η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου περιστρέφεται, πιέζει, και το έμβρυο έχει ξεκινήσει την κάθοδό του στον πυελογεννητικό σωλήνα. Οι συστολές της μήτρας είναι επώδυνες, με περιοδικότητα 2 ανά 10min, δηλαδή ο τοκετός βρίσκεται στην ενεργό φάση του. Οι εισαγωγές που γίνονται με τέτοια κριτήρια, σε σχέση με την άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο, συνδυάζονται με λιγότερο χρόνο παραμονής στην αίθουσα τοκετών, λιγότερες παρεμβάσεις (λιγότερη ωδινοποίηση, λιγότερη αναλγησία, μειωμένα ποσοστά αμνιοτομών) και μείωση κατά 30-40% των καισαρικών τομών.

Κολπική εξέταση

Είναι μία από τις βασικές διαγνωστικές ενέργειες για την εκτίμηση της έναρξης και της προόδου του τοκετού. Θεωρείται τραυματική και επίπονη εμπειρία, ειδικά όταν γίνεται κάθε φορά από άλλο άτομο, ένα «αγκάθι» στη διάρκεια του τοκετού και όπως ομολογούν πολλές γυναίκες είναι διαδικασία που δημιουργεί αίσθημα μεγάλης αμηχανίας.

Η κολπική εξέταση όμως είναι επιβεβλημένη γιατί οι πληροφορίες που μας δίνει είναι πολύ σημαντικές για την εκτίμηση της έναρξης και της προόδου του τοκετού. Ο αριθμός των κολπικών εξετάσεων θα πρέπει να περιορίζεται στις αυστηρώς απαραίτητες, να μη γίνεται ρουτίνα ή ρυθμιστής, αλλά να πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχει κλινική ανάγκη, φυσικά μετά από συζήτηση και ενημέρωση της γυναίκας και τηρώντας όλους τους κανόνες αντισηψίας. Η επαναλαμβανόμενη κολπική εξέταση είναι μια εισβολή-παρέμβαση από εμάς.





Ο WHO συστήνει η διαδικασία να επαναλαμβάνεται ανά 4 ώρες κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού με σύγχρονη ενημέρωση του γραφήματος του τοκετού. Όσοι εφαρμόζουν επιταχυνόμενο τοκετό συστήνουν τη διενέργειά της ανά 2ωρο.

Κίνηση και θέση προτίμησης της επιτόκου στη διάρκεια του 1^{ου} σταδίου

Η ανακούφιση του πόνου είναι συνυφασμένη με την ελεύθερη κίνηση. Υπάρχουν εργασίες που δείχνουν ότι κατά το 1^ο στάδιο του τοκετού η ύπτια θέση επηρεάζει τη ροή του αίματος στη μήτρα. Η μήτρα με το βάρος της πιέζει την κάτω κοίλη φλέβα με αποτέλεσμα την ελαττωμένη ροή του αίματος, που σαφώς επηρεάζει την κατάσταση του εμβρύου (σύνδρομο κάτω κοίλης). Επίσης έχει βρεθεί ότι η ύπτια θέση ελαττώνει την ένταση των συστολών. Η όρθια στάση αλλά και η ύπτια με κατάκλιση στο πλάι σχετίζονται με συστολές μεγαλύτερης έντασης και καλύτερης αποτελεσματικότητας (όσον αφορά τη διαστολή του τραχήλου). Όταν επιτρέπεται στην επίτοκο να σιτίζεται, να περπατάει, να κάθεται, να στηρίζεται στα τέσσερα, να κάνει ντους για να χαλαρώνει, ακόμα να εναλλάσσει τις θέσεις κατά την επιθυμία της, ο τοκετός γίνεται λιγότερο επώδυνος αισθητά (υπάρχει μικρότερη ανάγκη χρήσης αναλγησίας) και σπανιότερα απαιτείται η ενίσχυσή του με ωκυτοκίνη. Στη μόνη περίπτωση που επιβάλλεται η ύπτια θέση είναι η κατάσταση της μη εμπεδωμένης κεφαλής του εμβρύου με σύγχρονη ρήξη των υμένων. Η έρευνα έδειξε επίσης μικρότερη συχνότητα διαταραχών του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού στις όρθιες θέσεις και υψηλότερο pH του αίματος στον ομφάλιο λώρο. Όταν δε ερωτήθηκαν οι γυναίκες για τις όρθιες στάσεις έδειξαν ιδιαίτερο ενθουσιασμό, καθώς ανέφεραν λιγότερη αίσθηση πόνου στη διάρκεια των συστολών.

Καταλήγοντας: οι γυναίκες μπορούν να υιοθετούν όποια θέση επιθυμούν, αποφεύγοντας την κατάκλιση για μεγάλο χρονικό διάστημα και σίγουρα θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται στην προσπάθεια αναζήτησης της πιο άνετης και ανακουφιστικής θέσης. Όλοι μας οφείλουμε να επανεκπαιδευτούμε για τον τοκετό σε διάφορες στάσεις ώστε να μην δρούμε οι ίδιοι ως ανασταλτικοί παράγοντες στην κίνηση και στις θέσεις προτίμησης της επιτόκου.

Παρακολούθηση του εμβρύου κατά τη διάρκεια του φυσικού τοκετού

Παρόλο ότι η καταγραφή των εμβρυϊκών παλμών είναι πιο σαφής με τη συνεχή ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία απ'ό,τι με τη διακεκομμένη ακρόαση (φορητό Doppler), η ερμηνεία είναι δύσκολη. Η καταγραφή ερμηνεύεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο και ακόμα από το ίδιο άτομο σε διαφορετικούς χρόνους. Η καθολική εφαρμογή της συνεχούς ηλεκτρονικής καρδιοτοκογραφίας κάνει περισσότερο κακό παρά καλό, αυξάνοντας τα ποσοστά των καισαρικών τομών, χωρίς να παρέχονται αποδείξιμα πλεονεκτήματα.

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός εργασιών που συγκρίνει την διακεκομμένη ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών με τη συνεχή καταγραφή αυτών. Στην έρευνα του Δουβλίνου, η μοναδική που ανέφερε σημαντική μείωση των σπασμών στα νεογνά υπό συνεχή καταγραφή, δηλώνεται ότι η διαφορά της ανίχνευσης των εμβρύων που δυσπραγούν παρατηρήθηκε **μόνο** μεταξύ των νεογνών που οι





μητέρες τους λάμβαναν ωκυτοκίνη, είτε γιατί οι τοκετοί τους ενισχύθηκαν, είτε γιατί ήταν προκλητοί. Σε τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν παρουσιαστεί στοιχεία που δείχνουν ότι με την εφαρμογή της συνεχούς καταγραφής σημειώθηκε τεράστια αύξηση στις καισαρικές τομές. Η πρακτική αυτή, αύξησε επίσης κατά 30% τους επεμβατικούς κολπικούς τοκετούς.

Μεταξύ των μειονεκτημάτων της συνεχούς καταγραφής είναι η τάση που δημιουργείται από όλους (υπεύθυνους αλλά και συνοδούς της επιτόκου), να εστιάζονται στο μηχάνημα παρά στη γυναίκα. Επίσης, καταργείται η δυνατότητα της επιτόκου να κινείται.

Η διακεκομμένη ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία είναι μια άλλη παραλλαγή. Συνήθως γίνεται καταγραφή για 30-45 περίπου λεπτά στην αρχή του τοκετού, και από εκεί και πέρα κατά τακτά χρονικά διαστήματα για 20-30 λεπτά κάθε φορά.

Συνιστάται η διαλείπουσα ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού ως **μέθοδος επιλογής** για τους τοκετούς χαμηλού κινδύνου. Προτείνεται η διαλείπουσα ακρόαση να εφαρμόζεται μετά από συστολή για τουλάχιστον 60 δευτερόλεπτα:

- ✓ Στη διάρκεια της ενεργούς φάσης του 1^{ου} σταδίου του τοκετού, ανά 20-30 λεπτά
- ✓ Στη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού, ανά 5-15 λεπτά
- ✓ Σύμφωνα με το SOGC η διαλείπουσα ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού συνεχίζεται και κατά την τοποθέτηση του επισκληρίδιου καθετήρα και σε κάθε επανάληψη της χορήγησης αναλγησίας ανά 5' για τα επόμενα 30' από τη χορήγηση

Αξιολόγηση της προόδου του τοκετού

Σύμφωνα με τον WHO, η αξιολόγηση της προόδου του τοκετού γίνεται με την παρατήρηση:

- Της εμφάνισης της γυναίκας
- Της συμπεριφοράς της γυναίκας
- Των συσπάσεων της μήτρας
- Της καθόδου της κεφαλής
- Της διαστολής του τραχήλου της μήτρας

Υπάρχουν 6 τρόποι για να σημειωθεί πρόοδος τοκετού:

1. Ο τράχηλος της μήτρας μετακινείται από την οπίσθια στην πρόσθια θέση
2. Ο τράχηλος της μήτρας ωριμάζει ή μαλακώνει και εξαλείφεται
3. Ο τράχηλος της μήτρας διαστέλλεται
4. Το κεφάλι του εμβρύου περιστρέφεται, κάμπτεται και πιέζει, το έμβρυο κατεβαίνει
5. Η διαστολή του τραχήλου σημειώνει πρόοδο
6. Οι συστολές της μήτρας σημειώνουν αύξηση στη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκειά τους

Σύμφωνα με το NICE, προτείνεται η πρόοδος στο πρώτο στάδιο του τοκετού να περιλαμβάνει την εκτίμηση:

- ✓ Της διαστολής του τραχήλου της μήτρας με ρυθμό 2cm σε 4h





- ✓ Της καθόδου και της περιστροφής της κεφαλής του εμβρύου
- ✓ Των αλλαγών στην ένταση, στη διάρκεια και τη συχνότητα των συστολών

Η πρόοδος θα πρέπει να εξεταστεί στο πλαίσιο της συνολικής ευημερίας της γυναίκας, γιατί μια γυναίκα με ρυθμό διαστολής 1cm/h που αισθάνεται ισχυρές συστολές και νιώθει έντονη δυσφορία, προκαλεί περισσότερη ανησυχία σε σχέση με μια γυναίκα με ρυθμό διαστολής 0,3cm/h που αισθάνεται άνετα, περπατά, πίνει τσάι και συζητά με τους συνοδούς της.

Πρόληψη του παρατεταμένου τοκετού

Αν η διαστολή αναγνωσθεί πιο αργή από 1cm/h, παύει ο εφησυχασμός. Αν μάλιστα η καθυστέρηση της προόδου του τοκετού συνεχίσει στις επόμενες 4 ώρες, τότε θα πρέπει να ληφθεί απόφαση σχετικά με την κατάλληλη διαχείριση του επόμενου βήματος.

Η σχέση μεταξύ του παρατεταμένου τοκετού και των αρνητικών επιπτώσεων στη μήτρα και στο έμβρυο είναι ο λόγος για τον οποίο είναι τόσο σημαντικό να παρακολουθείται η πρόοδος του τοκετού με ακρίβεια. **Η αργή πρόοδος πρέπει να είναι ένας λόγος για την αξιολόγηση και όχι για την παρέμβαση.** Η κεφαλοπυελική δυσαναλογία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν η πρόοδος είναι αργή.

Ενέργειες για την πρόληψη του παρατεταμένου τοκετού

Συστήνονται ήπιες ενέργειες όπως αλλαγή της θέσης, περπάτημα, αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Όταν αυτές δεν αποδώσουν ο τοκετός παύει να θεωρείται φυσιολογικός και υπάρχει ανάγκη εφαρμογής περισσότερο ενεργών παρεμβάσεων, όπως πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, έγχυση ωκυτοκίνης, ή συνδυασμός των δύο.

- Η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων πριν την πλήρη διαστολή του τραχήλου, συχνά ασκείται ως μέθοδος για την επιτάχυνση του τοκετού. Μελέτες δείχνουν ότι η πρόωρη τεχνητή ρήξη του θυλακίου οδηγεί σε σημαντική αύξηση του τύπου Ι επιβραδύνσεων στο καρδιοτοκογράφημα, μειώνει τη διάρκεια του 1^{ου} σταδίου σε πρωτότοκες, χωρίς να κάνει διαφορά στη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας ή τον αριθμό επεμβατικών τοκετών. Δεν συνιστάται ως πρακτική ρουτίνας σε τοκετό με φυσιολογική εξέλιξη, και δεν υπάρχει απόδειξη ότι η πρόωρη τεχνητή ρήξη των υμένων πλεονεκτεί έναντι της τακτικής της αναμονής.
- Η ενδοφλέβια έγχυση ωκυτοκίνης χρησιμοποιείται συχνά για να επισπευσθεί ο τοκετός, ειδικά μετά τη ρήξη των υμένων (αυτόματη ή τεχνητή). Ο συνδυασμός με την πρόωρη τεχνητή ρήξη των υμένων συνιστά την «ενεργό διαχείριση του τοκετού» και πρωτοεφαρμόστηκε το 1973 στην Ιρλανδία. Χρησιμοποιείται με διάφορα πρωτόκολλα: μόνη της, ή σε συνδυασμό με τεχνητή ρήξη υμένων, ή με προσταγλανδίνες.

Διαχείριση του πόνου κατά τον τοκετό

Υποστήριξη: συνιστάται στους επαγγελματίες υγείας να δείχνουν συμπάθεια για το αίσθημα του πόνου που βιώνουν οι επίτοκες και





να είναι εμφανής ο σεβασμός των επιλογών τους σε σχέση με τη διαχείριση του πόνου. Σε κάθε περίπτωση παρέμβασης πρέπει να προηγείται ενημέρωση με συγκατάθεση της επιτόκου για τον τρόπο διαχείρισής του.

Φροντίδα: οι μη επεμβατικές, μη φαρμακολογικές μέθοδοι όπως η ελευθερία κινήσεων και στάσεων, το ντους ή το μπάνιο, αλλά και το άγγιγμα, το μασάζ, οι μέθοδοι χαλάρωσης που απομακρύνουν την προσοχή της γυναίκας από τον πόνο των συστολών της μήτρας, προσφέρουν σημαντική ανακούφιση στη διάρκεια του τοκετού.

Ανακούφιση του πόνου: συνιστάται η ενημέρωση της επιτόκου για τις παρενέργειες των φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης από τον πόνο (οπιοειδή, επισκληρίδιος αναλγησία) πριν την εφαρμογή τους.

Χρήση φαρμακολογικών μεθόδων

Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται ότι η **πεθιδίνη** και τα άλλα οπιοειδή παρέχουν περιορισμένη ανακούφιση από τον πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού και μπορεί να έχουν σημαντικές παρενέργειες για τις ίδιες (υπνηλία, ναυτία και έμετο) και το μωρό τους (βραχυπρόθεσμη αναπνευστική καταστολή και υπνηλία).

Η **επισκληρίδιος αναλγησία** είναι η πιο κοινή χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την ανακούφιση του πόνου κατά τον τοκετό, με αποτέλεσμα την ύφεση ή την πλήρη απαλλαγή από τον πόνο. Φυσικά δεν στερείται παρενεργειών όπως πυρετός στη διάρκεια του τοκετού και κατακράτηση ούρων. Συνδυάζεται με μεγαλύτερης διάρκειας 1^ο και 2^ο στάδιο τοκετού, με αυξημένη συχνότητα ανώμαλων θέσεων του εμβρύου, με αυξημένη χρήση ωκυτοκίνης και μεγαλύτερο ποσοστό επεμβατικών τοκετών. Επίσης, έχει ενοχοποιηθεί για αύξηση του σχετικού κινδύνου καισαρικής τομής κατά 2,4 σε άτοκες γυναίκες, και κατά 1,8 σε πολύτοκες γυναίκες, και του σχετικού κινδύνου επεμβατικών τοκετών κατά 2,5 σε άτοκες γυναίκες και κατά 5,9 σε πολύτοκες γυναίκες.

Χρήση μη-επεμβατικών φαρμακολογικών μεθόδων

Η πληροφόρηση και η ενθάρρυνση της μέλλουσας μητέρας και του συντρόφου της κατά τις προγεννητικές επισκέψεις και η διαρκής υποστήριξη κατά τον τοκετό, την ενδυναμώνουν και ελαχιστοποιείται η ανάγκη χρήσης επεμβατικών – φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου. Η εκπαίδευση στη συμβουλευτική και στην τέχνη της διαπροσωπικής επικοινωνίας είναι ζωτικής σημασίας για όσους ασχολούνται με την έγκυο.

Οι μη επεμβατικές – μη φαρμακολογικές μέθοδοι, όπως η ελευθερία κίνησης και στάσεων, το ντους ή το μπάνιο, αλλά και το άγγιγμα, το μασάζ, οι μέθοδοι χαλάρωσης που απομακρύνουν την προσοχή της γυναίκας από τον πόνο των συστολών της μήτρας, προσφέρουν σημαντική ανακούφιση στη διάρκεια του τοκετού.

Επίσης δρουν ευεργετικά σειρά άλλων πρακτικών όπως: η ύπνωση, η μουσική, ή η yoga (ψυχοσωματική προσέγγιση), η χρήση μεθόδων





που ενεργοποιούν περιφερικούς αισθητηριακούς υποδοχείς, TENS (διαδερμικός ερεθισμός με ηλεκτρισμό), αλλά και τοπικά η χρήση ζεστών ή κρύων κομπρεσών, ο βελονισμός, η αρωματοθεραπεία, η χρήση βοτάνων. Τέλος, γίνεται λόγος για την ημι-φαρμακολογική μέθοδο των ενδοδερμικών υποδόριων ενέσεων water for injection σε 4 σημεία στην οσφύ, στο ρόμβο του Michaelis. Η συγκεκριμένη μέθοδος έχει συμπεριληφθεί στις Καναδικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη μητρότητα και τη φροντίδα των νεογέννητων ως μέθοδος μείωσης του πόνου του τοκετού.

2^ο στάδιο του τοκετού

Διάρκεια: η διάρκεια ποικίλει, στη μεν πρωτοτόκο χωρίς περιοχική αναλγησία από 0,5 ως 2,5 ώρες, με αναλγησία ως 3 ώρες, ενώ στην πολυτόκο αντίστοιχα από μία έως και 2 ώρες.

Χωρίς περιοχική αναλγησία συστήνεται η εξώθηση να γίνεται μετά την πλήρη διαστολή του τραχήλου με την ακούσια επιθυμία της εγκύου να ωθήσει.

Με περιοχική αναλγησία συστήνεται στις επίτοκες να καθυστερούν την εξώθηση για τουλάχιστον μία ώρα μετά την πλήρη διαστολή του τραχήλου, ή να σπρώξουν νωρίτερα αν έχουν ακούσια επιθυμία.

Φροντίδα: ενθαρρύνεται η γυναίκα να υιοθετήσει τη θέση εξώθησης που βρίσκει πιο άνετη, με την προϋπόθεση ότι ο εμβρυϊκός καρδιακός παλμός παραμένει φυσιολογικός. Συστήνεται η αποθάρρυνση της εφαρμογής πίεσης στον πυθμένα της μήτρας (χειρισμός Kristeller) κατά την εξώθηση.

Περινετοτομή: συστήνεται να μην εφαρμόζεται ως πρακτική ρουτίνας. Όταν υπάρχει ιατρική ένδειξη (επεμβατικός τοκετός ή δυσπραγία του εμβρύου), τότε προτείνεται η εφαρμογή μεσοπλάγιας τομής λόγω καλύτερης αποκατάστασης.

Φροντίδα 2^{ου} σταδίου τοκετού

Δεύτερο στάδιο τοκετού, ορίζεται ως η περίοδος του τοκετού που αρχίζει μετά την πλήρη διαστολή του τραχηλικού στομίου, έως τον τοκετό του εμβρύου. Η οξυγόνωση του εμβρύου μειώνεται σταδιακά επειδή το έμβρυο εξωθείται από την κοιλότητα της μήτρας, με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση της μήτρας και τη μείωση της κυκλοφορίας του πλακούντα. Η κατάσταση επιτείνεται όταν υπάρχουν ισχυρές συσπάσεις και έντονη πίεση. Η μείωση της οξυγόνωσης συνοδεύεται από οξέωση και η προσεκτική παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου επιβάλλεται.

Η **ιδανική αντιμετώπιση** του 2^{ου} σταδίου του τοκετού οφείλει να **μεγιστοποιεί** την πιθανότητα του κολπικού τοκετού και συγχρόνως να **ελαχιστοποιεί** τους κινδύνους της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας.

Λανθάνουσα φάση

Είναι η στιγμή που οι συστολές της μήτρας μετά την πλήρη διαστολή του τραχηλικού στομίου, μειώνονται σε συχνότητα και ένταση χωρίς





να υπάρχει επιθυμία της επιτόκου για εξώθηση. Η κάθοδος και η στροφή του εμβρύου χρειάζονται χρόνο και για το λόγο αυτό καθυστερεί η εξώθηση. Δίνεται η ευκαιρία στην επίτοκο να ξεκουραστεί πριν την ενεργό φάση της εξώθησης. Η φάση αυτή διαρκεί έως και μία ώρα, και δεν παρουσιάζεται σε όλους τους τοκετούς.

Συστήνεται: ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών κάθε 15 λεπτά για ένα λεπτό, καθώς και αλλαγή θέσης ή ενυδάτωση της επιτόκου. Αν η διάρκειά της είναι μεγαλύτερη και με την ενθάρρυνση για εξώθηση δεν παράγεται αυθόρμητη επιθυμία ενώ δεν σημειώνεται πρόοδος στην κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας, τότε έχει θέση η φαρμακευτική αγωγή για αύξηση ή ενίσχυση των συστολών.

Ενεργός φάση

Αρχίζει μετά την πλήρη διαστολή του τραχηλικού στομίου, όταν η επίτοκος έχοντας επαρκείς συστολές, έχει αυθόρμητη επιθυμία να εξωθήσει και το έμβρυο είναι ορατό. Η αυθόρμητη επιθυμία για ώθηση είναι η καλύτερη προσέγγιση της φάσης αυτής. Συχνά, η ίδια η επίτοκος με τη συμπεριφορά της δίνει το στίγμα της φάσης.

Συστήνεται: ακρόαση εμβρυϊκών παλμών μετά από κάθε συστολή ή ανά 5 λεπτά, η διάρκεια κάθε ώθησης είναι 6''-10'', με μικρές περιόδους κρατήματος της αναπνοής και επανάληψης της προσπάθειας ώθησης για όσο διαρκεί η συστολή. Οι προσπάθειες αυξάνονται σε ένταση και διάρκεια, καθώς το δεύτερο στάδιο προχωρά.

Η **διάρκεια** του σταδίου ποικίλει στην μεν πρωτοτόκο χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία 0,5-2,5 ώρες, με επισκληρίδιο αναλγησία έως 3h και στη δε πολυτόκο αντίστοιχα έως 1h και έως 2h. Στην επίτοκο χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία οι βλαβερές συνέπειες που αποδίδονται σε παρατεταμένο 2^ο στάδιο είναι αποτέλεσμα υποκειμενικής κρίσης, αν και φαίνεται η σχέση της διάρκειας πέραν των 3h με αιμορραγία και λοιμώξεις. Στις επίτοκες με επισκληρίδιο αναλγησία συστήνεται να καθυστερούν την εξώθηση για τουλάχιστον 1h μετά την πλήρη διαστολή του τραχήλου, και να σπρώξουν μόνο αν έχουν ακούσια επιθυμία. Η καθυστερημένη εξώθηση από 1 ως 3h αυξάνει την ευκαιρία για αυτόματο τοκετό χωρίς δυσάρεστα αποτελέσματα στα νεογνά.

Η **θέση** που θα επιλέξει η επίτοκος για το 2^ο στάδιο είναι εκείνη που την καθορίζει η ίδια και εγγυάται τις εξωθητικές προσπάθειές της. Οι όρθιες θέσεις ή η πλάγια κατάκλιση πλεονεκτούν και μειώνουν τα ποσοστά επεμβατικών τοκετών, την αίσθηση του πόνου, διευκολύνουν την εξώθηση, ελαττώνουν τη συχνότητα τραυματισμού του περινέου και του κόλπου και ίσως τις ανωμαλίες του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού, αλλά ίσως οι όρθιες στάσεις σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο απώλειας αίματος ≥ 500 ml.

Μία συνήθης πρακτική, αυτή της **πίεσης του πυθμένα της μήτρας** (χειρισμός Kristeller) κατά το 2^ο στάδιο, που έχει ως στόχο την επιτάχυνσή του, δεν έχει επιβεβαιωμένα οφέλη. Δυνητικά προκαλεί στη μητέρα περινεϊκό τραύμα, ρήξη σφιγκτήρα, ρήξη μήτρας, και





στο νεογνό δυστοκία ώμων, τραυματισμούς βραχιονίου πλέγματος, και αυξάνει τον κίνδυνο ασφυξίας.

Επισιοτομή – περινεοτομή

Οι ρήξεις του κόλπου είναι οι πιο συχνές επιπλοκές του φυσικού τοκετού και μπορεί να δημιουργηθούν στο δέρμα του περινέου, να επεκταθούν στους μυς, στο σφικτήρα και στο έντερο. Ενώ η περινεοτομή είναι η χειρουργική διαδικασία κοπής του περινέου. **Συστήνεται** η αποφυγή της ως πρακτική ρουτίνας και η χρήση της μόνο εάν υπάρχει κλινική ανάγκη σε επεμβατικούς τοκετούς ή σε υπόνοια κινδύνου του εμβρύου. Η περιορισμένη χρήση της περινεοτομής προφυλάσσει από εκτεταμένο περινεϊκό τραύμα και τις επιπλοκές του. Όταν παρίσταται ανάγκη θα πρέπει να προτιμάται η μεσοπλάγια τομή.

Όσο δε αφορά την υποστήριξη του περινέου (hands on), η βιβλιογραφία δεν παρέχει επαρκή στοιχεία που να επιβεβαιώνουν ή να διαψεύδουν το γεγονός ότι μειώνεται ο αριθμός των ρήξεων. Το μόνο που αναφέρεται είναι η μείωση του πόνου του περινέου 10 μέρες μετά τον τοκετό.

3^ο στάδιο τοκετού

Ενεργός διαχείριση: για τις γυναίκες με υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας (πολυτοκία, ιστορικό ατονίας ή προεκλαμψίας ή ΚΤ, επισκληρίδιος αναλγησία, παρατεταμένος ή επεμβατικός τοκετός), συστήνεται η ενεργός διαχείριση, δηλαδή η χορήγηση ωκυτοκίνης με σύσφιξη και απολίνωση του ομφαλίου λώρου, που ακολουθείται από ήπια έλξη του και μασάζ του πυθμένα της μήτρας.

Εάν η γυναίκα δεν έχει αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγία μετά τον τοκετό, μπορεί το τρίτο στάδιο του τοκετού να αντιμετωπιστεί με **φυσιολογική διαχείριση**. Προϋπόθεση ότι δεν θα υπάρχει αιμορραγία και θα διαρκέσει έως μία ώρα.

Φροντίδα 3^{ου} σταδίου τοκετού

Το **3^ο στάδιο τοκετού** είναι η περίοδος του τοκετού που αρχίζει αμέσως μετά την έξοδο του νεογνού και ολοκληρώνεται με την έξοδο του πλακούντα και των υμένων από το γεννητικό κανάλι. Η διάρκεια του σταδίου είναι από 5 έως 60 λεπτά. Το 3^ο στάδιο είναι η στιγμή του τοκετού όπου οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν απώλεια αίματος, απειλητική για τη ζωή τους (Post-Partum Haemorrhage PPH – αιμορραγία μετά τον τοκετό). Οι αναιμικές γυναίκες είναι ακόμη πιο ευάλωτες και σε μέτρια απώλεια αίματος. Το ποσοστό θανάτων με αιτία την PPH ανέρχεται στο 13,1% του συνόλου των μητρικών θανάτων στην Ευρώπη.

Σε κάθε κολπικό τοκετό, η απώλεια αίματος είναι 250-500 ml, έχει ελάχιστες επιπτώσεις σε υγιείς έγκυες γυναίκες και ευτυχώς, οι περισσότερες PPH μπορούν να προληφθούν. Σύμφωνα με τον WHO, ως:





- ✓ **ΡΡΗ** χαρακτηρίζεται η απώλεια αίματος > 500 ml μετά από κοιλικό τοκετό το πρώτο 24ώρο, αφορά το 25-30% του συνόλου των αιμορραγιών και επηρεάζει 5-15% των κοιλικών τοκετών
- ✓ **Σοβαρή ΡΡΗ** χαρακτηρίζεται η απώλεια αίματος > 1000 ml μετά από ΚΤ ή κοιλικό τοκετό, με συχνότητα 5-15% στις αναπτυσσόμενες και 1-5% στις ανεπτυγμένες χώρες

Το 3^ο στάδιο τοκετού αντιμετωπίζεται με δύο διαφορετικές προσεγγίσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανάλογα των συνθηκών του κάθε τοκετού. Ο WHO και FIGO & ICM με κοινές κατευθυντήριες οδηγίες, συντάσσονται με την ενεργό διαχείριση του 3^{ου} σταδίου του τοκετού, ώστε να προληφθεί η ΡΡΗ. Θεωρούν την **εκπαίδευση** ως το κλειδί για τη μείωση της σοβαρότητας της ΡΡΗ και την πρόληψη των αρνητικών επιπτώσεών της. **Κάθε Μαία-της**, ως το ιδανικά ειδικευμένο προσωπικό γέννησης (skilled birth attendant), οφείλει να έχει εκπαιδευτεί: στους δύο τρόπους αντιμετώπισης του 3^{ου} σταδίου του τοκετού, στην εκτίμηση της απώλειας αίματος και στις αρχές παρακολούθησης των γυναικών μετά τον τοκετό.

Φυσιολογική αντιμετώπιση (physiological ή expectant management)

Πρόκειται για μια προσέγγιση χωρίς παρεμβάσεις στη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού. Μετά τη γέννηση του νεογνού:

- Αναμένουμε για σημεία αποκόλλησης του πλακούντα, δηλαδή μικρή αιμορραγία κατά μήκος του ομφαλίου λώρου, αύξηση του μήκους του ομφαλίου λώρου, αλλαγή στο σχήμα, στη σύσταση και στο μέγεθος της μήτρας
- Δεν χορηγούνται μητροσυσπαστικά σκευάσματα
- Ακολουθεί η αυτόματη αποβολή του πλακούντα με τη βοήθεια της βαρύτητας, τις προσπάθειες της μητέρας, συχνά με τη διέγερση των θηλών και την άμεση επαφή μητέρας-νεογνήτου (skin to skin contact) στην περίπτωση που το νεογνό μετά τον τοκετό αναπνέει ελεύθερα και είναι ζωηρό (Apgar score >7)

Η οκλαδόν και η καθιστή θέση της γυναίκας επιτείνουν τη δύναμη της βαρύτητας συμβάλλοντας στην ευκολότερη αποβολή του πλακούντα. Ο ομφάλιος λώρος απολινώνεται **μόνο** όταν πάψει να σφύζει.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται: η ελεύθερη δράση των φυσικών ορμονών της εμβρυομητρικής κυκλοφορίας (ωκυτοκίνη, ενδορφίνες), ο μη απότομος διαχωρισμός της μητέρας-νεογνού και επιπλέον η καθυστερημένη απολίνωση του ομφαλίου λώρου που παρέχει στο νεογνό επιπλέον 50-160 ml αίματος και 50 mcg σιδήρου, οπότε προλαμβάνεται η αναιμία τους πρώτους έξι μήνες της ζωής και διασφαλίζεται η καλύτερη οξυγόνωση του νεογνήτου.

Αναφέρονται και μειονεκτήματα της μεθόδου, όπως η αυξημένη διάρκεια σταδίου έως και 60', τα αυξημένα ποσοστά αιμορραγιών μετά τον τοκετό και την εμφάνιση υπερχολερυθριναιμίας σε υψηλότερα ποσοστά λόγω της μεγάλης μετάγγισης αίματος από τον πλακούντα, ειδικά σε πρόωρα και σε IUGR νεογνά.





Ενεργός αντιμετώπιση (active management)

Πρόκειται για παρεμβατική προσέγγιση. Το 3^ο στάδιο του τοκετού αντιμετωπίζεται με:

- ✓ Χορήγηση μητροσυσπαστικών σκευασμάτων στο 1' μετά την έξοδο του εμβρύου
- ✓ Απολίνωση του ομφαλίου λώρου τα επόμενα 2'-3' μετά την έξοδο του νεογνού, κοντά στο περίνεο (εάν το νεογέννητο είναι υγιές), και κρατιέται με το ένα χέρι
- ✓ Τοποθέτηση του άλλου χεριού στην ηβική σύμφυση και άσκηση του χειρισμού Brandt-Andrews
- ✓ Διατήρηση του ομφαλίου λώρου ελαφρώς τεντωμένου
- ✓ Αναμονή της έναρξης των υστεραίων ωδίνων (2'-3')
- ✓ Έναρξη της συστολής, ενθάρρυνση της μητέρας να σπρώξει και εφαρμογή ελεγχόμενης έλξης του ομφαλίου λώρου ώστε να αποβληθεί ο πλακούντας. Συνέχιση της εφαρμογής ήπιας συμπίεσης της μήτρας ώστε να προληφθεί η εκτροφή της
- ✓ Εάν δεν αποκολληθεί ο πλακούντας στα 30'' – 40'', η έλξη του ομφαλίου λώρου δεν συνεχίζεται, αναμονή της επόμενης συστολής της μήτρας και επανάληψη της διαδικασίας
- ✓ Προσεκτική επισκόπηση της ακεραιότητας του πλακούντα και των υμένων

Με την έξοδο του πλακούντα και των υμένων ξεκινούν μαλάξεις του πυθμένα της μήτρας κάθε 15' για τις επόμενες 2h και επιβεβαίωση ότι η μήτρα παραμένει συσπασμένη.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου αναφέρονται: η μείωση της διάρκειας του 3^{ου} σταδίου σε 5' – 15', η μείωση κατά 60% της ΡΡΗ, ενώ της σοβαρής ΡΡΗ, των μεταγγίσεων μετά τον τοκετό και της επιπρόσθετης αγωγής με μητροσυσπαστικά σκευάσματα κατά 80%, των μαιευτικών χειρισμών και τέλος η μείωση της πιθανότητας μετάδοσης ιογενών λοιμώξεων (HBV, HIV, HCV) λόγω άμεσης απολίνωσης του ομφαλίου λώρου.

Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται: η χρήση μητροσυσπαστικών σκευασμάτων, η κατακράτηση του πλακούντα, η αποκοπή του ομφαλίου λώρου από τον πλακούντα, η εκτροφή της μήτρας, η πιθανότητα υπερβολικής μετάγγισης αίματος στο νεογνό όταν χορηγηθούν σκευάσματα προ της απολίνωσης του ομφαλίου λώρου.

Τρόπος χορήγησης μητροσυσπαστικών σκευασμάτων

Το πρώτο λεπτό μετά τον τοκετό χορηγούνται:

- **Οξυτοκίνη** (συνθετικό της ωκυτοκίνης) 10 IU ενδομυϊκά. Η οξυτοκίνη προτιμάται γιατί δρα μέσα σε 2' – 3', προκαλεί λιγότερες παρενέργειες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις γυναίκες. Αν η οξυτοκίνη δεν είναι διαθέσιμη, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλα σκευάσματα.
- **Εργομητρίνη** 0.2 mg ενδομυϊκά. Έχει δράση για 2-4h, αλλά απαιτούνται 6' – 7' για την έναρξη της δράσης της και προκαλεί τετανική σύσπαση της μήτρας, ναυτία, εμετούς, δύσπνοια. Αντενδείκνυται: σε γυναίκες με υπέρταση, τοξαιμία, προεκλαμψία και καρδιαγγειακά νοσήματα





- **Μισοπροστόλη** 400-600 mcg από του στόματος ή υπογλώσσια και 800 mcg από το ορθό. Προκαλεί γενικευμένες και ομαλές συστολές της μήτρας, είναι ανθεκτική στη ζέστη, αλλά υπολείπεται σε αποτελεσματικότητα της οξυτοκίνης, και η χορήγησή της δεν επαναλαμβάνεται αν η αιμορραγία συνεχίζεται. Προκαλεί παροδικό τρόμο, υπερπυρεξία, διάρροια, βρογχόσπασμο.

Τρόπος αποθήκευσης μητροσυσπαστικών σκευασμάτων

Οξυτοκίνη: 2-8 °C, προφύλαξη από την ψύξη. Επίσης μπορεί να αποθηκευτεί στους 15-30 °C για διάστημα 30-90 ημερών χωρίς σημαντική απώλεια της ισχύος της.

Εργομητρίνη: 2-8 °C και προστασία από το φως και την ψύξη.

Μισοπροστόλη: θερμοκρασία δωματίου σε κλειστό δοχείο.

Η φυσιολογική αντιμετώπιση (expectant management) του 3^{ου} σταδίου του τοκετού **ως φυσικό επακόλουθο της όλης διαδικασίας**, είναι ο λογικός επίλογος μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνης και ενός καθόλα φυσικού τοκετού, χωρίς παρεμβάσεις, με τις γυναίκες να υποστηρίζονται αν επιλέξουν τη φυσιολογική αντιμετώπιση αυτού του σταδίου. Αλλά επειδή περισσότερες από 28% των ΡΡΗ συμβαίνουν σε επίτοκες με μη αναγνωρίσιμους παράγοντες κινδύνου, οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν και να συναινέσουν ότι αν παρουσιαστεί αιμορραγία ή καθυστέρηση της εξόδου του πλακούντα πέραν της 1h, η φυσιολογική αντιμετώπιση του σταδίου θα μετατραπεί σε ενεργό.

Φροντίδα λοχείας

Η λεχώιδα **δεν πρέπει** να αφήνεται χωρίς στενή επιτήρηση και παρακολούθηση στη διάρκεια των πρώτων ωρών μετά τον τοκετό, σε περιβάλλον φιλικό σε αυτήν με θερμοκρασία ≥ 25 °C.

Αρχικά παρακολουθείται:

- Κάθε 15' την πρώτη ώρα
- Κάθε 30' τις επόμενες 3 ώρες
- Κάθε ώρα τις 3 ώρες που ακολουθούν

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει:

- ✓ Την παρακολούθηση κατά κύριο λόγο της κοιλιακής αιμόρροιας και της σύστασης της μήτρας
- ✓ Έλεγχο της περινεοτομής (στην περίπτωση που έχει γίνει)
- ✓ Τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων
- ✓ Την κένωση της ουροδόχου κύστης
- ✓ Την πρώτη προσπάθεια επαφής της μητέρας με το νεογνό για έναρξη θηλασμού





Διαχείριση του υπολοίπου της λοχείας

Η λεχώνα παραμένει σε μαιευτήριο για 2-3 μέρες μετά από φυσιολογικό τοκετό και 4-5 μέρες μετά από καισαρική τομή. Αν και παρατηρείται αυξημένη νοσηρότητα (πόνος στο περίνεο, οσφυαλγία, δυσκολίες στο θηλασμό, κα), οι περισσότερες γυναίκες μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους με ασφάλεια μετά από 12h.

Ελέγχονται καθημερινά:

- Ζωτικά σημεία (Α.Π., σφύξεις, θερμοκρασία)
- Ύψος και υφή της μήτρας
- Λόχεια (ποσότητα, σύσταση, οσμή)
- Γαστροκνημίες και μαστοί

Η λεχώνα κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο μαιευτήριο θα πρέπει να ενημερώνεται:

- ❖ Για τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό της στην περίοδο της λοχείας
- ❖ Για τα συμπτώματα που θα την ανησυχήσουν όπως:
 - ✚ Μεγάλη κοιλιακή αιμορραγία
 - ✚ Έντονη ταχυκαρδία
 - ✚ Πόνος στη γαστροκνημία
 - ✚ Πόνος στο θώρακα ή δύσπνοια
 - ✚ Αύξηση της θερμοκρασίας, δηλαδή πυρετική κίνηση $\geq 38^{\circ}\text{C}$ σε τουλάχιστον δύο μετρήσεις, τις πρώτες 14 μέρες της λοχείας
- ❖ Για την προσωπική της υγιεινή, με έμφαση στο τραύμα της περινεοτομίας ή της καισαρικής τομής που πρέπει να διατηρείται στεγνό και καθαρό. Η φροντίδα του περινέου συνήθως δεν απαιτεί τίποτε περισσότερο από τη συνηθισμένη καθαριότητα με τη χρήση απλού σαπουνιού τουλάχιστον 3-4 φορές τη μέρα (επιπλέον μετά από κάθε ούρηση και αφόδευση)
- ❖ Για τους τρόπους ανακούφισης από το αίσθημα του πόνου και καύσου στο περίνεο (παυσίπονο επιλογής η παρακεταμόλη)
- ❖ Για την ανάγκη άμεσης κινητοποίησης που παρέχει αίσθημα ευεξίας στη μητέρα, μειώνει τις επιπλοκές από την ουροδόχο κύστη, το έντερο, την πιθανότητα για εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων και διευκολύνει την έξοδο των λόχειων. Η πρόωρη κινητοποίηση δε σημαίνει και άμεση επιστροφή στις κανονικές δραστηριότητες
- ❖ Για την ανάγκη ανοσοποίησης που τη θωρακίζει από επόμενες εγκυμοσύνες:
 - ✚ Αντι-D ανοσοσφαιρίνη σε διάστημα 72h, για Rh αρνητική μητέρα με νεογνό Rh θετικό
 - ✚ Εμβόλιο MMR (ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς) πριν της εξόδου από το μαιευτήριο για γυναίκες οροαρνητικές σε αντισώματα ερυθράς. Το εμβόλιο MMR μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με την αντι-D



ανοσοσφαιρίνη με την προϋπόθεση ότι τα φάρμακα ενίονται σε διαφορετικά σημεία. Εάν δεν χορηγηθούν ταυτόχρονα, τότε το MMR πρέπει να γίνει 3 μήνες μετά την αντι-D ανοσοσφαιρίνη. Μετά από χορήγηση του MMR θα πρέπει να αποφεύγεται νέα εγκυμοσύνη για έναν μήνα. Ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί

- ❖ Για το θηλασμό
- ❖ Για την αντισύλληψη και την επανεκκίνηση των σεξουαλικών επαφών

Συμπεράσματα

- Αν είστε μια υγιής γυναίκα και έχετε διανύσει μία ανεπίπλεκτη εγκυμοσύνη, το πιο πιθανό είναι να πληροίτε όλες τις προϋποθέσεις για να φέρετε σε πέρας έναν φυσικό, μη επεμβατικό τοκετό
- Συζητήστε με τη Μαία και τον Ιατρό σας τι ακριβώς σημαίνει φυσικός τοκετός και ενημερωθείτε για τις δυνατότητες που έχετε
- Αποφασίστε πώς επιθυμείτε να βιώσετε αυτές τις μοναδικές στιγμές και εκφράστε τις επιθυμίες σας στους διαπιστευμένους επαγγελματίες υγείας που έχουν αναλάβει τη φροντίδα σας
- Εφόσον ο τοκετός σας είναι χαμηλού κινδύνου και οι επιθυμίες σας λογικές, η Μαία και ο Ιατρός οφείλουν να τις σεβαστούν και να σας υποστηρίξουν
- Αρνηθείτε την αναίτια πρόκληση τοκετού και μάθετε πώς θα αναγνωρίσετε με ορθότητα την πραγματική έναρξη του τοκετού σας
- Αρνηθείτε παρεμβάσεις που δεν χρειάζονται και χρησιμοποιείτε τον τεχνολογικό εξοπλισμό που σας προσφέρεται με σύνεση προκειμένου να διεκπεραιωθεί ο τοκετός σας με ασφάλεια

Λαμβάνοντας την απόφαση

Κοινή λήψη απόφασης

Αν σας έχει ζητηθεί να κάνετε κάποια επιλογή θα έχετε πιθανότατα πολλές απορίες. Συζητήστε τις σκέψεις σας με οικογένεια και φίλους. Καταγράψτε τους ενδοιασμούς σας και φέρτε τη λίστα στο ραντεβού σας.



Κάντε τις 3 ερωτήσεις

Βεβαιωθείτε ότι θα πάρετε ικανοποιητικές απαντήσεις σε 3 βασικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι επιλογές μου;
2. Ποια τα υπέρ και τα κατά της κάθε επιλογής για μένα;
3. Ποιος/ποιοι με στηρίζουν στη λήψη της απόφασης;

