

Παθολογία της κύησης και μαιευτική φροντίδα Προεκλαμψία – Εκλαμψία

(Ομιλία από την "1η Μετεκπαιδευτική Ημερίδα σε θέματα Παθολογίας της Κύησης", που πραγματοποιήθηκε στις 24 Ιουνίου 2006 στο Νοσοκομείο "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" με τη συνδιοργάνωση της Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών. Το παρόν άρθρο αποτελεί συνέχεια του Α' Μέρους της ομιλίας που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", Β' Περίοδος, Τόμος 11ος, Τεύχος 3/2006).

Αντωνία Τουφίδου*

Β' Μέρος: ΕΚΛΑΜΨΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιδιαίτερης βαρύτητας κλινική κατάσταση στην Παθολογία της Κύησης είναι η προεκλαμψία και η εκλαμψία. Η διάγνωση και η αντιμετώπισή τους καθώς και η μαιευτική φροντίδα επιτόκου-εμβρύου παρουσιάζονται αναλυτικά σ' αυτή την εργασία, έτσι όπως προκύπτουν από την πλέον πρόσφατη βιβλιογραφία. Εξάλλου, η σύγχρονη θεώρηση "Ιατρική με βάση τις ενδείξεις" (Evidence Based Medicine) με τη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines), στοχεύει στην τυποποίηση της αντιμετώπισης τέτοιων παθολογικών καταστάσεων προκειμένου να βελτιώσει το αποτέλεσμα για τη μητέρα και το παιδί.

Λέξεις κλειδιά: προεκλαμψία, εκλαμψία, υπερτασική νόσος της κύησης.

ΕΚΛΑΜΨΙΑ

- α) Εμφάνιση τονικοκλονικών σπασμών (grand mal) στην επίτοκο (συνήθως επί εδάφους προεκλαμψίας).^{2,6}
- β) Συναντάται σε 1/2.000 κύσεις (ανεπτυγμένες χώρες).²
- γ) Η αιτιολογία της είναι άγνωστη, ενώ υπάρχει αδυναμία πρόβλεψης. Πιθανές αιτίες: εγκεφαλικό οίδημα, ισχαιμία.^{1,2,6}
- δ) Η αρτηριακή πίεση είναι συχνά πολύ υψηλή, αλλά στο 20% των περιπτώσεων μπορεί να είναι φυσιολογική (διαστολική <90 mmHg).²
- ε) Μπορεί να συμβεί πριν τον τοκετό (50%), κατά τη διάρκεια του τοκετού (25%) ή μετά απ' αυτόν (25%).^{2,6}
- στ) Στο 1/3 των περιπτώσεων εμφανίζεται μετά τον τοκετό (~ 48 ώρες).²

Αντιμετώπιση εκλαμπτικών σπασμών

- Νοσηλεία της επιτόκου σε κατάλληλο περιβάλλον (όχι σε σκοτεινό δωμάτιο, όχι μόνη της).²

* Μαία 3ου Νοσοκομείου Ι.Κ.Α.

- Κλήση για βοήθεια από ιατρική ομάδα, αναισθησιολόγο, έμπειρο μαιευτήρα.^(1-5,3)
- Διασφάλιση της δικής σας προστασίας.^(1-5,3)
- Σωστή θέση επιτόκου για ελαχιστοποίηση πιθανότητας εισρόφησης, δηλαδή σε αριστερή πλάγια θέση. Εξασφάλιση ανοιχτών αεραγωγών, γι' αυτό πρώτα αναρρόφηση αφρών και εκκρίσεων από το στόμα –αν υπάρχουν– και μετά χορήγηση οξυγόνου για αποκατάσταση αναπνοής. Παρακολούθηση SPO₂.^(1-5,3)
- Πρόληψη τραυματισμού της επιτόκου.^(1-5,3)
- Χορήγηση MgSO₄ για τον έλεγχο των σπασμών.^(1-5,3, 2)
- Αποφυγή πολυφαρμακίας.²
- Προγραμματισμός του τοκετού όταν σταθεροποιηθεί η κατάσταση.²
- Είναι δυνατή η συντηρητική αντιμετώπιση σε κηύσεις μικρότερες των 28 εβδομάδων, αλλά με εντατική παρακολούθηση εγκύου και εμβρύου σε κατάλληλη μονάδα.^(1-5,3,2)

Αντισπασμωδικές - Αντιεπιληπτικές ουσίες

1η επιλογή: Θεϊκό μαγνήσιο (MgSO₄)

- Το MgSO₄ είναι η πρώτη φαρμακευτική επιλογή για την αντιμετώπιση εκλαμπτικών σπασμών (LEBSt*).^(1,2,6)
 - Επιβραδύνει τη νευρομυϊκή διεγερσιμότητα και μειώνει την ευερεθιστότητα του ΚΝΣ.²
 - Δεν έχει καμιά σημαντική επίδραση στην αρτηριακή πίεση.²
 - Συγκριτικά με τις διαζεπάμη – φαινυτοΐνη, η προφυλακτική χορήγηση MgSO₄ υπερτερεί στην πρόληψη εκλαμπτικών σπασμών.²
 - Μπορεί να εκτιμηθεί κλινικά (αντανακλαστικά, πνευματικό επίπεδο, αναπνευστική λειτουργία, διουρητική δράση).²
- (*Μελέτη MAGPIE, Lancet 2002, 3591877-90)

Πρωτόκολλο χορήγησης MgSO₄

- Δόση φόρτισης για ενεργό/πρόσφατο σπασμό: 4-6 g IV σε αντλία έγχυσης για >5-20 min (1 amp MgSO₄ 25% = 2,5 g).^(1-5,3,6) (2 amp των 10 ml σε 100 ml D/W 5% ή Ringer).

Το IV διάλυμα μπορεί να είναι ισότονο σακχαρούχο ή NaCl ή άλλο διάλυμα που δεν περιέχει διττανθρακικά, διότι γίνεται κατακρήμνιση του σχηματιζόμενου αδιάλυτου ανθρακικού Ca.^{8, σελ 469}

- Συνεχιζόμενη έγχυση: 1 g/h IV για 24 ώρες μετά τον τελευταίο σπασμό.^(1-5,3)
- Επανεμφάνιση σπασμών: bolus 2 gr IV >3-5 min ή αύξηση ρυθμού χορήγησης σε 1,5-2 g/h (επαναλαμβανόμενοι σπασμοί εμφανίζονται σε 10 έως 15%

των εκλαμπτικών επιτόκων και συνήθως ανταποκρίνονται σε επαναλαμβανόμενη δόση MgSO₄).^(6,1-5,3)

- Μέτρηση του επιπέδου MgSO₄ ανά 4-6 ώρες μετά την έναρξη θεραπείας και προσπάθεια διατήρησης θεραπευτικού επιπέδου (4-8 mg/dl) προσαρμόζοντας ροή έγχυσης αναλόγως των μετρήσεων. Ωριαία μέτρηση επιπέδων πρέπει να γίνεται εάν υπάρχει ένδειξη νεφρικής ανεπάρκειας ή μειωμένης διούρησης (<25 ml/h).⁶ Ωριαίος έλεγχος του επιγονατιδικού αντανακλαστικού και της αναπνευστικής συχνότητας και διασφάλιση διούρησης >60 ml/h.

- 5-10 cc γλυκονικού ασβεστίου 10% IV, εάν εμφανιστεί σημαντική αναπνευστική διαταραχή (<12 αναπνοές/λεπτό), που οφείλεται στην τοξική επίδραση του MgSO₄. Μηχανική υποστήριξη αναπνοής σε περίπτωση αναπνευστικής καταστολής.^(6,1-5,3)

- Μείωση της δόσης σε 1 gr/h εάν το επίπεδο MgSO₄ είναι >10 mg/dl, ή εάν το επιγονατιδικό αντανακλαστικό καταργείται.⁶

- Αύξηση της δόσης του MgSO₄ στα 3 g/h εάν η διούρηση είναι καλή και τα επίπεδά του έχουν πτωτική τάση, ή εάν το επίπεδό του είναι <4 mg/dl.⁶

- Εάν υπάρχει περίπτωση διακομιδής της επιτόκου σε πιο εξειδικευμένο κέντρο παροχής υπηρεσιών υγείας και δεν υπάρχει δυνατότητα IV έγχυσης κατά τη μεταφορά, τότε δίνουμε δόση φόρτισης 4 g MgSO₄ IV και ακολούθως IM χορήγηση 10 g με βαθιά έγχυση μισής δόσης σε κάθε γλουτό.⁶

Επίπεδα μαγνησίου

Επίπεδα μαγνησίου	mg/dl
• Φυσιολογικά	1,3 – 2,6
• Θεραπευτικά	4 – 8
• Απώλεια αντανακλαστικού επιγονατίδας	8 – 10
• Υπνηλία	10 – 12
• Αναπνευστική καταστολή	12 – 17
• Παράλυση	15 – 17
• Καρδιακή ανακοπή	30 – 35 ²

Αντιδοτο: Γλυκονικό ασβέστιο 1 gr IV εντός 3-10 λεπτών.^(1-5,3)

2η Επιλογή: Διαζεπάμη (STEDON)

Η διαζεπάμη χρησιμοποιείται όταν η επίτοκος δεν ανταποκρίνεται στο MgSO₄ ή στη φαινυτοΐνη, ή όταν η επίτοκος είναι “status epilepticus” και έχει επαναλαμβανόμενους σπασμούς.

- Δόση: 10 mg σε ρυθμό 1 mg/min IV.⁶
- Η IV χορήγηση προκαλεί μητρική καταστολή και κατά συνέπεια εμβρυϊκή αναπνευστική καταστολή, υποτονία και μείωση παλμό με παλμό της μετα-

βλητότητας του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου.⁶ Συνήθως, τα νεογνά απαιτούν διασωλήνωση και νοσηλεία σε Μ.Ε.Ν.Ν.⁶

Νατριούχος φαινοτοΐνη (EPANUTIN)

Η νατριούχος φαινοτοΐνη χρησιμοποιείται όταν η επίτοκος έχει υποτροπιάζοντες σπασμούς παρά την καλή θεραπεία με $MgSO_4$.⁶

- Δόση μέχρι 250 mg IV με ταχύτητα 50 mg/min (amp 250 mg – 5ml) για “status epilepticus”. Επανάληψη μετά 30 min αν χρειαστεί.^{6,8}

- IM: Όχι αξιόπιστη η απορρόφηση και επώδυνη η χορήγηση.⁸

Monitoring εμβρύου

Στην οξεία φάση γίνεται αρχική εκτίμηση με NST, που δίνει πληροφορίες για την καλή κατάσταση του εμβρύου στην παρούσα φάση, αλλά είναι μικρής προγνωστικής αξίας.^{1-4,2}

Σε συντηρητική αντιμετώπιση γίνεται περαιτέρω έλεγχος με U/S μετρήσεις μεγέθους εμβρύου, με Doppler ομφαλικών αρτηριών, με όγκο αμνιακού υγρού.^{1-4,2}

Συνεχείς εκτιμήσεις επιτρέπουν τον χρονικό προγραμματισμό του τοκετού.^{1-4,2}

Η κύρια παθολογία που επηρεάζει το έμβρυο εκτός από την προωρότητα είναι η πλακουντιακή ανεπάρκεια, IUGR (30% στις προεκλαμπτικές κύσεις).

Κατά συνέπεια, U/S μετρήσεις μεγέθους εμβρύου από την εκδήλωση αρχικά της υπέρτασης έχουν αξία για την εκτίμηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης, στο IUGR: η ανάπτυξη είναι συνήθως ασυμμετρική, γι' αυτό μέτρηση της AC (Abdominal Circumference = περίμετρος κοιλίας) είναι η καλύτερη μέθοδος εκτίμησης. Μείωση του αμνιακού υγρού σχετίζεται με πλακουντιακή ανεπάρκεια και IUGR.^{1-4,2}

Σχεδιασμός τοκετού

Πότε και πώς θα γεννηθεί το έμβρυο;

Απόφαση για τον τοκετό θα παρθεί:

α) όταν η κλινική κατάσταση της επίτοκου είναι σταθεροποιημένη,^{1-5,5}

β) όταν υπάρχει κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό.^{1-5,5}

Ηλικία κύησης

- Εάν το έμβρυο είναι μεγαλύτερο των 34 εβδομάδων, τότε συστήνεται τοκετός μετά από σταθεροποίηση της επίτοκου.^{1-5,5}

- Εάν το έμβρυο είναι μικρότερο των 34 εβδο-

μάδων και ο τοκετός μπορεί να αναβληθεί για 24 ώρες, τότε γίνεται χορήγηση κορτικοστεροειδών, που βοηθούν στη μείωση ποσοστών θνησιμότητας νεογνών λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας, ακόμα και αν γίνει τοκετός σε λιγότερο από 24 ώρες μετά τη χορήγησή τους.^{1-5,5}

- Συντηρητική αντιμετώπιση σε πολύ μικρές ηλικίες κύησης (28-32 εβδομάδες) μπορεί να βελτιώσουν το περιγεννητικό αποτέλεσμα, αλλά θα πρέπει προσεχτικά να συνεκτιμηθούν με την καλή κατάσταση της εγκύου.^{1-5,5}

Τρόπος διεξαγωγής τοκετού

- Προσεκτική εκτίμηση θέσης εμβρύου – εμβρυϊκής κατάστασης – τραχήλου (Bishop score).^{1-5,5}

- Συνεχής καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση εμβρύου.^{1-4,2}

- Κολπικός τοκετός είναι προτιμητέος, αλλά εάν η ηλικία της κύησης είναι μικρότερη των 32 εβδομάδων, τότε η Κ.Τ είναι περισσότερο πιθανή καθώς είναι μειωμένη η επιτυχία πρόκλησης.^{1-5,5}

- Εάν η ηλικία της κύησης είναι μεγαλύτερη των 34 εβδομάδων και το έμβρυο είναι με κεφαλική προβολή, μπορεί να ληφθούν υπόψη – αφού προηγουμένως συζητηθεί με την επίτοκο– οι κολπικές προσταγλανδίνες που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα επιτυχίας.^{1-5,5}

- Το 3ο στάδιο του τοκετού αντιμετωπίζεται με 5 iu oxytocin IM ή IV με αργή χορήγηση. Η εργομητρίνη δεν θα πρέπει να χορηγείται για πρόληψη ή έλεγχο αιμορραγίας μετά τον τοκετό λόγω ανόδου αρτηριακής πίεσης.^{1-5,5}

- Η αντιυπερτασική αγωγή συνεχίζεται κατά τη διάρκεια του τοκετού.^{1-5,5}

Αντιμετώπιση μετά τον τοκετό

Γυναίκες που γέννησαν με σοβαρή προεκλαμψία ή εκλαμψία θα πρέπει μεταγεννητικά να έχουν συνεχιζόμενη στενή παρακολούθηση για περισσότερες από 4 ημέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό. Προσεκτική εκτίμηση της βελτίωσης κλινικών σημείων είναι απαραίτητη πριν την έξοδο από το Νοσοκομείο.^{1-5,6}

Καθώς η εκλαμψία έχει αναφερθεί και 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό, το χρονικό εύρος παραμονής στο Νοσοκομείο μετά τον τοκετό είναι ασαφές, αλλά η περίπτωση εκδήλωσης σοβαρής προεκλαμψίας μειώνεται μετά την 4η ημέρα της λοχείας.^{1-5,6}

Οι κλινικοί πρέπει να είναι γνώστες του κινδύνου όψιμων σπασμών ή να διασφαλίσουν ότι η γυναίκα

θα έχει μια προσεχτική ανασκόπηση πριν φύγει από το Νοσοκομείο.^{1-5,6}

Γυναίκες με επιμένουσα υπέρταση περισσότερο από 6 εβδομάδες λοχειάς, μπορεί να έχουν νεφρικό σύνδρομο. Συνιστάται περαιτέρω έλεγχος.^{1-6,1}

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι ποσοστό εκλαμψίας μεγαλύτερο από 44% εμφανίζεται στη λοχεία, ειδικά προς το τέλος της. Έτσι, γυναίκες που εμφανίζουν υπέρταση ή κλινικά συμπτώματα –σημεία προεκλαμψίας (πνοκεφάλους, οπτικές διαταραχές, ναυτία και εμετούς, επιγαστραλγία)– θα πρέπει να τίθενται σε διερεύνηση.^{1-5,6}

Ανάλογα με τις τιμές της ΑΠ η αντιυπερτασική αγωγή πρέπει να συνεχίζεται μετά τον τοκετό. Συνιστάται διατήρηση της θεραπείας έως 3 μήνες μετά τον τοκετό, μέχρι η ΑΠ να επανέλθει στο φυσιολογικό. Η ΑΠ δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 160/110 mmHg.

Αρχικά παρατηρείται πτώση της ΑΠ αλλά μέσα σε 24 ώρες ανεβαίνει.^{1-5,6}

Κατά την αντιυπερτασική θεραπεία παρατηρείται βαθμιαία ελάττωση της ΑΠ. Δεν υπάρχει λόγος, γιατί η γυναίκα δεν μπορεί να πάει στο σπίτι της με θεραπεία ή να απογαλακτίσει τη θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής.^{1-5,6}

Γενικά υπάρχουν ανεπαρκείς ενδείξεις για τη σύσταση κάποιου συγκεκριμένου αντιυπερτασικού. Καλό θα ήταν να αποφεύγεται η χρήση της α-μεθυλντόπας λόγω αντένδειξης στην κατάθλιψη.^{1-5,6}

Στις θηλάζουσες μητέρες μπορούν να χορηγηθούν σε μονοθεραπεία ή συνδυασμούς:

- Λαβηταλόλη
- Ατενολόλη
- Νιφεδιπίνη
- Εναλαπρίλη^{1-5,6}

Πρόληψη

- Μη αποδεδειγμένο όφελος.²
- Δεν υπάρχει κανένα τεκμηριωμένο στοιχείο που να υποστηρίζει ότι οποιαδήποτε τροποποίηση πρωτεϊνών ή ημερήσιας πρόσληψης Kcal, αλλά ούτε και η χρήση του αλατιού μπορούν να προστατέψουν από την υπέρταση της κύησης.^{2,7}

- Δεν έχει αποδειχτεί συσχέτιση με ποικίλες διατροφικές ανεπάρκειες (Mg, Zn, Selenium, ω-3 λιπαρά οξέα).^{2,7} Συγκεκριμένα, μακράς αλύσου ω-3 λιπαρά οξέα, που περιέχονται στα ιχθυέλαια, έδειξαν μια αντιαμοπεταλιακή και αντιθρομβωτική επίδραση παρόμοια με αυτή της ασπιρίνης, με καλή δράση επί της υπερτασικής νόσου – πρωτεϊνουρί-

ας – προεκλαμψίας. Το έλαιο του νυχτολούλουδου (πηγή λιπαρών οξέων) έχει επίσης προταθεί, αλλά λόγω μικρού αριθμού μελετών δεν μπορεί να προταθεί για κλινική πρακτική.⁷

Παρόλα αυτά υποστηρίζεται η χορήγηση συμπληρωμάτων Ca στα 1 gm/24 ωρο για γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο για υπερτασικές διαταραχές στην κύηση και με ανεπαρκή πρόσληψη.^{7,2}

Η έρευνα για κάτι που μπορεί να προλάβει την προεκλαμψία και να είναι φθινό και εύκολο για τις γυναίκες συνεχίζεται.⁷

• Αντιαμοπεταλιακά παράγωγα

Η προφυλακτική χορήγηση χαμηλής δόσης ασπιρίνης (< 100 mg/24 h) φαίνεται να είναι ασφαλής μετά τη 18η-20ή εβδομάδα της κύησης, τόσο για πρόληψη προεκλαμψίας όσο και για το IUGR.⁷ Στο 1ο τρίμηνο της κύησης η έναρξη της θεραπείας ενέχει κινδύνους τερατογόνου δράσης με συγγενείς καρδιακές βλάβες, ανάπτυξης εμβρυϊκής πνευμονικής υπέρτασης, διαταραχών πηκτικότητας στην έγκυο και το έμβρυο, καθυστέρησης έναρξης ωδίνων και χαμηλού IQ.⁸

Heparin – Warfarin: Κανένα αποδεδειγμένο όφελος – συσχέτιση με σοβαρές παρενέργειες.⁷

• Διουρητικά

Η προφυλακτική χορήγηση διουρητικών σε εγκύους με φυσιολογική ΑΠ (με ή χωρίς οίδημα ή εκτεταμένη αύξηση βάρους) και η θεραπευτική τους δράση σε εγκύους με μέτρια υπέρταση, καθρέφτισαν την ικανότητά τους να μειώνουν την ΑΠ, χωρίς όμως άλλη βελτίωση σε ουσιώδη αποτελέσματα.⁷

(Σχόλιο: Με αυστηρή υπονατριούχο δίαιτα για την αποφυγή κατακράτησης ύδατος).

Δεν προκύπτει κανένα σαφές στοιχείο όφελους για την πρόληψη της προεκλαμψίας. Αυτό συνεπάγεται ή ότι η θεραπεία είναι αναποτελεσματική, ή ότι ο αριθμός των μελετών είναι πολύ μικρός ώστε να ανακαλύψουν αξιολογικό όφελος. Επίσης, δεν αναφέρεται καμιά συνεκτίμηση των παρενεργειών.⁷

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η έγκυος και η μητέρα είναι η πρώτη προτεραιότητα σε οποιοδήποτε ιατρικό επεισόνο.^{1,2}

Υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών της εγκύου συνεπάγεται την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του εμβρύου καθώς έγκυος-έμβρυο βρίσκονται σε απόλυτη εξάρτηση.²

Ενδιαφέρον για το έμβρυο εκδηλώνεται όταν καταβάλλεται ιδιαίτερη φροντίδα για:

α) τη χορήγηση φαρμάκων που στερούνται τοξικότητας ή τερατογένεσης,

β) την επιλογή εξετάσεων που περιορίζουν απευθείας την έκθεση του εμβρύου σε X-Ray ακτινοβολία.²

Είναι σημαντικό η αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών να γίνεται με διεθνή πρωτόκολλα, γιατί αυτό εξασφαλίζει:

α) της ευρείας αποδοχής ιατρικές πρακτικές,

β) τη δυνατότητα έρευνας-συλλογής στοιχείων για Evidence Based Medicine (Midwifery Practice).

Απαραίτητη είναι η παγκοσμιοποίηση και η κωδικοποίηση χειρισμών για την εύκολη απομνημόνευσή τους, που με τη συχνή επιμόρφωση σε σεμινάρια θα μαθαίνουν οι νεότεροι –θα θυμούνται δε οι παλαιότεροι– και θα μεταδίδουν την εμπειρία τους στους χώρους εργασίας.

ABSTRACT

Antonia Toufidou: **Pathology in pregnancy and midwifery care. Pre-eclampsia - Eclampsia**

"ELEFTHO", 1:11-15, 2007

Pre-eclampsia and Eclampsia are important medical conditions that can cause serious complications in pregnancy.

Either the diagnose and treatment nor the management and midwifery care of both mother and baby are represented in details in this article due to the most resent bibliography. The modern consideration "Evidence Based Medicine" with the use of guidelines, is to standardize the approach to the management of such critical conditions, in order to improve the outcome for the mother and child.

Key-words: pre-eclampsia, eclampsia, pregnancy-induced hypertension.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. RCOG Guideline No 10 (A): Μάρτιος, 2006, www.rcog.org.
2. Fontaine P., Sadourin M. El.: Medical Complications of pregnancy. In: Εγχειρίδιο 3ου Σεμιναρίου ALSO, Ιούνιος, 2004: 1-35.
3. www.dableducational.org.
4. Στεργίου Γ.: Κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση 2006: Τι αναμένεται να αλλάξει. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης, www.hypertension.gr.
5. Reinders A., Cuckson A., Lee J., Shennan A.: An accurate automated blood pressure device for use in pregnancy and pre-eclampsia: the Microlife 3BTOA. RCOG 2005 BJOG: An International Journal

of Odstetrics and Gynecology, Vol.112, Issue 7, pp. 915-920, July 2005.

6. <http://emguidemaps.homestead.com/files/eclampsia.html-21/2/2005>.
7. Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Lelia Dyley, Ellen Hodnett and Justus Hofmeyr: A guide to effective care in pregnancy and childbirth-3rd edition. Oxford University Press, New York, 2000: 119-132.
8. Εθνικό Συνταγολόγιο 2000: ΕΟΦ: 116-117, 121, 125, 469.