

ΠΡΟΦΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΨΙΣ ΑΥΤΩΝ



ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΝ "ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ", ΔΩΡΕΑ ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΝ ΤΜΗΜΑ Διευθυντής: ΕΥΘ. Π. ΠΕΤΡΙΔΗΣ

ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΙΣ ΑΥΤΩΝ^(*)

ΥΠΟ

ΕΥΘ. Π. ΠΕΤΡΙΔΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΟΥ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Κατά τὴν τελευταίαν πεντηκονταετίαν, χάρις κυρίως εἰς τὰς σημειωθείσας προόδους τῆς ιατρικῆς, παρατηρεῖται πτῶσις τῆς θνητιμότητος γενικῶς.² Εν τούτοις, ἡ σημειωθεῖσα πτῶσις τῆς θνητιμότητος εἰς τὴν νεογνικὴν ήλικιαν εἶναι μικροτέρα, ἐν σχέσει μὲ τὴν σημειωθεῖσαν εἰς τὰς μετέπειτα ήλικιας. Η θνητιμότης εἰς τὴν νεογνικὴν ήλικιαν ἔξακολουθεῖ νὰ παραμένῃ εἰς ὑψηλὰ ἐπίπεδα, λόγῳ κυρίως τῆς μεγάλης θνητιμότητος τῶν προώρων νεογνῶν. Η δεσπόζουσα θέσις τῆς προωρότητος ὡς αἰτίας θανάτου προβάλλεται ὡς πρόκλησις εἰς τὴν σύγχρονον ιατρικὴν καὶ εἰδικώτερον εἰς τὴν παιδιατρικὴν μετὰ τὰ ἐπιτευχθέντα εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα, δσον ἀφορῷ τὴν ἐξ ἄλλων αἰτίων μείωσιν τῆς θνητιμότητος καὶ δὴ ἐκ τῶν μολυσματικῶν νόσων καὶ τῆς νεογνικῆς διαρροίας.

Κατὰ τὰς ἀμερικανικὰς στατιστικάς, ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν θανάτων, ἀδιακρίτως ήλικίας, ἡ προωρότης κατατάσσεται μεταξὺ τῶν δέκα κυρίων αἰτίων θανάτου, ἔχομένη κατὰ σειρὰν μετὰ τὰ νοσήματα τῆς καρδίας, τοῦ καρκίνου, ἀποπληξίαν, νεφρίτιδα καὶ φυματίωσιν. Εἰδικώτερον, εἰς τὴν νεογνικὴν ήλικιαν, ἡ προωρότης ὡς αἰτία θανάτου καταλαμβάνει τὴν πρώτην θέσιν. Υπολογίζεται ὅτι τὸ ἡμισυ περίπου τῶν θανάτων τῆς νεογνικῆς ήλικίας διφείλεται εἰς τὴν προωρότητα.

Εἰς τὰ προηγμένα κράτη, ἵδια τὰς Ἡνωμ. Πολιτείας, τὴν Ἀγγλίαν καὶ τὰς Σκανδινανικὰς Χώρας, τὸ πρόβλημα τῶν προώρων νεογνῶν τυγχάνει, κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη, τῆς ἰδιαιτέρας μερίμνης τῆς Πολιτείας, ὡς σοβαρὸν κοινωνικὸν πρόβλημα καὶ ἀποτελεῖ ἐπίσης ἀντικείμενον ἰδιαιτέρου ἐπιστημονικοῦ ἐνδιαφέροντος καὶ ἐρεύνης. Η ἐρευνα τῆς Ἐπιστήμης στρέφεται πρὸς τὰς ἀκολούθους κυρίως κατευθύνσεις:

1ον. Τὴν μελέτην τῶν αἰτίων ἀτίνα προκαλοῦν τὸν τοκετὸν προώρων νεογνῶν διὰ τὴν πρόληψιν τούτου, ἐφ' δσον εἶναι δυνατόν, ἢ τὴν παράτασιν τοῦ χρόνου τῆς κυήσεως ἐπὶ ἐπαπειλουμένου προώρου τοκετοῦ ὥστε ἐπι-

(*) Μελέτη ἀνακοινωθεῖσα εἰς τὴν Παιδιατρικὴν Ἐταιρίαν Ἀθηνῶν κατὰ τὴν συνεδρίασιν τῆς 31ης Μαρτίου 1953.

τυγχανομένης μεῖζονος ώριμότητος τοῦ νεογνοῦ νὰ αὐξηθοῦν αἱ δυνατότητες ἐπιβιώσεως.

Σον. Τὴν τεχνικὴν τῆς διεξαγωγῆς τοῦ τοκετοῦ κατὰ τρόπον ὥστε νὰ περιορισθοῦν εἰς τὸ ἐλάχιστον δυνατόν, αἱ ἐξ αὐτοῦ δυσάρεστοι συνέπειαι διὰ τὸ πρόωρον νεογνόν, καὶ

Σον. Τὴν εὐθὺς μετὰ τὸν τοκετὸν καὶ τὴν ἐν συνεχείᾳ ἀγωγὴν καὶ περιθαλψιν τοῦ προώρου νεογνοῦ, ὥστε νὰ ὑποβιβασθῇ, κατὰ τὸ δυνατόν, ἡ θνητικής καὶ νὰ διασφαλισθῇ ἡ κανονικὴ καὶ φυσιολογικὴ ἔξελιξις καὶ ἀνάπτυξις αὐτοῦ.

Ἡ ἐπιτυχῆς ἀντιμετώπισις τοῦ προβλήματος τῶν προώρων νεογνῶν ἀπαιτεῖ τὴν στενὴν συνεργασίαν τοῦ μαιευτῆρος, τοῦ παιδιάτρου καὶ τοῦ νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ. Εἰς πολλὰς χώρας, ὡς ἐλέχθη, τὸ πρόβλημα τοῦτο ἔτυχε τῆς ἴδιαιτέρας μερίμνης τοῦ κράτους καὶ τῶν ἴδρυμάτων.

Ίδιαιτέρως εἰς τὰς Ἡνωμένας Πολιτείας τῆς Ἀμερικῆς, αἱ πολιτεῖαι καὶ οἱ Δῆμοι ἔχουν καταρτίσει εἰδικὰ προγράμματα, ἐν σχέσει μὲ τὸ πρόβλημα τοῦτο. Εἰδικαὶ ὑπηρεσίαι ἔχουν δργανωθῆ πρὸς περιθαλψιν ὅχι μόνον τῶν εἰς οἰκιακὰ γεννωμένων προώρων νεογνῶν, ἀλλὰ καὶ ἐκείνων τὰ δποῖα γεννῶνται ἐκτὸς αὐτῶν καὶ εἰς μεμακρυσμένας ἀκόμη ἀποστάσεις, εἰς τὴν ὑπαίθρου χώραν. Ἐπισκέπτοιαι ἀδελφαὶ ἔχουν εἰδικευθῆ πρὸς τὸν σκοπὸν τοῦτον, εἰδικὰ μεταφορικὰ μέσα ἐφωδιασμένα μὲ θερμοκοιτίδας καὶ συσκευὰς δειγμάτου διατίθενται διὰ τὴν μεταφορὰν τῶν ἔχοντων ἀνάγκην εἰδικῆς περιθαλψιας προώρων νεογνῶν, εἰς τὰ εἰδικὰ πρὸς τοῦτο ἴδρυματα, ἀκόμη δὲ καὶ θερμοκοιτίδες ἀπλοῦ τύπου διατίθενται διὰ τὴν περιθαλψιν τῶν προώρων κατ' οἶκον εἰς ἄς περιπτώσεις ἡ τοιαύτη περιθαλψις κρίνεται προτιμητέα τῆς εἰς τὰ εἰδικὰ ἴδρυματα μεταφορᾶς. Ἡ μετὰ τὸν τοκετὸν παρακολούθησις τῶν βρεφῶν τούτων εἶναι λίαν ἐπισταμένη, πλὴν δὲ τῆς εἰς τὰ εἰδικὰ κέντρα παρακολουθήσεως αὐτῶν, ἐπισκέπτοιαι ἀδελφαὶ ἔξειδικευμέναι παρέχουν τὰς ὑπηρεσίας των διὰ τὴν καθοδήγησιν τῆς μητρὸς εἰς τὴν περαιτέρω ἀγωγὴν καὶ περιθαλψιν τοῦ βρέφους.

Ὦς ἐνδεικτικὸν τοῦ ἐνδιαφέροντος τοῦ κράτους διὰ τὰ πρόωρα νεογνὰ ἀναφέρομεν, ὅτι εἰς τὴν πολιτείαν τοῦ Σικάγου εἶναι ὑποχρεωτικὴ ἡ διὰ τηλεφώνου ἐντὸς μιᾶς ὡρας δήλωσις τῆς γεννήσεως τοῦ προώρου νεογνοῦ εἰς τὸ γραφεῖον ὑγείας, ὥστε νὰ καταστῇ δυνατὸν νὰ τεθῇ ἀμέσως εἰς τίνησιν δὲ δργανωμένος μηχανισμὸς πρὸς ἔγκαιρον παροχὴν τῆς ἀπαιτούμενης περιθάλψεως.

Παρ' ἡμῖν μέχρι τοῦ ἔτους 1947 οὐδεμία δργανωμένη καὶ εἰδικὴ περιθαλψις παρείχετο εἰς τὰ πρόωρα νεογνά. Διαπιστώσαντες τὴν ἀνάγκην τῆς παροχῆς τοιαύτης περιθάλψεως, προέβημεν, μετὰ τοῦ ἀειμνήστου Σ. Διαμαντοπούλου, εἰς τὴν δργάνωσιν, κατὰ τὸ ἔτος 1947, εἰδικοῦ τμήματος ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ "Μαρίκα Ἡλιάδη", πρὸς παροχὴν περιθάλψεως εἰς τὰ ἐν τῷ ἴδρυματι γεννώμενα πρόωρα νεογνά. Τὸ τμῆμα τοῦτο ἥρχισε νὰ λειτουργῇ κατ' ἀρχὰς μᾶλλον ὑποτυπωδῶς, λόγῳ τῆς ἐλλείψεως ἐπαρκοῦς καὶ

καταλλήλου χώρου, τοῦ ἀναγκαιοῦντος ἔξοπλισμοῦ καὶ τοῦ μονίμου ἔξησκημένου νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ, βαθμηδὸν ὅμως ἐπλοιτίσθη μὲ θερμοκοιτίδας καὶ μὲ εἰδικὰς ἐγκαταστάσεις δέξυγόνου, εἰδικὸν δὲ διὰ τὴν περίθαλψιν τῶν νεογνῶν νοσηλευτικὸν προσωπικὸν ἥρχισεν ἐκπαιδευόμενον. Σήμερον τὸ τμῆμα τοῦτο διαθέτει πέντε θερμοκοιτίδας καὶ ἑπτὰ κοινὰ λίκνα, παρὰ δὲ τὴν ἔλλειψιν τοῦ ἀναγκαιοῦντος καὶ καταλλήλως διαρρυθμισμένου χώρου καὶ τοῦ ἀπαιτούμενου πλήρως ἐκπαιδευμένου καὶ εἰδικευμένου μονίμου νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ, δύναται νὰ παρέχῃ ἐπιτιχῶς τὴν ἀπαιτούμενην περίθαλψιν, οὐχὶ μόνον εἰς τὰ ἐν ιῷ Μαιευτήριφ γεννώμενα πρόωρα νεογνά, ἀλλὰ καὶ εἰς τὰ ἔξωθεν ἔξι ἄλλων Ἰδιωτικῶν κλινικῶν προσκομιζόμενα τοιαῦτα.



ΕΙΚΩΝ 1. Προσκόμισις εἰς τὸ Μαιευτήριον «Μαρίκα Ηλιάδη»
Διωρὰ «Ελένας Βενιζέλου, πρὸς περίθαλψιν προώρου νεογνοῦ
τεχθέντος ἐκτὸς τοῦ Ιδρύματος.

Εἰς πολλοὺς κρατεῖ ἡ ἀντίληψις ὅτι τὰ πρόωρα νεογνά διασωζόμενα δὲν ἀναττύσσονται φυσιολογικῶς, ἀλλ᾽ ἐμφανίζουν καθυστέρησιν σωματικὴν καὶ διανοητικὴν ὑστεροῦντα ἔναντι τῶν τελειομήνων. Ἐκ τούτου τίθεται τὸ ἔρώτημα: Είναι σκόπιμος ἡ καταβολὴ ἰδιαιτέρας μερίμνης καὶ προσπαθείας διὰ τὴν διάσωσιν τῶν προώρων νεογνῶν ἢ εἶναι προτιμώτερον νὰ ἀφεθῇ εἰς τὴν φύσιν ἡ ἐπιλογὴ;

Ἄπαντησιν εἰς τὸ ἔρώτημα τοῦτο θὰ ἐπιχειρήσωμεν νὰ δόσωμεν παρουσιάζοντες εἰς ἑτέραν μελέτην, τὴν δοπίαν ἔχομεν ὑπὸ ἀνακοίνωσιν, τὰ ἀποτελέσματα τῆς ἔξελίξεως τῶν νοσηλευθέντων προώρων νεογνῶν, ἀπὸ τῆς συστάσεως τοῦ εἰδικοῦ τμήματος ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ “Μαρίκα Ἡλιάδῃ”.

Οὕτω θὰ ἐπιχειρήσωμεν νὰ δώσωμεν ἀπάντησιν εἰς ἓνα ἔρώτημα οὐσιώδους σημασίας ἐκ τῶν ἀποτελεσμάτων τῆς ἔξετάσεως τῶν καθ' ὅμαδας ἥλικιας αληθέντων καὶ προσκομισθέντων πρὸς ἔξετασιν βρεφῶν καὶ νηπίων ἀτινα ἔτυχον περιθάλψεως ὡς πρόωρα νεογνά κατὰ τὴν περίοδον 1947-1951.

Τ Μ Η Μ Α Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Ι

Ορισμὸς τοῦ προώρου νεογνοῦ

Πρὸιν ἢ εἰσέλθωμεν εἰς τὴν ἀνάλυσιν τοῦ θέματος ἡμῶν, θεωροῦμεν ἀπαραίτητον νὰ προσδιορίσωμεν προηγούμενως τὴν ἔννοιαν τοῦ προώρου νεογνοῦ. Τοιοῦτον καλεῖται κατ' ἀρχὴν τὸ γεννώμενον πρὸ τῆς συμπληρώσεως τοῦ κανονικοῦ χρόνου κυήσεως, θεωρουμένου ὡς τοιούτου τοῦ χρονικοῦ διαστήματος τῶν 37 ἔως 40 ἑβδομάδων. Ἐν τούτοις, ὁ ὁρισμὸς οὗτος τοῦ προώρου καὶ ἡ βάσει αὐτοῦ κρίσις περὶ τῆς ἀνάγκης ἢ μὴ τῆς παροχῆς εἰδικῆς περιθάλψεως εἰς νεογνόν τι, δὲν εἶναι ἐν τῇ πρᾶξει ἀσφαλῆς.

Ἐν πρώτοις ἡ γνῶσις τοῦ ἀκριβοῦς χρόνου συλλήψεως εἶναι, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, δυσχερῆς καὶ κατὰ συνέπειαν ὁ ὑπολογισμὸς τοῦ χρόνου τῆς κυήσεως ἀβέβαιος, μὴ ἀποκλειομένου ἐνίστε λάθους δύο ἔως τριῶν ἑβδομάδων εἰς τὸν ὑπολογισμὸν τοῦτον. Ἀλλὰ καὶ ἐὰν ὑποθέσωμεν ὅτι ὁ ὑπολογισμὸς τοῦ χρόνου τῆς κυήσεως ἐγένετο μετ' ἀκριβείας, καὶ πάλιν ὁ διαχωρισμὸς τῶν ἔχοντων ἀνάγκην εἰδικῆς περιθάλψεως νεογνῶν, μὲ βάσιν τὸ κριτήριον τοῦτο εἶναι ἐπισφαλῆς. Διαφοροποιήσεις κατὰ νεογνά, ὅσον ἀφορᾷ τὸν βαθμὸν ἀναπτύξεως κατὰ τὸν αὐτὸν χρόνον κυήσεως, δυνατὸν νὰ συμβοῦν οὕτως ὥστε εἶναι ἐνδεχόμενον ἐκ δύο νεογνῶν γεννηθέντων κατόπιν κυήσεως τῆς αὐτῆς χρονικῆς διαρκείας, τὸ ἐν νὰ παρουσιάζῃ ἀνατομικὴν καὶ φυσιολογικὴν ὡριμότητα καὶ νὰ μὴ ἔχῃ ἀνάγκην εἰδικῆς περιθάλψεως, ἐνῷ τούταντίσιν τὸ ἔτερον νὰ ὑστερῇ εἰς τὴν ἀνατομικὴν καὶ φυσιολογικὴν αὐτοῦ ἀνάπτυξιν καὶ νὰ ἔχῃ ἀνάγκην τῆς περιθάλψεως ταύτης. Τοῦτο εὐκόλως δύναται νὰ γίνῃ ἀντιληπτὸν εἰς τὰ δίδυμα, ὅπου συχνάκις παρατηροῦνται τοιαῦται διαφοροποιήσεις.

Διαφοροποιήσεις, όσον άφορά τὸν βαθμὸν ἀναπτύξεως κατὰ τὸν αὐτὸν χρόνον κυήσεως, δυνατὸν νὰ διεβέλωνται καὶ εἰς ἀνεπάρκειαν τοῦ πλακοῦντος. Λόγῳ τῆς ἀβεβαιότητος ἡτοι εἶναι συνυφασμένη μὲ τὸν ἀνωτέρῳ δρισμὸν ὃς κριτήριον διὰ τὸν χαρακτηρισμὸν νεογνοῦ τινὸς ὃς προώφου, λαμβάνεται τὸ βάρος τοῦ σώματος κατὰ τὴν γέννησιν. Καίτοι δὲ χαρακτηρισμὸς νεογνοῦ ὃς προώφου ἐπὶ τῇ βάσει τοῦ κατὰ τὴν γέννησιν βάρους παρουσιάζει ἀδυναμίας τινᾶς, οὐχ' ἡτοι διμως ἐν τῇ πράξει εἶναι προτιμητέος, τόσον ἀπὸ τῆς πλευρᾶς τοῦ διαχωρισμοῦ τῶν νεογνῶν τὰ δποῖα χρήζουν εἰδικῆς μεριμνῆς, όσον καὶ ἀπὸ πλευρᾶς τῆς δύμοιο μόρφου στατιστικῆς παρακολουθήσεως.

Ἡ Παιδιατρικὴ Ἀκαδημία τῶν Ἡνωμένων Πολιτειῶν τῆς Ἀμερικῆς συνέστησε τὸν ἀκόλουθον δρισμὸν προώφου νεογνοῦ: "Πρόσωπον νεογνὸν θεωρεῖται τὸ ἔχον βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν κατώτερον τῶν 2,500 γραμμαρίων, ἀνεξαρτήτως τοῦ χρόνου κυήσεως".

"Ετι περαιτέρω διὰ στατιστικοὺς σκοπούς συνέστησεν ὅπως θεωροῦνται ὃς γεννηθέντα ζῶντα τὰ πρόωρα ἐκεῖνα εἰς τὰ δποῖα διεπιστώθη λειτουργία καρδίας καὶ ἀναπνοῆς. Αἱ συστάσεις αὗται εἶναι λίαν πρακτικαί, καθ' ὃσον τὸ βάρος τοῦ σώματος δύναται εὐκόλως καὶ ἀκριβῶς νὰ προσδιορισθῇ εὐθὺς μετὰ τὴν γέννησιν, δι' ὃ δὲ δρισμὸς οὗτος τοῦ προώφου εἶναι σήμερον γενικῶς παραδεδεγμένος, τοῦτον δὲ ἀκολουθοῦμεν καὶ ήμεῖς. Ἀναλόγως τοῦ κατὰ τὴν γέννησιν βάρους σώματος, τὰ πρόωρα νεογνὰ κατατάσσονται εἰς τέσσαρας κατηγορίας. ἡτοι κάτω τῶν 1000 γραμ., 1000—1500 γραμ., 1500—2000 γραμ. καὶ 2000—2500 γραμ. Ἐν τούτοις δέοντα νὰ σημειωθῇ ὅτι δὲ χαρακτηρισμὸς ἔνδος νεογνοῦ ὃς προώφου ἀπλῶς ἐκ τοῦ βάρους τοῦ σώματος καὶ μόνον, δὲν εἶναι ἀπολύτως ἐπαρκῆς διὰ τὴν πρόγνωσιν καὶ τὴν τηρητέαν ἀγωγῆν. Τὰ πρόωρα νεογνὰ τὰ ἔχοντα κατὰ τὸν τοκετὸν βάρος 1000 γραμ., ἐλαχίστας ἔχουσιν δυοισητας πρὸς τὰ ζυγίζοντα 2000 γραμ. Πρόσωπον νεογνὸν βάρους κατὰ τὴν γέννησιν 1000 γραμ., ἔχει ἐλαχίστας πιθανότητας νὰ ἐπιζήσῃ, ἐνῷ ἀντιμέτεως ἡ θιησιμότης τῶν προώφων νεογνῶν βάρους 2000—2500 γραμ. ἐγγίζει τὰ δρια τῶν πλήρους κυήσεως νεογνῶν, λαμβανομένου, ἀλλωστε, ὑπὲρ δψιν ὅτι πρόσωπον νεογνὰ τῆς κατηγορίας ταύτης, εἶναι εἰς ἵκανας περιπτώσεις πλήρους κυήσεως, τοῦ χαμηλοῦ βάρους σώματος διεβιλομένου εἴτε εἰς ἀνεπαρκῆ διατροφὴν τῆς μητρὸς κατὰ τὴν κύησιν, εἴτε εἰς μικρὰν κατασκευὴν τοῦ σώματος ἐκ κληρονομικότητος. Ὡς ἐκ τούτου, ἡ πρόγνωσις καὶ εἰδικὴ περίθαλψις τῶν προώφων νεογνῶν ἀπαιτεῖ προηγουμένην εἰδικὴν ἐκτίμησιν τῆς προωρότητος κατὰ περίπτερον. Ἡ ἔξαρξίβωσις ἐν προκειμένῳ τοῦ πιθανοῦ χρόνου κυήσεως ἐν συνδυασμῷ πρὸς τὸ βάρος καὶ τὸ μῆκος τοῦ σώματος, τὰς ἀνατομικὰς ὃς καὶ τὰς φυσιολογικὰς ἐνδείξεις, εἶναι ἀπαραίτητα κριτήρια διὰ τὴν ἐκτίμησιν τοῦ βαθμοῦ τῆς προωρότητος.

Εἴς τινας περιπτώσεις ἡ φυσιολογικὴ καὶ ἀνατομικὴ ἀνάπτυξις προώρων νεογνῶν ὑστερεῖ εἰς τοιοῦτον βαθμόν, ὥστε εἶναι ἀδύνατον νὰ ἐπιζή-

σουν ταῦτα ἀνεξαρτήτως τῆς περιθάλψεως τῆς δποίας θὰ τύχουν. Τὰ πρόωρα ταῦτα νεογνὰ χαρακτηρίζονται ὡς μὴ βιώσιμα, θεωροῦνται δὲ ὡς τοιαῦτα τὰ ἔχοντα βάρος σώματος 400 ἔως 1000 γραμμαρίων καὶ μῆκος σώματος 28 ἔως 35 ἑκ. ἢ χρόνον κυήσεως 22 ἔως 27 ἐβδομάδων, μὲ τὸν περιορισμὸν διτὶ διὰ νὰ χαρακτηρισθοῦν οὕτω, δέον νὰ συντρέχουν ἀπαραιτήτως δύο ἐκ τῶν τριῶν τούτων στοιχείων. Ἐπὶ παραδείγματι πρόωρον νεογνὸν βάρους σώματος κάτω τῶν 1000 γραμ. ἀλλ᾽ ὑπερβαῖνον τὰ 35 ἑκ. εἰς μῆκος σώματος καὶ τὰς 27 ἐβδομάδας κυήσεως, δέον νὰ θεωρῆται κατ' ἀρχὴν ὡς βιώσιμον πρόωρον νεογνόν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ II

Στατιστικὴ μελέτη

Κατὰ τὴν ἔξαετίαν ἀπὸ τῆς συστάσεως τοῦ τμήματος προώρων, ἦτοι ἀπὸ τοῦ ἔτους 1947 μέχρι τοῦ τέλους τοῦ ἔτους 1952, ἐγεννήθησαν ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ “Μαρίκα Ήλιάδη,” ἐν συνόλῳ 20.006 νεογνά. Ἐξ αὐτῶν ἐγεννήθησαν 19.391, ἐκ τούτων δὲ 1.047 ἦσαν πρόωρα νεογνὰ βάρους σώματος ἀπὸ 1000 μέχρι 2500 γραμμαρίων. Ἐκτὸς τῶν γεννηθέντων προώρων βάρους 1000—2500 γραμ., ἐγεννήθη ἀριθμός τις ζώντων προώρων βάρους κάτω τῶν 1000 γραμ. τὰ πλεῖστα τῶν δποίων ἀπεβίωσαν ἐνιδὺ τοῦ πρώτου 24ώρου ἀπὸ τῆς γεννήσεώς των. Ταῦτα δὲν συμπεριλαμβάνονται εἰς τὴν κίνησιν τοῦ τμήματος. Εἰς τοὺς κατωτέρω πίνακας ἐμφαίνεται ὁ συνολικὸς ἀριθμὸς τῶν γεννηθέντων ζώντων νεογνῶν κατὰ τὴν ἔξαετίαν 1947—1952 καὶ τὰ ἐκ τούτων πρόωρα.

Π Ι Ν Α Ζ Ι Συνολικὴ κίνησις γεννηθέντων ζώντων νεογνῶν καὶ τῶν ἐκ τούτων προώρων

Ἐτος	Σύνολον γεννηθέντων ζώντων	Γεννηθέντα πρόωρα	Ποσοστὸν ἐπὶ % πρὸ ώρων ἐπὶ συνόλου γεννηθέντων ζώντων
1947	3.087	91	2.9
1948	2.817	138	4.9
1949	2.923	100	3.4
1950	3.191	179	5.6
1951	3.398	259	7.7
1952	3.975	280	6.9
	19.391	1.047	5.40

Π Ι Ν Α Ε ΙΙ

Γεννηθέντα πρόωρα νεογνά κατά κατηγορίας βάρους σώματος

Έτος	Βάρος σώματος 1000 1500 γραμ.			Βάρος σώματος 1500 2000 γραμ.			Βάρος σώματος 2000-2500 γραμ.		
	Γεννηθέντα % ἐπί γεννήσεων	% ἐπί προώρων	Γεννηθέντα % ἐπί γεννήσεων	% ἐπί προώρων	Γεννηθέντα % ἐπί γεννήσεων	% ἐπί προώρων	Γεννηθέντα % ἐπί γεννήσεων	% ἐπί προώρων	Γεννηθέντα % ἐπί γεννήσεων
1947	13	0.4	14.2	30	0.9	32.9	48	1.6	52.7
1948	13	0.5	9.4	30	1.1	21.7	95	3.3	68.9
1949	8	0.2	8.0	21	0.7	21.0	71	2.5	71.0
1950	17	0.5	9.5	47	1.5	26.2	115	3.6	64.8
1951	22	0.6	8.4	46	1.4	17.6	191	5.7	73.1
1952	34	0.8	12.1	84	2.1	30.0	162	4.0	57.8
	107	0.55	10.20	258	1.33	24.59	682	3.51	65.01

"Ητοι ἀναλόγως τοῦ βάρους σώματος τὸ ποσοστὸν τῶν ἀνηκόντων εἰς τὴν κατηγορίαν 1000—1500 γραμ. ἀνέρχεται κατὰ μέσον ὅρον κατὰ τὴν ἔξαετίαν 1947—1952 εἰς 0,55 %, ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν γεννήσεων ζώντων, καὶ εἰς 10,20 %, ἐπὶ τῶν γεννηθέντων προώρων. Διὰ τὴν κατηγορίαν 1500—2000 γραμ. τὰ ἀντίστοιχα ποσοστὰ ἀνέρχονται εἰς 1,33 % καὶ 24,59 %, διὰ δὲ τὴν κατηγορίαν 2000—2500 γραμ. εἰς 3,51 % καὶ 65,01 %.

Κατὰ τὰ στατιστικὰ στοιχεῖα τοῦ ἔτους 1947, τὸ μὲν ποσοστὸν τῶν προώρων νεογνῶν τῶν κατηγοριῶν 1000—1500 καὶ 1500—2000 γραμ. ἐμφανίζεται ηὐξημένον, ἐν σχέσει μὲ τὸ σύνολον τῶν γεννηθέντων προώρων, τὸ δὲ ποσοστὸν τῆς κατηγορίας 2000—2500 γραμ. μειωμένον καὶ τοῦτο διότι λόγῳ μὴ πλήρους δργανώσεως, ὡς ἐλέχθη, τοῦ τμήματος, δὲν ἔγενετο συστηματικὴ ἐπιλογή, ίδιᾳ κατὰ τὸ ἔτος τοῦτο τῶν γεννωμένων προώρων νεογνῶν μὲ βασικὸν κριτήριον τὸ κάτω τῶν 2500 γραμ. βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν. Τὸ ποσοστὸν τῶν θανόντων ἐπὶ τῶν γεννηθέντων ζώντων προώρων νεογνῶν κατὰ βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν ἐμφαίνεται εἰς τοὺς κατωτέρω πίνακας III καὶ IV.

"Ητοι διὰ τὴν ἔξαετίαν 1947—1952 τὸ ποσοστὸν τῶν θανόντων ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν γεννηθέντων ζώντων προώρων νεογνῶν ἀνέρχεται διὰ τὴν κατηγορίαν βάρους σώματος 1000—1500 γραμμαρίων εἰς 64,4 %, διὰ τὴν κατηγορίαν 1500—2000 γραμ. εἰς 27,5 % καὶ διὰ τὴν κατηγορίαν 2000—2500 γραμ. εἰς 6,1 % μὲ μέσον ὅρον θνησιμότητος δι' ὅλας τὰς κατηγορίας βάρους σώματος 17,3 %.

Π Ι Ν Α Ζ III

Γεννηθέντα καὶ θανόντα πρόσωρα νεογνά

^γ Ετη	Γεννηθέντα	Αποβιώσαντα	Αποβιώσαντα ἐπὶ τοῖς ἑκατὸν (%)
1947	91	28	31
1948	138	31	22
1949	100	17	17
1950	179	29	16
1951	259	35	14
1952	280	42	15
Σύνολον	1.047	182	17,3

Π Ι Ν Α Ζ IV

Γεννηθέντα καὶ θανόντα πρόσωρα νεογνά κατὰ κατηγορίας βάρους σώματος

^γ Ετη	Βάρος σώματος 1000 1500 γρ.			Βάρος σώματος 1500 2000 γρ.			Βάρος σώματος 2000-2500 γρ.		
	Γεννηθέντα		Αποβιώσαντα ἐπὶ τοῖς %	Γεννηθέντα		Αποβιώσαντα ἐπὶ τοῖς %	Γεννηθέντα		Αποβιώσαντα ἐπὶ τοῖς %
	Γεννηθέντα	Αποβιώσαντα ἐπὶ τοῖς %		Γεννηθέντα	Αποβιώσαντα ἐπὶ τοῖς %		Γεννηθέντα	Αποβιώσαντα ἐπὶ τοῖς %	
1947	13	10	77	30	13	43	48	5	10
1948	13	9	70	30	13	43	95	9	9
1949	8	6	75	21	7	33	71	4	6
1950	17	10	59	47	15	32	115	4	4
1951	22	15	68	46	8	17	191	12	6
1952	34	19	55	84	15	17	162	8	4
Σύνολον	107	69	64,4	258	71	27,5	682	42	6,1

'Εάν ληφθῇ ύπ' δψιν, ὡς ἀνωτέρῳ ἐλέχθῃ, διὶ πάντα τὰ γεννηθέντα κάτω τῶν 1000 γραμ. ἀπεβίωσαν καὶ ὅτι ταῦτα ἀνέρχονται εἰς 73, δ συνολικὸς ἀριθμὸς τῶν γεννηθέντων προώρων ἀνέρχεται εἰς 1,120, ὁ δὲ ἀριθμὸς τῶν θανόντων εἰς 255 καὶ ὁ μέσος ὅρος τῆς θνησιμότητος ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν γεννηθέντων προώρων ἀνέρχεται εἰς 22,7 %.

Ἐκ τῆς συγκρίσεως τῶν κατὰ τὰ ἔτη ἀπὸ 1947 μέχρι τοῦ 1952 θανόντων, προκύπτει σταθερὰ πτῶσις τοῦ συνολικοῦ ποσοστοῦ θνησιμότητος, ὅπερ ἀπὸ 31 % κατὰ τὸ ἔτος 1947 κατέρχεται σταθερῶς διὰ νὰ φθάσῃ εἰς 14 % κατὰ τὸ ἔτος 1951 καὶ 15 % κατὰ τὸ ἔτος 1952. Τὸ ποσοστὸν θνη-

σιμότητος κατά τὸ ἔτος 1952 ἀνῆλθε κατά τι ἐν σχέσει μὲ τὸ ἔτος 1951, διότι εἰς ὡρισμένα χρονικά διαστήματα κατά τὸ ἔτος τοῦτο συνέπεσε μεγάλος ἀφιθμὸς προώρων καὶ ἐδυσχεράνθησαν ὡς ἐκ τούτου αἱ συνθῆκαι περιθάλψεως αὐτῶν.

Ἐκ τῆς συνολικῆς μελέτης τῶν ἀνωτέρω στατιστικῶν στοιχείων, προκύπτουν συνοπτικῶς τὰ ἀκόλουθα γενικὰ συμπεράσματα :

1) **5,40 %** τῶν γεννηθέντων ζώντων νεογνῶν ἦσαν πρόωρα. Τὸ ποσοστὸν τοῦτο ἐμφανίζεται χαμηλὸν ἐπηρεαζόμενον ἐκ τῶν στοιχείων τῶν ἔτῶν 1947—1949 κατὰ τὰ δύοια, ὡς ἐλέχθη, δὲν ἐγένετο συστηματικὸς διαχωρισμὸς καὶ παροχὴ ἰδιαιτέρας περιθάλψεως ἐν τῷ θαλάμῳ προώρων, τῶν μὴ ἐχόντων ἀνάγκην τοιαύτης, μεγάλου βάρους προώρων νεογνῶν. Τοῦτο ἐπηρεάζει, ὡς εὐνόητον, καὶ τὸ ποσοστὸν θνησιμότητος κατὰ τὸ ἔτος 1947, ὅπερ ἐμφανίζεται λίαν ηὑξημένον, ἐν σχέσει μὲ τὰ ἐπόμενα ἔτη. Τὸ ποσοστὸν τῶν προώρων ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν γεννηθέντων ζώντων νεογνῶν ἀνέρχεται κατὰ μὲν τὴν τριετίαν 1950—1952 εἰς 6,74 %, κατὰ δὲ τὴν διετίαν 1951—1952 εἰς 7,32 %. Τὸ ποσοστὸν τοῦτο, νομίζομεν, διε ἐκφράζει τὴν πραγματικὴν συχνότητα τῶν γεννωμένων προώρων νεογνῶν βάρους σώματος 1000—2500 γραμμαρίων ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ “Μαρίκα Ήλιάδη”.

2) **65,01 %** ἐκ τῶν γεννηθέντων προώρων ἀνῆκον εἰς τὴν κατηγορίαν βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 2000—2500 γραμ. καὶ 24,59 %, ἀνῆκον εἰς τὴν κατηγορίαν βάρους σώματος 1500—2000 γραμ., ἥτοι τὰ 89,6 % τῶν γεννηθέντων ζώντων προώρων ἀνῆκον εἰς τὰς κατηγορίας βάρους σώματος 2000—2500 γραμ. καὶ 1500—2000 γραμ.

3) Τὸ ὑπόλοιπον 10,20 % ἀνῆκεν εἰς τὴν κατηγορίαν τῶν βάρους σώματος 1000—1500 γραμμαρίων.

4) Τὸ ποσοστὸν τῆς θνησιμότητος εὐδόσκεται εἰς ἀμεσον σχέσιν πρὸς τὸ βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν.

Τὸ ποσοστὸν τῆς θνησιμότητος ἐκυμάνθη κατὰ κατηγορίας βάρους σώματος ὡς ἔξῆς :

Εἰς τὴν κατηγορίαν τῶν 1000—1500 γρ. ἀπὸ 55 —77 %

“ ” ” 1500—2000 ” ” 17 —43 % καὶ

“ ” ” 2000—2500 ” ” 5 —10 %

Τὰ ἀντίστοιχα πρὸς τὸ ἀνωτέρω στατιστικὰ στοιχεῖα ξένων ίδιων μάτων ἔχουν ὡς κάτωθι :

Κατὰ τὸν Arthur H. Parmelee (Management of the newborn Chicago 1952) τὸ ποσοστὸν τῆς θνησιμότητος ἐπὶ προώρων νεογνῶν ἐπὶ τῇ βάσει στοιχείων ἀναφερομένων εἰς 277 Νοσοκομεῖα, ἔχει ὡς κάτωθι : (βλέπε πίνακα V).

Κατὰ τοὺς G. R. Russel καὶ W. A. Beles (Journal of Pediatrics № 6, June 1952) τὰ ποσοστὰ τῶν γεννηθέντων προώρων ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν γεγνηθέντων ζώντων εἰς τὸ Saint John's Hospital Tulsa U.S.A. κατὰ τὴν δεκαετίαν 1941—1950, ἔχουν ὡς κάτωθι κατὰ ἔτη : (βλ. πίνακα VI).

**Π Ι Ν Α Ε V Γεννηθέντα καὶ θανόντα πρόσωπα νεογνά
εἰς 277 Ἰδρύματα τῶν Η.Π.Α.**

Βάρος σώματος	Γεννηθέντα πρόσωπα	Θάνατοι	Ποσ. θνησι μόριητος %
1000 γραμ. καὶ κάτω	2.116	1.896	89,6
1001—1500 γραμ.	3.185	1.734	54,4
1501—2000 "	6.333	1.446	22,8
2001—2500 "	13.960	1.020	7,3
Σύνολον	25.594	6.096	23,8

Π Ι Ν Α Ε VI

Έτη	Γεννηθέντα ζώντα	Γεννηθέντα πρόσωπα	% πρόσωπα
1941	1.076	67	6,2
1942	1.397	94	6,7
1943	1.683	97	5,8
1944	1.525	102	6,7
1945	1.662	110	6,6
1946	1.990	112	5,5
1947	2.378	149	6,2
1948	2.659	198	7,4
1949	2.917	221	7,5
1950	3.044	223	7,3
Σύνολον	20.331	1.373	6,8

Τὸ ποσοστὸν θνησιμότητος τῶν ἀνωτέρω προσώπων ἐπὶ τοῦ ἀριθμοῦ τῶν γεννηθέντων ζώντων προσώπων ἔχει ὡς κάτωθι κατὰ έτη:

Π Ι Ν Α Ε VII

Έτη	Άριθμὸς προσώπων	Άριθμὸς θανάτων	Ποσοστὸν θνησιμότητος
1941	67	21	31,3
1942	94	22	23,4
1943	97	17	17,5
1944	102	24	23,5
1945	110	28	25,4
1946	112	19	16,9
1947	149	41	27,5
1948	198	50	25,2
1949	221	40	18,1
1950	223	46	20,6
Σύνολον	1.373	308	22,4

(Τὸ 1941 ἦτο ἔτος ἐπιθημακῆς διαρροϊας.)

Τὸ ποσοστὸν τῆς θνησιμότητος τῶν ὡς ἄνω 1.373 προώρων νεογνῶν γεννηθέντων κατὰ τὴν δεκαετίαν 1941—1950 εἰς τὸ Saint John's Hospital ἀναλόγως τοῦ βάρους σώματος ἔχει ὡς ἀκολούθως:

Π Ι Ν Α Ζ VIII

Βάρος σώματος	Γεννηθέντα πρόωρα	Θάνατοι	Ποσοστὸν θανάτων %
0—1000	113	107	94,7
1001—1500	145	89	61,4
1501—2000	264	70	26,5
2001—2500	851	42	4,9
Σύνολον	1.373	308	22,4

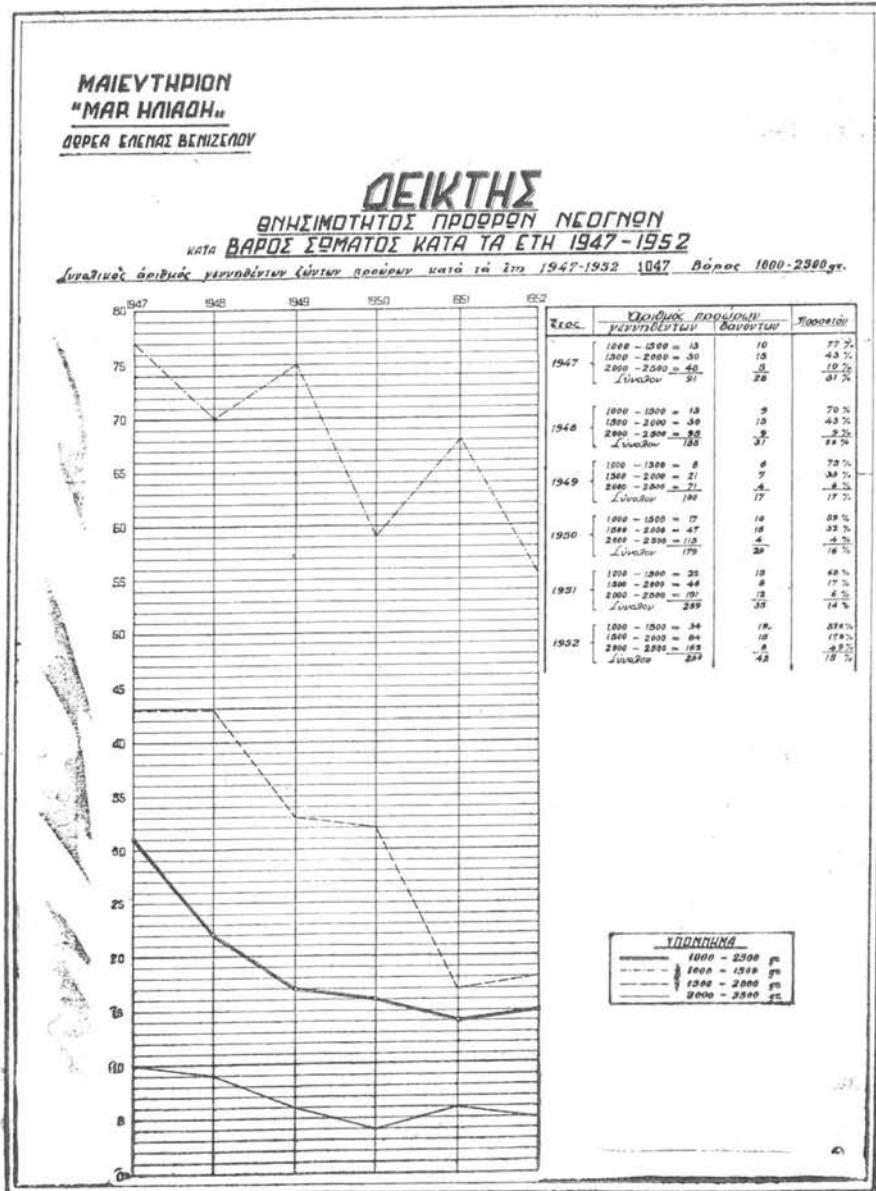
Κατωτέρῳ παρατίθενται συγκριτικὰ στατιστικὰ στοιχεῖα τῶν ἑπτὰ κυρίων κέντρων προώρων νεογνῶν τῶν Η.Π.Α., περὶ τῆς θνησιμότητος τῶν προώρων νεογνῶν κατὰ κατηγορίας βάρους (ἀναφερόμενα ὑπὸ τῶν ἰδίων συγγραφέων).

Π Ι Ν Α Ζ IX

Νοσοκομεῖα	Χρονικὴ περίοδος	'Αριθ. προώρων 2500 γορη., καὶ κάτω	Ποσοστὸν θνησιμότητος					
			Συνολούν	κατὰ βάρος σώματος				
				Κάτω τῶν 1.000 γρ.	1.000 1.500 γραμ.	1.500 2.000 γραμ.	2.000 2.500 γραμ.	
Sarah Morris Hospital Chicago	1940 45	1.993	25,8	91,3	50,0	14,4	7,2	
Boston Lying in Hospital	1943 45	481	15,0	100,0	46,7	12,8	4,4	
John's Hopkins Hos. Baltimore	1941 45	994	—	—	48,8	16,8	4,2	
Charity Hospital New Orleans	1944-45	1.122	27,4	95,7	55,4	30,5	7,9	
New York Hospital Ped. Department College	1943 45	506	22,3	85,0	49,3	21,4	5,6	
Long Island Hosp. Brooklyn	1940 45	635	16,1	90,0	41,4	18,3	4,6	
Saint John's Hospital Tulsa	1941 50	1.373	22,4	94,7	61,4	26,5	4,9	

Τὰ ἡμέτερα στατιστικὰ στοιχεῖα, συγκρινόμενα πρὸς τὰ παρατιθέμενα ἀνωτέρῳ στατιστικῷ στοιχεῖᾳ τῶν κυριωτέρων κέντρων προώρων νεογνῶν τῶν Η.Π.Α., ἀτινα λειτουργοῦν ἀπὸ μακροῦ χρόνου καὶ κέκτηνται τελείαν δόργανωσιν, τὸ ἀπαραίτητον εἰδικευμένον καὶ πεπειραμένον νοσηλευτικὸν προσωπικὸν καὶ τελείας καὶ συγχρονισμένας ἐγκαταστάσεις, ἀγουν εἰς τὴν

διαπίστωσιν ότι τὸ ποσοστὸν θνησιμότητος τῶν προώρων νεογνῶν ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ "Μαρίκα Ήλιαδη", ίδιᾳ δὲ κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη, κατῆλθεν εἰς ἵκανοποιητικὸν σημεῖον μὴ ἀφιστάμενον τοῦ τοιούτου τῶν ἀναφερθέντων κέντρων τῶν Η. Π. Α. Τὸ ἀποτέλεσμα τοῦτο δύναται νὰ θεωρηθῇ ὡς ἄκρως ἵκανοποιητικὸν ἐὰν ληφθῇ ὑπὸ ὅψιν ὅτι ἐνῷ εἰς τὰς Η.Π.Α. ἔχει δημιουργηθῆ παράδοσις καὶ συνείδησις εἰς τὸ κοινὸν περὶ τῆς ἀνάγκης τῆς.



παροχῆς ίδιαιτέρας περιθάλψεως εἰς τὰ πρόωρα νεογνά, τὰ δὲ πρὸς τοῦτο λειτουργούντα κέντρα ἔχουν μακρὰν πεῖραν καὶ ἀπαντά τὰ μέσα πρὸς ἀντιμετώπισιν τοῦ προβλήματος, τούναντίον παρ' ἡμῖν μόνον κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη ἥσχισε νὰ παρέχεται εἰδικὴ περιθαλψις εἰς τὰ πρόωρα νεογνά διὰ τοῦ συσταθέντος ίδιου τμήματος ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ "Μαρίκα Ἡλιάδη", τὸ δρποῖον διαθέτει, ὡς ἐπονίσθη, περιωρισμένα τὰ πρὸς τοῦτο μέσα. Ο κατωτέρω πίναξ X δίδει συνοπτικὴν συγκριτικὴν εἰκόνα τῶν γεννηθέντων καὶ θανόντων προώρων νεογνῶν εἰς 277 Νοσοκομεῖα τῶν H. P. A. (Arth. H. Parmelee) ἐν συγκρίσει πρὸς τὰ ἡμέτερα τοιαῦτα.

Π Ι Ν Α Ζ Χ

Βάρος σώματος	287 Νοσοκομεῖα H. P. A.			Μαιευτήρ. "Μ. Ἡλιάδη", (Ἐξιετία 1947—1952)		
	Γεννηθέντα	Θανόντα	% Θανόντα	Γεννηθέντα	Θανόντα	% Θανόντο
0—1000	2.116	1.896	89,6	73	73	100
1000—1500	3.185	1.734	54,4	107	69	64,4
1500—2000	6.333	1.446	22,8	258	71	27,5
2000—2500	13.960	1.020	7,3	682	42	6,1
Σύνολον	25.594	6.096	23,8	1.120	255	22,7

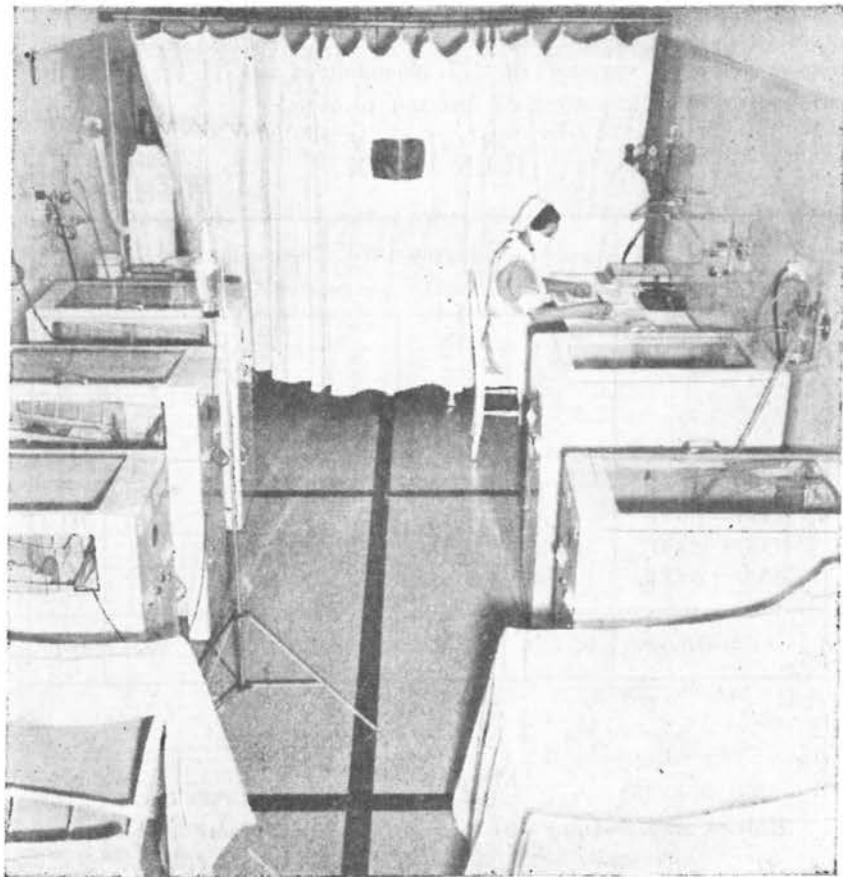
Τ Μ Η Μ Α Β:

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Ι

Εἰδικὴ περιθαλψις τῶν γεννωμένων προώρων νεογνῶν

Ως ἔξαγεται ἐκ τῶν παρατεθέντων εἰς τὸ προηγούμενον κεφάλαιον στατιστικῶν δεδομένων κατὰ τὴν ἔξαετίαν 1947—52, ἔγεννηθησαν ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ "Μαρίκα Ἡλιάδη", 1.047 πρόωρα νεογνά, βάροις σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 1000—2500 γραμμαράιων, ἀπινὰ ἔτυχον εἰδικῆς περιθάλψεως ἐν τῷ τμήματι προώρων νεογνῶν τοῦ Μαιευτηρίου. Εξ αὐτῶν ἀπεβίωσαν 182, τὰ ὑπόλοιπα δὲ 865 ἔξηλθον τοῦ Μαιευτηρίου μὲ γενικὴν κατάστασιν καλὴν καὶ βάρος σώματος τοῦλάχιστον 2300—2500 γραμ., ἀναλόγως τοῦ κατὰ τὴν γέννησιν βάρους σώματος. Ο χόρος τῆς παραμονῆς καὶ περιθάλψεώς των ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ ἐποίκιλεν ἀπὸ 10 ἡμέρων μέχρι 2 μηνῶν καὶ πλέον, εἰς τινας περιπτώσεις, ἀναλόγως τοῦ κατὰ τὴν γέννησιν βάρους τοῦ σώματος καὶ τῆς γενικῆς καταστάσεως καὶ τῆς ἔξελίξεως αὐτῶν. Τὸ τμῆμα τῆς εἰδι-

κῆς περιθάλψεως τῶν προώρων νεογνῶν εἰς τὸ Μαιευτήριον "Μαρίκα 'Ηλιάδη, συνίσταται ἔξι ἐνδικοῦ θαλάμου μετὰ πέντε θερμοκοιτίδων τύπου Impire Canada καὶ λοιπῶν λίκνων. Οἱ θάλαμοις εἶναι ἔξωπλισμένοι διὰ μονίμου ἐγκαταστάσεως παροχῆς δεινογόνου δι'¹ εἰδικῶν στροφίγγων ἀνωθεν ἑκάστης θερμοκοιτίδος καὶ λίκνου.



ΕΙΚΩΝ 2. Θάλαμος περιθάλψεως προώρων νεογνῶν
ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ "Μαρίκα 'Ηλιάδη", δωρεά "Ελενας Βενιζέλου

Εἰδικὸς προθάλαμος προστατεύει τὸν θάλαμον τοῦτον ἐκ τῆς ἀμέσου ἐπικοινωνίας μετὰ τῶν λοιπῶν χώρων τοῦ Μαιευτηρίου. Καίτοι ἡ ὅλη ἐγκατάστασις δὲν δύναται νὰ θεωρηθῇ ὡς πληροῦσα ἀπαντας τοὺς ἀπαιτούμενους ὄφους, λόγῳ τῆς ἐλλείφεως ἐπαρκοῦς χώρου ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ "Μαρίκα 'Ηλιάδη", ὡς ἐκ τῆς συστεγάσεως ἐν τῷ οἰκήματι αὐτοῦ καὶ τοῦ Δημοσίου Μαιευτηρίου, ἐν τούτοις κατωρθώμῃ νὰ δημιουργηθοῦν αἱ προϋ-

ποθέσεις διὰ τὴν ἵκανοποιητικὴν καὶ ἐπιτυχῆ παροχὴν περιθάλψεως εἰς τὰ γεννώμενα πρόωρα νεογνά.

Ἐπὶ ἀναμενομένου προώρου τοκετοῦ προετοιμᾶζεται θερμοκοιτὲς διὰ τὴν ὑποδοχὴν τοῦ νεογεννήτου. Εὐθὺς ἂμα τῷ τοκετῷ καὶ μετὰ τὴν ἀφαιρεσιν τῶν βλενῶν ἐκ τῶν ἀναπνευστικῶν δῦνων, ἐν τῇ αἰθούσῃ τοκετοῦ, τὸ νεογνὸν μεταφέρεται τάχιστα εἰς τὸν θάλαμον προώρων, μετὰ δὲ τὴν ἀποκατάστασιν τῆς θερμοκρασίας τοῦ σώματος εἰς τὸ φυσιολογικὰ ἐπίπεδα, γίνεται ἡ ἀκριβῆς ζύγισις τῶν νεογνῶν καὶ ἡ παροχὴ τῆς ἀπαίτουμένης περιθάλψεως. Ἡ ἀπαίτουμένη περίθαλψις ἔξαρτᾶται ἐκ τῆς καταστάσεως Ἑκάστου προώρου νεογνοῦ. Τὰ πρὸ τῆς συμπληρώσεως τῆς ἐνδομητρίου ἔξελιξεταις γεννώμενα νεογνὰ μειονεκτοῦν τῶν τελειομήνων ἀνατομικῶς καὶ φυσιολογικῶς ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἵκανότητα τῆς προσαφορῆς των εἰς τὸ νέον περιβάλλοντος εἰς τὸ δύοτον προώρων εἰσῆλθον. Τοῦτο καθιστᾶ ἀπαραίτητον τὴν ὑποβιβλίσην τοῦ προώρου νεογνοῦ εἰς τὸ νὺν ὑπερνικήσῃ τὰς δυσχερείας ταύτις καὶ νὺν προσαφορισθῆ δύμαλῶς εἰς τὸν νέον τρόπον καὶ συνθήκας ζωῆς. Ἡ ἔκτασις τῶν φυσιολογικῶν καὶ ἀνατομικῶν μειονεκτημάτων προσδιορίζει τὴν ἵκανότητα τοῦ προώρου νεογνοῦ πρὸς ἐπιβίωσιν καὶ καθορίζει τὴν ελδικὸν τρόπον τῆς περιθάλψεως διὰ τὴν ὑπερονίκησιν τῶν δυσχερειῶν αἱ δύοται ἐκ τούτων προκύπτουσιν.

Αἱ βιασικάτεραι δυσχέρειαι τὰς δύοτας ἀντιμετωπίζουν τὰ πρόωρα νεογνὰ καὶ ἡ τηρητέα ἀγωγὴ πρὸς ὑπερονίκησιν αὐτῶν, ἀναλύονται εἰς τὰ κατωτέρω κεφάλαια :

1. Ηὑξημένη δυσχέρεια σταθεροποιήσεως τῆς θερμοκρασίας τοῦ σώματος
2. Δυσχέρεια ἀποκαταστάσεως καὶ σταθεροποιήσεως τῆς ἀναπνοῆς
3. Ηὑξημένος κύνδυνος μολύνσεων
4. Δυσχέρειαι διατροφῆς.

Ἡ τηρητέα ἀγωγὴ καὶ περίθαλψις τῶν προώρων νεογνῶν πρὸς ὑπερνίκησιν τῶν δυσχερειῶν τούτων, ἀναλύονται κατωτέρω.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Ι Ι

Ηὑξημένη δυσχέρεια σταθεροποιήσεως τῆς θερμοκρασίας τοῦ σώματος

Ἡ θερμοκρασία τοῦ σώματος τοῦ νεογνοῦ, ἀκόμη καὶ τῶν πλήρους κυήσεως, εἶναι ἀσταθής. Πολλῷ μᾶλλον ἡ ἀστάθεια εἶναι μεγαλυτέρᾳ εἰς τὰ πρόωρα νεογνά. Ἡ ἀναλογία τῆς ἐπιφανείας τοῦ σώματος, ἐν σχέσει μὲ τὸν δύκον αὐτοῦ, εἶναι μεγαλυτέρᾳ καὶ συνεπῶς ἡ ἀπώλεια θερμαντικοῦ εἶναι ηὑξημένη, τὸ θερμορρυθμιστικὸν κέντρον καὶ τὸ αὐτόνομον νευρικὸν σύστημα εἶναι ἀνώριμα, δ ἀγγειορρυθμιστικὸς ἔλεγχος διλιγώτερον ἀποτελεσματικός, ἡ μονωτικὴ ἵκανότης εἶναι χαμηλοτέρᾳ, διότι τὸ ὑποδόρειον λίπος εἶναι ἐλάχιστον ἥ ἐλλείπει τελείως καὶ ἡ ποσότης τῆς ἐκ τοῦ μεταβολισμοῦ παραγομένης θερμοκρασίας εἶναι μικροτέρᾳ.



ΕΙΚΩΝ 3. Κάλαθος μεταφορᾶς προώρου νεογνοῦ ἐκ τοῦ τόπου τῆς γεννήσεως εἰς τὸν θάλαμον προώρων, θερμαινόμενος διὰ θερμοφόρων
[Μαιευτήριον «Μαρίκα ·Ηλιάδη·, δωρεά ·Ελένας Βενιζέλου]

“Αμεσον, συνεπῶς, καὶ βασικὴν φροντίδα ἀποτελεῖ ἡ σταθεροποίησις τῆς θερμοκρασίας τοῦ σώματος τοῦ νεογεννήτου προώρου διὸ καὶ τοποθετεῖται τοῦτο ἀμέσως εἰς τὴν προετοιμασθεῖσαν θερμοκοιτίδα. Ἡ θερμοκρασία τοῦ σώματος τοῦ προώρου νεογνοῦ σταθεροποιεῖται εἰς ἐπίπεδον κατά τι χαμηλότερον τοῦ τοιούτου τῶν τελειομήνων, ἥτοι μεταξὺ 35°G - 36°G βαθμῶν κελσίου, ἔναντι 37° τῶν τελειομήνων.

Τὰ μικροῦ βάρους σώματος πρόωρα νεογνά τείνουν νὰ σταθεροποιήσουν τὴν θερμοκρασίαν τοῦ σώματος εἰς 35°G . Ἐφ' ὅσον τὸ βάρος τοῦ σώματος τοῦ προώρου νεογνοῦ αὐξάνει καὶ ἡ γενικὴ κατάστασις βελτιοῦται, ἡ θερμοκρασία σημειώνει ἄνοδον σταθεροποιουμένη εἰς ὑψηλότερον ἐπίπε-



ΕΙΚΩΝ 4. Παροχὴ δέξιγόνου εἰς πρόωρων νεογνών κατὰ τὴν μεταφοράν του διὰ τοῦ ειδικοῦ καλάθου εἰς τὸν θάλαμον προώρων
(Μαιευτήριον «Μαρίκα Ηλιάδη», δωρεά "Ελενας Βενιζέλου")

δον. Αἱ χαμηλαὶ θερμοκρασίαι τοῦ σώματος ἀν καὶ ἀνεπιθύμητοι, ἐν τούτοις δὲν πρέπει νὰ προκαλοῦν ἀνησυχίας, καθ' ὅσον συνδέονται μὲ τὰς πρώτας ἡμέρας τῆς ζωῆς τοῦ νεογεννήτου προώρου, δπότε σὺν τοῖς ἄλλοις ὑποσιτίζονται. Θερμοκρασία κάτω τῆς κανονικῆς δέον νὰ θεωρήται ὡς φυσιολογικὴ εἰς νεογνά γεννηθέντα πρὸ τῆς συμπληρώσεως τῆς τριακοστῆς δευτέρας ἔβδομαδος τῆς κυήσεως. Προσπάθεια εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ἀνυψώσεως τῆς θερμοκρασίας εἰς τὸ θεωρούμενον κανονικὸν ἐπίπεδον τῶν 37°

Κελσίου, δύναται νὰ προκαλέσῃ ἀντὶ ὠφελείας βλάβην, τοῦτο δὲ διότι ἔνεκεν τῆς ἀσταθείας τοῦ θερμορρυθμιστικοῦ κέντρου τὰ πρόωρα νεογνὰ ἀντιδροῦν ταχέως εἰς ὑπερθέρμανσιν δι' ὑπερπιθεξίας, μὲν ἀποτέλεσμα ἀφυδάτωσιν, ἀνορεξίαν, μετεωρισμὸν κοιλίας, ἀπάθειαν, ἀνοξαιμίαν καὶ κυανώσεις. Διὰ τοὺς λόγους τούτους τόσον ἡ θερμοκρασία τοῦ σώματος ὅσον καὶ τῆς θερμοκοιτίδος δέον νὰ ἐλέγχονται συχνὰ καὶ μετὰ προσοχῆς ὑπὸ ἐμπειρού προσωπικοῦ ὥστε νὰ ἀποφεύγονται μεταπτώσεις τῆς θερμοκρασίας αἱ δτοῖς ἐπηρεάζουν δισμενῶς τὴν κατάστασιν τοῦ προώρου.

Κατὰ γενικὸν κανόνα ἡ θερμοκρασία τῆς θερμοκοιτίδος διὰ τὰ μικροῦ βάρους νεογνὰ δέον νὰ διατηρηται εἰς ὑψος τῶν 32°—35° βιαθμῶν Κελσίου, ἐφ' ὅσον δὲ τὸ βιάριος αὐξάνει καὶ τὸ ἐπίπεδον τῆς σταθεροποιήσεως τῆς θερμοκρασίας τοῦ σώματος ἀνέρχειαι, ἡ θερμοκρασία τῆς θερμοκοιτίδος βαθμηδὸν ἐλαττοῦται. Ὁ χρόνος τῆς παραμονῆς τοῦ προώρου νεογνοῦ εἰς τὴν θερμοκοιτίδα ἔξαριται ἐκ τῆς εἰδικῆς ἐκτιμήσεως τῆς καταστάσεως ἐκάστης περιπτώσεως. Ἐφ' ὅσον ὑπάρχουν ἐνδείξεις δει τὴς θερμοκρασία τοῦ σώματος ἐσταθεροποιήθη μονίμως, δύνανται νὰ ἔξαγονται τῆς θερμοκοιτίδος διὰ βραχὺν χρόνον. Βιαθμηδὸν δὲ χρόνος παραμονῆς ἔξω τῆς θερμοκοιτίδος αὐξάνει μέχρις οὐδὲ διαπιστωθῆ ἀποφαλῆς σταθεροποιήσις τῆς θερμοκρασίας τοῦ σώματος, δπότε ἔξαγονται δριστικῆς τῆς θερμοκοιτίδος καὶ τοποθετοῦνται εἰς τὰ ἐν τῷ θαλάμῳ κοινὰ λίκνα εἰς ἀν ἀρχῇ δύναται νὰ τοποθετηθῇ θερμοφόρος.

Πρόωρα νεογνὰ βάρους καύτω τῶν 1500 γραμ. παραμένουν εἰς τὴν θερμοκοιτίδα γυμνὰ ἢ κεκαλυμένα δι' ἐλαφροῦ καλύμματος μέχρις οὐδὲ τὸ βάρος τοῦ σώματος ὑπερβῆ τὰ 1500 γραμμάρια. Προτιμώτερον εἶναι ὅπως ἡ μεταφορὰ ἀπὸ τῆς θερμοκοιτίδος εἰς τὰ κοινὰ λίκνα πραγματοποιῆται βιαθμαίως. Ηρός τοῦτο χρησιμοποιεῖται ἐνδιαμέσως ἀνοικτοῦ τύπου θερμοκοιτίδος εἰς ἣν τὸ νεογνὸν παραμένει ἐπί τινα χρόνον, μεθ' ὃ δέον νὰ μεταφέρεται εἰς κοινοῦ τύπου λίκνα, εύρισκόμενα εἰς παραπλεύσως κείμενον θάλαμον εἰς δν ἡ θερμοκρασία διατηρεῖται εἰς χαμηλότερον ἐπίπεδον, ἥτοι 21°—23° Κελσίου. Εἰς τὸν θάλαμον τοῦτον παραμένουν μέχρις οὐδὲ τὸ βάρος σώματος ἀνέλθει εἰς 2300—2500 γρ. δπότε καὶ ἔξερχονται τοῦ ιδρύματος.

Ἐκ παραλλήλου πρὸς τὴν διατήρησιν τῆς ἀπατούμενης, ὡς ἀνωτέρῳ ἔξετέθη, θερμοκρασίας τοῦ θαλάμου καὶ τῆς θερμοκοιτίδος, εἶναι ἀποφαίτητον ὅπως διατηρῆται ἀνάλογος πρὸς τὴν θερμοκρασίαν ὑγρασία καὶ ἔξαστραλίζεται καλὸς ἀφοισμὸς τοῦ θαλάμου καὶ τῆς θερμοκοιτίδος. Ὅγεασία τῆς ἀτμοσφαίρας εἰς 65% διὰ νεογνὰ κάτω τῶν 2000 γραμ. εἶναι ἡ καλλιτέρα. Νεογνὰ μεγαλυτέρους βιόρους ἔχουν ἀνάγκην μικροτέρας ὑγρασίας, ἐνῷ ἀντιθέτως διὰ τὰ πολὺ μικροῦ βάρους ἀπατεῖται μεγαλύτερον ποσοστὸν ὑγρασίας. Ὅγεασία ἐπιδρᾶ εύνοϊκῶς ἐπὶ τῆς γενικῆς των καταστάσεως καὶ ἐλλατώνει τὸν κίνδυνον τῶν μολύσεων μὲν ἀποτέλεσμα τὴν πτῶσιν τοῦ ποσοστοῦ τῆς θητικότητος. Τὸ ποσοστὸν τῆς ὑγρασίας ἔξακριβοῦται δι' ὑγρομέτρων, πρέπει δὲ νὰ ἐλέγχεται ταχικὰ ὡς καὶ ἡ θερμοκρασία τῆς θερμοκοιτίδος καθ' ὅλον τὸ 24ωρον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ ΙII

Δυσχέρεια ἀποκαταστάσεως καὶ σταθεροποιήσεως τῆς ἀναπνοῆς

‘Η πλέον ἄμεσος, ἐπείγοντα καὶ βασικὴ λειτουργία ἡτις δέον τὰ ἔγκαττα σταθῆ εἰς τὸ νεογνὸν εὐδὺς μετὰ τὸν τοκετὸν πρὸς προσαρμογὴν του εἰς τὸ νέον περιβάλλον, εἶναι ἡ ἀναπνοή. ‘Η ἀποκατάστασις τῆς πολυπλόκου ταύτης λειτουργίας ἐπιτυγχάνεται σινήθως ἐκπληκτικῶς διμαλῶς, εἰς πολλὰς δύμας περιπτώσεις ἀπαιτεῖται πρὸς τοῦτο ἡ παροχὴ ἴδιαιτέρας βοηθείας πρὸς τὸ νεογνόν. Εἰς τὰ πρόσωρα νεογνά εἶναι προφανῆς ἡ δυσχέρεια τῆς ἀποκαταστάσεως καὶ σταθεροποιήσεως τῆς ἀναπνοῆς. Τὰ αὕτα τῆς δυσχέρειας ταύτης ἀνευρίσκονται τόσον εἰς τὸ κέντρον τῆς ἀναπνοῆς δύον καὶ εἰς τὸν περιφερικὸν μηχανισμὸν αὐτῆς. Λόγῳ ἀνωριμότητος τοῦ κέντρου τῆς ἀναπνοῆς, τοῦτο δὲν ἀπαντᾶ εἰς τὰ συνήθη ῥεθίσματα. Ἐπίσης δὲ μικρὸς δύκος τῆς ροῆς τοῦ αἷματος ἔνεκα ἀτελοῖς ἀνιπιέζεται τοῦ τριχοειδοῦς δικτύου καὶ τῶν ἀγγείων γενικῶς, ἐπιπροσθέτως δὲ ἡ περιχὴ δξιγόνωσις τοῦ αἵματος, τείνουν τὰ δημιουργήσουν εἰς τὸ κέντρον τῆς ἀναπνοῆς ἀσταθεῖς ίσοζύγιον δξιγόνου καὶ διεξειδίου τοῦ ἀνθρακοῦ.

Ἐπίσης εἰς τὸν περιφερικὸν μηχανισμὸν παρατηρεῖται ἀδυναμία κανονικῆς λειτουργίας. Λόγῳ μαλθακότητος τῶν θωρακικῶν τοιχωμάτων καὶ ἀδυναμίας τῶν μεσοπλειούντων μυῶν τοῦ θώρακος καὶ τοῦ διαφράγματος, δὲ θώρακες δὲν ἐκπτύσσεται ἀπαρκῶς καὶ οὔτε δὲν ἐπιτυγχάνεται ἡ ἀπαιτούμενη ἐνδοθωρακικὴ ἀρνητικὴ πίεσις κατὰ τὴν εἰσπνοήν. Ω; ἐκ τούτου, ἐνῷ οἱ μεγάλοι βρόγχοι πληροῦνται δι’ ἀέρος, πολλοὶ ἀπὸ τοὺς μικροὺς βρόγχους δὲν ἐκπτύσσονται καὶ οὔτε μέγα μέρος τῶν πνευμόνων παραμένει εἰς ἐμβρυϊκὴν κατάστασιν, ἀπαιτούμενον πολλάκις χρόνου ἐβδομάδων τινῶν διὰ τὴν πλήρη ἐκπτυξιν τῶν πνευμόνων.

Εἰς τὰ μικροτέρους βάρους νεογνά (πρώϊμα) τὰ τοιχώματα πολλῶν κυψελίδων εἶναι συμπεπτωκότα πεπληρωμένα ὑπὸ συμπαγοῦς ἀθροίσματος κυττάρων καὶ συνεπῶς δὲν εἶναι δυνατὸν τὰ λειτουργήσουν, ἄλλαι δὲ ἐκ τῶν κυψελίδων δὲν εἶναι πλήρως ἀνεπιτυγμέναι διότι τὸ δίκτυον τῶν τριχοειδῶν ἀγγείων αὐτῶν εἶναι ἀνεπαρκὲς καὶ διότι μεταξὺ αὐτοῦ καὶ τοῦ τοιχώματος τῆς περιεχούσης τὸν ἀέρα κυψελίδος παρεμβάλλονται ἐπιθηλιακὰ κύτταρα. Ἐκ τούτου ἡ ἀνταλλαγὴ δξιγόνου καὶ διεξειδίου τοῦ ἀνθρακοῦ δὲν εἶναι εὐχερῆς καὶ ἀπαρκῆς δπως εἰς τὰς περισσότερον ὠρίμους κυψελίδας. Ἔτι περαιτέρω ἡ λειτουργία καὶ ἀνταλλαγὴ δξιγόνου - διεξειδίου τοῦ ἀνθρακοῦ παρεμποδίζεται ὑπὸ τοῦ εἰδικῶς χαμηλοῦ ἐπιπέδου τοῦ ἐνζύμου τοῦ διεξειδίου τῆς ἀνυδράσης. Ἐπίσης ἔλλείπει τὸ ἀντανακλαστικὸν τοῦ βηχός καὶ ὡς ἐκ τούτου εὔκολος εἶναι εἰσρόφησις ξένου σώματος εἰς τοὺς βρόγχους. Τέλος εἰς τὰ μικροτέρους βάρους πρόσωρα νεογνά ἔχομεν δυσχέρειαν ἀναπνοῆς λόγῳ οἰδήματος καὶ αἴμορραγίας εἰς τοὺς πνεύμονας,



ΕΙΚΩΝ 5. "Αποψις του θαλάμου προώφων νεογνῶν τοῦ Μαιευτηρίου «Μαρίκας Ήλιάδη» μετά τῆς δύσης καὶ ἐγκαταστάσεως παροχῆς δέξυγόνου

Αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τῶν ἀνωτέρω ἀτελειῶν τοῦ ἀναπνευστικοῦ συστήματος εἶναι αἱ ἀκόλουθοι:

Ἡ ἀναπνοὴ εἶναι ἄρρενθμος καὶ ἐπιπολαία, προσλαμβάνει δὲ ἐντονώτερον τὸν τύπον τῆς κοιλιακῆς ἀναπνοῆς. Εἰς περιπτώσεις μεγαλυτέρας ἀνεπαφοκείας τοῦ ἀναπνευστικοῦ κέντρου, ἡ ἀναπνοὴ εἶναι ἀσθμαίνουσα καὶ διακεκομένη. Προσβολαὶ κυανώσεως συνιδεύουν τὴν ἔλλειπτὴ δέξυγόνωσιν τοῦ αἷματος κατὰ τὴν διάφορες τῶν δποίων ἡ ἀναπνοὴ διακόπτεται ἐπὶ ἐν ἥ περισσότερα λεπτὰ πρὸ τῆς ἀποκατασταθῆ ἐκ νέου. Αἱ προσβολαὶ αὗται δὲν εἶναι ἀσυνήθεις κατὰ τὸ πρῶτον δεκαπενθήμερον τῆς ζωῆς, ἐμφανιζόμεναι συχνὰ καὶ εἰς νεογνὰ τῶν δποίων ἡ γενικὴ κατάστασις εἶναι καλή. Ἡ ἀσθενὴς ἀναπνοὴ ἐκδηλοῦται διὰ μονοτόνου κλαυθμορισμοῦ καὶ γογγυζούσης ἐκπνοῆς, συνοδευομένης ὑπὸ εἰσολκῆς τοῦ στέρενου.

“Η άντιμετώπισις τῶν δυσχερειῶν ἀναπνοῆς τοῦ προώρου νεογνοῦ ἀποτελεῖ τὴν πρώτην φροντίδα εὐθὺς μετὰ τὸν τοκετόν. Πρὸς τοῦτο εὐθὺς μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῶν βλεννῶν ἐκ τῆς στοματικῆς κοιλόγητος καὶ ἐφ' ὅσον κρίνεται ἀπαραίτητον καὶ ἐκ τῶν ἀνωτέρω ἀναπνευστικῶν ὀδῶν, τοποθετοῦμεν τὸ νεογνὸν εἰς θερμοκοιτίδα καὶ χιονογοῦμεν δξιγόνον. Τὸ παφερόμενον δξιγόνον διέρχεται προηγούμενως διὰ φιάλης πεφιγμούσης μέγμα ὕδατος καὶ οὐνοπνεύματος πρὸς ἀπόκτησιν τῆς ἀπατούμενης θερμοκρασίας καὶ ὑγρασίας. Η χορήγησις τοῦ δξιγόνου ἀποκαθιστᾶ κανονικὴν ἀναπνοήν, ἐκτὸς ἐὰν τὸ ἀναπνευστικὸν κέντρον ἔχει ὑ τοσιῇ βλάβην, ὡς σιμβί μίει π.χ. εἰς τὰς περιπτώσεις ἐνδοκρανιακῆς αἰμορραγίας.

Η χορήγησις τοῦ δξιγόνου εἶναι ἀπαραίτητος εἰς πλεῖστα τῶν προώρων νεογνῶν, δπως τὸ μητρικὸν γάλα, καὶ ἡ σταθεροποίησις τῆς θερμοκρασίας τοῦ σώματος.

“Εφ' ὅσον ἐκ τῆς καταστάσεως τοῦ νεογνοῦ ἐνδείκνυται ἡ χιονήγησις τοῦ δξιγόνου, αὕτη πρέπει νὰ εἶναι συνεχής. Εἰς τὰς ἀκολούθους, πάντως, περιπτώσεις, ἡ χορήγησις δξιγόνου εἶναι ἀπαραίτητος:

- 1ον) Ἐὰν τὸ βάρος σώματος εἶναι κάτω τῶν 1500 γραμ.
- 2ον) Ἐὰν τὸ νεογνὸν ἐμφανίζει ἀνοξαιμίαν ἢ νάρκωσιν λόγῳ χορηγήσεως εἰς τὴν μητέρα μιօρφίνης, σκοπολαμίνης ἢ βαφτιτουφικῶν κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ.
- 3ον) Εἰς περιπτώσεις κυανώσεως τοῦ νεογνοῦ.
- 4ον) Εἰς περιπτώσεις καταβολῆς καὶ ἐν γένει ταλαιπωρήσεως τοῦ νεογνοῦ ἢ ἐνδοκρανιακῆς αἰμορραγίας. Αἱ καταστάσεις αὗται δύνανται νὰ θεωρηθῶσιν ὡς πιθαναὶ μετὰ παρατεταμένον καὶ κοπιώδη τοκετόν.
- 5ον) Ἐὰν ἔχομεν πρόωρον τοκετόν συνεπείᾳ προώρου ἀποκολήσεως τοῦ πλακούντος ἢ πνευμονίας ἢ τοξιναιμίας τῆς μητρός.

Εἰς τὸ τμῆμα τῶν προώρων τοῦ Μαιευτηρίου “Μαρίκα Ἡλιάδη”, χορηγοῦμεν κατὰ σύστημα δξιγόνον εἰς δλα τὰ πρόωρα νεογνά βάρους σώματος κάτω τῶν 1750 γραμ. ἀνεξαρτήτως τῆς συνδρομῆς ἢ μὴ τῶν ἑέρων ἐκ τῶν ἀνωτέρω παραγόντων, διότι ἀπαντά σχεδόν τὰ πρόωρα, ἵδια δὲ τῆς κατηγορίας ταύτης, ἐμφανίζουν ἀτελεκτασίαν τῶν πνευμόνων. Η χρονικὴ διάρκεια τῆς χορηγήσεως τοῦ δξιγόνου ἔξαρταται κατὰ περίπτωσιν. Εὰν τὸ νεογνὸν ἐμφανίζει καλὴν αἵματωσιν καὶ χρῶσιν τοῦ δέρματος, τὸ δὲ κλάμμα του εἶναι ζωηρόν, διακόπτεται δοκιμαστικῶς ἡ χορήγησις τοῦ δξιγόνου διὰ χρονικόν τι διάστημα. Εὰν ἡ δοκιμαστικὴ διακοπὴ δξιγόνου γίνεται ἀνεκτὴ καλῶς, μετὰ είκοσιτετράωρον διακόπτομεν δοιστικῶς τὴν χορήγησιν.

Τὰ πρόωρα νεογνά βάρους κατωτέρου τῶν 2000 γραμ. ἐνδέχεται νὰ ἔχουν ἀνάγκην χορηγήσεως δξιγόνου διὰ περίοδον τριῶν ἔως 24 ὥρῶν μετὰ τὸν τοκετόν. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὅμως ἐντόνου κυανώσεως, ἡ χορήγησις δξιγόνου δυνατὸν νὰ συνεχισθῇ ἐπὶ δεκαήμερον ἢ καὶ περισσότερον. Ήδη καλλιτέρα μέθοδος χορηγήσεως τοῦ δξιγόνου θεωρεῖται ἡ δι’ ἐμπλου-

τισμοῦ τοῦ ἀτμοσφαιρικοῦ ἀέρος τοῦ χώρου εἰς δὲν εὐδίσκεται τὸ πρόσωπον διὸ ὅξυγόνου εἰς ἀναλογίαν 40 - 80 %. Πρακτικωτέρα ἐφαρμογὴ τῆς μεθόδου ταύτης εἶναι ὁ ἐμπλουτισμὸς τῆς θερμοκοιτίδος εἰς ἣν εἶναι τοποθετητούμενον τὸ νεογνόν.



ΕΙΚΩΝ 6. Α'. Παροχὴ ὅξυγόνου διὰ χοάνης εἰς πρόσωπον νεογνόν
ἐντὸς κοινοῦ λίκνου. Β'. Περιθαλψις προώφου νεογνοῦ ἐντὸς θερμοκοιτίδος
[Μαιευτήριον «Μαρίκα Ἡλιάδη», δωρεὰ "Ἐλευθερίας Βενιζέλου"]

Συνήθως ἡ χορήγησις ὅξυγόνου εἰς ἀναλογίαν 40 % εἶναι ἐπαρκής. Αὕησις τοῦ ποσοστοῦ μέχρις 80 % διὰ βραχείας περιόδους εἶναι ἀναγκαῖα εἰς ἐντόνως κυανωτικὰ νεογνά. Ἡ μέτρησις τοῦ παρεχομένου ὅξυγόνου ἐπιτυγχάνεται διὸ εἰδικοῦ μετρητοῦ. Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς χορηγήσεως τοῦ ὅξυγόνου δέον νὰ παρακολουθῆται μετὰ προσοχῆς τὸ νεογνὸν ὥστε πᾶσα μεταβολὴ εἰς τὴν κατάστασίν του νὰ γίνῃ ἔγκαιρως ἀντιληπτή. Ἐλλείψει θερμοκοιτίδος ἡ κλειστοῦ χώρου, ἡ χορήγησις τοῦ ὅξυγόνου γίνεται διὰ φι-

νικοῦ καθετῆρος εἴτε διὰ χοάνης, καίτοι αἱ μέθοδοι αὗται δὲν εἶναι τόσον ίκανοποιητικαί. Διὰ τὴν διὰ τοῦ καθετῆρος χορήγησιν δξυγόνου χρησιμοποιεῖται ἐλαστικὸς καθετῆρ γαλλικοῦ τύπου № 10, δστις εἰσάγεται εἰς τὸν ἔνα ρώθωνα τὸ ἄκρον τοῦ δποίου ἀποκόπτεται πρὸς πρόδηψιν ἀποφράξεως τῆς ὅπῆς ἐκ τῶν πλαγίων τοιχωμάτων τοῦ βλεννογόνου τῆς φινός. Ἡ φοὴ τοῦ δξυγόνου φυθμίζεται πρὸ τῆς εἰσαγωγῆς τοῦ καθετῆρος εἰς τὸν ρώθωνα, διὰ τῆς παροχετεύσεως 120 - 150 φυσαλίδων δξυγόνου διὰ τῆς φιάλης ὕδατος κατὰ λεπτόν. Ἡ προσθήκη διοξειδίου τοῦ αἰθρακος κατ ἀναλογίαν 5 - 7 %, καθιστᾶ τὴν ἀναπνοὴν ταχυτέραν καὶ βαθυτέραν. Συζητεῖται δμως ὑπὸ πολλῶν τὸ ἀπαραίτητον τῆς χορηγήσεως διοξειδίου τοῦ ἀνθρακος. Εἰς τὸ ημέτερον ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ "Μαρίκα" Ήλιάδῃ, τμῆμα προώρων, δὲν χορηγοῦμεν διοξείδιον τοῦ ἀνθρακος.

Εἰς τὰς περιπτώσεις προσθυλῆς κυανώσεων, ἐκτὸς τῆς χορηγήσεως δξυγόνου, κατὰ τὰ ἀνωτέρω, ἡ κεφαλὴ τοῦ νεογνοῦ τοποθετεῖται εἰς χαμηλότερον ἐπίπεδον καὶ πρὸς τὴν μίαν πλευρὰν ὥστε νὰ διευκολύνεται ἡ ἀποβολὴ τῶν ἐντὸς τῶν ἀνωτέρω ἀναπνευστικῶν ὅδῶν ύγρῶν, ἐὰν δὲ παρίσταται ἀνάγκη γίνεται ἀφαίρεσις τῶν διαφόρων ύγρῶν ἐκ τοῦ στόματος καὶ τοῦ φάρυγγος δι' ἐλαστικοῦ ἀποστειρωμένου καθετῆρος. Εἰς περιπτώσεις τινὰς εἰς ᾖς παρατηρεῖται εἰσολὴ τῆς γλώσσης καὶ ἐκ τούτου ἀποφραγμένης τῶν ἀεροφόρων ὅδῶν, ἐλκομεν καὶ συγκρατοῦμεν τὴν γλώσσαν πρὸς τὰ ἔξι διὰ λαβίδος. Εἰς βιαυτέρας μορφάς κυανώσεως ὑποβοήθησις τῆς ἀναπνοῆς ἐπιτυγχάνεται διὰ τοποθετήσεως τῆς χειρὸς εἰς τὴν φαριάλαν ἐπιφάνειαν τοῦ θώρακος καὶ λορδώσεως τῆς σπονδυλικῆς στήλης κατὰ κανονικὰ χρονικὰ διαστήματα δεκάκις τὸ πολὺ κατὰ λεπτόν.

Ἡ μέθοδος αὕτη εἶναι λίαν ἀποτελεσματικὴ καὶ ἀκίνδυνος διότι δὲν συνεπάγεται πολλοὺς καὶ βιαίους χειρισμοὺς καὶ ἀποφρύγεται ἡ ἔκθεσις τοῦ νεογνοῦ εἰς τοὺς κινδύνους ψύχεως. Ἐὰν διὰ τῆς ἀτελοῦς ταύτης μεθόδου δὲν ἔχομεν εὐνοϊκὸν ἀποτέλεσμα, τότε ἐπιφέρεται ἡ ὑποβοήθησις τῆς ἀναπνοῆς διὰ φυσικῆς συμπλέσεως τοῦ κιτωτέρου τμήματος τοῦ θώρακος δεκάκις κατὰ λεπτὸν καὶ μετὰ μεγάλης προσοχῆς ἵνα μὴ ἐπιφέρομεν κακώσεις. Εἰς ἀμφοτέρας τὰς περιπτώσεις πρέπει νὰ ἀποφρύγωμεν τοὺς περαιτέρω χειρισμοὺς ἐφ' ὅσον παρατηρηθῇ κίνησις αὐτομάτου ἀναπνοῆς. Τεχνητὴ ἀναπνοὴ μόνον εἰς ἀπολύτως ἀναγκαίας περιπτώσεις δέον νὰ ἐφαρμόζεται. Εὐθὺς ὡς ὑποχωρήσῃ ἡ προσθυλὴ τῆς κυανώσεως πρέπει ν ἀποφρύγεται κάθε ἐνόχλησις τοῦ νεογνοῦ. Ἐκ παραλλήλου πρὸς τ ἀνωτέρω πρέπει νὰ παρακολουθήται ἡ λειτουργία τῆς καρδίας. Ἐὰν παρατηρηθῇ ὅτι οἱ παλμοὶ τῆς καρδίας καθίστανται βραδεῖς ἢ ἀσθενεῖς ἢ ἀκανόνιστοι, πρέπει νὰ χορηγοῦνται καρδιοτονωτικὰ ἀναληπτικά. Ὡς τοιαῦτα χρησιμοποιοῦμεν: ἀδρεναλίνην (1:1000) 1/4 - 1/2 κ. ἐ. δι' ἐνέσεων, νικεταμίδη 25 τοῖς ἐκατὸν (250 mg. εἰς 1 κ.ἐ.) 1/4 - 1/2 ks. δι' ἐνέσεων, λομπελίνη (0,003 gram. εἰς 1 κ.ἐ.) 1/4 - 1/2 κ.ἐ. δι' ἐνέσεων, spr. ammon aromat. διὰ τῆς εἰσπνοῆς ἐπὶ τεμαχίου βάμβακος, κονιάκ 1 - 5 σταγόνες διὰ τοῦ στόματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ IV

Ηὐξημένος κίνδυνος μολύνσεων

‘Ο μέγιστος κίνδυνος τὸν δποῖον ἀντιμετωπίζουν ἄπαντα τὰ νεογνά εἰσερχόμενα εἰς τὸ νέον περιβάλλον, εἶναι αἱ μολύνσεις. ‘Ο κίνδυνος οὗτος προέρχεται ἐκ δύο κυρίων παραγόντων: Πρῶτον τῆς ὑπάρχειας πολλῶν θυρῶν εἰσόδου τῶν μικροοργανισμῶν καὶ δεύτερον τῆς ἐλλείψεως προστατευτικῶν ἀντισωμάτων καὶ τῆς ἵκανότητος τῆς ἐπαρκοῦς παραγωγῆς αὐτῶν. Αἱ κυριώτεροι εἴσοδοι τῶν μικροοργανισμῶν εἶναι:

α) Τὸ δμφαλικὸν τραῦμα ἀπὸ τῆς ἀποκοπῆς τοῦ δμφαλίου λόρου μέχρι τῆς ἐπουλώσεως τοῦ τραύματος τοῦ δμφαλοῦ.

β) Τὸ δέρμα, λόγῳ τῆς εὐαισθήσιας του καὶ τῆς εὐχεροῦς φήξεως τῆς ἐπιδεμίδος καὶ τοῦ εὐκόλου τραυματισμοῦ κατὰ τὸν τοκετὸν ἢ μετ’ αὐτόν.

γ) ‘Ο βλεννογόνος τοῦ στόματος, τοῦ φάρουγγος καὶ τῆς τραχείας ὅστις εὐκόλως τραυματίζεται κατὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῶν βλεννῶν μετὰ τὸν τοκετόν.

δ) Οἱ βρόγχοι καὶ οἱ πνεύμονες οἱ δποῖοι δυνατὸν νὰ μολυνθοῦν διὸ εἰσπνοῆς μολυσμένου ἀέρος ἢ διὸ εἰσοροφήσεως ξένων μεμολυσμένων σωμάτων κατὰ τὸν τοκετὸν ἢ μετ’ αὐτὸν καὶ οἱ δποῖοι προσφέρονται ὡς εὔνοϊκὸν ἔδαφος ἀναπιέζεως τῆς μολύνσεως διότι ὑπάρχει συμφόρησις καὶ παρατεινομένη ἀτελεκτασία περιοχῶν τοῦ πνευμονικοῦ παρεγγύματος λόγῳ τῶν δυσχερειῶν τῆς ἀναπνοῆς.

ε) ‘Ο γαστρεντερικὸς σωλὴν εἰς τὸν δποῖον δυνατὸν νὰ εἰσέλθουν μολυσμένα ξένα σώματα ἢ μεμολυσμένη τροφή.

‘Ως πρὸς τὸν δεύτερον παράγοντα τῆς ἐλλείψεως εἰδίκων ἀντισωμάτων καὶ τῆς ἵκανότητος τῆς παραγωγῆς αὐτῶν, εἶναι γνωστὸν ὅτι διὰ τοῦ πλακοῦντος διέρχονται εἰδίκα ἀντισώματα μερικῶν μολυσματικῶν νόσων τὰ δποῖα δημιουργοῦν παθητικὴν ἀνοσίαν εἰς τὸ νεογνὸν ἥτις ἀνανεουμένη διὰ τοῦ θηλασμοῦ διαφέρει μερικοὺς μῆνας. ‘Η δίοδος ἀντιγόνων διὰ τοῦ πλακοῦντος καὶ ἡ παραγωγὴ ἐνεργοῦ ἀνοσίας διὰ τῆς συνθέσεως ἀντισωμάτων ὑπὸ τοῦ ἐμβρύου ὑφίσταται ἀλλὰ στερεῖται πρακτικῆς σημασίας διὰ τὴν προστασίαν τοῦ νεογνοῦ. Διὰ τοῦτο εἰς ἂς περιπτώσεις νοσεῖ ἡ μήτηρ, διάνατος τοῦ ἐμβρύου εἶναι πιθανότερος ἀπὸ τὴν γέννησιν νεογνοῦ ἔχοντος ἐνεργὸν ἀνοσίαν. Πάνιως, καὶ διὸ ἀφορᾶ τὸν κίνδυνον τῶν μολύνσεων, ἰδιαιτέρας σημασίας εἶναι ἡ προφανῶς μειωμένη ἵκανότης τοῦ νεογνοῦ νὰ παραγάγῃ ἀντισώματα διὰ τὴν ἀντιμειώπισιν τῶν μολύνσεων. ‘Η μειωμένη αὕτη ἵκανότης παραγωγῆς ἀντισωμάτων εἶναι ἀκόμη μικροτέρα εἰς τὰ πρόωρα νεογνὰ τὰ δποῖα σιεροῦνται ώρισμένων ἀνοσοποιητικῶν ἀντισωμάτων διερχομένων διὰ τοῦ πλακοῦντος, λόγῳ τοῦ προώρου τοκετοῦ, ἔνεκεν δὲ τῆς ἀνικανότητος νὰ θηλάσουν στεροῦνται καὶ ἐκείνων τῶν παρεχομένων διὰ τοῦ πύατος καὶ τοῦ γάλακτος. ‘Επίσης τὰ παραγόμενα ἀνοσοποιητικὰ ἀντισώματα εἶναι ὀλιγώτερον ἀποτελεσματικὰ διότι ἡ σύνθεσις τῆς αἱ-

μοσφαιρίνης εἶναι πτωχή, διότι οἱ ἵστοι τοῦ σώματος εἶναι ἀνώριμοι καὶ διότι τὸ σύστημα τῶν ἐνζύμων εἶναι πτωχόν. Τέλος ὑπάρχει ἡλιαττωμένη παραγωγὴ τῶν κοκκοκυττάρων εἰς τὸν μυελὸν τῶν ὅστῶν.

Ἐκ τῶν ἀνωτέρων καθίσταται φανερὸν ὅτι ἡ προφύλαξις ἐκ τῶν μολύνσεων εἶναι μία ἐκ τῶν πρώτων φροντίδων εἰς τὴν περίθαλψιν τοῦ προώρου νεογνοῦ. Ἀπαραίτητος προϋπόθεσις διὰ τὴν κατὰ τὸ δυνατὸν ἀποφυγὴν τῶν μολύνσεων εἶναι ἡ ἔξασφάλισις ἴδιαιτέρου χώρου ἐπαρκοῦς καὶ καταλλήλως διαρρυθμισμένου διὰ τὴν περίθαλψιν τῶν προώρων νεογνῶν.

Ἡ περίθαλψις τῶν προώρων εἰς κοινοὺς θαλάμους μετὰ τῶν πλήρους κυήσεως νεογνῶν δέον νὰ ἀποκλείεται, διότι εἰς περίπτωσιν ἐμφανίσεως νοσηρᾶς καταστάσεως εἰς τι νεογνόν, ἐνῷ τὰ πλήρους κυήσεως δυσκολώτερον νοσοῦν ἥ καὶ ἄν νοσήσουν ἀναλαμβάνουν εὐχερῶς, ἀντιμέτως τὰ πρόωρα εἶναι δύσκολον νὰ ἀποφύγουν τὴν ἐκ τῆς μολύνσεως νόσουν μὲ πιθανὴν συνέπειαν τὴν κακὴν ἔκβασιν. Ὁ προοριζόμενος διὰ τὴν νοσηλείαν τῶν προώρων εἰδικὸς χῶρος δέον νὰ εἶναι ἀπομεμονωμένος ἐκ τῶν ὑπολοίπων χώρων τοῦ μαιευτηρίου πρὸς περιορισμὸν εἰς τὸ ἐλάχιστον τῶν πιθανοτήτων μολύνσεων. Δύο τύποι εἰδικῶν θαλάμων πρὸς περίθαλψιν τῶν προώρων ὑπάρχουν: Ὁ θερμὸς θάλαμος εἰς τὸν δρόπον ἥ θερμοκρασία διατηρεῖται εἰς ἐπίπεδον 27 - 32° Κελσίου ἔνθα τοποθετοῦνται κοινὰ λίκνα καὶ διεργίας θερμαινόμενος θάλαμος εἰς τὸν δρόπον ἥ θερμοκρασία διατηρεῖται εἰς 21° Κελσίου ὅπου τοποθετοῦνται θερμοκοιτίδες.

Ὁ δεύτερος τύπος θαλάμου εἶναι προτιμώτερος διότι παρουσιάζει τὸ πλεονέκτημα τῆς δυνατότητος τῆς ρυθμίσεως τῆς θερμοκρασίας εἰς ἔκαστην θερμοκοιτίδα εἰς τὸ ἀπαιτούμενον ἀναλόγως τῆς περιπτώσεως ἐπίπεδον. Ὅσον μικρότερος δ ἀριθμὸς τῶν νεογνῶν εἰς ἔκαστον θάλαμον καὶ μεγαλύτερος δ ἀναλογῶν ὅγκος δέρος κατὰ νεογνόν, τόσον μικρότερος εἶναι δ ἀνίδυνος μολύνσεων. Θάλαμος περιέχων τέσσαρα ἔως ἕξ λίκνα μὲ ἀναλογίαν χώρου 3-4, 5 μ² κατὰ λίκνον, ἔξασφαλίζει τὰς καταλληλοτέρας συνθήκας νοσηλείας τῶν προώρων νεογνῶν. Ὁ περιορισμὸς τοῦ ἀριθμοῦ τῶν λίκνων καὶ θερμοκοιτίδων κατὰ θάλαμον περιορίζει τὸν ἀριθμὸν τῶν ἀδελφῶν αἱ δροῦται εἰσέρχονται εἰς αὐτὸν πρὸς περίθαλψιν τῶν νεογνῶν καὶ μειώνει τὸν κίνδυνον μολύνσεων. Ἔπιθυμητὸν εἶναι ὅπως τὰ λίκνα διαχωρίζονται διὰ χωρίσματος ὑαλίνου κατὰ τὸ ἄνω μέρος αὐτῶν ὥστε νὰ εἶναι δυνατή ἥ ἔξ οἶνουδή ποτε σημείου τοῦ θαλάμου ἐπίβλεψις ἀπάντων τῶν ἐν αὐτῷ λίκνων. Διὰ τὴν ἀποστείρωσιν τοῦ δέρος δύναται νὰ χρησιμοποιηθῇ ἐγκατάστασις ὑπεριωδῶν ἀκτίνων. Πρόσωρα νεογνά γεννηθήντα ἐκτὸς τοῦ ἰδρύματος, εἰσάγονται εἰς τὸν θάλαμον τῶν προώρων ἐντὸς τοῦ πρώτου 24ώρου μετὰ τὸν τοκετόν, ἄλλως τίθενται εἰς ἀπομόνωσιν ὑπὸ παρατήρησιν πρὸς πρόληψιν μεταδόσεως μολύνσεως εἰς τὰ ἐν τῷ θαλάμῳ πρόωρα νεογνά. Ὁ θάλαμος καὶ ἀπαντα τὰ ἐν αὐτῷ ενθύμισκόμενα ἔπιπλα καὶ ἀντικείμενα δέον νὰ διατηρῶνται ἴδιαικῶς καθαρά. Ἡ ἐπικοινωνία τοῦ θαλάμου μὲ τὸν διάδρομον

γίνεται διὰ προθαλάμου. Τὸ πρὸς τὸν θάλαμον χώρισμα τοῦ προθαλάμου κατὰ τὸ ἄνω μέρος αὐτοῦ εἶναι ὑāλινον ὥστε νὰ καθίσταται δυνατὴ ἡ δι' αὐτοῦ παρακολούθησις τοῦ ἐσωτερικοῦ τοῦ θαλάμου.

Διὰ τοῦ ὑāλίνου τούτου χωρίσματος δύνανται οἱ γονεῖς, τῶν δποίων ἡ εἴσοδος εἰς τὸν θάλαμον ἀπαγορεύεται, νὰ ἔδουν κατὰ τὰς ἐπιτρεπομένας ὥρας τὰ νεογνά των. Τέλος κάθε νεογνὸν παρουσιάζον καὶ τὴν ἐλαχίστην ὑπόνοιαν μολύνσεως, ἀπομονώνεται τάχιστα εἰς τὸν θάλαμον ἀπομονώσεως. Δέον νὰ ἀπαγορεύεται αὐτη̄ηρῶς ἡ εἴσοδος εἰς τὸν θάλαμον οἰσυδήποτε προσώπου πλὴν τοῦ ἀτελοῦντος ὑπηρεσίαν νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ καὶ τοῦ λαρισοῦ. Ἡ εἴσοδος εἰς τὸν θάλαμον καὶ τοῦ προσωπικοῦ τούτου ἀπαγορεύεται ἐφ' ὅσον ἐμφανίζονται κατάφορον ἢ ἄλλην λοιμωξιν. Τὸ νοσηλευτικὸν προσωπικὸν ἐλεφαρχόμενον εἰς τὸν θάλαμον καὶ κατὰ τὴν περίθαλψιν τῶν νεογνῶν, δέον νὰ λαμβάνῃ μετὰ σχολαστικότητος τὰ ἀπαραιτητὰ μέτρα ἀσημάτως. Δέον νὰ φέρῃ προσωπίδα καὶ εἰδικὸν ἐπενδύτην δι' ἔλαστον νεογνὸν καὶ νὰ καταβιάλῃ προσπάθειαν ὥστε νὰ ἀποφένγεται κάθητη περιττὴ ἐπαφὴ μετὰ τοῦ νεογνοῦ. Δέον νὰ πλύνῃ καλῶς τὰς χεῖρας πρὸ πάσης ἐπαφῆς μεθ' ἔλαστου νεογνοῦ. Γενικῶς εἰς τὴν καθ' ὅλην τεχνικὴν τῆς περιθάλψεως τοῦ προώφου νεογνοῦ, ἡ ἀσημψία πρὸς πρόδληψιν τῶν μολύνσεων εἶναι μεγίστης σημασίας. Τὸ νοσηλευτικὸν προσωπικὸν δέον νὰ τηγῇ μετ' ἀκριας ἐντυνειδησίας τοὺς κανόνας τοὺς ἀποβλέποντας εἰς τὴν ἔξισφάλισιν ἀσημάτως εἰς τὸν μέγιστον βαθμὸν καὶ δέον νὰ ἐλέγχεται συστηματικῶς. Οἱ κανόνες οὗτοι ἐκ τῶν δποίων ἔξιφιάται ἡ ὑγεία καὶ ἡ ἔξελιξις τοῦ προώφου νεογνοῦ πρέπει νὰ εἶναι ἀποτελεσματικοί, ἀλλ' ὅσον τὸ δυνατόν ἀτικτικά ὥστε νὰ καθίσταται εὐχερῆς ἡ τιχρότης των, ητις ἐν μεγάλῳ μέτρῳ ἀπόκειται εἰς τὴν εὐ·ρυνήν, ίκανότητα καὶ εὐ·τυνειδησίαν τῆς ἀδελφῆς. Ἐκτὸς τῶν ἀνωτέρω μέτρων τὰ διοῖα λαμβάνονται πρὸς ἔξισφάλισιν ἀσημψίας καὶ πρόδληψιν τῶν μολύνσεων, χορηγοῦμεν προληπτικῶς ἐπὶ 3 ἢ 4 ἡμέρας ἀντιβιωτικά πρὸς ἀναστολὴν ἔξελιξεως τυχιύσης λοιμώξεως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ V

Δυσχέρεια ειαί διατροφῆς

Τὸ ποσὸν τῶν θερμίδων τῶν δποίων βιασικῶς θὰ εἶχον ἀνάγκην τὰ πρόωφα νεογνὰ κατὰ κιλὸν βάρους θὰ ἔδει νὰ εἶναι κατώτερον τῶν τελειομήνων λόγῳ τῆς μειωμένης ἐνεργείας αὐτῶν. Ἐπειδὴ δμως ἀφ' ἐνὸς μὲν ἡ ἀνάπτυξίς των εἶναι κατὰ πολὺ ταχυτέρᾳ τῶν τελειομήνων, ἀφ' ἑτέρου δὲ ἡ ίκανότης ἀφομοιώσεως τῆς παρεχομένης τροφῆς εἶναι χαμηλοτέρα, ἐπαυξάνομεν τὸ ποσὸν τῶν θερμίδων αἵ δποῖαι βιασικῶς θὰ ἀπητοῦντο οὔτως ὥστε κατὰ κιλὸν βάρους σώματος, χορηγοῦμεν περίπου τὰς αὐτὰς θερμίδας ὡς καὶ εἰς τὰ τελειόμηνα ἢ καὶ περισσοτέρας. Ἐξ ἄλλου, ἡ σύνθεσις τῆς χορηγούμενης τροφῆς δέον νὰ εἶναι διάφορος τῆς εἰς τὰ τελειόμενα χορη-

γουμένης, λόγω διαφορᾶς εἰς τὴν σύνθεσιν τῶν ἴστων τοῦ σώματος. Εἰς τὰ πρόσωπα νεογνά, ἔνεκα τῆς ἀποτόμου διακοπῆς τῆς ἐνδουμητρίου ἀναπτύξεως, οἱ ἴστοι τοῦ σώματος συνίστανται, ἐν σχέσει μὲ τὰ τελειόμηνα, κατὰ μεῖζονα ἀναλογίαν, ἔξι ὅδατος καὶ ἐλάσσονα ἐκ λίπους, ἀξιοτούχων συστατικῶν, καλίου, ἀσβέστιου καὶ φωσφόρου. "Ἐκ τοῦ λόγου τούτου προκύπτει ἀνάγκη χρηγγήσεως διαφόρου πινοτικῆς συνθέσεως τροφῆς εἰς τὰ πρόσωπα νεογνά. "Ητοι αὕτη δέοντα νὰ περιέχῃ εἰς μεγαλυτέραν ἀναλογίαν πρωτεῖνας, ὅδατάνθρακας, ἀσβέστιον, κάλιον, φωσφόρον, σίδηρον καὶ βιταμίνας Α+Δ αἱ δποῖαι διὰ τὴν καλλιτέραν ἀπορρόφησιν χρηγοῦνται ὑπὸ μιοφήν ὅδοδιαλυτήν. "Οσον ἀφορᾷ τὰ λίπη, ἡ ἀναλογία δέοντα νὰ είναι μικροτέρα διότι προκαλοῦν πεπτικὰς διαταραχάς. Κατὰ τὴν διατροφήν τῶν προώρων νεογνῶν ἀντιμετωπίζομεν δυσχερείας ὀφειλομένας εἰς τὴν φισιολογικὴν καὶ ἀνατομικὴν ἀνωριμότητα τοῦ πεπτικοῦ συστήματος. Αἱ δυσχέρειαι αὗται συνίστανται:

α) Τὴν ἀσθενῆ ἵκανότητα θηλασμοῦ λόγω ἀδυναμίας τῶν μιῶν τῶν παρειῶν τῆς γλώσσης τῆς ὑπερώας καὶ τῆς ἀτελοῦς ἀναπτύξεως τοῦ νεογνοῦ συστήματος. "Η ἵκανότης θηλασμοῦ δυνατὸν νὰ ἐλλείπῃ παντελῶς εἰς τὰ περισσότερον πρόσωπα νεογνά.

β) Τὸ ἀσθενὲς τοῦ ἀντανακλαστικοῦ τῆς καταπόσεως ἢ τὴν ἔλλειψιν αὐτοῦ καθ' ὀλοκληρίαν εἰς τὰ περισσότερον πρόσωπα νεογνά.

γ) Τὴν ἀτελῆ ἀνάπτυξιν τοῦ καρδιακοῦ σφρυγκτῆρος τοῦ οἰσοφάγου καὶ τὴν σχετικῶς ἰσχυρὰν ἀνάπτυξιν τοῦ σφρυγκτῆρος τοῦ πυλωροῦ. "Ἐκ τούτου ἡ ἀναγωγὴ τῆς τροφῆς είναι συχνή.

δ) Τὴν ἔλλειψιν τοῦ ἀντανακλαστικοῦ τοῦ βηχὸς συνεπείᾳ τοῦ δποίου ὑπάρχει πάντοτε ὁ κίνδυνος τῆς εἰσօροφήσεως εἰς τοὺς βρόγχους τῆς παρεχομένης τροφῆς μὲ σοβαρὰς συνεπείας (κυάνωσις - πνευμονία).

ε) Τὴν μειωμένην ἵκανότητα πέψεως. "Ο βλεννογόνος τοῦ στομάχου τῶν προώρων παρουσιάζει ὀλιγωτέρας πτυχίουσεις, ἡ ἀνάπτυξις τῶν γαστρικῶν ἀδένων καὶ τῶν μυϊκῶν ἵνῶν είναι ἀτελῆς, ἐν σχέσει μὲ τὰ τελειόμηνα, ἡ ἔκκρισις τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ καὶ τῶν πεπτικῶν ἐνζύμων είναι πτωχῇ. Συνεπείᾳ τούτων τὰ πρόσωπα νεογνά εὐκόλως ὑπόκεινται εἰς πεπτικὰς διαταραχάς.

στ) Τὴν ἡλιττωμένην κινητικότητα τοῦ ἐντέρου λόγω ἀσθενοῦς ἀναπτύξεως τοῦ μυϊκοῦ τοιχώματος αὐτοῦ μὲ ἀποτέλεσμα τάσιν πρὸς δυσκοιλιότητα.

ζ) Τὴν ὑπολειτουργίαν τοῦ ἥπατος ἐκδηλουμένην εἰς ἀδυναμίαν ἔκκρισεως τῆς χολερυθρίνης μὲ συνέπειαν προδιάθμεσιν εἰς τὴν ἐμφάνισιν τοῦ ἱκτέρου. "Επίσης τὸ ἡλιττωμένον σάκχαρον εἰς τὸ αἷμα τῶν προώρων ἀποδίδεται εἰς αἴτια ἥπατογενῆ.

Δέοντα νὰ σημειωθῇ ὅτι ἵδιως τὸ λίπος δυσχερῶς ἀπορροφᾶται ἀποβαλλόμενον διὰ τῶν κοπράνων εἰς ἀναλογίαν 30 % περίπου καὶ ἀνω. Πρὸς ἀντιμετώπισιν τῶν ἀνωτέρω δυσχερειῶν κατὰ τὴν διατροφήν τῶν προώρων νεογνῶν ἀπαιτεῖται καλὴ γνῶσις τῆς διατροφῆς τῶν νεογνῶν γενικώτερον καὶ εἰδικώτερον τῶν μεθόδων καὶ τῆς τεχνικῆς τῆς διατροφῆς τοῦ προώ-

ρου νεογνοῦ. Ή καλὴ ἔξέλιξις τοῦ προώρου νεογνοῦ ἔξαρταται μεγάλως ἐκ τῆς καταλήλου διατροφῆς αὐτοῦ κατὰ τὰς πρώτας ἔβδομάδας ή μῆνας τῆς ζωῆς του. Κατὰ τὴν διατροφὴν τοῦ προώρου δέον νὰ καταβάλλεται προσοχὴ δι' ἔκαστον νεογνὸν ὅσον ἀφορᾷ τὸ εἰδος τῆς τροφῆς ή δποία πρέπει νὰ χορηγηθῇ, τὸ ποσὸν τῆς ἀπαιτούμενης ήμερησίως τροφῆς εἰς ὑγρὰ καὶ ή μέθιδος τῆς χορηγήσεως τῆς τροφῆς.

A'. Εἰδος προφῆς

Τὸ μητρικὸν γάλα εἶναι ή φυσικὴ τροφὴ διὰ τὰ νεογνά. Διὰ τὰ πρόωρα τοιαῦτα, λόγῳ τῆς μειωμένης πεπτικῆς ἴκανότητος αὐτῶν καὶ τοῦ ηὗημένου κινδύνου μολύνσεως, τὸ μητρικὸν γάλα ἀποτελεῖ ἴδεωδη τροφὴν καὶ πρέπει νὰ καταβάλλεται κάθε δυνατὴ προσπάθεια διὰ τὴν ἔξασφάλισιν αὐτοῦ. Εἰς τὴν τεχνητὴν διατροφὴν πρέπει νὰ καταφεύγωμεν μόνον ἐὰν δὲν εἶναι δυνατὴ ή διὰ μητρικοῦ γάλακτος διατροφὴ τοῦ προώρου νεογνοῦ. Διὰ τὸν ἐμπλουτισμὸν τοῦ μητρικοῦ γάλακτος εἰς πρωτείνας, προστίθεται εἰς τοῦτο ἀποβούντυρωμένον ή ήμιαποβούντυρωμένον δξυνισθὲν γάλα εἰς ἀναλογίαν ἔνα πρός τοία ἔως τέσσαρα μητρικοῦ γάλακτος. Βραδύτερον τὸ ἀποβούντυρωμένον δξυνισθὲν γάλα ἀντικαθίσταται διὰ πλήρους τοιούτου. Τὸ γάλα τοῦτο παρασκευάζεται δι' ἀναμίξεως ἐνὸς κοχλιαρίου σούπας κονιοποιημένου ἀποβούντυρωμένου ή πλήρους γάλακτος δξυνισμένου μετὰ 60 γραμμάρια βρασμένου κλιαροῦ ὅρτας. Εἰς τὸ μῆγμα δύναται νὰ προστεθοῦν ὅδατάνθρακες ὅπτὸ τὴν μοφὴν τῆς dextromaltose. Εἰς τὰ μεγαλυτέρας ἡλικίας πρόσωρα νεογνὰ δυνάμεθα νὰ χορηγήσωμεν μῆγμα γάλακτος ἐβαπορὲ καὶ μητρικοῦ καὶ ἀναλογίαν ἔνα πρός τοία πρός τὸν σκοπὸν ὅπως ἐπιτίγχωμεν εἰς μικρότερον ὅγκον μῆγμα γάλακτος μὲ πλουσιότερα συστατικά.

B'. Ἀπαιτούμενη ἡμερησίως ποσότης τροφῆς

καὶ μέθοδος χορηγήσεως αὐτῆς

Τὸ ποσὸν τῶν ἀπαιτούμενων ἡμερησίως θερμίδων καὶ ή σύνθεσις τῆς τροφῆς ἔξαρταται ἐκ τῆς ἐκτιμήσεως τῆς καταστάσεως ἐκάστου νεογνοῦ. Κατὰ γενικὸν κανόνα ή τροφὴ πρέπει νὰ εἶναι ἐπαρκὴς διὰ τὴν διατροφὴν τῆς ζωῆς καὶ τὴν ἀποφυγὴν ὑποσιτισμοῦ ἐξ οὗ προκαλεῖται λήθαργος, κυάνωσις, ἀφυδάτωσις καὶ ἀπώλεια βάρους. Ἐξ ἄλλου δικίνδυνος ἐκ τῆς ὑπερσιτίσεως εἶναι μέγιστος. Παρατηρεῖται πολλάκις τάσις ὑπερσιτίσεως τῶν προώρων ἐν τῇ προσπαθείᾳ νὰ ἀποκτήσουν ταῦτα ὅσον τὸ δυνατὸν ταχύτερον βάρος μὲ ἀποτέλεσμα σοβαρὰς διαταραχάς, ὡς μετεωρισμὸν τῆς κοιλίας, κυάνωσιν, ἔμετον καὶ εἰσρόφησιν τῆς τροφῆς, διάρροιαν, ἀφυδάτωσιν, καταβολὴν καὶ ἀπώλειαν βάρους. Η τάσις τῆς ὑπερσιτίσεως τῶν προώρων εἶναι ἀναμφιβόλως εἰς ἐκ τῶν σημαντικωτέρων συντελεστῶν θνητιμότητος καὶ νοσηρότητος αὐτῶν κατὰ τὰς πρώτας τρεῖς ἔως ἑξ ἔβδομάδας τῆς ζωῆς των. Η ἀνάτησις τοῦ ἀρχικοῦ βάρους εἰς τὰ πρόωρα συντελεῖται βραδύτερον ή εἰς τὰ τελείωμα. Εἰς τὰ μέσου βάρους τὸ κατὰ τὴν γέννησιν βά-

ρος άνακταται μετά 15θήμερον περίπου, εἰς τὰ μικροτέρου δὲ βάρους ἔτι βραδύτερον.

Κατὰ τὴν διατριφὴν τοῦ προώρου νεογνοῦ εἶναι οὐσιῶδες ὅπως ἡ ποσότης τῆς χορηγούμενης τροφῆς εἶναι τοιαύτη, ὥστε τὰ ἔντερα καὶ λοιπὰ πεπτικὰ ὅργανα ἀτινα εἶναι ἀνώριμα νὰ δύνανται νὰ ἀνεχθοῦν ταύτην. Τοῦτο δύναται νὰ ἐπιτειχῇ διὰ τῆς ἐνάρξεως διατριφῆς δι' ἐλαχίστων ποσοτήτων, χορηγούμενων ἀνὰ βραχέα χρονικὰ διαστήματα (δίωρα). Μικρὸν κατὰ μικρὸν σὺν τῇ ἀναπτύξει τοῦ προώρου αὐξάνεται ἡ ποσότης τῆς παρεχομένης κατὰ γεῦμα τροφῆς καὶ ἐπιμηκύνονται τὰ μεταξὺ τῶν γειμάτων χρονικὰ διαστήματα ὥστε ἐκ τῶν ἔνδεκα γειμάτων φθάνομεν εἰς τὰ δικτὸν ἡμερησίως. Ο περιορισμὸς τῆς παρεχομένης τροφῆς εἰς τὴν μικροτέραν δυνατὴν ποσότητα διὰ τῆς δροσίας ὅμως ἐπιτυγχάνεται αὐξῆσης τοῦ βάρους, ἐπιφέρει τὰ καλλίτερα ἀποτελέσματα, ὅσον ἀφορᾷ τὴν γενικὴν κατάστασιν καὶ ἔξελιξιν τοῦ προώρου νεογνοῦ.

Ἡ σίτισις δέοντα νὰ ἀρχίζῃ εἰς τὰ μέσου μὲν βάρους πρόσωρα νεογνά μετὰ παρέλευσιν εἰκοσιτεσσάρων ὥρων, εἰς τὰ μικροτέρου δὲ βάρους μετὰ παρέλευσιν 24 ἔως 48 ὥρων ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ, ἐνίστε δὲ καὶ 72 ὥρων μετὰ τοῦτον. Κατὰ τὸ διάστημα τοῦτο πρὸς ἀποφυγὴν ἀφυδατώσεως δυνατὸν νὰ χορηγηθῇ ὑποδοσίεως φυσιολογικὸς ὅρδος ἄπαξ ἔως τρεῖς κατὰ 24ωρον εἰς ποσότητα ἕκαστοις 8 - 12 κ. ἔ. διὰ τὰ μικροῦ βάρους καὶ 15 - 20 κ. ἔ. διὰ τὰ μεγαλυτέρου βάρους πρόσωρα νεογνά. Ἡ ἀντίθετος ἀγωγὴ τῆς ἐνάρξεως τούτεστιν τῆς σιτίσεως ἐνωρίτερον τῶν ἀνωτέρω χρονικῶν ὅρων ἦτις συχνὰ παρατηρεῖται καὶ δικαιολογεῖται ὡς ἐκ τῆς ἐπιθυμίας νὰ ἀποκτήσῃ ταχύτερον βάρος τὸ πρόωρον νεογνόν, εἶναι ἐπικινδυνος διότι δύναται νὰ προκαλέσῃ πνευμονίαν ἢ εἰσροφήσεως. **Ἡ διατήρησις εἰς τὴν ζωὴν τοῦ προώρου προέχει τῆς ταχείας ἀνακτήσεως βάρους.**

Ο J. Hess εἰς τὰ διὰ μητρικοῦ γάλακτος τρεφόμενα πρόσωρα νεογνά ὑπολογίζει τὸ ποσὸν τῆς ἀπαίτουμενης τροφῆς ἐπὶ θερμιδικῆς βάσεως. Κατὰ τὸν ἵδιον, τὸ πρόωρον νεογνὸν ἔχει ἀνάγκην συνήθως 60 - 100 θερμίδων ἡμερησίως κατὰ κιλὸν ἵνα ἡ καμπύλη τοῦ βάρους ἀνέρχεται. Ἐπίσης δὲν κρίνει ἀναγκαίαν τὴν χορήγησιν ἀνω τῶν 100 θερμίδων ἡμερησίως κατὰ κιλὸν βάρους πρὸ τοῦ τὸ πρόωρον συμπληρώση τὸν πρῶτον μῆνα τῆς ήλικίας του. Ὑπολογίζει δὲ τὸ μέσου βάρους πρόωρον νεογνὸν ἔχει ἀνάγκην 80 θερμίδων ἡμερησίως κατὰ κιλὸν βάρους, δὲν αὐξάνει δὲ ἀμέσως τὸ ποσὸν τοῦτο, ἔστω καὶ ἀν τὸ βάρος παραμένει στάσιμον ἐπὶ δύο ἔως τρεῖς ημέρας, διότι ἡ καμπύλη τοῦ βάρους δὲν εἶναι τὸ μόνον κριτήριον τῆς προόδου τοῦ νεογνοῦ, ἀλλὰ πρέπει νὰ λαμβάνωνται ὑπὸ ὅψιν ἡ παρουσία ἢ ἀπουσία ἐμέτων καὶ διαρροίας. Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας μετὰ χορήγησιν ἐπὶ δύο ἢ τρεῖς ημέρας τοῦ αὐτοῦ ποσοῦ θερμίδων ἀρχεται ἵκανοποιητικὴ ἄνοδος τῆς καμπύλης τοῦ βάρους.

Καὶ αἱ ἡμέτεραι παρατηρήσεις συμπίπτουν πρὸς τὰς τοῦ Hess, ὅσον ἀφορᾷ τὸ ποσὸν τῶν ἀπαίτουμενων θερμίδων καὶ τὴν τηρητέαν ἀγωγὴν

διατροφῆς, δι' ᾧς ἀποφεύγεται ὁ ὑπερσιτισμὸς καὶ αἱ ἔξ αὐτοῦ δυσάρεστοι συνέπειαι καὶ ἐπιτυγχάνεται σταθερὰ καὶ ἀσφαλῆς ἄνοδος τοῦ βάρους. Αἱ ποσότητες τροφῆς καὶ τὰ χρονικὰ διαστήματα καθ' ἄπαντα παρέχομεν ταύτην εἰς τὰ πρόωρα νεογνά, δύνανται νὰ συστηματοποιηθοῦν γενικῶς ὡς κάτιμθι, ἀναλόγως τοῦ κατὰ τὴν γέννησιν βάρους τοῦ σώματος:

α) Νεογνὰ βάρους σώματος κάτω τῶν 1000 γραμμάριων

Εἰς τὰ νεογνὰ ταῦτα δὲν χορηγοῦμεν τροφὴν ᾧ ὕδωρ ἐπὶ 48 ἔως 72 ὥρας. Κατὰ τὸ 2ον 24ωρον δυνατὸν νὰ χορηγηθῇ ὑποδιορείως φυσιολογικὸς δρός εἰς ποσότητα 8 - 12 κ.ἔ. ἅπαξ ἦ δίς. Μετὰ τὴν πάροδον 48 ἔως 72 ὥρῶν ἀρχεται ἡ χορηγησις γάλακτος μητρικοῦ εἰ δυνατὸν κατὰ κανόνα διὰ καθετῆρος, καθ' ὅσον τὰ νεογνὰ ταῦτα στεροῦνται τῆς ἵκανότητος θηλασμοῦ, συνήθως δὲ καὶ τῆς καταπόσεως. Ἡ χορηγουμένη ποσότης γάλακτος περιέχουσα καὶ μικρὸν ποσὸν ὕδατος ἦ φυσιολογικοῦ δροῦ, ἀνέρχεται εἰς 25 γραμ. περίπου κατὰ τὴν πρώτην ἡμέραν μετὰ τὴν πάροδον τῆς περιόδου νηστείας, χορηγεῖται δὲ εἰς τέσσαρα ἔως ἔξ γεύματα ἀνὰ βωρᾶ ἦ 4ωρα χρονικὰ διαστήματα ἵνα ἀποφεύγεται ἡ συγκὴν ἐνόχλησις τοῦ καθετηριασμοῦ καὶ οἱ ἔξ αὐτοῦ κίνδυνοι. Ἡ μέθοδος τῆς διὰ καθετῆρος χορηγήσεως τῆς τροφῆς συνδεομένη μὲ πολλοὺς κινδύνους, δέον νὰ χοησιμοποιηθεῖται μόνον εἰς ἃς περιπτώσεις δὲν καθίσταται δυνατὴ ἡ διὰ σταγονομέτρου σίτισις. Κατὰ συνέπειαν ἐνδείκνυνται ὡς ἡ μόνη μέθοδος χορηγήσεως τῆς τροφῆς ἐὰν τὸ πρόωρον νεογνὸν στεροῦται τῆς ἵκανότητος θηλασμοῦ καὶ καταπόσεως ἦ ἐμφανίζει προσβολὰς κυανώσεως κατὰ τὴν διὰ σταγονομέτρου σίτισιν. Ἐπίσης ἡ μέθοδος αὕτη χρησιμοποιεῖται εἰς τὰ ἀσθενῆ νεογνὰ πρὸς ἀποφυγὴν καταπονήσεώς των ὡς καὶ διὰ τὴν χορηγήσιν συμπληρωματικῆς τροφῆς εἰς νεογνὰ τὰ δποῖα δὲν δύνανται νὰ λάβουν ἐπαρκῆ τροφὴν διὰ τοῦ σταγονομέτρου ἦ τοῦ θηλάστρου. Ἐφ' ὅσον ὅμως καταφεύγουμεν εἰς τὴν μέθοδον ταύτην σιτίσεως δέον νὰ καταβάλλομεν μεγάλην προσοχὴν πρὸς ἀποφυγὴν τῶν κινδύνων οἱ δποῖοι συνδέονται μετ' αὐτῆς. Τὸ γεῦμα δέον νὰ χορηγῆται βραδέως δι' ὅ πρέπει νὰ διοχετεύεται διὰ τοῦ καθετῆρος διὰ τοῦ ἰδίου αὐτοῦ βάρους. Τοῦτο ἐπιτυγχάνεται διὰ τῆς προσαρμογῆς εἰς τὸ ἄνω ἄκρον τοῦ καθετῆρος μικροῦ ὑαλίνου σωλῆνος ἷ σύψιγγος διὰ τῆς δποίας καὶ παρακολουθεῖται ἡ κάθιδος τοῦ γάλακτος.

Εἰς ἐκ τῶν μεγαλυτέρων κινδύνων εἶναι ὁ τῆς εἰσροφήσεως τῆς τροφῆς εἰς τὰς ἀναπνευστικὰς ὅδοὺς μὲ τὰς γνωστὰς συνεπείας. Ὁ κίνδυνος οὗτος ἀποφεύγεται διὰ τῆς ἀνυψώσεως τοῦ ἄνω μέρους τοῦ λίκνου κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς χορηγήσεως τοῦ γεύματος καὶ ἐπὶ 15 λεπτὰ τοῦλάχιστον μετὰ τὸ πέρας αὐτοῦ καὶ ἐν συνεχείᾳ τοποθετήσεως τοῦ νεογνοῦ ἐπὶ τῆς δεξιᾶς αὐτοῦ πλευρᾶς. Προσοχὴ ἐπίσης δέον νὰ καταβάλλεται κατὰ τὴν ἔξαγωγὴν τοῦ καθετῆρος, ἥτις πρέπει νὰ πραγματοποιηται ἐν λεπτὸν τοῦλάχιστον μετὰ τὸ πέρας τοῦ γεύματος, βραδέως καὶ ἀφοῦ συμπιεσθῇ καλῶς οὗτος εἰς τὸ ἄνω μέρος αὐτοῦ. Οὕτως ἀποφεύγεται ὁ κίνδυνος τῆς ἐκροής

τοῦ ἐντὸς τοῦ καθετῆρος ἀπομείναντος γάλακτος εἰς τὸν λάρυγγα καὶ τῆς εἰσοδοῆς αὐτοῦ εἰς τὸν πνεύμονας.

Αἱ ἐνοχλήσεις καὶ οἱ κίνδυνοι τῆς εἰς καθαστὸν γεῦμα εἰσαγωγῆς καὶ τῆς ἔξαγωγῆς τοῦ καθετῆρος περιορίζονται διὰ τῆς χρησιμοποιήσεως μονίμου καθετῆρος ἐκ πλαστικῆς ὑλῆς λεπτοῦ διαμετρῷματος (πολυεθυλέν) ὅμοίου πρὸς τὸν χρησιμοποιούμενον διὰ τὰς ἀφαιμαξομεταγγίσεις διὰ τῆς ὁμφαλικῆς φλεβός. Οἱ καθετὴροι οὗτοι εἰσάγεται διὰ τοῦ φράγματος, σταθεροποιεῖται διὰ ταινίας λευκοπλάστου καὶ παραμένει ἐπὶ ἡμέρας. Διὰ τῆς μεθόδου ταύτης ἐπιτυγχάνεται μείωσις τοῦ κινδύνου τραυματισμοῦ καὶ ἀποφεύγεται ἡ ἐνόχλησις τοῦ νεογνοῦ ἐκ τῶν συχνῶν καθετηριασμῶν. Ἐπίσης μειοῦνται ὁ κίνδυνος εἰσροφήσεως τῆς τροφῆς εἰς τὸν πνεύμονας καὶ ἔξασφαλίζεται ἡ δυνατότης τῆς εὐχεροῦς χορηγήσεως τοῦ γάλακτος καὶ τῶν ὑγρῶν κατὰ τὰ ἀπαιτούμενα χρονικὰ διαστήματα. Ἡ μέθοδος αὕτη ἔχοντιμοποιήθη ἐσχάτισε διὰ πρώτην φορὰν εἰς τὸ τμῆμα προώρων νεογνῶν τοῦ Cincinnati (Ohio) General Hospital, ἔφαρμόζεται δὲ ἥδη καὶ παρ’ ἡμῖν.

Ἡ ἀνωτέρω ἀναφερθεῖσα ποσότης γάλακτος αὐξάνεται βαθμιαίως εἰς 50 περίπου γραμ. τὴν τετάρτην ἡμέραν ἀπὸ τῆς γεννήσεως, εἰς 90 περίπου γραμ. τὴν ἑβδόμην, εἰς 120 περίπου γραμ. τὴν δεκάτην καὶ εἰς 135 γραμ. τὴν 14ην ἡμέραν. Μετὰ τὴν 3ην ἥ 4ην ἡμέραν δύναται νὰ χορηγῶνται κατὰ τὰ μεταξὺ τῶν γευμάτων χρονικὰ διαστήματα σταγόνες σακχαρούχου δροῦ ἥ ἔλαφροῦ τεύνου. Ἐφ’ ὅσον τὸ νεογνὸν εἴτε ἔξι ἀρχῆς ἔχει, εἴτε βραδύτερον ἀποκτᾷ τὴν ἵκανότητα τῆς καταπόσεως, ἡ τροφὴ χορηγεῖται διὰ σταγονομέτρου, εἰς τὴν περίπτεων ὅμως ταύτην ἥ χορήγησις τῆς τροφῆς γίνεται ἀνὰ συχνότερα χρονικὰ διαστήματα δίωρα ἥ τριώρια περιοδιούμενης τῆς ἕκαστοτε χορηγούμενης ποσότητος, ἵνα ἀποφεύγεται ἡ καταπόνησις καὶ ἔξαντλησις τοῦ νεογνοῦ εἰς τὴν προσπάθειαν τῆς λήψεως μεγάλων γευμάτων.

β) Νεογνὰ βάρους σώματος 1000–1500 γραμμαρίων

Εἰς τὰ νεογνὰ τῆς κατηγορίας ταύτης δὲν χορηγεῖται τροφὴ καὶ ὑδωρ ἐπὶ 24 ἔως 48 ὥρας ἀπὸ τῆς γεννήσεως των. Μετὰ τὴν πάροδον τοῦ 1ου 24ώρου δυνατὸν νὰ παρέχεται φυσιολογικὸς δρὸς ὑποδορείως εἰς ποσότητα 10·20 κ.ἔ. καὶ νὰ ἀρχηται ἡ χορήγησις γάλακτος. Ἡ χορηγούμενη ποσότης γάλακτος ἀνέρχεται εἰς 35 περίπου γραμ. κατὰ τὴν δευτέραν ἡμέραν ἀπὸ τῆς γεννήσεως, εἰς 70 περίπου γραμ. τὴν τετάρτην ἡμέραν, εἰς 110 περίπου γραμ. τὴν ἑβδόμην, εἰς 155 γραμ. περίπου τὴν δεκάτην ἡμέραν καὶ εἰς 180 τὴν δεκάτην τετάρτην ἡμέραν. Ἡ τροφὴ χορηγεῖται ἀνὰ 2ωρα ἥ 3ωρα χρονικὰ διαστήματα διὰ σταγονομέτρου. Κατὰ τὰ μεταξὺ τῶν γευμάτων διαστήματα χορηγεῖται ὑδωρ καὶ ἀραιὸν τεύνου. Ἐφ’ ὅσον ἡ ἵκανότης τοῦ νεογνοῦ πρὸς θηλασμὸν ἀναπτύσσεται ἀρχεται ἡ χορήγησις τοῦ γάλακτος καὶ τῶν ὑγρῶν δι’ εἰδικοῦ θηλάστρου μετὰ μικρᾶς θηλῆς.

γ) Νεογνά βάρους σώματος 1500–2000 γραμμαρίων

Εἰς τὰ νεογνά τῆς κατηγορίας ταύτης δὲν χωρηγεῖται τροφή ή υδωρ ἐπὶ 12 ἔως 24 ὥρας ἀπὸ τῆς γεννήσεως. Μετὰ ταῦτα ἀρχεται ἡ χωρήγησις τροφῆς διὰ θηλάστρου ἀνὰ τρίαδαν. Ἡ ποσότης τῆς χωρηγουμένης τροφῆς ἀνέρχεται εἰς 60 περίπου γραμμάρια κατὰ τὴν δευτέραν ἡμέραν, εἰς 100 περίπου γραμμάρια τὴν τετάρτην ἡμέραν, εἰς 155 γραμ. τὴν ἑβδόμην ἡμέραν, εἰς 210 γραμ. περίπου τὴν δεκάτην καὶ 250 περίπου τὴν δεκάτην τετάρτην ἡμέραν. Κατὰ τὰ μεσοδιαστήματα τῶν γευμάτων παρέχεται υδωρ ή ἀραιὸν τέτοιον. Εἰς τὰ νεογνά τῆς κατηγορίας ταύτης δοκιμάζεται ἡ ίκανότης των πρόσθιων εἰς τὸν μητρικὸν μαστὸν δλίγας ἡμέρας μετὰ τὴν γέννησιν πρὸς βαθμιαίαν καὶ προοδευτικὴν ἔξοικεώσιν αὐτοῦ εἰς τὸν τρόπον τοῦτον τῆς λήψεως τῆς τροφῆς.

δ) Νεογνά βάρους 2000–2500 γραμμαρίων

Καὶ εἰς τὰ νεογνά τῆς κατηγορίας ταύτης ἡ χορήγησις τροφῆς ἀρχεται μετὰ τὴν πάροδον 12 ὥρῶν ἀπὸ τῆς γεννήσεως. Ἡ τροφὴ χορηγεῖται διὰ θηλαστρου ἢ καὶ διὰ θηλασμοῦ ἀπ' εὐθείας εἰς τὸν μητρικὸν μαστόν, ἐὰν ἡ κατάστασις τοῦ νεογνοῦ ἐπιτρέπῃ τοῦτο, ἀκόμη καὶ κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας ἀπὸ τῆς γεννήσεως. Ἡ ποσότης τῆς τροφῆς ἡτις παρέχεται, ἀνέρχεται εἰς 80 γραμ. περίπου κατὰ τὴν δευτέραν ἡμέραν ἀπὸ τῆς γεννήσεως, εἰς 130 γραμ. περίπου τὴν τετάρτην ἡμέραν, εἰς 200 περίπου γραμ. τὴν ἔβδομην, εἰς 275 περίπου τὴν δεκάτην καὶ εἰς 330 περίπου γραμ. τὴν δεκάτην τετάρτην ἡμέραν. Εἰς τὰ μεταξὺ τῶν γενυμάτων χρονικὰ διαστήματα χορηγεῖται ὑδωρ ἢ ἀραιὸν τέτιον. Ἡ ποσότης τῶν χορηγουμένων ὑγρῶν ὕδατος καὶ ἀραιοῦ τετίου κατὰ τὰ μεσοδιαστήματα τῶν γενυμάτων ποικίλει ἀναλόγως τοῦ βάρους τοῦ νεογνοῦ. Κατὰ τὸν Hess ἐφ' ὅσον τὸ νεογνὸν δύναται νὰ λαμβάνῃ ὑδωρ ἢ ἀραιὸν τέτιον, δέον νὰ χορηγοῦνται εἰς αὐτὸ τὰ κάτεῳ ποσὰ μεταξὺ τῶν γενυμάτων :

<i>Βάρος σώματος</i>		<i>Ποσόν ύδατος ή τείνου</i>
Κάτω τῶν 1000	γραμ.	1—3 κ. ἑκ.
1000—1050	"	4 "
1050—1100	"	5 "
1100—1150	"	6 "
1150—1200	"	7 "
1200—1500	"	8 "
1500—1700	"	10 "
1700—1800	"	12 "
Άνω τῶν 1800	"	15 "

Θὰ ἔδει νὰ τονισθῇ ἴδιαιτέρως ὅτι τὸ ἀνωτέρῳ ἐκτεθέντα περὶ διατροφῆς τοῦ προώρου νεογονοῦ ἀποτελοῦν ἔνα γενικὸν δῆμηδὸν διατροφῆς, ὃστις

πάντως δέον νὰ ἔξατομικεύεται καὶ νὰ προσαρμόζεται εἰς ἑκάστην περίπτωσιν ἀναλόγως τῶν ἀναγκῶν τοῦ ἑκάστοτε νεογνοῦ. Ἡ διατροφὴ ἐνδέχεται νὰ μεταβάλλεται οὐχὶ μόνον ἀπὸ ἡμέρας εἰς ἡμέραν ἀλλ’ ἐνίστε καὶ ἀπὸ γεύματος εἰς γεῦμα.

Γ'. *Τεχνητὴ διατροφὴ*

Ἐὰν παρὰ πᾶσαν προσπάθειαν δὲν καθίσταται δυνατὴ ἡ διατροφὴ τοῦ προώρου νεογνοῦ διὰ μητρικοῦ γάλακτος, τότε καὶ⁷ ἀνάγκην καταφεύγομεν εἰς τὴν τεχνητὴν διατροφὴν αὐτοῦ. Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην χοησιμοποιεῖται γάλα ἀγελάδος φυσικὸν ἢ συντετρομένον ὑπὸ διαφόρους μօρφας (ἀφιδατωμένον, συμπεπυκνωμένον, κονιοποιημένον, πλῆρες, ἀποβούτυρωμένον ἢ ἡμιαποβούτυρωμένον, δξυνισμένον κλπ.). Ἐπειδὴ ἡ πεπτικὴ ἴκανότης τοῦ προώρου νεογνοῦ εἶναι, ὡς ἐλέχθη, μειωμένη καὶ ἡ πέψις τοῦ γάλακτος ἀγελάδος εἶναι δυσχερεστέρα ἢ τοῦ μητρικοῦ, τὰ διατρεφόμενα τεχνητῶς πρόσωρα πρέπει νὰ παρακολουθοῦνται μετὰ μεγαλυτέρας προσοχῆς διὸ τὴν ἔγκαιρον διαπίστωσιν πεπτικῆς διαταραχῆς καὶ ἐμέτων, διαρροίας, δυσκοιλιότητος, μετεωρισμοῦ τῆς κοιλίας πρὸς πρόληψιν σοβαρῶν συνεπειῶν. Ἐπὶ τῇ ἐμφανίσει τῆς μικροτέρας πεπτικῆς διαταραχῆς, ἡ ὑπεύθυνος ἀδελφὴ δέον νὰ διακόπῃ τὴν χορήγησιν γάλακτος καὶ νὰ παρέχῃ βρασμένον ὕδωρ μέχρις ὅτου δὲ λατρὸς καθορίσῃ τὴν περαιτέρω ἀγωγήν. Λόγῳ τῆς δυσχερεστέρας πέψεως τοῦ γάλακτος ἀγελάδος, τοῦτο παρέχεται εἰς μικρότερα γεύματα μὲ σχετικῶς ἡλαττωμένον τὸ ποσὸν τῶν θερμίδων καὶ κατὰ συνέπειαν τὸ βάρος τῶν τεχνητῶς διατρεφομένων προώρων νεογνῶν δὲν ἀνέρχεται τόσον ταχέως ὥσπερ εἰς τὰ φυσικῶς διατρεφόμενα πρόσωρα νεογνά. Ἐν προκειμένῳ δέον νὰ τονισθῇ ὅτι δὲ κίνδυνος ἔκ τῆς τάσεως τῆς ὑπερσιτίσεως τῶν προώρων εἶναι ἔτι μεγαλύτερος εἰς τὰ τεχνητῶς διατρεφόμενα νεογνά.

Ἴδιαιτέρως δέον νὰ ὑπογραμμίσωμεν ὅτι πρέπει ν⁷ ἀποφεύγωνται συχνὰ αἱ μὴ ἀπαραίτητοι ἀλλαγαὶ τοῦ τύπου τοῦ χοησιμοποιουμένου γάλακτος καθ⁷ ὥσπερ αἱ τοιαῦται μεταβολαὶ δὲν γίνονται καλῶς ἀνεκταί. Διὰ τοῦτο, ἐὰν εἶναι δυνατὸν, ἀντὶ τῆς ἀλλαγῆς τοῦ τύπου εἶναι προτιμητέα ἡ συνέχισις τῆς διατροφῆς διὰ τοῦ ἰδίου τύπου γάλακος ὑπὸ ἀραιωτέραν ἢ πυκνωτέραν ἀναλόγως διάλυσιν, ἐμπλουτισμὸν μὲ δλιγάτερον ἢ περισσότερον σάκχαρον ἢ χοησιμοποίησιν τοῦ ἀποβούτυρωμένου ἢ ἡμιαποβούτυρωμένου γάλακτος τοῦ αὐτοῦ τύπου. Ἐὰν δημοσίευσις παρίσταται ἀνάγκη νὰ ἀλλάξωμεν τὸ είδος τοῦ χοησιμοποιουμένου γάλακος τότε ἡ μετάβασις εἰς τὸν νέον τύπον πρέπει νὰ εἴναι βιθμιαία.

Κατὰ τὸν Hesse ἐὰν χοησιμοποιεῖται ὡς βάσις τῆς διατροφῆς γάλα ἀγελάδος ἢ καταλληλοτέρα παρασκευὴ αὐτοῦ εἶναι ἡ κατωτέρω ἀποδίδουσα 675 περίπον θερμίδας κατὰ 1000 κ. ἑκ.

Πλήρες γάλα	700 κ. ἑκ.	=	465 θερμίδες
Ζάκχαρις	50 γραμ.	=	210 "
"Υδωρ	300 κ. ἑκ.	=	0 "
	1,000		675 "

Διὰ τὰ μικροτέρους βάρους πρόσωρα χρησιμοποιεῖται ἀραιοτέρα διάλυσις. Κατὰ τὸν ἕδιον τὰς πρώτας ἔπιτάς ἡμέρας ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ αἱ χρηγούμεναι ποσότητες τῆς ἀνωτέρω συνθέσεως ἔχουσιν ὅς κατατέρω.

Βάρος σώματος

Ημέραι	1250—1500 γρ.	1500—1850 γρ.	1850—2500 γρ.
2	20—40	40—64	64—80
3	64—96	96—128	128—192
4	80—104	104—136	136—216
5	96—120	128—144	152—232
6	96—136	136—176	168—248
7	104—152	144—192	184—264

Τὰ ἀνωτέρω ποσὰ πρέπει νὰ θεωροῦνται ὡς δοκιμαστικὰ καὶ νὰ προσαρμόζωνται ἀναλόγως τῆς γενικῆς καταστάσεως ἐκάστου νεογνοῦ.

Τὴν 8ην ἡμέραν ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ τὸ ποσὸν τοῦ χρηγούμενου γάλακτος κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ 24ώρου εἶναι τὸ 1/10 περίπου τοῦ βάρους σώματος τοῦ νεογνοῦ. Τὸ ποσὸν τοῦτο αὐξάνεται βαθμιαίως ἀπὸ 1—2 κ. ἑκ. κατὰ γεῦμα διὰ τὰς ἔπομένας 10 ἡμέρας, οὕτως ὥστε συνήθως κατὰ τὴν 10—15 ἡμέραν λαμβάνουν κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ 24ώρου ποσὸν γάλακτος ἵσον πρὸς τὸ ἔν δύον τοῦ βάρους σώματός των. Κατὰ τὰ ἐνδιάμεσα χρονικὰ διαστήματα τῶν ἡμερησίων γευμάτων χρηγεῖται ὑδωρ βρασμένον ἢ ἀφαίδην τέινον τετράκις εἰς ποσότητα 10—15 κ. ἑκ.

Ο Powers ἔχει χρησιμοποιήσει ἐπιτυχῶς διάλυσιν 70 γρ. κονιοποιημένου αὐλήρους γάλακτος, 50 γρ. κονιοποιημένου ἀποβυστινθωμένου γάλακτος, 100 γρ. δεξιφιμαλτόζης καὶ ὑδωρ μέχρι συμπληρώσεως 1000 γρ. Η διάλυσις αὕτη εἶναι τροφὴ σχετικῶς πλουσία εἰς πρωτεΐνια, διαιτιώνθρακας καὶ ἄλατα καὶ πτωχὴ εἰς λίπος. Τὸ ποσοστὸν εἰς πρωτεΐνια, λακτοζην προστεθέντων διαιτανθράκων καὶ λίπους πρὸς τὸ σύνολον τῶν θερμίδων εἶναι ἀντιστοίχως 16%, 20%, 46% καὶ 18%. Ωσάρως χρηγεῖ ἡ πατατὰ σκενύσματα καὶ βιταμίνιας.

Εἰς τὸ ἡμέτερον ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ «Μαρίκα Ἡλιάδη» Τμῆμα προώρων ἔνεκεν τῆς εὐχερεστέραις ἔξευρέσεως μητρικοῦ γάλακτος χρηγούμενον τοιοῦτον εἰς ἀπαντά σχεδὸν τὰ πρόσωρα νεογνὰ κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας, εἰς δὲ τὰ μικροῦ βάρους μέχρις οὐ ἡ ἔξελιξίς των φθάση εἰς ἴκανοποιητικὸν σημεῖον. Ἐὰν παραστῇ ἀνάγκη συμπληρωματικῆς διατροφῆς ἢ καὶ ἐξ δλοκλήρου τεχνητῆς διατροφῆς χρησιμοποιοῦμεν ἡμιαποβυστυρωμένα κονιοποιημένα γάλακτα. Κατὰ προτίμησιν χρηγοῦμεν γάλα Olac τοῦ ὅποιου τὸ λίπος γίνεται καλῶς ἀνεκτὸν ὑπὸ τῶν προώρων νεογνῶν.

Δ'. Βιταμίναι καὶ ἀλατα

Εἰς ἄπαντα τὰ πρόσωρα νεογνά εἴτε διατρέφονται φυσικῶς εἴτε τεχνη-
τῶς πρέπει νὰ χορηγοῦνται ἐπιπροσθέτως βιταμίναι ὡς καὶ ἐπαρκής ποσό-
της ἀλάτων τῶν δποίων ἔχουν ἀνάγκην λόγῳ ἀφ' ἐνὸς τῶν ἀνεπαρκῶν ἀπο-
θεμάτων κατὰ τὴν γέννησιν καὶ τῆς οραγδαίας ἀφ' ἐτέρου ἀναπτύξεως αὐ-
τῶν μετὰ τὴν γέννησιν.

Βιταμίνη Κ χορηγεῖται εὐθὺς μετὰ τὸν τοκετὸν δι' ἐνέσεως ἄπαξ εἰς
ποσότητα 2—4 χιλιοστογράμμων πρὸς πρόληψιν αἰμορραγιῶν εἰς ἣς ὑπό-
κεινται ίδιαιτέρως τὰ πρόσωρα νεογνά.

*Ἐφ' ὅσον παρίσταται ἀνάγκη ἐπαναλαμβάνεται ἡ δόσις τὴν ἐπομένην
ἢ μεθεπομένην.

Βιταμίνη C χορηγεῖται καθημερινῶς ἀπὸ τῆς τρίτης ἡμέρας εἰς ποσό-
τητα 12,5 mg. ἡμερησίως, τὴν δποίαν αὐξάνομεν καθημερινῶς ὥστε τὴν
ἔβδομην ἡμέραν φθάνομεν τὴν ποσότητα τῶν 50 mg. ἡμερησίως.

Τῆς βιταμίνης ταύτης ἔχει ίδιαιτέρων ἀνάγκην τὸ πρόσωρον νεογνὸν
διὰ τὸν μεταβολισμὸν τῶν πρωτεΐνῶν καὶ τὴν προστασίαν ἀπὸ τῶν λοιμώ-
ξεων. Βραδύτερον ἐφ' ὅσον δύναται νὰ γίνῃ ἀνεκτὴ χορηγεῖται ὑπὸ μορ-
φὴν δποῦ πορτοκαλιοῦ.

Βιναμίνη D, ἀρχεται χορηγούμενη ἀπὸ τοῦ τέλους τῆς πρώτης ἔβδο-
μάδος χορηγεῖται βαθμιαίως κατ' αὐξανομένας δόσεις μέχρις οὐδὲ φθάσωμεν
2000—3000 μονάδας ἡμερησίως, Ἀποφεύγωμεν τὴν χορήγησιν ἐλαιωδῶν
σκευασμάτων τὰ δποῖα ἀφ' ἐνὸς μὲν δὲν ἀπορροφῶνται, ἀφ' ἐτέρου δὲ ὑ-
πάρχει δὲ κίνδυνος τῆς εἰσροφήσεως αὐτῶν εἰς τοὺς πνεύμονας. Μετὰ τῆς
βιταμίνης D συνδυάζεται ἡ χορήγησις βιταμίνης A εἰς ποσότητα 3000—
5000 μονάδων ἡμερησίως.

Τελευταίως χορηγοῦμεν πολυβιταμινοῦχα σκευάσματα περιέχοντα βιτα-
μίνας A. B. C. D. διαλυτὰς εἰς τὸ ὕδωρ. Ἀσβέστιον καὶ φωσφόρος χορη-
γεῖται ἀπὸ τῆς 15ης ἡμέρας τοῦ τοκετοῦ. Σίδηρος πρὸς καταπολέμησιν τῆς
συνήθως ἐμφανιζομένης ἀναιμίας ἐπὶ προώρων νεογνῶν, χορηγεῖται ἀπὸ
τῆς 6—8 ἔβδαμάδος ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ VI

Προσωπικὸν διὰ τὴν περίθαλψιν τῶν προώρων νεογνῶν

*Η παροχὴ ἐπιτυχοῦς περιθάλψεως εἰς τὰ πρόσωρα νεογνά πρὸς ὑπερνί-
κησιν τῶν δυσχερειῶν τὰς δποίας ἀντιμετωπίζουν διὰ τὴν ἐπιβίωσιν, ἔξαρ-
τᾶται εἰς μέγιστον βαθμὸν ἐκ τῆς ὑπάρξεως ἐπαρκοῦς καὶ ἀπολύτως εἰδι-
κευμένου προσωπικοῦ. *Η ἀπαίτουμένη περίθαλψις εἶναι ἄκρως ἔξειδικευμέ-
νη ὡς ἐκ τούτου δὲ ἡ ὑπαρξία τοῦ προσωπικοῦ τούτου ἀποτελεῖ τὴν πρώ-
την καὶ βασικὴν προϋπόθεσιν διὰ τὴν ἐπιτυχὴ ἀντιμετώπισιν τοῦ προ-
βλήματος.

Κατά τὴν περίθαλψιν τῶν προώρων νεογνῶν εἶναι ἀναγκαῖον ὅπως τηρεῖται μετ' ἀπολύτου ἀκριβείας εἰς ὅλας τὰς λεπτομερείας τῆς ἡ ἐνδεικνυομένη ἀγωγή. Τοῦτο ἀπαιτεῖ νοσηλευτικὸν προσωπικὸν εἰδικευμένον καὶ πεπειραμένον ἔχον πλήρη ἐπίγνωσιν τῆς δυσκόλου ἀποστολῆς του, ἡ ἐπιτιχῆς ἐκπληρωσις τῆς δροίας ἀπαιτεῖ ὑπομονήν, εὐφυΐαν καὶ ἄκραν εὐσυνειδησίαν. Ἡ κατάρτισις τοῦ προσωπικοῦ τούτου πρέπει νὰ εἶναι πλήρης ὥστε νὰ εἶναι εἰς θέσιν νὰ ἐκτελέσῃ τὸ λεπτὸν ἔργον τῆς περιθάλψεως πρὸς ὑπερογκησιν τῶν δυσχερεῶν αἱ δροῖαι συνδέονται μὲ τὴν σταθεροποίησιν τῆς ἀναπνοῆς, τῆς θερμοσκρασίας τοῦ σώματος, τῆς διατροφῆς καὶ τῆς ἔξασφαλίσεως τῆς ἀσηψίας.

Τὸ προσωπικὸν τὸ δροῖον ἀσχολεῖται μὲ τὴν περίθαλψιν τῶν προώρων πρέπει νὰ εἶναι προετοιμασμένον νὰ ἀναλαμβάνῃ εὐδύνας εἰς τὴν ἀντιμετώπισιν ἐπειγούσῳ περιπτώσεων, ὡς κυανωτικὰ προσβολαὶ, μέχρις ἀφίξεως τοῦ ἱατροῦ. Πρέπει νὰ ἔχῃ πρωτοβουλίαν εἰς τὴν τροποποίησιν τῶν δδηγιῶν τοῦ ἱατροῦ, ὅσον ἀφορᾶ ἐπὶ παραδείγματι, τὴν διατροφὴν ἐὰν ἡ κατάστασις τῶν νεογνῶν ἐπιβιάλλει τοῦτο, μέχρι λήψεως νεωτέρων δδηγιῶν ἐκ μέρους τοῦ ἱατροῦ. Ἐπίσης πρέπει νὰ ἔχῃ τὴν ἵκανότητα νὰ ἀναγνωρίζῃ τὰ πρῶτα συμπτώματα ἀσθενείας τοῦ νεογνοῦ καὶ νὰ ἔχῃ ἔξουσιοδότησιν ν' ἀπομονώσῃ τοῦτο μέχρις οὐ κληθῆ ὁ ἱατρός.

Τὰ διυχερῆ ταῦτα καθίκοντα δύνανται νὰ ἐκπληρωθοῦν μόνον ὑπὸ προσωπικοῦ ἀσχολουμένου μονίμως καὶ ἀποκλειστικῶς μὲ τὸ ἔργον τοῦτο.

"Εχομεν παρατηρήσει ὅτι ἡ καθ' ἔκαστον μῆνα ἀλλαγὴ τοῦ νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ τοῦ Τμήματος προώρων, τὸ δροῖον βασικῶς ἀποτελεῖται ἐκ μαθητριῶν ἀδελφῶν καὶ οὐχὶ ἐκ μονίμου προσωπικοῦ ἐπιδρᾶ δυσμενῶς εἰς τὴν ἐπιτυχῆ περίθαλψιν τῶν προώρων. Εἶναι ἀναγκαῖον ὅπως ἡ περίθαλψις τῶν προώρων ἀνατίθεται εἰς μόνιμον προσωπικὸν καὶ οὐχὶ εἰς μαθητρίας ἀδελφάς αἱ δροῖαι μόνον πρὸς ἐκπαίδευσιν ὑπὸ τὴν ἐπίβλεψιν τοῦ μονίμου προσωπικοῦ δέον νὰ ὑπηρετοῦν εἰς τὸ Τμῆμα Προώρων.

Τὸ προσωπικὸν τοῦτο δέον νὰ εἶναι ἐπαρκές, διότι ἄλλως παρὰ τὴν ἐνσυνειδησίαν του δὲν θὰ εἶναι εἰς θέσιν νὰ ἐκπληρώσῃ τὴν ἀποστολήν του.

"Ο ἀριθμὸς τῶν προώρων νεογνῶν τὰ δροῖα δύνανται ἐπιτυχῶς νὰ περιθάλψῃ ἐκάστη ἀδελφὴ ἔξαρταται ἐκ τοῦ βαθμοῦ τῆς προωρότητος αὐτῶν. "Υπολογίζεται πάντως ὅτι κατὰ μέσον ὅρον ἀπαιτεῖται μία ἀδελφὴ ἀνὰ τέσσαρα πρόωρα νεογνά δι' ἔκαστον δικτάρων ὑπηρεσίας. Τοῦτεστιν ἀνὰ τέσσαρα πρόωρα νεογνά νοσηλευόμενα ἀπαιτοῦνται τρεῖς ἀδελφαὶ διὰ τὸ εἰκοσιτετράωρον.

* * *

Περαίνοντες θεωροῦμεν ἀναγκαῖον ὅπως ἐπιστήσωμεν τὴν προσοχὴν τῶν παρ' ἡμῖν ἀρμοδίων διὰ τὴν Κοινωνικὴν Πρόνοιαν καὶ "Υγείαν ἐπὶ τῆς ἀνάγκης τῆς κατὰ συστηματικὸν τρόπον ἀντιμετωπίσεως τοῦ προβλήματος τῆς περιθάλψεως τῶν προώρων νεογνῶν.

Πρός τοῦτο νομίζομεν ότι είναι άναγκαίον ὅπως ἀφ' ἐνὸς μὲν εἰδικευθῆ ἵκανός ἀριθμὸς παιδιάτρων, μαιῶν καὶ ἀδελφῶν νοσοκόμων καὶ ἐπισκεπτριῶν εἰς τὰ τῆς περιθάλψεως τῶν προώρων νεογνῶν, ἀφ' ἑτέρου δὲ ἰδρυθοῦν εἰς τὰς κυριωτέρας πόλεις δργανωμένα κέντρα παροχῆς περιθάλψεως εἰς τὰ πρόωρα νεογνά.

Οὕτω θὰ ἐπιτευχθῇ ἡ ἐπιβίωσις μεγάλου ἀριθμοῦ προώρων νεογνῶν καὶ ἡ καταπολέμησις τῆς κυριωτέρας αἰτίας τῆς νεογνικῆς καὶ βρεφικῆς θνησιμότητος,

B I B L I O G R A F I A

- Bain K., Hubbard J. P. and Penuell M. V.: Hospital fatality rates for premature infants petiatrics 4: 454, Octobr 1949.
- Blegen D. S.: She premature Child, Acta Paediatrica Vol. 42 Jann. 1953, Supp. 88.
- Dordon H. H., Leviree S. G. and We Namore H.: Feeding of premature infants Am. J. Dis. Child 73: 442 April 1947.
- Cross W. V.: The premature Baby. (The Blakiston comp. Philadelphia 1946).
- Dancis J. and Gardullo H. M.: Incucator care of the premature Infant, Pediatrics 6: 432 September 1950.
- Davison C. W.: The Complete Pediatrician p. 242, 1946.
- Grahan B. D. et al.: Response of premature infants to oxygen-enriched atmosphere, Pediatrics 6: 55, July 1950.
- Levine S. J. et al.: Progress in Pediatrics. Premature infants and their care. Am J. Dis. Child 73: 694, June 1947.
- Mitchell—Nelson.: Textbook of Pediatrics p. 256. 1947.
- Parmelle A. H.: Management of the Newborn p. 134 (The year book publ I. n. c 1952).
- Potter L. E.: Pathology of the Fetus and the Newborn p. 55—68 1952.
- Powers G.: Some observation on the feeding of premature infants based on twenty years experience at New Haven Hospital, Petritis 1: 145 February 1948.
- Reardon H. et al.: Physiological Deviations of the prenuture infants with Summary of Principles of Care.
- Russel R. G. et al.: Matal and Neonatal Factors in premature infant Mortality. Journ of pediatrics N° 6 June p. 722, 1952.
- Wagner A. E.: Polyethylene tube feeding in premature infants J. of Pediatries p. 79. N° 1, 1952.

ΑΝΑΤΥΠΩΣΙΣ ΕΚ ΤΗΣ «ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ»
ΤΟΜΟΣ 22ος ΤΕΥΧΟΣ 10ον ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1953