

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της σπουδάστριάς:

ΚΟΥΣΠΑΡΗ ΕΛΕΝΗ

Υπεύθυνος Καθηγητής
(Υπογραφή)



Όνοματεπώνυμο

Επιτροπή εγκρίσεως Πτυχιακής Εργασίας

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

- 1)
- 2)
- 3)

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

ΑΡΙΘΜΟΣ	347
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η	
1. Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ	1
2.1 Ανατομία γεννητικού συστήματος γυναίκας	3
2.2 Κύηση	5
3.1 Ορισμός Καισαρικής Τομής	7
3.2 Ιστορία	7
3.3 Συχνότητα	8
4.1 Ενδείξεις καισαρικής τομής	9
4.2 Προυποθέσεις για την εκτέλεση καισαρικής τομής	13
4.3 Αντενδείξεις	13
5.1 Είδη τομών	14
5.2 Εκλογή τομής	
6.1 Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ καθετης και εγκάρσιας καισαρικής τομής	17
6.2 Μεταθανάτια καισαρικής τομής	17
7. Εγχείρηση	18
7.1 Προεγχειρητική φροντίδα εγκύου	18
7.2 Αναισθησία	23
7.3 Χρόνοι της επεμβασης της καισαρικής τομής	25
7.4 Νεογέννητο νοσηλευτική φροντίδα νεογέννητου μετα απο καισαρική τομή	31
7.5 Μετεγχειρητική φροντίδα	37
7.6 Διδασκαλία λεχώνας κατα την εξοδο της απο το νοσοκομείο μετά απο εγχείρηση Κ.Τ	41
8.1 Επιπλοκές	42
8.2 Πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας	45
9.1 Καισαρική υστεροτομία	47
10. Νοσηλευτική διεργασία	49
10.1 Μαιευτικό ιστορικό	49
10.2 Μαιευτικό ιστορικό	
11. Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α	60
	66

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καισαρική τομή είναι μία παλιά μαιευτική επέμβαση που η ονομασία της τουλάχιστον είναι λατινική. Προέρχεται από το λατινικό ρήμα *cædere* = κόπτειν, το οποίο μοιάζει με τη λέξη *caesar* = καίσαρ. Η ονομασία δόθηκε ανεξάρτητα αν είναι αληθινή ή όχι η παράδοση αναφέρει ότι μ' αυτόν τον τρόπο γεννήθηκε ο Ιούλιος Καίσαρας, αυτό όμως δεν είναι ιστορικά εξακριβωμένο.

Για πρώτη φορά συναντάμε την ιδέα της καισαρικής τομής στην αρχαία ελληνική μυθολογία. Ο Διόνυσος γεννήθηκε μετά το θάνατο της Σεμέλης με καισαρική τομή που την εκτέλεσε ο Ερμής μετά από διαταγή του Δία.

Δεν πρόκειται για δύσκολη επέμβαση αλλά η πελώρια μετεγχειρητική θνησιμότητα που παρουσίαζε την εβαζε πάντοτε στο κατώτατο ράφι των χειρουργικών προτιμήσεως, μέχρι που η πρόοδος σ' άλλους ιατρικούς τομείς όπως ασηψία - αντισηψία επέτρεψαν την χρησιμοποίησή της.

Η καισαρική τομή όπως έχει σήμερα με την δυναστεία της στην καθημερινή Μαιευτική έχει αλλάξει την εικόνα της ιατρικής γενικότερα με την εξαφάνιση σειράς ολόκληρης νοσημάτων άλλω ειδικοτήτων όπως της παιδιατρικής, της Νευρολογίας, της Γυναικολογίας.

Πάντως ένα είναι γεγονός πως η καισαρική τομή και η εφαρμογή της στην Μαιευτική βοήθησε χιλιάδες γυναίκες να φέρουν στον κόσμο το παιδί τους με ευκολία παρ' όλα τα προβλήματα. Ήταν και είναι μια πραγματική καινοτιμία στον ευαίσθητο χώρο της Μαιευτικής - Γυναικολογίας.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σε κάθε ευγενικό αναγνώστη που θα έχει την καλοσύνη να φυλλομετρήσει και να διαβάσει τη μικρή αυτή συγγραφική εργασία η "συγγραφέας του" οφείλει μερικές εξηγήσεις για το στόχο και τη σημασία της συγγραφής αυτής της εργασίας.

Ασφαλώς πρόκειται για μια σπουδαστική καθαρά διερευνητική εργασία που φυσικά σηματοδοτείται από τη σχετική συγγραφική απείρεια, αλλά και την ελλειπή πλήν όμως εντονα και δυναμικά ανελλισσόμενη επιστημονική προοπτική.

Θέμα της ολης μελέτης είναι η "Καισαρική τομή" ένα καθαρά ιατρικό - γυναικολογικό θέμα η επιλογή του οποίου οφείλεται στην ψυχική σύνδεση και ευαισθησία της γράφοντος με το ιερό γεγονός της γέννησης ενός νέου ανθρώπου όσο και ο εντονος προβληματισμός της σχετικά με την συγκλονιστική εμπειρία τόσο για την μητέρα και τον πατέρα, όσο και για τον μαιευτήρα γιατρό που αναλαμβάνει την λεπτή αποστολή της μη φυσιολογικής διαδικασίας του τοκετού.

Πριν αρχίσω την συγκέντρωση των στοιχείων με αυτό το θέμα, γνώριζα μόνο ότι η Καισαρική τομή είναι μια μαιευτική χειρουργική επέμβαση με την οποία μπορεί να γίνει ο τοκετός όταν υπάρχει δυσκολία αυτός να εξελιχτεί φυσιολογικά.

Κατά την διάρκεια της ερευνάς μου σε σχετικά βιβλία διαπίστωσα την σημαντική αύξηση του ποσοστού των τοκετών που γίνονται με καισαρική τομή τα τελευταία χρόνια καθώς επίσης και τις δυσκολίες που υπάρχουν για να πραγματοποιηθεί αυτή η επέμβαση.

Η εργασία περιλαμβάνει 10 κεφάλαια στα οποία περιγράφονται η ιστορία, η συχνότητα, οι ενδείξεις αντενδείξεις οι πρόνποθέσεις, η επέμβαση η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και τέλος οι επιπλοκές που εμφανίζει η καισαρική τομή.

Στο 7ο κεφάλαιο στην 4η ενότητα περιγράφεται η άμεση φροντίδα που παρέχεται στο νεογνό που μόλις ήρθε στον κόσμο με μια μη φυσιολογική διαδικασία κρίνοντας ότι είναι ένα κομμάτι στενά συνδεδεμένο με την επέμβαση.

Στο τελευταίο κεφάλαιο (10) περιγράφεται η νοσηλευτική φροντίδα που στηρίχτηκε στην νοσηλευτική διεργασία δύο μαιευτικών ιστοριών.

Θέλω να πιστεύω ότι η εργασία μου καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της καισαρικής τομής.

Τελειώνοντας θέλω να ευχαριστήσω όσους με βοήθησαν για την συγγραφή της εργασίας μου είτε δίνοντας μου συμβουλές για τον τρόπο σωστής συγγραφής είτε συστήνοντας μου διάφορα βιβλία πάνω στα οποία στηρίχτηκα για να γράψω τη εργασία αυτή.

Επίσης θέλω να παρακαλέσω τους εμπειρους δασκάλους μου να κρίνουν με επιείκεια τυχόν συγγραφικά μου λάθη που δικαιολογούνται λόγω της απειρίας μου.

Ευχαριστώ

2.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε:

- α) Εσω γεννητικά όργανα
- β) Εξω γεννητικά όργανα ή αιδοίο

Τα εσω γεννητικά όργανα του θήλεως βρίσκονται στην ελάσσονα πύελο και είναι οι δύο ωοθήκες, οι δύο ωαγωγοί ή σάλπιγγες, η μήτρα και ο κολεός ή κόλπος.

Το αιδοίο περιλαμβάνει: τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους βολβούς του προδόμου και το εφηβαίο ή ορος της Αφροδίτης.

Οι ωοθήκες

Είναι τα όργανα που παράγουν τα γεννητικά κύτταρα της γυναίκας δηλ. τα ωάρια και τις ορμόνες, οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Η ωοθήκη μοιάζει με αμύγδαλο και κρέμεται με μια περιτοναϊκή πτυχή, το μεσωθήκιο από την οπίσθια επιφάνεια του πλατέος συνδέσμου της μήτρας. Επίσης στηρίζεται με τον κρεμαστήρα συνδεσμό της ωοθήκης και με τον μητρωθηκικό σύνδεσμο της ωοθήκης. Βρίσκεται ενδοπεριτοναϊκά στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πύελου στον ωοθηκικό βόθρο.

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες

Είναι δύο μυώδεις σωλήνες μήκους περίπου 10 εκ. εκτείνονται από την περιοχή της ωοθήκης ως τη μήτρα. Το ελεύθερο άκρο βρίσκεται κοντά στην ωοθήκη λέγεται αώδων ή χώνη και το τοιχώμα του αποσχίζεται σε 12 με 15 λωρίδες τους κροσσούς που περιβάλλουν την ωοθήκη.

Η λήκυνθος είναι μακρύτερη και φαρδύτερη μοίρα του ωαγωγού.

Ο ισθμός είναι το στενότερο τμήμα. Η μητριάια μοίρα είναι το τμήμα που βρί-

σκεται στο τοίχωμα της μήτρας.

Η μήτρα

Είναι κοίλο μυώδες όργανο που κατέχει κεντρική θέση στη μικρή πύελο. Μοιάζει με ανεστραμμένο αχλάδι και έχει μήκος περίπου 8 εκ. πλάτος 5 εκ. και πάχος 2 εκ. Διαιρείται σε πυθμένα, σώμα και τραχήλο.

Ο πυθμένας είναι το μέρος της μήτρας που βρίσκεται πάνω από το σημείο εισόδου των αγωγών στη μήτρα. Το σώμα είναι το μέρος που βρίσκεται κάτω από την είσοδο των αγωγών. Προς τα κάτω στενεύει και συνεχίζεται σε τραχήλο που είναι το κατώτερο στενό μέρος της μήτρας που τρυπά το πρόσθιο τοίχωμα του κολεού και προσβάλλει μέσα στον κολεό έτσι διαιρείται σε ένα υπερκοιλιακό και ένα ενδοκοιλιακό μέρος.

Η κοιλότητα του σώματος της μήτρας είναι τριγωνική του τραχείλου είναι ατρακτοειδής και επικοινωνεί με την κοιλότητα του σώματος, με το εσω στόμιο της μήτρας.

Η κοιλότητα του τραχήλου επικοινωνεί με τον κόλπο με το εξω στόμιο, το οποίο στην ατοική γυναίκα είναι κυκλικό ενώ στην πολύτοκη βρίσκεται σε εργάρσια και έχει ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο χείλος.

Ο κολεός

Είναι διατεταγός ινομυώδης σωλήνας που εκτείνεται από το αιδοίο προς τα πάνω και πίσω, που έχει μήκος 8 εκ. Η περιοχή του αυλού που περιβάλλει το ενδοκοιλιακό μέρος του τραχήλου, χωρίζεται σε 4 μοίρες ή θόλους: ένα πρόσθιο, ένα οπίσθιο και 2 πλάγιους θόλους, ο οπίσθιος θόλος είναι μακρύτερος από τον πρόσθιο.

2.2 ΚΥΗΣΗ

Το ωάριο πρέπει να γονιμοποιηθεί μέσα σε 6-12 ώρες, αλλιώς εκφυλίζεται. Η γονιμοποίηση συνήθως γίνεται στην λήκυνθο του ωαγωγού και μετά σε πέντε μέρες γονιμοποιημένο πλέον το ωάριο μετακινείται και εγκαθίσταται στην μήτρα.

Σ'αυτή την χρονική περίοδο σχηματίζεται μια κεντρική ομάδα κυττάρων, η εμβρυοβλάστη που περιβάλλεται από ένα κυτταρικό τοίχωμα, την τροφοβλάστη. Το εμβryo εμφυτεύεται με την βοήθεια ενζύμων στο ενδομήτριο είτε στο οπίσθιο, είτε στο πρόσθιο τμήμα της μήτρας. Η τροφοβλάστη σχηματίζει λάχνες από τις οποίες μόνο οι βασικές εξακολουθούν να αναπτύσσονται. Αυτές εισδύουν στη βασική μοίρα του ενδομητρίου και ο συνδυασμός αυτός καλείται "φθαρτός".

Μαζί αποτελούν το δισκοειδές σχήματος πλακούντα, το όργανο με το οποίο γίνεται η ανταλλαγή αερίων και αίματος μεταξύ της εμβρυϊκής και της μητρικής κυκλοφορίας.

Ο ομφάλιος λώρος συνδέει το εμβryo με τον πλακούντα. Στην εμβρυοβλάστη σχηματίζεται ανα μία κοιλότητα πάνω και κάτω από το εμβryo - ο αμνιακός ασκός και λεκιθικός ασκός.

Ο λεκιθικός ασκός υποπλάσσεται σε λεκιθικό κυστίδιο ενώ ο αμνιακός ασκός μεγαλώνει μαζί με το εμβryo. Η αμνιακή κοιλότητα περιέχει αμνιακό υγρό που στο τέλος της κύησης ανέρχεται στο 1 λίτρο. Το εμβryo πλέει μέσα στο αμνιακό υγρό συγκρατούμενο από τον ομφάλιο λώρο.

Ορμόνες: Το εμβryo σχηματίζει χοριακές γοναδοτροπίνες που έχουν δράση παρόμοια με την ICSH (I H). Έτσι αντιρροπείται η εξαφάνιση της LH της υπόφυσης στο τέλος του εμμηνορρυσιακού κύκλου και εξασφαλίζεται η συνέχεια του ψυχρού σωματίου και του ενδομητρίου.

Οι χοριακές γοναδοτροπίνες αποβάλλονται με τα ούρα σε μεγάλες ποσότητες και χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση εγκυμοσύνης μετά από ένεση ούρων σε πειραματόζωα.

Το ωχρο σωματίο της κύησης λειτουργεί μέχρι τον 5ον μήνα που αναλαμβάνουν οι πλακουντιακές ορμόνες και μετά εκφυλίζεται.

Κατά μήκος αύξηση του εμβρύου (σεληνιακός μήνας):

1ος μήνας	0,8CM	απο κορυφή βρέγματος	μέχρι κόκκυγα				
2ος μήνας	3CM	απο κορυφή βρέγματος	μέχρι πτέρνα				
3ος μήνας	7 "	απο κορυφή βρέγματος	μέχρι πτέρνα				
4ος μήνας	(4x4) 16 CM	απο κορυφή βρέγματος	μέχρι πτέρνα				
5ος μήνας	(5x5) 25 "	"	"	"	"	"	"
6ος μήνας	(6x5) 30 "	"	"	"	"	"	"
7ος μήνας	(7x5) 35 "	"	"	"	"	"	"
8ος μήνας	(8x5) 40 "	"	"	"	"	"	"
9ος μήνας	(9x5) 45 "	"	"	"	"	"	"
10ος μήνας	(10x5) 50 "	"	"	"	"	"	"

Ο πυθμένας της μήτρας βρίσκεται:

Τον 6ο μήνα στο ύψος του ομφαλού

Τον 7ο μήνα 3 δάκτυλα πάνω απο τον ομφαλο

Τον 8ο μήνα μεταξύ ομφαλού και ξιφοειδούς αποφύσεως

Τον 9ο μήνα κατά την ξιφοειδή απόφαση

Τον 10ο μήνα πάλι μεταξύ ομφαλού και ξιφοειδούς

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Καισαρική τομή είναι η επέμβαση η οποία εκτελείται για την εξαγωγή ζωντανού εμβρύου ύστερα απο τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων (λαπαροστομία) και της πρόσθιας επιφάνειας του τοιχώματος της μήτρας (υστεροτομία). Στην περίπτωση που γίνεται εξάδος εμβρύου μετά απο ρύξη μήτρας η κοιλιακή εγκυμοσύνη δεν εκτελούμε καισαρινή τομή αλλά λαπαροτομία. Στην περίπτωση μύλης κύησης εκτελούμε μητροτομία.

3.2 ΙΣΤΟΡΙΑ

Η προέλευση του όρου "Καισαρική τομή" δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένη. Για μερικούς έχει πάρει το ονομά της απο τον Ιούλιο Καίσαρα ο οποίος λένε οτι γεννήθηκε με τέτοια επέμβαση. Σύμφωνα μ' άλλους η εγχείρηση πήρε το ονομά της απο τον ρωμαϊκό νόμο του 8ου π.χ αιώνα που συνιστούσε την εκτέλεση της επέμβασης στις γυναίκες που πέθαιναν και βρίσκονταν στις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης.

Απο τη λέξη "Caesara" που αναφέρει ο νόμος προέκυψε η λέξη καισαρική.

Άλλοι πάλι υποστηρίζουν οτι ο ορος επικράτησε στη διάρκεια του Μεσαίωνα απο το λατινικό ρήμα "caedere" που σημαίνει "κόβω". Επίσης ο Ιπποκράτης δεν αναφέρει σε κανένα γραπτό τον ορο καισαρική τομή, επίσης ούτε και ο Σωρανός που έχει γράψει πολλά μαιευτικά κείμενα.

Την πρώτη καισαρική τομή σε ζωντανή εγκυο γυναίκα, εκτέλεσε ο Γερμανός ευνουχιστής χαίρων Jacob Nufer στη γυναίκα του, το 1500 μ.χ η οποία εξησε και απέκτησε με φυσιολογικό τοκετό και άλλα παιδιά. Κάτι τέτοιο είναι απίστευτο, αν σκεφτούμε οτι εκείνη την εποχή η συρραφή του τραύματος της μήτρας ήταν αγνωστη.

Ο Rousset το 1581 αναφέρει για πρώτη φορά σε επιστημονικό σύγγραμμα την εκτέλεση καισαρικής τομής απο τον ιδιο.

Αργότερα το 1668 ο Maurice αναφέρει σε κλασσικό του συγγραμα την επέμβαση.

Μέχρι και τις αρχές του αιώνα μας ήταν υψηλή η θνησιμότητα απο την εκτέλεση της καισαρικής τομής. Αρκεί να σκεφτούμε οτι το 1865 εφτανε το 85 ο)ο.

Για πρώτη φορά το 1882 ο Sanger πρώτος προτείνει την συρραφή της μήτρας και έτσι ελλατώθηκε η θνησιμότητα. Μέχρι τότε υπήρχε η αντίληψη οτι οι ραφές της μήτρας προξενούσαν ανεπανόρθωτη ζημιά στη μήτρα και στο γυναικείο οργανισμό γενικότερα.

Για να μπορεσει ν' αποφευχθεί η εκδήλωση περιτονίτιδας που ακολουθούσε την επέμβαση ο Porro συνέστησε την εκτέλεση υφολικής υστερεκτομίας μετά απο την εξοδό του εμβρύου και τη μαρσιποποίηση του κολοβάματος του τραχήλου.

Ο KEPP το 1926 πρότεινε την εκτέλεση εγκάρσιας τομής της μήτρας αντί κάθετης που είναι δεκτός ως σήμερα.

Ετσι στις μέρες μας η κάθετη τομή στο σώμα της μήτρας δηλ. η κλασσική καισαρική τομή δεν εκτελείται και αντί γι' αυτή εκτελείται η χαμηλή εγκάρσια τομή και σπάνια η κάθετη.

3.3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Σήμερα η καισαρική τομή αποτελεί την περισσότερο συχνή μαιευτική επέμβαση με ποσοστό που φτάνει το 15 ο)ο στο σύνολο των τοκετών. Η εκτέλεση της είναι εύκολη γιατί βελτιωθηκε η τεχνική της, οι συνθήκες αναισθησίας, η γρήγορη και σωστή χορήγηση αίματος σε περίπτωση ανάγκης. Άλλος παράγοντας αρκετά σημαντικός είναι η μείωση της νοσηρότητας με τη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.

Η αύξηση της επέμβασης απο το 3 ο)ο παλαιότερα στο 6-7 ο)ο την προηγούμενη δεκαετία οδήγησε στη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας γιατί ελαττώθηκαν οι εμβρυσουλκίες της ευρυχωρίας και αυξήθηκαν οι ενδείξεις για καισαρική τομή όπως στην ισχιακή προβολή, στην παράταση εγκυμοσύνης στο πρόωρο τοκετό κλπ.

Η μητρική θνησιμότητα απο καισαρική τομή είναι 80 θάνατοι στις 100.000 επεμβάσεις, ενώ αντίστοιχα η μητρική θνησιμότητα σε φυσιολογικούς τοκετούς

είναι 27 θάνατοι στις 100.000 γεννήσεις. Η νοσηρότητα της επέμβασης φτάνει στο 25 ο)ο κυρίως με την εκδήλωση ενδομητρίτιδας, παρά την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.

Η εκτέλεση της καισαρικής τομής είναι 9 φορές συχνότερη στην πρωτότοκο σε σύγκριση με τηνπολύτοκο.

Ενα πολυ σημαντικό και συχνό πρόβλημα είναι η προηγηθείσα καισαρική τομη. Η σχέση προηγηθείσας καισαρικής και πρώτης είναι 5:4 δηλ. το 55,8ο)ο των καισαρικών είναι προηγηθείσες. Αυτό οφείλεται στην αντίληψη που έχει επικρατήσει στα πιο πολλά μαιευτικά κέντρα, δηλ. προηγηθείσα καισαρική τομή συνεπάγεται και δεύτερη κυρίως αν η προηγούμενη ήτανκάθετη και δεν υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ρήξης της μήτρας κατά την διάρκεια του τοκετού.

4.1 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΗΣ

Συχνά κατά την διάρκεια του τοκετού παρουσιάζονται δυσκολίες που για να ξεπεραστούν και να συνεχιστεί ομαλά ο τοκετός χρειάζεται μεγάλη υπομονή και πείρα στις τεχνικές μαιευτικές επεμβάσεις που βοηθούν στην εξοδο του εμβρύου απο μέρους του χειρουργου μαιευτήρα. Δυστυχώς ομως πολλές φορές οι δυσκολίες που παρουσιάζονται οδηγούν τον ιατρό στην ευκολη λύση της καισαρικής τομής.

Για τον λόγο αυτό πριν προχωρήσει στην εκτέλεση της επέμβασης πρέπει όχι μόνο να υπάρχει η ενδειξη και οι προϋποθέσεις αλλά να μην υπάρχει ούτε αντένδειξη για την εκτέλεση της.

Η καισαρική τομή ενδείκνυται στις παρακάτω

περιπτώσεις:

I) Απόλυτη η σχετική **δυσαναλογία** που οφείλεται σε :

α) Ανώμαλες προβολές και θέσεις του εμβρύου τέτοιες είναι το εγκάρσιο, λοξό και παραμελημένο εγκάρσιο σχήμα, η οπίσθια , προσωπική , η μετωπική, η βρεγμα-

τική και καμιά φορά η οπίσθια ινιακή προβολή, που δεν επιτρέπουν την εξοδο του κεφαλιού του εμβρύου.

β) Σε ανατομικά ανώμαλη πύελο η δυσαναλογία μεγάλη κεφαλή εμβρύου

2) Η ύπαρξη δυστοκίας που οφείλεται σε μηχανικά αίτια: όπως κύστες την ωοθήκης, ινομυώματα μήτρας ογκοι και συρίγγια (κυστεοκολπικά ορθοκολπικά) του κατωτέτου τμήματος του γεννητικού συστήματος.

3) Προδρομικός πλακούντας Μπορεί να είναι επιπωματικός πλακούντας ή επιχείλιος ή παραχείλιος και συνοδεύεται απο σκληρό τράχηλο που δεν διαστέλλεται. Στις περισσότερες απο αυτές τις περιπτώσεις εμφανίζεται εντονη αιμορραγία. Λύση εκλογής η καισαρική τομή.

4) Πρόωρη κεντρική ή περιφερειακή αποκόλληση πλακούντα Όταν ο τοκετός προβλέπεται εργώδης και παρατεταμένης διάρκειας επιβάλλεται η εκτέλεση καισαρικής τομής. Για να σωθεί το εμβρυο πρέπει η επέμβαση να γίνει σε μικρό χρονικό διάστημα απο την έναρξη αποκόλλησης του πλακούντα και πριν αυτή ολοκληρωθεί.

5) Προεκλαμψία - εκλαμψία πριν τηνδιαστολη του τραχηλικού στομίου και πριν τη εξοδο του κεφαλιού

Σε βαριά προεκλαμψία που δεν είναι δυνατόν να ρυθμιστεί με φαρμακευτική αγωγή λύση εκλογής και αμεση είναι η καισαρική τομή.

6) Ισχιακή προβολή Επιβάλλεται η εκτέλεση καισαρικής τομής στις πρωτότοκες με στενωμένη πύελο στα ευμεγέθη εμβρύα και στα πρόωρα.

7) Πρόπτωση του ομφάλιου λώρου Γίνεται αμεση και γρήγορη εκτέλεση της καισαρικής τομής και ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια να παρεμποδιστεί η εμπέδωση της προβάλλουσας μοιρας του εμβρύου. Σ'αυτή τηνπερίπτωση ένας βοηθός παρεμποδίζει την εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας με τα δάκτυλα απο τον κόλπο εως στου γίνεται η καισαρική τομή. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η οξυγόνωση του εμβρύου.

8) Ακαμψία τραχήλου Σήμερα η εκτέλεση καισαρικής τομης σε ακαμπτο και σκληρό τράχηλο, εχει μειωθεί αισθητά. Αυτό οφείλεται στη θεραπευτική εφαρμογή της

προσταγλανδίνης E2. Σύμφωνα με ερευνες σε περίπτωση ακαμψίας του τραχήλου μόνο το 2-3 ο)ο φτάνει σε καισαρική τομή μετά την εφαρμογή της

9) Δυσλειτουργικές διαταραχές του μυομητρίου ``

Σε υπερτονική ή ασύντακτη αδράνεια, σε παράταση εγκυμοσύνης ύστερα απο αποτυχία πρόκλησης τοκετού με χορήγηση ενδοφλέβιως ωδινοποιητικού φαρμάκων. Σήμερα το ποσοστό καισαρικών τομών αυτής της περίπτωσης έχει ελαττωθεί σημαντικά με την συστηματοποιημένη φαρμακευτική αγωγή και την τοκογραφική παρακολούθηση της επιτόκου.

10) Προηγούμενη εγχείρηση μήτρας για τη αποκατάσταση διαπλαστικών ανωμαλιών και στην περίπτωση εκपुरήνισης τοιχωματικών ινομυωμάτων μήτρας.

11) Στένωση του κόλπου απο μετεγχειρητικές ουλές

12) Κακώσεις της πυέλου ή υπαρξη αναπηρίας που δεν επιτρέπει το ανοιγμα των οσέλων της επίτοκης`` και κατα συνέπεια την εξοδο το εμβρυο απο τον κόλπο

13) Καρδιοπάθειες, νεφροπάθειες, πνευμονοπάθειες κυκλοφοριακά προβλήματα και άλλες παθήσεις που δεν καταστούν δυνατή την φυσιολογική διαδικασία του τοκετού γιατί τίθεται σε κίνδυνο η υγεία της μητέρας. Σε αυτή την περίπτωση η ενδειξη της επέμβασης γίνεται απο τον ειδικό παθολόγο ιατρό δηλ. καρδιολόγο πνευμονολόγο κ.λ.π.

14) Σακχαρώδης διαβήτης Γίνεται πρώτη εκτίμηση της ωριμότητας του εμβρύου και σε συνεργασία με ειδικό διαβητολόγο

15) Μακροχρόνια θεραπεία στειρώσης

16) Ηλικιωμένη (35 ετών) και νεαρή κάτω των (18 ετών) πρωτότοκος Στις ηλικίες αυτές η εκτέλεση κολπικού τοκετού εμφανίζουν αυξημένο ποσοστό μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και έτσι ενδείκνυται η καισαρική τομή. Ιδιαίτερα σε μια ηλικιωμένη μητέρα ένας ακόμη σοβαρός παράγοντας είναι η ζωή του ``πολύτιμου μωρού``. Βέβαια όλα τα μωρά είναι πολύτιμα για τους γονείς τους, όμως για την ηλικιωμένη πρωτότοκο με τα μακροχρόνια γυναικολογικά της προβλήματα και τα ορια ηλικίας να στενευσουν η απόφαση για την εκτέλεση καισαρικής τομή είναι επιβεβλημένη.

17) Εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου σ' αυτή την περίπτωση με τις κατάλληλες δοκιμασίες αποδεικνύεται η ελαττωμένη αντοχή του εμβρύου στη δοκιμασία του τοκετού.

18) Περιπτώσεις με βαριά ευαισθητοποίηση στον παράγοντα RHEBUS

19) Εμβρυϊκή δυσπραγία Ενδείξεις αποτ ο εμβρυο όπως η αλλοίωση της συχνότητας των καρδιακών παλμών, χρωματισμένο ενάμνιο οδηγούν στην λήψη απόφασης για εκτέλεση της εγχείρησης. Απαραίτητη προϋπόθεση η συστηματική καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση που να συνδυάζεται με μέτρηση της οξεοβασικής ισορροπίας του εμβρύου.

20) Ερπητική κολπίτιδα και αιδοιίτιδα Εδώ η καισαρική τομή επιβάλλεται να γίνει προτού σπάσουν οι υμένες του εμβρύου ή το πολύ 4 έως 6 ώρες αργότερα.

21) Στην περίπτωση αποτυχίας εκτέλεσης εμβρυοσυλκίας η επιβάλλεται η αναθεώρηση της απόφασης για κολπική διεξαγωγή του τοκετού.

22) Προηγούμενη καισαρική τομή Αυτή η ενδειξη αποτελεί το 1/3 του συνόλου αριθμού των καισαρικών τομών. Στην περίπτωση όμως που η γυναίκα έχει πριυτην και καισαρική τομή εναν η περισσότερους φυσιολογικούς τοκετούς ο τράχηλος είναι ευκολοδιάστατος η τομή στη μήτρα χαμηλή εγκάρσια και το εμβρυο μικρό και ο χώρος έχει οργάνωση τέτοια ώστε να αντιμετωπισθεί εγκαίρα κάθε επιπλοκή τότε μπορεί να αποπερατωθεί ο τοκετός απο την φυσιολογική οδό με εμβρυοσυλκία. Πάντα όμως υπάρχει ο κίνδυνος της αυτόματης ρήξης της μήτρας. Η ρήξη οφείλεται στην ελαττωμενη αντίσταση που υπάρχει στη θέση της παλιά ουλής.

Στην περίπτωση προηγηθείσης καισαρικής τομής θα εκτελεσθεί οποσδήποτε δευτε-
ρη προγραμματισμένη όταν:

- α) Η τομή στη μήτρα έγινε ψηλή κάθετη
- β) Η λοχεία ήταν εμπύρετη
- γ) Η ουλή εμφανίζεται ευαίσθητη
- δ) Η εγκυος δεν έχει άλλα ζωντανά παιδιά
- ε) Η προηγούμενη καισαρική είναι πρόσφατη

4.2 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

- α) Η ύπαρξη πλήρως οργανωμένου χειρουργείου με σύγχρονα τεχνικά μέσα
- β) Παρουσία πεπειραμένου γυναικολόγου μαιευτήρα με μεγάλη χειρουργική πείρα
- γ) Παρουσία εμπειρου ειδικού αναισθησιολόγου. Η αναισθησία που χορηγείται σε μια μέλλουσα μητέρα που θα υποβληθεί σε καισαρική τομή απαιτεί ειδικές γνώσεις αναισθησιολόγου γιατί όπως είναι ευνόητο αυτή επηρεάζει σημαντικά το εμβryo ως το σημείο να δημιουργούνται δυσάρεστα συμβάντα σ' αυτό. Για το λόγο αυτό απαιτείται η τεχνική της αναισθησίας και η χορήγηση των αναισθητικών να είναι τέτοια ώστε το εμβryo να κλάψει αμέσως μετά την εξοδό του.
- δ) Σωστή και αμεση παρακολούθηση της χειρουργημένης μετά την επέμβαση απο εμπειρο προσωπικό

4.3 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η επέμβαση της καισαρικής αντενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- 1) **Νεκρό εμβryo** Μόνο όταν είναι μεγάλο, υπάρχει απόλυτη δυσαναλογία η υδροκεφαλία και ο μαιευτηρας δεν έχει την πείρα εκτέλεσης της ανάλογης μαιευτικής επέμβασης για να αποφευχθούν επικίνδυνες κακώσεις του πυελογεννητικού σωλήνα.
 - 2) **Εκλυση προώρου τοκετού** Δεν είναι σίγουρη η βιωσιμότητα του εμβρύου απο ανωριμότητα του.
 - 3) **Διαταραχές της πήκτικότητας αίματος** στην περίπτωση αυτή είναι προτιμότερος ο τοκετός απο τον κόλπο
 - 4) **Ανεπαρκής κάλυψη απο χειρουργικό εξοπλισμό και διαθέσιμο αίμα**
- Αντενδείξεις όπως επανελλημένες απουχημένες προσπάθειες κολπικού τοκετού, η πρώιμη ρήξη των υμένων απο ημέρες και η φλεγμονη των γεννητικών οργάνων έχουν ξεπεραστεί σε μεγάλο βαθμό σήμερα με την προφυλακτική αντιβίωση

5.1 ΕΙΔΗ ΤΟΜΩΝ

Καταρχήν διακρίνουμε τις τομές των κοιλιακών τοιχωμάτων και τις τομές των τοιχωμάτων της μήτρας.

Κοιλιακών τοιχωμάτων: Προτιμάται η κάθετη και η εγκάρσια τομή

α) Κάθετη τομή: είναι μέση υπομφάλια, δηλ. αρχίζει από τον ομφαλό και τελειώνει στο εφηβαίο.

β) Εγκάρσια τομή : (PHANNENSTIEL) : γίνεται στο υπογάστριο ακριβώς επάνω από το εφηβαίο,

Τοιχωμάτων της μήτρας: Εκτελούνται οι εξής τομές:

α) Ψηλή κάθετη τομή: Εκτελείται στην πρόσθια επιφάνεια της μήτρας χωρίς να γίνει και αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής.

β) Χαμηλή κάθετη τομή: Εκτελείται στο κατώτερο τμήμα της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας έπειτα από αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής

γ) Εξωπεριτονοϊκή τομή (WATERS): Εκτελείται στην περίπτωση υποψίας ενδομητριάς μόλυνσης, στο κατώτερο τμήμα της μήτρας έπειτα από αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής με ειδική τεχνική ώστε να αποφευχθεί η διάνοιξη της περιτονοϊκής κοιλότητας.

δ) Χαμηλή εγκάρσια τομή: Εκτελείται στο κατώτερο τμήμα της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας έπειτα από αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής.

5.2 ΕΚΛΟΓΗ ΤΟΜΗΣ

Η εκλογή του είδους της τομής για τα κοιλιακά τοιχώματα και των τοιχωμάτων της μήτρας εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

Κοιλιακών τοιχωμάτων

- α. Κάθετη τομή : Προτιμάται στην περίπτωση που η εγκυος είναι παχύσαρκη και το εμβρυο μεγάλο. Εκτελείται γρήγορα και αποφεύγεται η απώλεια αίματος. Ετσι σε σοβαρή αλλοίωση των εμβρυικών καρδιακών παλμών ή σε επιβαρημένη κατάσταση της επιτόκου, μεγάλη αιμορραγία, προτιμάται η κάθετη τομή. Μειονέτημά της είναι ότι μπορεί να προκαλέσει μετεγχειρητική κοιλιοκήλη που επουλώνεται δύσκολα.
- β. Εγκάρσια τομή : Προτιμάται από τους περισσότερους γυναικολόγους γιατί τα αισθητικά αποτελέσματα είναι καλύτερα, δεν προκαλεί μετεγχειρητική κοιλιοκήλη επουλώνεται καλύτερα και ταχύτερα. Μειονέτημά της ο χρόνος που απαιτείται για την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων είναι μεγαλύτερος η απώλεια αίματος μεγάλη και τέλος μπορεί να συμβεί τραυματισμός της ουροδόχου κύστεως κυρίως όταν υπάρχουν συμφύσεις από προηγούμενη εγχείρηση.

Τοιχωμάτων μήτρας

- α. Ψηλή κάθετη τομή: Σήμερα δεν προτιμάται γιατί εκτελείται στο συσταλτό μέρος της μήτρας και υπάρχει ο κίνδυνος ρήξεως της ουλης σε επόμενη εγκυμοσύνη, δημιουργείται εύκολα μόλυνση του τραύματος και εγκατάσταση περιτονίτιδας, δημιουργεί συμφύσεις ανάμεσα στα τοιχώματα της μήτρας. Είναι λύση εκλογής μόνο στη περίπτωση ινομυώματος της πρόσθιας επιφάνειας του κατώτερου τμήματος της μήτρας.
- β. Χαμηλή κάθετη τομή : Προτιμάται γιατί στην περίπτωση δυσκολίας εξόδου του εμβρύου είναι εύκολο να γίνει επέκταση στην πάνω γωνία της. Αν γίνει επέκταση προς τα κάτω μπορεί να συμπεριλάβει τον τράχηλο, τον κόλπο και μερικές φορές την ουροδόχο κύστη. Κυρίως προτιμάται στις περιπτώσεις που:

- Το εμβρυο είναι μεγάλο
- Το εμβρυο βρίσκεται σε εγκάρσιο σχήμα και οι εμβρυικοί υμένες έχουν ραγεί ή έχει ισχιακή προβολή και είναι μεγάλο
- Υπάρχουν συμφύσεις ανάμεσα στη μήτρα και την ουροδόχο κύστη από προηγούμενη εγχείρηση
- Στην περίπτωση προδρομικού πλακούντα όταν τον ψηλαφούμε κάτω από το σημείο της μήτρας που θα γίνει διάνοιξη
- Υπάρχει ινομύωμα στο κατώτερο τμήμα της μήτρας
- Αποτυχία απόπειρας εμβρυοουλκίας γιατί το κατώτερο τμήμα είναι οίδηματώδες και εύθρυπτο.
- Υπάρχει διαβρωτικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας

γ. Χαμηλή εγκάρσια τομή : Προτιμάται γιατί η απώλεια αίματος κατά την εκτέλεση της είναι μικρότερη και γιατί η συρραφή της γίνεται καλύτερα. Μειονέκτημα της είναι ότι στην περίπτωση που θα επεκταθεί προκαλείται αιμοραγία στα παραμήτρια από ρήξη μεγάλων αγγείων.

Δύο παραλλαγές της εγκάρσιας τομής είναι:

- 1) Σε σχήμα ανάποδου T στην περίπτωση που ο πλακούντας βρίσκεται κάτω από το σημείο εξόδου του εμβρύου και 2) σε σχήμα Z στην περίπτωση που το κατώτερο τμήμα της μήτρας είναι στενό για να μην επεκταθεί η εγκάρσια τομή στα πλάγια.

Αυτές οι παραλλαγές θέτουν τη μήτρα σε κίνδυνο ρήξης της ουλής σε επόμενη εγκυμοσύνη γι' αυτό καλό είναι να αποφεύγεται η εκτέλεσή της.

6.1 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΣΥ ΚΑΘΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΡΣΙΑΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή πλεονεκτηεί απέναντι στην κάθετη, ιδιαίτερα στην κλασσική που δεν γίνεται απώθηση της κυστεομητρικής πτυχής:

Μετά την συρραφή της το τραύμα απομονώνεται σε όλη του την εκταση απο την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ελαττώνεται ο κίνδυνος μετεγχειρητικής περιτονίτιδας, ειλεού και συμφύσεων.

Η ρήξη της ουλής σε επόμενη εγκυμοσύνη συμβαίνει σε πιο μικρή συχνότητα και οφείλεται στο ότι το κατώτερο τμήμα της μήτρας εξαιτίας της περιορισμένης περιεκτικότητάς του σε κυκλοτερείς μυϊκές ίνες, δεν συστέλλεται αντίθετα με το ανώτερο μυϊκής σύστασης τμήμα της που με την λειτουργικότητά του στη διάρκεια της λοχείας δεν επιτρέπει τη δημιουργία καλής ποιότητας μετεγχειρητική ουλής. Επίσης η ελλειψη συσταλτικότητας στο κατώτερο τμήμα της μήτρας μειώνει τις πιθανότητες για ρήξη της ουλής στη διάρκεια της κύησης και του τοκετού.

Μειονέκτημα της εγκάρσιας τομής είναι η μεγαλύτερη καθυστέρηση στην εξοδο του εμβρύου και η πιθανότητα επέκτασης της τομής προς τα πλάγια ώστε να συμβεί τρώση των μεγάλων κλάδων της μητριαίας αρτηρίας με αποτέλεσμα μεγαλύτερη απώλεια αίματος.

6.2 ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ Κ.Τ

Αν διαπιστωθεί ο θάνατος της εγκύου και το εμβryo είναι βιώσιμο, τότε είναι δυνατή η εκτέλεση Κ.Τ για την απελευθέρωσή του. Για το σκοπό αυτό χωρίς αντισηπτικές προφυλάξεις, προχωράμε σε κάθετη τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων και των τοιχωμάτων της μήτρας και βγάζουμε το εμβryo. Η επέμβαση μετά το θάνατο της εγκύου πρέπει να είναι αμεση. Τα εμβρυα που γεννιούνται μέσα στα πρώτα δέκα λεπτά απο το θάνατο της μητέρας τους, έχουν καλή πρόγνωση. Υστερα απο παρέλευση δέκα λεπτών η πρόγνωση του γίνεται βαριά και μετά απο είκοσι λεπτά η επέμβαση κρίνεται αχρηστη.

7. ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

7.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΕΓΚΥΟΥ

Η σωστή προεγχειρητική φροντίδα της μέλλουσας μητέρας προλαβαίνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την αναρρωσή της.

Ο φόβος η αγωνία και η ανησυχία της εγκύου μπορεί να οφείλεται σε αγνοία προκαταληψη παρανόηση, επηρεασμό στο φόβο για το αγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της κατάστασως της καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Η προετοιμασία του Νοσ)τή - Νοσ)τριας ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα της εγκύου, χωρίς να παρεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων όπως ιατρών κλπ καθώς και η σωστή προετοιμασία της εγκύου απο τον Νοσ)τη - Νοσ)τρια με επεξηγήσεις και οδηγίες σαφείς που αφορούν μερικά σημεία της χειρουργικής της καισαρικής τομής, δημιουργούν στην εγκυο κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται και στους ανθρώπους που εμπιστεύεται τη ζωή της και τη ζωή του παιδιού της.

Η προεγχειρητική φροντίδα της εγκύου συνίσταται:

- Γενική προεγχειρητική φροντίδα
- Τοπική προεγχειρητική φροντίδα
- Τελική προεγχειρητική φροντίδα

Γενική προεγχειρητική φροντίδα

Η γενική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

Τόνωση του ηθικού

Η εγκυος πριν την επέμβαση και όταν αυτή είναι προγραμματισμένη και δεν είναι απόφαση κατά την διάρκεια του τοκετού, έχει φόβο αγχος αγωνία όχι μόνο για τον τοκετό αλλά και για την επέμβαση πουθα υποβληθεί. Πολλοί ακόμη πρόβλέπουν και την αποτυχία της επέμβασης. Αυτή η ψυχολογική κατάσταση μπορεί να συμβάλ-

λει στην έναρξη ΣΤΡΕΣ και την πρόκληση υδατοηλεκτρολυτικών διαταραχών απο την προεγχειρητική περίοδο.

Για το λόγο αυτό η νοσηλεύτρια όταν υπάρχει χρόνος πριν την επέμβαση και χωρίς να υπερβαίνει το χώρο της αρμοδιότητας της πρέπει να συζητάει μαζί της τους φόβους και τις απορίες της. Να προσπαθεί να τις δώσει με απλά και κατανοητά λόγια, πληροφορίες σχετικά με την επέμβαση όπως για την αναισθησία, την τομή, το εμβryo και όλα οσα θα ακολουθήσουν.

Η συζήτηση αυτή θα ηρεμήσει και θα καθησυχάσει την μέλλουσα μητέρα γιατί θα γνωρίζει τι θα γίνει και το σημαντικότερο θα έχει αποκτήσει εμπιστοσύνη για το προσωπικό της κλινικής γιατί θα ξέρει ότι ολοι εκεί βρίσκονται για να βοηθήσουν αυτή και το μωρό της που πρόκειται να ερθει στον κόσμο.

Τόνωση σωματική

Κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την καλή κατάσταση θρέψης έτσι ώστε να μπορεί η επίτοκος να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλυμμελή σίτηση των πρώτων ημερών μετεγχειρητικά χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό της. Δίνεται μεγάλη σημασία στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Εάν η εγκυος δεν μπορεί και δεν πρέπει να στερηθεί υγρά της χορηγούνται αυτά παρεντερικώς, και αυτό γιατί ξέρουμε ότι πριν την εγχείρηση δεν κάνει να παίρνει τίποτα απο το στόμα.

Προεγχειρητικά όταν υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος.

- α) Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή
- β) Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος υπερθερμιδική εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.
- γ) Γίνεται μετάγγιση αίματος αν υπάρχει αναιμία
- δ) Σε περίπτωση που οι εμβρυικοί υμένες είχαν ραγεί πρέπει η χορήγηση αντι-

βιοτικών φαρμάκων να αρχίσει πριν την επέμβαση.

ε) Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί για την διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωινών ούρων στην προεγχειρητική εγκυο.

στ) Διδάσκει την εγκυο πως να αναπνεει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

ζ) Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν την επέμβαση. Πρέπει να αποφεύγονται τα ισχυρά καθαρτικά γιατί συχνά προκαλούν υδάτοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου γίνεται με δίαιτα και σωστή κίνηση (περπάτημα κλπ).

Ειδικές ιατρικές εξετάσεις

— Στη γενική προεγχειρητική φροντίδα της εγκύου που πρόκειται να υποβληθεί σε εγχείρηση Κ.Τ περιλαμβάνονται διάφορες ιατρικές εξετάσεις (εργαστηριακές). Οι εξετάσεις που γίνονται πριν την Κ.Τ είναι :

1) Εξέταση αίματος : γενική αίματος, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής, ομάδα και RHESUS αίματος, αιματοκρίτης , σακχαρο και ουρία αίματος. Στην περίπτωση ιστορικού αιμορραγίας ή θρόμβωσης ελέγχεται επιμελημένα η πήκτικότητα του αίματος.

2) Γενική εξέταση ούρων

Μετά την οριστική απόφαση και ώρα της εγχείρησης της εγκύου καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αυτή σκοπό έχει να καθορίσει το είδος της νάρκωσης (τοπική - γενική) και το είδος του αναισθητικού.

Επίσης γίνεται ηλεκτροκαρσιογράφημα και ακτινογραφία θώρακα.

Καθαριότητα της εγκύου

Αυτη συνίσταται σε :

- 1) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντέρου αποβλέπει στην αποφυγή εκκενωσεώς του πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.
- 2) Καθαριότητα και ευκρεπισμός των εξω γεννητικών οργάνων. Αυτή εξασφαλίζεται με λουτρό καθαριότητας το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεων του χειρουργικού τραύματος απο το ακάθαρο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχείρησης της Κ.Τ και προστατεύεται η εγκυος για να μην κρυώσει. Κατά το λουτρό παρακολουθείται η υγεία του δέρματος κ' γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημειων οπως ομφαλού, γεννητικών οργάνων και κοιλιάς.

Προετοιμασία και εκπαίδευση

Προετοιμάζουμε και δείχνουμε στην εγκυο ορισμένες ασκήσεις ακρων αναπνευστικών μυών που πρέπει να γίνουν μετά την επέμβαση.

Οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται μαλακά και ρυθμικά και σκοπό έχουν να αυξήσουν το μυικό τόνο των κοιλιακών μυών, των μυών του περιναιου, να γυμνάσουν τα κάτω ακρα και το στήθος για να αποφευχθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές οπως θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονική εμβολή κ.λ.π.

Προσανατολισμός

Μεταφέρεται η εγκυος στο νέο δωμάτιο στο οποίο θα μεταφερθεί μετα την εγχείρηση. Γνωρίζει το καινούριο περιβάλλον , χαλαρώνει και ηρεμεί.

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου με ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου και της κοιλιάς ως τον ομφαλό και γίνεται επάλειψη ολης της περιοχής της κοιλιάς με αντισυπτική διάλυση ώστε να

καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η θέση και η εκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή εκταση γύρω από το σημείο της τομής δηλ. ολου του περιναιου.

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου.

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Πριν την μεταφορά της εγκύου στο χειρουργείο ή νοσηλεύτρια:

- α) Την ντύχει με αποστειρωμένο ρουχισμό αφήνοντας ακάλυπτη την περιοχή του δέρματος ανάμεσα στον ομφαλό και στην ηθική σύμφυση.
- β) Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα. Εξαίρεση μπορεί να γίνει - για λόγους συναισθηματικούς - μόνο στην (βέρα) που δένεται με έναν επίδεσμο στον καρπό. Τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο της εγκύου καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος ή σε συγγενικό της πρόσωπο (σύζυγος - γονείς - αδέρφια).
- γ) Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη
- δ) Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης
- ε) Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία της εγκύου

Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής αναφέρονται. Μετρά την αρτηριακή πίεση το βράδυ της προηγούμενης της εγχείρησης ημέρας και το πρωί.

στ) Τονώνει με λίγες σαφείς και με χιούμορ κουβέντες το ηθικό της μέλλουσας μητέρας και τις υπενθυμίζει τις μετεγχειρητικές ασκήσεις (αναπνευστικές - ακρων) που πρέπει να κάνει αμέσως μετά την επέμβαση.

ζ) Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας της εγκύου την συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά της ώσπου να γίνει η νάρκωση.

7.2 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Συνήθως προτιμάται η γενική αναισθησία για την εκτέλεση της καισαρικής τομής όπως σ' όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις. Η θέση της εγκύου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι επιδρά στις αιμοδυναμικές μεταβολές της εγκύου και του εμβρύου. Η υπτια θέση θεωρείται μειονεκτική γιατί ο όγκος της μήτρας πιέζει την κάτω κοίλη φλέβα περιορίζει την φλεβική επαναφορά και τον κατά λεπτό ογκο αίματος και προκαλεί υπόταση και ελάττωση της αιμάτωσης της μήτρας.

Για την αποφυγή της υπότασης τοποθετείται το χειρουργικό τραπέζι με κλίση προς τα πλάγια, αυτός ο τρόπος δεν είναι δεικτός από όλους τους μαιευτήρες και προτιμάται η μετατοπιση της μήτρας με το χέρι.

Η γενική αναισθησία συχνά προκαλεί καταστολή του εμβρύου αμέσως μετά τον τοκετό. Ο βαθμός της καταστολής αυξάνει με το χρόνο μέχρι την απελευθέρωση για αυτό η προετοιμασία της εγκύου (ευπρεπισμός, πλύσιμο και αντισηψία) πρέπει να γίνει πριν την χορήγηση της γενικής αναισθησίας.

Δεν πρέπει όμως να υπάρχει υπέρμετρη βιασύνη για την εξοδο του εμβρύου, γιατί, όταν η οξυγόνωση της εγκύου είναι ικανοποιητικά και η αρτηριακή πίεσή της φυσιολογική, μπορεί το έμβρυο να βγει μέσα σε 5' - 10' ή και 15' χωρίς να έχει επηρεαστεί.

Ετσι στην καισαρική τομή η νάρκωση μέχρι την εξοδο του εμβρύου πρέπει να είναι επιπολής δίχως όμως να έχει αίσθηση η εγκυος, και να μην επηρεαστεί το έμβρυο. Για το λόγο αυτό χορηγούνται μικρές δόσεις βαρβιτουρικού μέχρι την εξοδο του εμβρύου και η νάρκωση αρχίζει όταν ο χειρουργός είναι ετοιμος και πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα διασωλήνωσης του εμβρύου σε περίπτωση που θα υπάρξει πρόβλημα κατά την ανάνηψη του νεογνού ώστε να γίνει τεχνητή αναπνοή.

Μολις χορηγηθεί κουράριο - προκαλεί παράλυση των μυών και έτσι καταργείται η θωρακική και διαφραγματική αναπνοή και ο χειρουργός εργάζεται ελεύθερα - διασωληνώνεται η εγκυος, γιατί παραλύουν οι αναπνευστικοί μύες η αναπνοή γίνεται

μέσω τραχειοσωλήνα, και ο χειρουργός αρχίζει την επέμβαση για την ταχύτερη εξοδο του εμβρύου.

Στην συνέχεια χορηγείται συμπληρωματική δόση κουραρίου και βαρβιτουρι-
κών και η γυναίκα κοιμάται πιο βαθιά, μετά την υστεροτομία χορηγείται ωκυτο-
κίνη για μητροσύσπαση που περιορίζει την μεγάλη απώλεια αίματος.

Τα ταχείας δράσης βαρβιτουρικά διαπερνουν το φράγμα του πλακούντα, συ-
γκρατούνται απο τον εγκέφαλο του νεογνού που είναι πλούσιος σε λιποειδή και
χάνουν έτσι μεγάλη απο την ναρκοτική τους επίδραση στο εμβρυο σε σχέση με ε-
κείνη του ενήλικα.

Η φαρμακολογική ιδιότητα που μας ενδιαφέρει για κάθε φάρμακο που χορη-
γείται στην εγκυο είναι αν διέρχεται και σε τι ποσότητα το φράγμα του πλακούν-
τα.

Η αναισθησία με φλουοθάνιο (Flurothane) επειδή προκαλεί χαλάρωση του
μυομητρίου αυξάνει την απώλεια αίματος.

7.3 ΧΡΟΝΟΙ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η εγχείρηση της καισαρικής τομής περιλαμβάνει τους εξής χρόνους:

1ος Γίνεται με την τομή που έχει επιλεγθεί, διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων με γρήγορους χειρισμούς και αποφεύγεται η απολίνωση των αγγείων του υποδρώριου ιστού. Κατά την διάρκεια αυτού του χρόνου ο βοηθός κρατά την μήτρα μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων και του ρουχισμού επικάλυψής τους, στη μέση γραμμή. Αν ο αναισθησιολόγος διαπιστώσει πτώση της αρτηριακής πίεσης τότε ο βοηθός αφήνει την μήτρα να πέσει προς τα πλάγια.

2ος Επειτα απο την εφαρμογή διαστολέων κοιλιακών τοιχωμάτων διορθώνεται η θέση της μήτρας για την καλύτερη αποκάλυψη της πρόσθιας επιφάνειας και απωθούνται οι εντερικές ελικες προς τα πάνω με μεγάλα σπληνία. Τοποθετούνται τρία σπληνία για την καλύτερη απώθηση των εντερικών ελικών και την καλύτερη απομόνωση του χειρουργικού πεδίου. Ένα στο πυθμένα της μήτρας και δύο στα πλάγιά της.

Έτσι αποφεύγεται η διαφυγή αμνιακού υγρού ή αίματος μέσα στην περιτονοϊκή κοιλότητα.

3ος Ο βοηθός τοποθετεί διαστολέα DOYEN στην κάτω γωνία του τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων και πάνω απο την ηβική σύμφυση, για την καλύτερη αποκάλυψη του κατώτερου τμήματος της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας ως το σημείο της ανάκαμψης της κυστεομητρικής πτυχής.

4ος Ο χειρουργός συλλαμβάνει με χειρουργική λαβίδα την κυστεομητρική πτυχή και την κόβει με ψαλίδι, την αποκολλά με τα δάκτυλα ή με τολουπίο, εφαρμοσμένο σε τολουπολαβίδα σε εκταση όχι παραπάνω απο 5 εκ. και την κατασπά προς την ουροδόχο κύστη, με σύγχρονη καισε μικρό βάθος αποκόλληση του ορογόνου χιτώνα της μήτρας, που αντιστοιχεί στο πάνω χείλος της τομής. Η αποκόλληση του ανω χείλους βοηθά στην καλύτερη επικάλυψη της τομής στο τέλος της εγχείρησης. Αν

η αποκόλληση προβλέπεται δύσκολη εγκαταλείπεται για να μην καθυστερεί η επέμβαση .

5ος Αφαιρείται ο διαστολέας DOYEN απο το βοηθό και ξανατοποθετείται, έτσι ώστε να συγκρατεί το κάτω χείλος της τομής της κυστεομητρικής πτυχής.

6ος Ο χειρουργός εκτελεί εγκάρσια τομή με νυστέρι, μήκους 2 εκ. περίπου στο κέντρο την επιφάνειας του κατώτερου τμήματος της μήτρας που αποκαλύφθηκε και γίνεται διάνοιξη προς τα πλάγια με τους δείκτες των χεριών τοποθετημένους στο μικρό άνοιγμα της τομής και βαθιά ως τη μητριαία κοιλότητα. Αν ο αμνιακός σάκος είναι ακέραιος σ' αυτό το σημείο σπάζεται. Το άνοιγμα αυτό της μήτρας αντιστοιχεί περίπου στο εσωτερικό στόμιο του τραχήλου. Αν η συμπλήρωση του ανοίγματος της τομής δεν είναι εύκολη με τους δείκτες, τότε χρησιμοποιείται φαλίδι, αφού πρώτα ο χειρουργός τοποθετήσει το δείκτη, και το μεσαίο δάκτυλο ανάμεσα απο την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας και τον αμνιακό σάκο ή τον κάτω πόλο του εμβρύου. Η τομή με φαλίδι δεν γίνεται ακριβώς προς τα πλάγια αλλά με μικρή κλίση προς τα πάνω για την αποφυγή τομής αγγείων. Έτσι η τομή παίρνει σχήμα ημισελήνοειδές.

Άλλος τρόπος διάνοιξης της τομής των τοιχωμάτων της μήτρας, που πρέπει να προτιμάται, όταν η γυναίκα βρίσκεται σε στικτό, γιατί το τοίχωμα της μήτρας στο σημείο αυτό είναι λεπτό, είναι η ημισελήνοειδής καισε εκταση 2-3 εκ, χάραξη με νυστέρι του κατώτερου τμήματος της μήτρας, χωρίς αυτή να φτάνει ως την ενδομήτρια κοιλότητα σ' όλη της την εκταση, παρά μόνο στο κέντρο.

Υστερα με τους δείκτες μέσα στο άνοιγμα επεκτείνεται η τομή προς τα πλάγια.

7ος Ο βοηθός αφαιρεί το διαστολέα της κάτω γωνίας του τραύματος.

Ο χειρουργός εισάγει την αριστερή παλάμη του (αν βρίσκεται αριστερά της γυναίκας) κάτω απο την κεφαλή του εμβρύου και πιέζει το πυθμένα της μήτρας με το δεξί του χέρι, βοηθούμενος απο τον άλλο βοηθό ώστε η κεφαλή του εμβρύου χρη-

αιμοποιώντας την παλάμη του σαν υπομόχλιο να εξέλθει απο το ανοιγμα της τομής. Σε ισχιακή προβολή ή σε εγκάρσιο σχήμα ο χειρουργός συλλαμβάνει το πόδι του εμβρύου με την βοήθεια σπληνίας για να μην του γλιστρήσει.

8ος Αναρροφώνται οι εκκρίσεις του στόματος της μύτης του εμβρύου απο τον ενα βοηθό αμέσως μετά την απελευθέρωση της κεφαλής και ελκεται η κεφαλή προς τα εξω οπως στο φυσιολογικό τοκετό, για να ελευθερωθούν οι ώμοι του και να βγει ολόκληρο το εμβρυο. Αν η εξοδος της κεφαλής είναι δύσκολη χρησιμοποιείται ειδικός εμβρυολικός του SIMIPSON για να βοηθηθεί.

9ος Ο χειρουργός συλλαμβάνει το εμβρυο απο τασφυρά αμεσως μετά την εξοδό του γίνεται αναρρόφηση των εκκρίσεων απο το στόμα και τη μύτη του, ο βοηθός απολινώνει τον ομφάλιο λώρο και το νεογνό παραδίνεται στο βοηθητικό προσωπικό ή στο νεογνολόγο για την περίθαλφή του.

Η σύγκρατηση του νεογνού απο τα σφυρά σε υψηλότερο επίπεδο απο το πεδίο του πλακούντα επιβάλλει τη γρήγορη απολίνωση του ομφάλιου λώρου, γιατί συμβαίνει σημαντική απώλεια αίματος, για το νεογνό.

Είναι προτιμώτερο η απολίνωση του ομφάλιου λώρου να γίνεται όταν το εμβρυο βρίσκεται ανάμεσα στους μηρούς της γυναίκας.

10ος Ο δεύτερος βοηθός εφαρμόζει πάλι τονδιαστολέα της κάτω γωνίας του τραύματος στη διάρκεια που ο χειρουργός και ο πρώτος βοηθός ασχολούνται με την αναρρόφηση των εκκρίσεων και την απολίνωση του ομφάλιου λώρου.

11ος Ο πρώτος βοηθός αποσπογγίζει το αίμα τους τραύματος και ο χειρουργός συλλαμβάνει με ρυτιδωμένες λαβίδες τις δυο γωνίες του για την αποφυγή αιμορραγίας.

12ος Ο πρώτος βοηθός ελκει προς τα πάνω τις δύο θυριδωτές λαβίδες για την καλύτερη εκθεση του τραύματος και ο χειρουργός με το αριστερό χέρι συλλαμβάνει τον ομφάλιο λώρο ενώ με το δεξί χέρι ασκεί πίεση στον πυθμένα της μήτρας πάνω απο τα κοιλιακά τοιχώματα για να βγει ο πλακούντας. Μετά απο την εξοδο ελέγχεται η ακαιρεότητα του.

Αν δεν βγαίνει με αυτόν τον χειρισμό εκτελεί δακτυλική επισκόπηση της μήτρας. Μετά την εξοδο του πλακούντα χρησιμοποιείται λαβίδα KOCHER για την αποκόλληση και εξοδο των εμβρυικών υμένων.

13ος Τοποθετείται σπληνίο μέσα στη μητρίαια κοιλότητα για την πρόκληση αιμόστασης και τον καλύτερο ελεγχο των τραυματικών χειλέων, ενώ ο αναισθησιολόγος προσθέτει 10 μονάδες ωκυτοκίνης στο ορό, για να προκληθεί σύσπαση της μήτρας και ελάττωση της αιμοραγίας. Όταν η καισαρική τομή γίνεται προγραμματισμένα πριν την εισαγωγή του σπληνίου στην κοιλότητα της μήτρας, ο χειρουργός εισάγει το δείκτη του στο εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, για να τον διευρύνει και να διευκολύνει την παροχέτευση του περιεχομένου της μήτρας. Μετά την διαστολή του τραχήλου αλλάζει το γάντι και συνεχίζει στον επόμενο χρόνο.

Η χορήγηση ωκυτοκίνης αδιάλυτης μέσα στη φλέβα η ενεση στο τοίχωμα της μήτρας πρέπει να αποφεύγεται γιατί η είσοδος της στην κυκλοφορία σε τέτοια πυκνότητα μπορεί να προκαλέσει υπόταση, καρδιακή αρρυθμία ή εμβολή.

14ος Αφαιρείται το σπληνίο της ενδομήτριας κοιλότητας και ράβονται τα τραυματικά χείλη της μήτρας, ενώ βρίσκεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, για την καλύτερη προφύλαξη της και για την αποφυγή τραυματισμού των σαλπίνγων.

Η πρώτη ραφή γίνεται με συνεχόμενο χρωμιωμένο ράμμα CAT - GUT No 0 ή 1 σε στρογγυλή βελόνα, και πιάνει το φθαρτό χιτώνα και μέρος του μυϊκού χιτώνα. Τα ακρά του ράμματος των δύο γωνιών συλλαμβάνονται με λαβίδες KOCHER και κρατούνται απο τον δεύτερο βοηθό προς τα επάνω και έξω αφού αφαιρεθούν οι

δυσο θυριδωτές λαβίδες των γωνιών. Η πρώτη ραφή πρέπει να τελειώσει όσο πιο γρήγορα γίνεται, για την αποφυγή απώλειας αίματος και για την καλύτερη σύσπαση της μήτρας. Στην συνέχεια, με δεύτερη συνεχόμενη ραφή, από το ίδιο ράμμα, καλύπτεται η πρώτη με τη συμπληρωσία του μυϊκού τοιχώματος της μήτρας, ενώ ο βοηθός κρατά πάλι τις δύο γωνίες του τραύματος.

15ος Ο διαστολέας της κάτω γωνίας του τραύματος αφαιρείται για να ελευθερωθεί το κάτω χείλος της τομής της κυστεομητρικής πτυχής και τοποθετείται όπως στην αρχή της εγχείρησης. Ο χειρουργός συλλαμβάνει με χειρουργική λαβίδα το κέντρο του κάτω χείλους της τομής της κυστεομητρικής πτυχής και ελέγχει το χειρουργικό πεδίο και την ύπαρξη αιμορραγίας, που προέρχεται, ή από την αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής ή από την συρραφή των δύο στρωμάτων της μήτρας.

Στην περίπτωση που υπάρχει αιμορραγία, τοποθετεί συμπληρωματικά ράμματα σε σχήμα 8 για την εξασφάλιση αιμοστασης. Στη συνέχεια ακολουθεί επικαλυπτική συρραφή του κάτω χείλους της κυστεομητρικής πτυχής στην πρόσθια επιφάνεια της μήτρας έτσι ώστε να τεθεί το τραύμα εξωπεριτοναικά με συνεχή ραφή από χρωμιωμένο CAT-GUT No 0.

16ος Ο πρώτος βοηθός εισάγει διαστολέα κοιλιακών -τοιχωμάτων στην πάνω γωνία του τραύματος, ο χειρουργός αφαιρεί τα σπληνία που είχε απμονώσει το χειρουργικό πεδίο και την περιτοναική κοιλότητα και αποσπογγίζει ολόκληρη της κοιλότητα από το αμνιακό υγρό ή το αίμα.

Ταυτόχρονα γίνεται έλεγχος της συσπαστικότητας της μήτρας. Για να γίνει καλύτερα αποσπόγγιση του χώρου δίπλα από την μήτρα, πιέζεται το σώμα της μήτρας προς τα αριστερά με τολουπολαβίδα και με μια δεύτερη απογγίζεται το δεξιό υπογάστριο. Υστερα πιέζεται το σώμα προς τα δεξιά και με την δεύτερη τολουπολαβίδα απογγίζεται το αριστερό υπογάστριο.

Στην περίπτωση που η περιτοναική κοιλότητα ρυπάνθηκε γίνεται εκπλυσή της με φυσιολογικό ορό.

17ος Αφού αφαιρεθούν οι διαστολείς των κοιλιακών τοιχωμάτων συλλαμβανονται με λαβίδες τα χείλη του περιτοναίου και στη συνέχεια γίνεται σύγκλιση του τραύματος της κοιλιάς κατά στρώματα, αφού προηγουμένως γίνει έλεγχος της κατάστασης των σαλπίνγων, ωθηκών και ολόκληρης της περιτοναϊκής κοιλότητας. Αν ο έλεγχος της περιτοναϊκής κοιλότητας δείξει την ύπαρξη φλεγμονής της σκωληκοειδούς απόφυσης γίνεται σκωληκοδεκτομή χωρίς τον κίνδυνο επιβάρυνσης της κατάστασης της γυναίκας.

18ος Συνθλίβεται ο πυθμένας της μήτρας μετά την συρραφή των κοιλιακών τοιχωμάτων και πριν η γυναίκα συνέλθει από την αναισθησία για να βγουν τα πήγματα αίματος, και αποσπογγίζεται η κοιλότητα του κόλπου με τολύπια εφαρμοσμένα σε το-λυπολαβίδα για την απελευθέρωση του από πήγματα αίματος που έχουν συγκεντρωθεί σε αυτόν.

Όλα αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω αφορούν την εκτέλεση καισαρικής χαμηλής εγκάρσιας τομής. Στην περίπτωση χαμηλής κάθετης τομής εκτελούνται οι ίδιοι χρόνοι, η τομή όμως αρχίζει από το χαμηλότερο σημείο της ακάλυπτης από την κυστεομητρική πτυχή, περιοχής του κατώτερου τμήματος της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας και πηγαίνει προς τα πάνω. Μετά την συρραφή της μήτρας, με την τρίτη ραφή επικαλύπτεται το τραύμα με την κυστεομητρική πτυχή ως την κορυφή του, ώστε να τοποθετηθεί εξωπεριτοναϊκά.

Στην κλασσική ψηλή κάθετη τομή, μετά την συρραφή του τραύματος της μήτρας σε τρία στρώματα, εκτελείται επιπρόσθετη ορο-ορογόνια ραφή για την επικάλυψή του.

7.4 Ν Ε Ο Γ Ε Ν Ν Η Τ Ο

Νοσηλευτική φροντίδα του νεογέννητου μετά την καισαρική τομή

Για να μπορέσει ο)η Νοσ)της να καταλάβει την ανάγκη που έχει το νεογνό για στοργική καιε ξειδεικευμένη φροντίδα πρέπει να μελετήσει , την προστασία που είχε σε ολη την εμδομήτρια ζωή: Τη δοκιμασία που έχει υποστεί στη διάρκεια του τοκετού (με ΚΤ.) . Τις φυσικές αλλαγές που πρέπει να κάνει για να προσαρμοστεί στη ζωή.

Για εννέα μήνες το εμβryo ζούσε σ ένα περιβάλλον θερμο, προστατευονταν απο το αμνιακό υγρό, επαιρνε την τροφή του χωρίς να χρησιμοποιεί το πεπτικό του σύστημα, επαιρνε O₂ χωρίς να χρησιμοποιεί τους πνευμονές του, διατηρούσε τη θερμοκρασία του σταθερή χωρίς να παράγει θερμότητα, έχει ερθει σ επαφή με ελάχιστα μικρόβια. Η διαδικασία του τοκετού προκαλεί μεγάλη ταλαιπωρία και κούραση στο μεβρυο, μερικές φορές γίνεται αφορμή για μόνιμες καύσεις και θάνατο του εμβρύου. Οι κυριότερες φυσικές προσαρμογές που έχει να κάνει το εμβρυο μετά την γέννησή τους είναι : α) Να μάθεινα αναπνεεί με τους πνεύμονες β) Να σταθεροποιήσει τις αλλαγές στο κυκλοφοριακό σύστημα γ) Να λειτουργήσει το πεπτικο του σύστημα δ) Να παράγει θερμότητα ε) Να αναπτύξει την αντίστασή του στα μικρόβια.

Αναπνοή: Η αναπνοή είναι η πρώτη λειτουργία που πρέπει να αρχίσει . Η αναπνοή αρχίζει επειδή αυξάνεται το ποσόν του CO₂ στο αίμα που διεγείρει το κέντρο της αναπνοής στο πρμήκη μυελό.

Η έναρξη τής αναπνοης υποβοηθείται με την πίεση του θώρακα κατά την εξοδο του εμβρύου, την επαφή του προσώπου του με τον κρύο αέρα και με τους χειρισμούς που γινονται κατά την Κ.Τομή. Οι πρώτες αναπνευστικές κινήσεξς είναι επιπόλαιες και σχεδόν ελέγχονται απο την θέληση του νεογέννητου. Επειτα ερχεται μια βαθιά εισπνοή και το πρώτο κλάμα.

Πέψη: Το νεογέννητο πρέπει να μάθει να θηλάζει, να καταπίνει να νεύει, να απομειώνει την τροφή του, γι αυτό και η πρώτη φυσική του τροφή, το μητρικό (πρωτογάλα) είναι εύπεπτη, θρεπτική έχει υπακτικές ιδιότητες και περιέχει βιταμίνες και αντισώματα. Το μυκόνιο είναι πο πρώτες κενώσεις του νεογέννητου και ευρίσκεται στο έντερο από την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Ρύθμιση της θερμοκρασίας: Η ρύθμιση της θερμοκρασίας στον νεογνό δεν είναι σταθερή και εξαιτίας του χαμηλού μεταβολισμού με θερμοκρασία γύρω στους 37,7 ο και ξαφνικά γεννιέται βρεγμένο, σε ένα περιβάλλον με θερμότητα 21,1 οο έτσι χάνει θερμοκρασία με την εξέτμιση. Επομένως το νεογέννητο πρέπει να τυλιχθεί γρήγορα σε ζεστή μαλακή πετσέτα να σκεπαστεί το κεφάλι και να τοποθετηθεί σε ζεστό κουνάκι.

Το πρώτο λουτρό του νεογνού πρέπει να γίνει σε 12 ώρες μετά τον τοκετό και σε χώρο με θερμοκρασία γύρω στους 25-26ο C και θερμοκρασία νερού 37οC, τα ρούχα του παιδιού πρέπει και αυτά να είναι ζεστά. Εάν μετά το μπάνιο τα ακρα και τα χείλη του νεογέννητου είναι κυανά σημαίνει ότι το μπάνιο έχει γίνει πολύ νωρίς και το νεογέννητο έχει κρυώσει.

Αντίσταση στα μικρόβια: Το νεογέννητο έχει κληρονομήσει παθητική ανοσία, για πολλές ασθένειες, από την μητέρα του μετά από μερικές εβδομάδες θα αναπτύξει την δική του ευεργητική ουσία.

Καρδιακοί παλμοί και αίμα: Η συχνότητα των καρδιακών παλμών είναι 120 - 140. Επειδή η καρδιά είναι ψηλότερα στα νεογέννητα, το στηθοσκοπιο τοποθετείται πάνω στη θηλή του αριστερού μαστού. Ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων στην ενδομήτρια ζωή είναι μεγαλύτερος από αυτά που χρειάζονται, αμέσως μετά την γέννηση τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι 600.000 I)κυβ. χιλ και η αιμοσφαιρίνη έτσι τα επι πλέον ερυθρά αιμοσφαίρια καταστρέφονται και η αιμοσφαιρίνη κατακρατείται στο ήπαρ.

Η πηκτικότητα είναι χαμηλή στα νεογέννητα γιατί σχεδόν πάντα υπάρχει έλλειψη βιταμίνης Κ.

Τα ούρα: Η ουροδόχος κύστη του νεογέννητου περιέχει ούρα που συνήθως αποβάλλονται την ώρα του τοκέτου. Δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας εάν το νεογέννητο δεν ούρησησει το πρώτο 24 ωρο.

Εξέταση του νεογέννητου: Κατά την παραλαβή μητέρας και νεογέννητου στο τμήμα η)ο Νοσ)της ξετάσει την γενική όψη του του παιδιού εάν είναι ζωηρό, την αναπνοή του, το χρώμα του. Ελέγχει τον ομφαλό για αιμορραγία και την θερμοκρασία, επίσης ελέγχει το όνομα, το φύλλο και τον αριθμό της ταυτότητας του εάν συμφωνούν με το διαγραμμά του.

Βάρος: Το φυσιολογικό βάρος του τελειόμηνου νεογέννητου είναι περίπου 3 ΚΚΡ αλλά μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 2,2 ΚΚΓ-5ΚΚΡ.

Διαστάσεις του εμβρύου: Το συνηθισμένο μήκος ενός τελειόμηνου νεογνού είναι 50-52 CM και μπορεί να φθάσει τα 58 CM σε παιδιά 4,5 ΚΚΡ. Το μήκος θεωρείται πιο αξιόπιστο κριτήριο για τη ηλικία κύησης από ότι το βάρος του. Με ένα πλαστικό μέτρο μετριέται το ύψος από το κρανίο μέχρι τις φτέρνες. Η περίμετρος του κεφαλιού 34-35 CM.

Γενική κατάσταση: Το χρώμα του δέρματος είναι ζωηρό ροζ, υγρότητα στο δέρμα μπορεί να οφείλεται σε αναιμία, ελάττωση της εξίδρωσης των ιστών. Η αξιολόγηση της θερμοκρασίας του δέρματος μπορεί να μας δώσει στη μαντικές πληροφορίες. Τα πόδια ενός νεογνού με σηπτική κατάσταση είναι πιο κρύα από την κοιλιά του.

Το κεφάλι: Μικρή αλλαγή στο σχημα του κρανίου με μεγάλη προπέτεια με προκεφαλή ή κεφαλαιμάτωμα μπορεί να συνοδεύονται απο ενδικρανιακή κάκωση.

Τα μάτια: Εξετάζονται εαν υπάρχουν, εαν είναι φυσιολογικά και εαν εχουν εκκριση πυώδης. Μικρά αιμορραγικά στίγματα στο επιπεφυκότα παρατηρούνται συχνά και εξαφανίζονται μόνα τους γρήγορα.

Το στόμα: Λαγόχειλος εύκολα διακρίνεται, η)ο Νοσ)της ομως πρέπει να εξετάσει προσεκτικά για λυκίστομα. Αφρώσης βλένες πιθανόν να οφείλονται σε ατρησία οισοφάγου.

Τα ανω ακρα: Το νεογέννητο πρέπει να κινεί και τα δυο ελεύθερα εαν οχι, τα ακρα πρέπει να εξετάζονται για κάταγμα κλείδας η εξάρθρωση. Τα δάκτυλα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά και να μετριώνται συχνά υπάρχουν παραπάνω δάκτυλα ή συνδακτυλία.

Το σώμα: Ο)Η Νο)της παρακολουθεί τις κινήσεις του θώρακα εξετάζει την αναπνοή. Εαν η κοιλιά είναι σκαφοειδής είναι πιθανόν να υπάρχει διαφραγματική κοίλη η)ο Νοσ)της πρέπει να καλέσει γιατρό. Τα εξωτερικά γεννητικά οργανα εξετάζονται με προσοχή.

Τα κάτω ακρα: Τα κάτω ακρα είναι πολύ σπάνια και είναι πιθανόν να συμβούν κατά τον τοκετό ισχιακής προβολής απο λάθος χειρισμό. Επίσης τα κάτω ακρα εξετάζονται κατ ισίου συγγενές εξάρθημα, ραιβο-βλασποποδία.

Τα δάκτυλα των πόδων εξετάζονται για συνδακτυλία ή επιπλέον δάκτυλα.

Καθημερινή παρακολούθηση νεογνού: Το υγιές νεογέννητο έχει καθαρό ροζ δέρμα, σφιχτούς μυς, ζωηρές κινήσεις και δυνατό κλάμα. Παίρνει την τροφή του ζωηρά έχει λαμπερά μάτια, φυσιολογικές κενώσεις, κερδίζει βάρος κοιμάται καλά. Στη διάρκεια του πρώτου 24ωρου χρειάζεται στενή παρακολούθηση καθώς οι περισσότερες ανωμαλίες εμφανίζονται σ αυτό το χρόνο.

Αναπνοή: Ο ρυθμός και η συχνότητα της αναπνοής είναι απαραίτητο εξετάζονται τις δυο πρώτες ημέρες, η συχνότητα είναι περίπου 40 αναπνοές το λεπτό και είναι συνηθως ρυθμική και ησυχη. Η θερμοκρασία εξετάζεται μια φορά την ημέρα. Το βάρος κάθε δεύτερη ή τρίτη μέρα.

Οι κενώσεις: Το πρώτο 24 ωρο οι κενώσεις είναι μυκόνιο, όταν το νεογνό πάρει τροφή το μυκόνιο γίνεται πράσινο-καφέ, και στη συνέχεια κιτρινο-καφέ.

Πράσινες ή κιτρινες υδαρείς συχνές κενώσεις οφείλονται σε γαστρεντερίτιδα. Μικρές σκούρες κίρινες κενώσεις με βλένη οφείλονται σε συνεχιζόμενο υποσιτισμό. Ωχρές, λιπαρές, δύσοσμες, μεγάλες κενώσεις με απεπτα στοιχεία και με εμέτους οφείλονται στο ότι η σκόνη γάλα έχει περισσότερο λίπος. Η βλένη στις κενώσεις εαν είναι ελάχιστη και όχι συχνή μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική εαν είναι περισσότερη οφείλεται σε υποσιτισμό ήε ντερίτιδα. Αιμα ελάχιστο στις κενώσεις πρέπει να αναγέρεται αμέσως στο γιατρό.

Καθημερινη φροντίδα:

Τα μάτια: Τα μάτια πρέπει να εξετάζονται κάθε φορά που γίνεται περιποίηση ή καθαριότητα στο νεογέννητο για τον κίνδυνο οφθαλμίας. Ο)Η Νοσ)της πρέπει να καλεί γιατρό και να ζητά καλλιέργεια εαν υπάρχει εκκρηση απο τα μάτι. Η στοματική κοιλότητα δεν χρειάζεται ιδιαίτερα φροντίδα η καθαριότητα μετά το 24ωρο μόνο πρέπει να αελέγχεται για στοματίτιδα. Επίσης η μυτη δεν χρειάζεται να καθαρίζεται ιδιαίτερα μόνο ν' αφαιρούνται με τολύπιο βρεγμένο στο νερό, ότι

ακαθαρσίες φαίνονται στην είσοδο των ρουθουνιών. Ο ομφαλός πρέπει να καθαρίζεται καθημερινά με καθαρό οινόπνευμα ή άλλο αντισηπτικό και να παρακολουθείται για δυσσομία ή άλλα συμπτώματα φλεγμονής. Η θερμοκρασία ελέγχεται κάθε μέρα για την πρώτη εβδομάδα της ζωής του νεογέννητου πρέπει να υπάρχει ένα θερμόμετρο για κάθε νεογνό.

Μικροανωμαλίες του νεογνού

Πυρετός δίφας: Εάν το νεογέννητο δεν παίρνει αρκετά υγρά και το περιβάλλον είναι θερμό μπορεί να κάνει πυρετό μέχρι 38-39 °C το στόμα και το δέρμα είναι ζηρό. Η Ο Νοσ) της πρέπει να ζητήσει εξέταση ηλεκτρολυτών, και αν αυτό είναι δύσκολο μπορεί να δώσει διάλυμα ηλεκτρολυτών από το στόμα.

Ψευδομαστίτις: Είναι σπάνιο φαινόμενο σε πρόωρα νεογνά. Η ψευδομαστίτις θα υποχωρήσει μόνη της.

Παράτηρημα: Είναι ερυθρότητα και στη συνέχεια απληγή στην περιοχή των γλουτών και των φτερνών του νεογνού. Οι αιτίες για την δημιουργία του παρατηρήματος είναι:

Εάν το νεογνό μείνει για πολλή ώρα λερωμένο εάν τα ρούχα του είναι πολύ σκληρά, εάν το νεογνό έχει διαρροϊκές κενώσεις, εάν κλαίει και τρίβει τα πόδια του στα σεντόνια του. Καλλιέργεια εκκρίματος πρέπει να γίνεται σε κάθε παράτηρημα που επιμένει και εάν είναι θετικό χορηγείται NYSTATION από το στόμα και τοπικά προφυλακτικά πρέπει να αποφεύγονται όλες οι αιτίες που προκαλούν το παράτηρημα. Το νεογνό δεν πρέπει να μένει λερωμένο και να κλαίει πολύ ώρα. Καλό είναι να λιάζονται οι γλουτοί (να εκτίθονται στον ήλιο) όταν δίνεται η ευκαιρία αυτή για λίγο (10) λεπτά.

Επίσης μπορεί η μητέρα να χρησιμοποιεί μια ελαιώδη κρέμα για την περιποίηση των γλουτών.

7.5 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αμέσως μετά το τέλος της επέμβασης της καισαρικής τομής η λεχωίδα μεταφέρεται στο "δωμάτιο ανάνηψης" που αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Έτσι η λεχωίδα βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και την φροντίδα ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτών και προσωπικού είναι σε συνεχή παρακολούθηση και έτσι ελαττώνονται οι άμεσοι μετεγχειρητικοί κίνδυνοι της αναισθησίας και της επέμβασης.

Η λεχωίδα παραμένει στο δωμάτιο ανάνηψης έως ότου ανανήψει τελείως δηλ. μέχρι να σταθεροποιηθούν η θερμοκρασία αρτηριακή πίεση και οι αναπνοές.

Καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι :

- Η λεχωίδα να παραμένει σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι
- Λήψη ζωτικών σημείων σε συχνά διαστήματα
- Παρακολούθηση τραυματος
- Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών

Επειτα από την ανάνηψη η λεχωίδα μεταφέρεται στον θάλαμό της. Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας στο στάδιο αυτό είναι :

- Πρέπει να παρακολουθεί τη λοχεία τις πρώτες μέρες
- Πρέπει να λάβει μέτρα για την πρόληψη των επιπλοκών

Κατά την λοχεία, γίνεται αντισηψία της τομής και καθαριότητα των γεννητικών οργάνων.

- Κατάλληλη τοποθέτηση της χειρουργημένης στο κρεβάτι.

Η θέση της χειρουργημένης είναι "υπτια" θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στραμμένο πλάγια ώστε σε περίπτωση εμμεσμάτων να μη γίνει εισρόφηση. Τοποθετείται ζώνη κοιλιάς (αν η τομή είναι κάθετη) και αποστειρωμένο τετράγωνο στα γεννητικά της όργανα.

Η κατάλληλη θέση της χειρουργημένης στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση και όχι

σύσπαση μυών και επιτρέπει την λειτουργία τυχόν παροχετεύσεως (καθετήρας κύστις) .

-- Προφύλαξις της λεχωίδας απο ρεύματα αέρα τόσο κατά την μεταφορά της απο το χειρουργείο στο δωματιό της όσο και μέσα στο δωμάτιο της.

Πρέπει να γίνεται ελεγχος, των ζωτικών σημειων δύο φορές την ημέρα. Η τυχόν αύξηση της θερμοκρασίας μπορεί να οφείλεται στην εγκατάσταση εικρισης του γάλακτος ή στην κατακράτηση λοχείω στην μήτρα. Όταν η θερμοκρασία υπερβεί τους 38οC υποψιαζόμαστε λοίμωξη που προέρχεται απο τους μαστούς ή το ενδομήτριο και γίνεται αμεση χορήγηση αντιβιοτικών για την καταστολή της.

Ελέγχεται καθημερινά η παλινδρόμησή της μήτρας για την αποβολή κατακρατουμένων λοχείων αφού προηγηθεί κένωση της ουροδόχου κύστης. Γίνεται χορήγηση μητροσυσταλτικών φαρμάκων γιατί εξαιτίας ανεπαρκών συστολών της μήτρας η ατελής κένωσης της ουροδόχου κύστεως γίνεται δύσκολα η αποβολή των λοχείων.

Γίνεται προσεκτική και επιμελημένη φροντίδα του τραύματος. Η περιποίηση του τραύματος περιλαμβάνει :

---- Φροντίδα τραυματικής χώρας

---- Καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω απο το τραύμα και

---- Επίδεση τραύματος

Η φροντίδα της τραυματικής χώρας συνίσταται στην καθαριότητα και απολύμανση του τραύματος καθώς και στην εφαρμογή σ' αυτό θεραπευτικών μέσων ή φαρμάκων.

Η απολύμανση της τραυματικής χώρας συνίσταται στην επαλειψή της με αντισηπτικό διάλυμα. Η εφαρμογή θεραπευτικών ή ανακουφιστικών μέσων συνήθως περιλαμβάνει τοποθέτηση αντιβιοτικού φαρμάκου.

Η καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω απο το τραύμα συνίσταται στονκαθαρισμό του δέρματος γύρω απο το τραυμα με βενζίνη ή αιθέρια με κι-

νήσεις απο το κέντρο προς την περιφέρεια.

Η επίδεση του τραύματος αποσκοπεί:

- α) Στην προφύλαξη του τραύματος απο μολύνσεις
- β) Στην απορρόφηση των εκκρίσεων του τραύματος
- γ) Στο περιορισμό των κινήσεων, οι οποίες αναστέλλουν την επούλωση του τραύματος.

Η διαίτα δεν έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Δεν χρειάζεται υπερσιτισμός για την αποφυγή της παχυσαρκίας ή την αύξηση τους βάρους. Δεν χρειάζεται η χορήγηση φαρμάκων εκτός απο τηνχορήγηση βιταμινών της ομάδας Β και την βιταμίνη C και σίδηρο γιατί ενα μεγάλο μέρος αυτών διοχετεύεται απο την μητέρα στο νεογνό μέσω του γάλατος. Ο σίδηρος δίνεται σε αρκετή ποσότητα γιατί δεν υπάρχει στο μητρικό γάλα.

Επειδή το εντερο συνεχίζει να είναι χαλαρό της πρώτες ημέρες της εγχείρησης συνήθως υπάρχει πρόβλημα δυσκοιλιότητας.

Εαν μέχρι το τρίτο πρωινό μετά την καισαρική τομή η λεχώνα δεν έχει κένωση μπορεί να πάρει ενα καθαρτικό υπόθετο DULCOLAX ή OLYCERINE με καθαρτικό κλίσμα ή CASTOR OIL. Υπατικά απο το στόμα δεν πρέπει να αποφασίζονται εαν η μητέρα θηλάζει γιατί περνούν στο μητρικό γάλα και επηρεάζουν τη λειτουργία του εντέρου του νεογέννητου. Χορήγηση πολλών υγρών σαλάτες φρούτα είναι ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

Επίσης ιδιαίτερη φροντίδα χρειάζεται το στήθος της λεχώνας γύρω στο 5ο 24ωρο που αυξάνει η παραγωγή γάλακτος. Ακόμη η χειρουργημένη πρέπει να αλλάζει θέση κάθε δυο ώρες (αριστερή πλάγια δεξιά πλάγια) να γίνονται συχνά μαλάξεις στην πλάτη και πλύση γεννητικών οργάνων.

Εξαιτίας της χαλάρωσης του μυϊκού συστήματος απο την κύηση εφαρμόζεται γυμναστική των κάτω ακρων για την αποκατάσταση.

Την δεύτερη μέρα της εγχείρησης αν η κατάσταση της λεχωίδας είναι καλή μπορεί να σηκωθεί και να κάνει μερικά βήματα.

Με την πρώιμη έγερση της λεχωίδας πετυχαίνουμε ομαλήλειτουργία διαφόρων συστημάτων (κυκλοφοριακό - ουροποιητικό - πεπτικό).

- Τονώνεται η κυκλοφορία και αποφεύγεται η φλεβική στάση
- Περιορίζεται ο κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδας
- Γίνεται η παλινδρόμηση της μητρας καλύτερα
- Υποβοηθείται η λειτουργία του εντέρου και της κύστεως
- Υποβοηθείται η αποκατάσταση της τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων
- Παρεμποδίζεται η κάμψη της μήτρας και ο κίνδυνος μελλοντικών προπτώσεων της.

Ο μόνιμος καθετήρας αφαιρείται την τρίτη μέρα και αρχίζει κανονική σίτιση.

Στη διάρκεια αυτής της περιόδου διδάσκουμε την λεχωίδα για τον θηλασμό, για τα γεύματα του νεογνού, την καθαριότητα της θηλής για την αποφυγή δημιουργίας μολυνσεων.

Επίσης ένα ακόμη καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η ρύθμιση τους επισκεπτηρίου. Δεν πρέπει να ερχεται σε επαφή με άτομα που έχουν ορισμένες λοιμώξεις (δερματιτίδες, ρινοφαρυγγίτιδες) και τέλος δεν επιτρέπεται η επίσκεψη μικρών παιδιών.

Η αφαίρεση των ραμμάτων γίνεται την 6η μετεγχειρητική ημέρα και την 8η ημέρα η λεχωίδα επιστρέφει στο σπίτι της αν δεν έχει εμφανίσει κάποια επιπλοκή ή δυσχέρεια.

Λίγο πριν την αναχώρησή της της υπενθυμίζουμε ότι μετά 40 ημέρες πρέπει να ξαναεπισκεφτεί το γιατρό της τη συμβουλευόμενα να προσέξει την διατροφή της για να μπορέσει εύκολα να ξανααποκτήσει το βάρος που είχε πριν την εγκυμοσύνη της και της ευχόμαστε να μπορέσει να ανταποκριθεί όσο το δυνατόν καλύτερα στον καινούριο της ρόλο. Στο ρόλο της μητέρας.

7.6 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΛΕΧΩΝΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ Κ.Τ

Η νέα μητέρα ύστερα απο μια ομαλή ή όχι μετεγχειρητική πορεία είναι έτοιμη πλέον να βγεί απο το Νοσοκομείο.

Σ'αυτή την τόσο λεπτή φάση της ζωής της ο Νοσητής - Νοσητρια έχουν καθήκον να της συμπαρασταθούν και να την προετοιμάσουν ν'αντιμετωπίσει με επιτυχία τις καινούριες καταστάσεις που παρουσιάζονται στη ζωή της καθώς επίσης να μπορέσει να διατηρήσει τη σωματική και ψυχική της υγεία (Είναι γνωστά άλλωστα φαινόμενα μελαγχολίας και εκνευρισμού που παρατηρούνται σε πολλές γυναίκες μετά την γέννα).

Τα θέματα που πρέπει να συζητήσει ο νοσηλευτής - νοσηλεύτρια με την λεχώνα αφορούν:

- α) Το Διαιτολόγιο της Μια ισορροπημένη διατροφή βοηθάει τόσο το νεογνό να παίρνει τις απαραίτητες για την ανάπτυξή του μέσω του μητρικού γάλακτος βιταμίνες όσο και την νέα μητέρα να αποκτήσει γρήγορα το ιδανικό σωματικό βάρος της.
- β) Εργασία, κίνηση, γυμναστική ξεκούραση ψυχαγωγία
- γ) Σωστή ατομική καθαριότητα ιδιαίτερα των μαστών και των γεννητικών οργάνων
- δ) Περιποίηση νεογέννητου
- ε) Θηλασμός ή τεχνική διατροφή
- στ) Σχέσεις ιδιαίτερα τις σεξουαλικές με το σύζυγο
- ζ) Αντισύλληψη

* Οποιοδήποτε άλλο θέμα απασχολεί τη νέα μητέρα το συζητάει μαζί της και δεν διστάζει να ζητήσει τη βοήθεια του ιατρού μαιευτήρα ψυχολόγου κοινωνικής λειτουργού ή άλλου ειδικού ανάλογα με την περίπτωση.

8.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Κατά την διάρκεια εκτέλεσης της καισαρικής τομής μπορεί να συμβούν επιπλοκές που πρέπει να έχουν άμεση αντιμετώπιση. Ο μαιευτήρας πρέπει σε κάθε εμφάνιση επιπλοκής καισαρικής τομής να βγάλει την μητρα από την περιτοναϊκή κοιλότητα ώστε να γίνει έλεγχος και αποκατάσταση της επιπλοκής καλύτερα. Οι επιπλοκές που παρουσιάζονται πιο συχνά είναι οι εξής:

α. Επέκταση τομής: Συμβαίνει κατά την προσπάθεια εξόδου του εμβρύου από την κοιλότητα της μήτρας. Η επέκταση μπορεί να συμβεί προς τα πλάγια, όταν η τομή είναι χαμηλή εγκάρσια, και να προκαλέσει ρήξη μεγάλων αγγείων και το σχηματισμό αιματώματος στο παραμήτριο. Όταν η τομή είναι χαμηλή κάθετη μπορεί η επέκταση να συμβεί προς τα κάτω και να προκαλέσει τραυματισμό του τραχήλου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις συλλαμβάνονται με θυριδωτές λαβίδες οι γωνίες της ρήξης και ράβονται με ξεχωριστά ράμματα από χρωμιωμένο CAT-GUT No1 2.

β. Αιμάτωμα Παραμητρίου: Στην περίπτωση που η ρήξη μεγάλου αγγείου δημιουργήσει "αιμάτωμα" στο παραμήτριο επιβάλλεται να γίνει διάνοιξη του πρόσθιου πετάλου του πλατέος συνδεσμού να βγουν τα πήγματα αίματος και να βρεθεί και να απολινωθεί το αγγείο που αιμοραγεί με λεπτό μεταξένιο ράμμα.

Στην περίπτωση που είναι δύσκολο να απολινθούν τα αγγεία που αιμορραγούν τότε γίνεται απολίνωση της μητριάας αρτηρίας, με την ελπίδα ότι τα αγγεία που αιμορραγούν είναι κλάδοι της.

Αν και η απολίνωση της, μητριάας αρτηρίας δεν βοηθήσει στον έλεγχο της αιμορραγίας, γιατί είναι διάχυτη δηλαδή είναι "τριχοειδική" και προέρχεται από πολλά σημεία. Τότε επιπωματίζεται πειστικά το παραμήτριο και κλείνονται τα τοιχώματα της μήτρας. Μετά αφαιρείται ο πρόχειρος επιπωματισμός του παραμητρίου και γίνεται νέος με μακριά γάζα και μένει η άκρη της έξω, από τα κοιλιακά τοιχώματα, στην έξω γωνία του τραύματος σε εγκάρσια τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων, η σε ξεχωριστή χαμηλή παράμεση τομή σε κάθε

θετη τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Στην περίπτωση που το αιμάτωμα έχει καταλάβει μεγάλο χώρο του παραμητρίου και έχει επεκταθεί στο κυστεομητρικό ή ευθυμητρικό χώρο, η μήτρα δε επιδέχεται συρραφή και η αιμορραγία δεν ελέγχεται τότε πρέπει να γίνει υστεροτομία. Αν η τριχοειδική αιμορραγία δεν ελέγχεται τότε εφαρμόζεται πιεστικός επιπωματισμός κατά MICKULITZ σ' όλη την εκταση του αιματώματος.

γ. Αιμορραγία απο προδρομικό πλακούντα: Κατά την διάρκεια εκτέλεσης καισαρικής τομής σε προδρομικό πλακούντα και όταν είναι εμφυτευμένος ακριβώς κάτω απο το σημείο της τομής, μπορεί να συμβεί μεγάλη αιμορραγία και ο χειρουργός να πανικοβληθεί. Σε μια τέτοια περίπτωση, που η τομή είναι κάθετη, δεν πρέπει να τρυπήσει ο χειρουργός τον πλακούντα αλλά πρέπει να περάσει το χέρι του μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα απο οποιο σημείο είναι δυνατό, να βρει τον εμβρυικό σάκκο και αν δεν έχει ραγεί τον σπάει και βγάζει την κεφαλή του εμβρύου ή το πιάνει απο το πόδι και το ελκει προς τα εξω, παραδίδοντας το σε βοηθητικό προσωπικό για την αναρρόφηση εκκρίσεων. Υστερα αποκολλά του πλακούντα και κλείνει τα τοιχώματα της μήτρας.

Μερικές φορές, στην περίπτωση προδρομικού πλακούντα μπορεί, επειδή το κατώτερο τμήμα της μήτρας δεν έχει τη δυνατότητα σύσπασης όπως το σώμα της, να διαπιστωθεί, στην περιοχή εμφυτευση του πλακούντα, μετά την εξοδο του, η υπαρξη μεγάλων αγγείων που σφυζουν.

Τότε ο χειρουργός δεν θα συρράψει τα τοιχωματα της μήτρας αλλά με ξεχωριστά ράμματα απο χρωμιωμένο CAT-GUT No1 και με την βοήθεια θυριδωτής λαβίδας θα πιάσει τα αγγεία και θα τα απολινώσει. Επειτα θα συνεχίσει με στη ραφή του πρωτου στρώματος των τοιχωμάτων της μήτρας.

Σε περίπτωση παράβλεψης μιας τέτοιας επιπλοκής μπορεί μετά το τέλος της καισαρικής τομής η λεχωίδα να χάνει αίμα απο τον κόλπο ενώ χειρυσπαθεί η μήτρα και να απειλείται η ζωή της και να χρειασθεί νέα διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και εκτέλεση ολικής υστεροτομίας.

δ. Συρραφή οπίσθιου τοιχώματος μήτρας: Μπορεί ο χειρουργός απο παράβλεψη του κατά την πρώτη ραφή του τραύματος της μήτρας να συλλάβει με την βελόνα του το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας, αποτέλεσμα είναι η κατάργηση της παρεχέυσης αίματος απο την μητριαία κοιλότητα, η ανάπτυξη μόλυνσης και η διάσπαση του τραύματος της μήτρας.

Η επιπλοκή αυτή αποφεύγεται οταν ο χειρουργός περνώντας τις βελονιές στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, εισάγει το δείκτη και μεσαίο δάκτυλο του αριστερού χεριού έτσι ώστε η βελόνα να περνάει πάνω απο τα δάκτυλα.

ε. Ατονία μήτρας: Πριν την σύγκλιση, των κοιλιακών τοιχωμάτων στην καισαρική τομή πρέπει να γίνει ελεγχος της συσπαστικότητας της μήτρας. Η καλά συσπασμενη μήτρα είναι σκληρή και έχει χρώμα ρόδινο.

Στην περίπτωση που διαπιστωθεί με την επισκόπηση και ψηλάφηση πως είναι ατονη, τότε χορηγούνται ενδοφλέβια μητροσυσπαστικά φάρμακα (Methergin, Novergo κ.α) και αναμένεται η αντίδραση της.

Αν και με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση η ατονία συνεχίζεται, όπως μπορεί να συμβεί στη μήτρα πολυτοκου σε πολύδυμη κυηση, σε πολυοίμνιο, σε προεκλαμψία, σε επώωρη αποκόλληση του πλακούντα τότε γίνεται ολική υστερεκτομία χωρίς τα εξαρτήματα.

Στην περίπτωση που η γυναίκα είναι σε μικρή ηλικία και το εμβryo γεννήθηκε πρόωρα και υπάρχουν αμφιβολίες για την επιβίωσή του, τότε εκτελείται ειδική επέμβαση, που συνίσταται στον αλληπάλληλο ενταφιασμό του τραύματος της μήτρας, με ξεχωριστά απο χρωμιωμένα CAT-GUT No1 ράμματα, σε κάθε τομή, η την αλληπάλληλη αναδίπλωση του πρόσθιου τοιχώματος της μήτρας αν πρόκειται για εγκάρσια τομή. Με αυτή την τεχνική μικραίνει ο ογκος της μήτρας και μπορεί να αποφευχθεί η ακρωτηριαστική εγχείρηση της ολικής υστεροεκτομίας.

στ. Τραυματισμός της ουροδόχου κύστεως: Συμβαίνει στην προηγηθείσα καισαρική τομή όταν έχουν αναπτυχθεί συμφύσεις και έχει γίνει χαμηλή εγκάρσια τομή. Σ' αυτή την περίπτωση συλλαμβάνονται με λεπτές λαβίδες οι δύο γωνίες του τραύματος και ράβονται τα χείλη του με χρωμιωμένο CAT-GUT No 000 σε συνεχόμενη ραφή, που πιάνει το βλεννογόνο χιτώνα της ουροδόχου κύστης και λίγο από τον μυϊκό. Ακολουθεί δεύτερη, επικαλυπτική ραφή σε συνεχόμενη ραφή από ατραυματικό μετάξινο ράμμα για την ενίσχυση της πρώτης κατά την σύγκλιση των κοιλιακών τοιχωμάτων τοποθετείται λεπτός παροχετευτικός σωλήνας στο χώρο του RETZIUS. Ο μόνιμος καθετήρας πρέπει να παραμείνει για δύο εβδομάδες.

ζ. Μετεγχειρητικές επιπλοκές: Οι πιο συνηθισμένες είναι :

Ο ειλεός συμβαίνει τις πρώτες 24-48 ώρες και απαιτεί ειδική αγωγή. Η διάσπαση του τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων, απαιτεί επανασυρραφή. Η διάσπαση του τραύματος της μήτρας σε ψηλή κάθετη τομή απαιτεί εκτέλεση ολικής υστερεκτομίας. Η πνευμονική εμβολή, η ενδομητρίτιδα και η θρομβοφλεβίτιδα. Απώτερες επιπλοκές είναι η δημιουργία ενδομήτριων συμφύσεων και η ρήξη της ουλής της μήτρας σε επόμενη εγκυμοσύνη.

8.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑΣ

Μία από τις σημαντικότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές που εμφανίζουν οι χειρουργημένες από καισαρική τομή είναι η θρομβοφλεβίτιδα. Για το λόγο αυτό θεώρησα αναγκαίο να αναφερθώ μελιγα λόγια στα μέτρα που πρέπει να παρθούν για την αποφυγή της.

Η πιο συχνή θρομβωση αγγείου είναι η του μηρού. Σχηματίζεται θρόμβος ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποια από τα αγγεία που βρίσκονται "έν τω βάθει" ή "έπιπολής".

Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνίσταται σε:

- Εγκαιρο σήκωμα απο το κερεβάτι
- Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες
- Αποφυγή εντριβών των ακρων
- Ασκήσεις κατω ακρων για επιοβοήθηση κυκλοφορια

Η θεραπεία συνίσταται:

- Απόλυτη ακινησία του ακρου, για να μην μετακινήθει ο θρόμβος
- Τοποθέτηση του ακρου σε ανάρροπη θέση, δια διευκόλυνση της κυκλοφορίας
- Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων
- Εναρξη αντιπηκτική αγωγής συμφωνα με εντολη ιατρού.

9.1 ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ

Καισαρική υστερεκτομία είναι η χειρουργική επέμβαση κατά την οποία μετά απο την καισαρική τομή ακολουθεί υστερεκτομία. Η εγχείρηση αυτή φέρει το ονομα του PORRO, που το 1874 εκανε την πρώτη ύφολική υστερεκτομία μετά απο καισαρική τομή που είχε επιτυχία. Ο DAVIS (1951) ήταν αυτός που στηριγμένος σε μεγάλο αριθμό καισαρικής υστεροκτομίας ανέπτυξε τις ενδείξεις και τις λεπτομέρειες της χειρουργικής τεχνικής.

Οι ενδείξεις υστερεκτομίας είναι :

- Σε ενδομήτρια μόλυνση
- Σε ελαττωματική ουλή επειτα απο τηξη της μήτρας οταν η επανασυρραφή της είναι απραγματοποιήτη, μετά την χορήγηση ωδινοποιητικών φαρμάκων, μετά απο ανώμαλο σχημα ή προβολή ή μετα απο μαιευτική επέμβαση.
- Σε ατονία της μητρας, οταν δεν υποχωρεί με την συντηρητική αγωγή με τη χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων και την εκτέλεση μαλάξεων
- Σε μεγάλη αιμορραγία, απο προδρομικό πλακούντα ή πρόωρη αποκόλληση ή ανώμαλη διείδυση του πλακούντα
- Σε εκτεταμένο αιμάτωμα που προήλθε απο τη ρήξη μεγάλων αγγείων.
- Σε περίπτωση που η καισαρική τομή γινεται σε φλεγμονη η υπάρχει ο κίνδυνος για φλεγμονή λόγω παρατεταμένης ρήξης των υμένων.
- Σε ογκους της μήτρας κυρίως ινομυώματα. Σπάνια σε κακοήθεις ογκους της ωοθήκης
- Σε αρχόμενο καρκινο του τραχηλου της μητρας
- Σε καρκίνωμα του μαστού που απαιτείται εξαιρεση των ωοθηκων.
- Οταν γινεται στειροποίηση μετά την καισαρική τομή

Μειονεκτήματα της καισαρικής υστερεκτομίας είναι :

- Η απώλεια αίματος είναι μεγάλη και δημιουργούνται εύκολα τραυματισμοί του ουροποιητικού συστήματος
- Η συχνότητα της καισαρικής υστερεκτομίας έχει ποσοστά από 2,5 - 25 ο)ο
- Η επέμβαση εκτελείται μετά την έξοδο του εμβρύου

Πρώτα ο χειρουργός βγάζει την μήτρα έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα αφαιρεί τον πλακούντα, χορηγούνται μητροσυσπαστικά φάρμακα, τοποθετεί σπλινίον μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, και συρράπτει με μια συνεχόμενη ραφή τα τοιχώματα της μήτρας.

10.1 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ: Μυλωνά

ΟΝΟΜΑ: Χριστίνα

ΗΛΙΚΙΑ : 18 ετών πρωτοτοκος

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 10)2)90 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: 18)2)90

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Είχαν περάσει μέρες απο την Π.Η.Τ

ΒΑΡΟΣ: 78 kg ΥΨΟΣ: 1,68 cm Α.Π 130)80 mmHg

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ: 36o C ΑΝΑΠΝΟΕΣ:14)min

Νέα ασθενής εισήλθε σήμερα στην Πανεπιστημιακή κλινική σε καλή κατάσταση με πιθανική ημερομηνία τοκετού 6)2)90. Είχαν περάσει ήδη 4 ημέρες χωρίς η επίτοκος να παρουσιάσει ενδείξεις αρχόμενου τοκετού.

Εγινε λήψη ζωτικών σημείων και μετά απο ιατρική εξέταση αποφασίστηκε να υποβληθεί η μέλλουσα μητέρα σε καισαρική τομή. Η επέμβαση προγραμματίσθηκε για την επόμενη ημέρα 11)2)90.

Η επέμβαση πήγε καλά και η Χριστίνα ενα υγιέστατο αγοράκι βάρους 4,200.

Μετά την είσοδο της εγκύου ενέλαβα στην πρωινή βάρδια και θέλοντας να τη γνωρίσω την επισκέφτηκα στο δωμάτιό της. Απο τις πρώτες κουβέντες που ανταλλάξαμε διαπίστωσα τον φόβο και την αγωνία που ενοιωθε και οτι επρεπε να προγραμματισθεί η προεγχειρητική ετοιμασία.

10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Στην αρχή η νοσηλεύτρια ερχεται σ' επαφή με τη επίτοκο και γίνεται αξιολόγηση της επιτόκου από την νοσηλεύτρια, η οποία παίρνει πληροφορίες από το νοσηλευτικό - ιατρικό - ιστορικό φάκελλο, το διάγραμμα τις νοσηλεύτριες, τον μαιευτήρα, ένας όμως άλλος παράγοντας είναι η κλινική παρατήρηση, αυτά όλα όμως συσχετίζονται σύμφωνα με τις γνώσεις και την πείρα της νοσηλεύτριας. Έπειτα η νοσηλεύτρια αφού διαπιστώσει τις ανάγκες επιτόκου - λεχώιδας προγραμματίζει τις νοσηλευτικές ενέργειες που στηρίζονται πάνω στις ανάγκες - προβλήματα εφαρμόζει το πρόγραμμα.

Τέλος εκτιμά τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας και στην περίπτωση μη ικανοποιητικού αποτελέσματος κάνει αναθεώρηση και αναπροσαρμογή του προγράμματος.

Παρακάτω περιγράφονται οι περιπτώσεις δύο επιτόκων που η νοσηλευτική τους φροντίδα στηρίχτηκε σε αυτή τη διεργασία.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

1) Αγχος και αγωνία της εγκυου

1) Ελάττωση και αν είναι δυνατόν εξάλειψη του αγχους και της αγωνίας

α) Συζήτηση εγκύου - Νο) τριας σχετικά με την επέμβαση και τη πορεία της.

Μετά την είσοδο της μέλλουσας μητέρας στην κλινική διαπιστώθηκε ότι βρίσκεται σε ασχημη ψυχολογική κατάσταση. Την έχει καταλάβει αγχος και αγωνία για την ίδια και κυρίως για το μωρό της που ρόκειται να γεννηθεί με καισαρική τομή. Είναι γεμάτη απορίες σχετικά με την επέμβαση και εξέφρασε το φόβο της για τυχόν τραυματισμό του μωρού με την εγχείρηση της καισαρικής τομής.

Μιλώντας μαζί της μου εκμυστηρεύτηκε τους φοβους της σχετικά με την επέμβαση για το πόσο θέλει αυτό το μωρό και πόσο αγχωμένη νιώθει σχετικά με τον καινούριο της ρόλο.

Το ρόλο της μητέρας. Αγωνιά και φοβάται μήπως δεν τα καταφέρει. Ακούγοντας και το γιατρό της οτιθα γεννήσει με καισαρική τομή η ψυχολογική της κατάσταση επιδεινώθηκε.

Η καισαρική τομή ήταν κάτι αγνωστο γι αυτήν γεμάτη ερωτηματικά οπως, πως γίνεται, η επέμβαση η αναισθησία επηρεάσει το νεογνό;

α) Η συζήτηση ήταν εποικοδομητική γιατί η εγκυος αρχισε να ηρεμεί και εδειξε εμπιστοσύνη για το νησηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που την έχει αναλάβει.



θα είναι φυσιολογικό το παιδί μου, τι θα νιώσω εγώ μετά την επέμβαση, αν κάνω δεύτερο παιδί θα γεννηθεί και αυτό με καισαρική τομή;

Με λόγια απλά της εξήγησα ότι η καισαρική τομή σήμερα είναι μια απλή επέμβαση που γίνεται στο χειρουργείο το οποίο είναι εξοπλισμένο με τα απαραίτητα για κάθε εκτακτη ανάγκη. Της εξήγησα ότι πολλές γυναίκες γεννούν σήμερα με καισαρική τομή και μάλιστα με δική τους πρωτοβουλία. Η αναισθησία γίνεται τόσο προσεκτικά και με την φροντίδα ειδικού αναισθησιολόγου ώστε να μην υπάρχει πρόβλημα στο εμβryo. Το παιδί θα είναι τόσο φυσιολογικό μετά την επέμβαση όσο ένα παιδί που γεννηθηκε φυσιολογικά.

Η ίδια μετά την επέμβαση θα νιώθε όπως ένας αρρωστος που έχει υποστεί επέμβαση κοιλίας θα έχει μόνιμο καθετήρα για 3 μέρες η σιτισή της θα γίνεται κανονικά θα της δοθεί φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση πόνου και ότι όσο πιο γρήγορα σηκωθεί τόσο λιγότερες πιθανότητες έχει να παρουσιάσει επιπλοκές.

Επίσης της εξήγησα ότι εμείς και το ιατρικό προσωπικό θα βρίσκεται πάντα δίπλα της σ' ότι χρειαστεί.

β) Προγραμμα-
τισμός συνά-
ντησης της
επίτοκῶ
με μια λεχω-
ίδα που γέν-
νησε με και-
σαρική τομή
και παρουσιάζ-
ει ομαλή με-
τεγχειρητική
πορεία.

Για να εξασφαλίσω την ηρεμία της εγκύου επειτα
απο συνενόηση με την προϊσταμένη η μέλλουσα μη-
τέρα ήρθε σε επαφή με λεχωίδα που βρισκόταν
στην 4η μετεγχειρητική μέρα. Η συνάντηση έγινε
το απόγευμα της παραμονής απο την επέμβαση.
Η εγκυος συζήτησε με την λεχωίδα της ανέφερε οτι
τους φόβους τους ιδιους είχε και αυτή πριν την
επέμβαση και πόσο ευτυχισμένη είναι τώρα που
ενα γερό μωρό. Η εμπειρία του χειρουργιου είναι
μια ανάμνηση.

β) Η επίτοκος επέστρεψε στο δώ-
μάτιο της αρκετά ανακουφισμένη
και ήρεμη. Οπως είπε ίδια ενιωθε
ετοιμη να υποστεί την επέμβαση
και ανυπομονούσε να δει το μωρό
της.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
2) Προεγχειρητική ετοιμασία εγνώου	2) Φυσική προ- ετοιμασία εγνώου	2)α) Δίαιτα	2α) Η σωστή ισορροπημένη διατροφή της εγνώου προεγχειρητικά είναι καθήκον της νοσηλεύτριας - ώστε να μπορέσει να το αρνητικό μετεγχειρητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση. Χορηγήθηκε δίαιτα, υπερλευκωματώχης υπερθερμιδική, ευπεπτη με λίγο υπόλειμα. Χορηγήθηκαν βιταμίνες και δόθηκαν οδηγίες στην εγνώο να πίνει πολλά υγρά.	2α) Η σωστή ισορροπημένη διατροφή της εγνώου προεγχειρητικά είναι καθήκον της νοσηλεύτριας - ώστε να μπορέσει να το αρνητικό μετεγχειρητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση. Χορηγήθηκε δίαιτα, υπερλευκωματώχης υπερθερμιδική, ευπεπτη με λίγο υπόλειμα. Χορηγήθηκαν βιταμίνες και δόθηκαν οδηγίες στην εγνώο να πίνει πολλά υγρά.	2α) η δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα την φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.
		β) Εργαστηριακός έλεγχος	β)Εγινε εξέταση αίματος πριν την αναισθησία για την διαπίστωση αναιμίας ηλεκτροκαρδιογράφημα για την ύπαρξη καρδιολογικών προβλημάτων . Τα αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά.	β)Εγινον τα απαραίτητα εργαστηριακά	β)Εγινον τα απαραίτητα εργαστηριακά
		γ) Διδασκαλία για την άσκηση της εγνώου μετά την επέμβαση	γ) Η διδασκαλία περιλαμβάνει το πως πρέπει να ανπνεει και να βήχει για την αποβολή του αναισθητικού. Επίσης περιλαμβάνει ασκήσεις των κάτω άκρων για την πρόληψη επιπλοκών	γ) Η εγνώος άρχισε να ασκείται στο κρεβάτι. Βρήκε τις ασκήσεις απλές και διασκεδαστικές.	γ) Η εγνώος άρχισε να ασκείται στο κρεβάτι. Βρήκε τις ασκήσεις απλές και διασκεδαστικές.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

δ)Ετοιμασία
εγχειρητικού
πέδιου και
ενδυμασία
της εγκύου

Η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου γίνεται με αποτρίχωση των τριχών του εφηβαίου και της κοιλιάς ως τον ομφαλο και γίνεται επίλειψη με αντισηπτικό. Τοποθετείται μόνιμος καθετήρας ύστερα απο εντολή του μαιευτήρα λίγο πριν την μεταφορά της στο χειρουργείο ντύθηκε με αποστειρωμένο ρουχισμό εκτός την περιοχή ανάμεσα στον ομφαλό και την ηβική σύμφυση.

Εγινε λήψη ζωτικών σημείων και ήταν φυσιολογικά. Συνόδευσα την εγκυο στο χειρουργείο και εμεινα μαζί της μέχρι το στάδιο της νάρκωσης.

δ) η εγκυος είναι ετοιμη για την αίθουσα του χειρουργείου . Η παρουσία μου την ηρέμησε ακόμα πιο πολύ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

1) Ανάνηψη λεχωίδας

1) Γρήγορη και ασφαλή ανάνηψη της λεχωίδας

1) Παρακολούθηση της λεχωίδας

1) Μετά την εξοδο απο το χειρουργείο και την μεταφορά στο θάλαμο της λεχωίδας εγινε τοποθέτηση αυτής στο κρεβάτι σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι για την γρήγορη αποβολή του αναισθητικού.

-Γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων για την διαπίστωση μη φυσιολογικής τιμής
- Φροντίζουμε να μην δημιουργούνται ρεύμα μέσα στο δωμάτιο για την αποφυγή κρυολογήματος

1) Η ανάνηψη επιτεύχθηκε μετά απο 1 ώρα και η λεχωίδα ζήτησε να δει το μωρό της

			-Γίνεται συχνός έλεγχος τραύματος -Τηρείται δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών	
2) Πόνος	Ανακουφισή απο τον πόνο	Να ανακουφιστεί η λεχωίδα απο τον πόνο στην αρχή με μηχανικά μέσα κι αν αυτά δεν αποδώσουν να δοθεί φαρμακευτική αγωγή.	Ετέθη σε υπτία θέση, της έγινε διδασκαλία να κρατάει το τραύμα όταν βήχει να ελλοτάνεται ο πόνος. Ακόμη της έγινε εντριβή με απαλές κινήσεις στα ισχύα και τη λεκάνη. Δυστυχώς ο πόνος συνεχίστηκε και κατόπιν εντολή γιατρού της έγινε μια ΑΡΟΤΕΛ)ΑΜΡ ΙΜ.	2) Αντιμετωπίστηκε ο πόνος με τη βοήθεια του φαρμάκου. Η λεχωίδα ηρέμησε και κοιμήθηκε.
3) Θηλασμός του νεογνου	3)Διδασκαλία της λεχωίδας για τον θηλασμό	3α)Συζήτηση με την λεχωίδα	3α)Ο θηλασμός ήταν μια καινούρια εμπειρία για την λεχωίδα επειδή το νεογνό ήταν το πρώτο της παιδί. Συζήτησα μαζί της για την διαδικασία που ακολουθείται στο θηλασμό. Αποταλόγια της διαπίστωσα οτι πραγματικά αντιμετωπιζε αρνητικά την προοπτική να θηλάσει το μωρό της ειχε αρνητικά επηρεαστεί οτι ο θηλασμός θα χαλάσει την αισθητική εικόνα τους στήθους της και οτι προκαλεί πόνο στην μητέρα το πλήγωμα της θηλής που μπορεί να συμβεί απο το μη σωστή λήψη της θηλής απο το μωρό.	

<p>β) Εκτέλεση του πρώτου θηλασμού με την βοήθεια της Νοσ)τριας</p>	<p>Την ενημέρωσα ότι ο πρώτος θηλασμός γίνεται μέσα στις 2 πρώτες ώρες και διαρκεί λίγα λεπτά. Της τόνισα την αξία που έχει ο θηλασμός τόσο από πλευράς του νεογνού όσο και της ίδιας. Το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο είναι πιο φτηνός δεν απαιτεί χρόνο παρασκευής περιέχει αντισώματα που προστατεύουν το βρέφος από τις λοιμώξεις, βοηθά στην επαναφορά της μήτρας στο κανονικό μέγεθος μετά τον τοκετό και δυναμώνει τους συναισθηματικούς δεσμούς μητέρας - νεογνού. Τώρα ο σο για την αισθητική πλευρά του στήθους δεν χαλάει με το θηλασμό αντίθετα ομορφαίνει. Αλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι έχει προγραμματιστεί από τη φύση για αυτό το σκοπό. Να θρέψει έναν καινούριο άνθρωπο επίσης το πλήγμα της θηλής μπορεί να αποφευχθεί με τη σωστή τοποθέτηση του μωρού στο στήθος κατά την ώρα του θηλασμού.</p> <p>β) Το πρώτο μέλημά μας είναι η καθαριότητα του νεογνού και της μητέρας. Έτσι λίγο πριν γίνεται αλλαγή πάνας του νεογνού.</p>	<p>3α) Η νέα μητέρα πείστηκε από τα λόγια μου και δέχτηκε να θηλάσει το μωρό της.</p> <p>β) Σε συνεργασία μαζί μου έγινε ο πρώτος θηλασμός με επιτυχία</p>
---	---	--

			<p>ώστε να δεχθεί ευχάριστα το θηλασμό και η μητέρα αλλάζει ρούχα για την αποφυγή δημιουργίας εστιας μικροβίων. Πριν το θηλασμό η μητέρα πλένει καλά τα χέρια της και τις θηλές. Μετά το τέλος του θηλασμού το νεογνό μένει στην αγκαλιά της μητέρας για λίγα λεπτά σε ημιορθια θέση για να αποβληθεί ο αέρας που ίσως έχει καταπιεί (ρέψιμο).</p>	
4) Δυσκοιλιότητα λεχιάδας	4) Φυσιολογική λειτουργία του εντέρου	4) Διαπίστωση αιτίας	4) Ο φόβος της λεχιάδας να σηκωθεί γρήγορα από το κρεβάτι τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ήταν η αιτία αδράνειας του εντέρου.	4) Μετά την εφαρμογή προγράμματος έγινε κένωση του εντέρου και ανακούφιση της λεχιάδας.
		β) Προσαρμογή του διαιτολογίου	β) Για την επαναφορά της λειτουργίας του εντέρου προστέθηκαν στο διαιτολόγιο, λαχανικά, φρούτα σπρια, και λήψη αφθονωνυγρών από το στομάχι.	
		γ) Εκτέλεση υποκλιισμού	γ) Μετά την επιμονή της δυσκοιλιότητας και για την αποφυγή χορήγησης υπακτικών και καθαρτικών φαρμάκων έγινε μικρός καθαρτικός υποκλισμός με φυσιολογικό ορό 500 και θερμοκρασία 38°C.	

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5) Περιποίηση χειρουργικού τραύματος	5) Ταχεία επούλωση του τραύματος	5) Φροντίδα τραυματικής περιοχής β) Επίδεση τραύματος	5α) Απομακρύνονται νεκρωμένοι ιστοί η υγρά απο το τρύμα και καθαρίζεται με φυσιολογικό ορό. Απολυμαίνεται το τραύμα με αντισηπτικό διάλυμα και γίνεται αντισηψία του δέρματος γύρω απο το τραύμα με βενζίνη ή αιθέρα με κινήσεις απο το κέντρο προς την περιφέρεια. Όταν βγάζουμε τα λευκοπλάστ τα αφαιρούμε παράλληλα και όχι κάθετα με το δέρμα. Με την επίδεση του τραύματος πετυχαίνουμε την προστασία του απο μολύνσεις της απορρόφηση ενκρισμων, τον περιορισμό των κινήσεων, την αιμόσταση και τέλος την κάλυψη του αντιαισθητικού τραύματος. Κατά την αλλαγή προσυλλάσσουμε τη λεχωίδα απο τα βλέμματα των άλλων τηρούμε σχολαστικά τους ορους ασηψίας. Ταυτόχρονα βοηθάμε ψυχολογικά την λεχωίδα να δει το τραύμα της και να το αντιμετωπίσει ψύχραιμα. Επίσης της συνιστούμε να παρακολουθεί τις κινήσεις περιποίησης που γίνονται για να μπορέσει και ίδια μετα της εξόδου της να περιποιείται το τραύμα της αν χρειαστεί.	5) Η επούλωση του τραύματος έγινε στον αναμενόμενο χρόνο και την 6η μετεχειρητική μέρα αφαιρέθηκαν τα ράμματα.

 ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ Ε Φ Α Ρ Μ Ο Γ Η Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α Τ Ο Σ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

6) Εξοδος λεχιάδας
 απο την κλινική

6) Προετοιμασία
 λεχιάδας και νεο-
 γνου για την απο-
 χώρηση απο την κλι-
 νική

6) α) Ελεγχος
 του νεογνου

6α) Την παραμονή της εξόδου της μητέρας και του παιδιού προγραμματίσθηκε εξέταση του μωρου απο τον παιδίατρο για τον ελεγχο της κατάστασής του.

6α) Ο παιδίατρος εξέτασε το μωρό και η διάγνωση του ήταν οτι μπορεί να φύγει για το σπίτι.

β) Ελεγχος
 λεχιάδας και
 ενημερωσή της
 σχετικά με
 την επιστρο-
 φη στο σπίτι.

β) Προγραμματίσθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις για τον ελεγχο της κατάστασης της λεχιάδας και έγινε και εξέτασή της απο τον μαιευτήρα εκανε την επέμβαση. Της δοθηκε ενημερωτικό φυλλάδιο που διέθετε η κλινική με οδηγίες σχετικά με την φροντίδα του βρέφους και της ίδιας μετα την επιστροφή της στο σπίτι.
 Επίσης της συνεστήθη να ερχεται για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής.

β) Η λεχιάδα μετά την εξέταση απο τον μαιευτήρα και την ενημέρωσή της ήταν ετοιμη για την επιστροφή στο σπίτι της.

10.2 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ: Δημητρακοπούλου ΟΝΟΜΑ: Αντιγόνη ΗΛΙΚΙΑ : 35 ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 25)11)89 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: 12)1)90

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Ηλικιωμένη πρωτότοκος

ΒΑΡΟΣ: 75 kgr ΥΨΟΣ: 1,60 cm Α.Π.: 135,85 mm hg

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ: 36,2ο C ΣΦΥΞΕΙΣ: 84) min ΑΝΑΠΝΟΕΣ: 18) min

Νέα επίτοκος εισήλθε επειγόντως στις 7:30 π.μ και αφού έγινε λήψη των ζωτικών σημείων που ήταν φυσιολογικά ειδοποιήθηκε ο μαιευτηρας ιατρός για να την εξετάσει. Εγινε διάγνωση αρχομένου τοκετού και δόθηκε εντολή για την προετοιμασία της επιτόκου, λουτρό καθαριότητας, ευπρεπισμός, ενδυση με αποστειρωμένο ιματισμό και μεταφέρθηκε στην αίθουσα τοκετού.

Ο τοκετός ξεκίνησε φυσιολογικά στην αίθουσα τοκετού στις 8:30 π.μ ομως επειτα απο προσπάθεια 5 ωρών η διαστολή ήταν 2 και οι ωδινες ασθενείς, εγινε ρήξη του θυλακίου στις 11:00 π.μ ενώ βρισκόταν σε φαρμακευτική αγωγή.

50)ο+5 μονάδες και 2 μετά την διακοπή της αγωγής αποφασίσθηκε καισαρική τομή γιατί το εμβryo ήταν μεγάλο και υπήρχε δυσκολία εξόδου εξαιτίας της διαστολής "2". Ένας λόγος που οδήγησε στην απόφαση αυτή ήταν οι παλμοί του εμβρύου ήταν θετικοί και ακόμη οτι η μητέρα ήταν ηλικίας 35 ετών και δεν έχει άλλο παιδί. Έτσι ειδήλθε επειγόντως στο χειρουργείο. Η επέμβαση πήγε πολύ καλά.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

1) Ανάνηψη της λεχωίδας	1) Ταχεία και ασφαλή ανάνηψη της λεχωίδας	1) Παρακολούθηση της λεχωίδας μέχρι την ανάνηψη της.	<p>1) Τοποθέτηση της λεχωίδας σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι για την αποβολή του αναισθητικού.</p> <p>-- Συχνή λήψη των ζυτικών σημείων για την διαπίστωση παθολογικής τιμής.</p> <p>-- Συχνός έλεγχος του τραύματος</p> <p>-- Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων-αποβαλλομένων υγρών</p>	1) Η ανάνηψη έγινε σε 2 ώρες και η μητέρα ήταν σε θέση να δει το μικρό της.
2) Μετεωρισμός κοιλίας	2) Η απομάκρυνση των αερίων από το έντερο και η ανακούφιση λεχωίδας.	<p>2) Ανεύρεση αιτίας</p> <p>β) Παρακολούθηση συμπτωμάτων</p> <p>γ) Ανακούφιση της λεχωίδας</p>	<p>2α) Η επίδραση του ναρκωτικού προκαλεί υποτονία μυών και αδράνεια του εντέρου. Η μείωση της κινητικότητας μετά την επέμβαση.</p> <p>-- Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια, γάλα γλυιά κλπ.</p> <p>β. Τα συμπτώματα που εμφάνισε ήταν φούσκωμα της κοιλιάς, κωλικοί πόνοι που προέρχονται από την κυκλοφορία και δεν μπορεί να αποβάλλει.</p> <p>γ. Καταπολέμηση των αιτιών που προκάλεσαν τον μετεωρισμό. Ήλαφρά στρόφη της λεχωίδας προς τα πλάγια.</p> <p>Τοποθέτηση σωληνα αερίων στο απευθυσμένο, με το οποίο βοηθείται η αποβολή των αερίων και αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου (ο σωλήνας δρα σαν ξένο σώμα που ο οργανισμός προσπαθεί να</p>	2) Μετά την εφαρμογή του σωληνα αερίων η λεχωίδα ανακουφίστηκε και ηρέμησε.

			<p>αποβάλλει με περισταλτικές κινήσεις με αποτέλεσμα την αποβολή των αερίων). Δεν πρέπει να παραμείνει περισσότερο από 20-30 λεπτά μπορεί να γίνει επαναληφή μετά 2-3 ώρες.</p> <p>-Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο που αυξάνει τον όγκο των αερίων καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωληνα με συνέπεια την αποβολή των αερίων</p> <p>-Εγερση της λεχωίδας για την ανακούφισή της</p>	
3) Λόξυγγας	3) Η ανακούφιση της λεχωίδας από τον ενδοχλητικό λόξυγγα που εμφανίστηκε.	3) α. Ανεύρεση της αιτίας	3α) Ο λόξυγγας είναι διαλείπων σπασμός του διαφράγματος, οφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου σε οποιοδήποτε σημείο από την αρχή (μέσα στον νωτιαίο μυελό) ως τις απολύξεις (κάτω από επιφάνεια διαφράγματος). Ήταν αντανάκλαστικό μετά τον σε αυτόν από λήψη πολύ ζεστού υγρού. Προκάλεσε ανησυχία στην λεχωίδα και πόνο στο τραύμα της καισαρικής τομής	3) Μετά την εφαρμογή των θεραπευτικών μέτρων σταμάτησε ο λόξυγγας και μετά από λίγο ο πόνος στο τραύμα που οφειλόταν σε αυτόν.
		β. Απομάκρυνση αιτίας με συμπτωματική αγωγή	β. Έγιναν: -- Λήψη μισού ποτηριού νερού με ένα κουταλάκι σόδα διαλυμένο.	

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
4)Θρομβοφλεβίτιδα	4)Παρεμπόδιση της μετακίνησης του θρομβου απο την περιοχή της πνευμονικής εμβολής,θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας.	4)α.Ανεύρεση της αιτίας β.Παρακολούθηση συμπτωμάτων γ.Θεραπεία συμπτωματική και φαρμακευτική	Κατάποση κομματιών πάγου Λήη ξυδιού, αλατιού ή ζάχαρης και κατακράτηση με συγχρονη λήψη κρύου νερού τον πόνο. 4)α Η αιτία που η λεχωίδα εμφάνισε θρομβοφλεβίτιδα στην μηριαία φλέβα ήταν η επιβράδυνση της κυκλοφορίας μετά την επέμβαση εξαιτίας του μειωμένου μεταβολισμού και ακόμη η αρνηση της να σηκώνεται απο το κρεβάτι επειδή φοβόταν για ρήξη του τραυματος. α.Τα συμπτώματα που παρουσίαστε ήταν πόνος και σύσπαση της κνήμης και μετά απο μία μέρα απο μία μέρα εμφανίσθηκε επώδυνο οίδημα στο αριστερό κάτω ακρο και παρουσίαστε μικρή αύξηση της θερμοκρασίας 38ο C. γ. Η θεραπεία αποσκοεί σε: - Απολυτη ακινησία του ακρου για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος. - Ελαφρά πιεστική περίδεση απο τα δάκτυλα ως τις βουβώνες με ελαστικό επίδεσμο που εμποδίζει την λίμανση του αίματος στα κάτω ακρα και μειώνει τον πόνο. Επίσης τοποθέτηση του ακρου σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.	4)Μετά την έναρξη της θεραπείας αρχισαν να υποχωρούν τα συμπτώματα και σε λίγες μέρες διαλύθηκε ο θρόμβος. Η λεχωίδα αρχισε να σηκώνεται και μετά απο λίγες μέρες απο το τέλος της φαρμακευτικής αγωγής αρχισε τον θηλασμό του νεογνού.

- τοποθέτηση στεφάνης που σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων

- Επειτα απο εντολη του ιατρού τοποθέτηση θερμών υγρών επαθεμάτων για ανακούφιση της λεχωίδας.

- Εναρξη αντιπηκτικής αγωγής με εντολή ιατρού. Χορήγηση ηπαρίνης. Συχνός ελεγχος χρόνου πήξης του αιματος για την ρύθμιση της δόσης. Χορήγηση απο το στομα Δικουμαρολης η δόση καθορίζεται απο τον χρόνο προς θρομβίνης του αίματος.

δ) Διακοπή του θηλασμου

δ) Αποφασίστηκε διακοπή του θηλασμού του νεογνού, γιατί τα φάρμακα που χορηγούνται για την θεραπεία της θρομβοφλεβιτιδας επηρεάζουν το νεογνό μέσω του γάλατος. Αρχισε τεχνητή διατροφή του νεογνού.

5) Εξοδος της λεχωίδας και του νεογνού.

5) Προετοιμασία της λεχωίδας και του νεογνού για την αποχώρηση απο την κλινική.

5α) Ελεγχος νεογνού

5α) Προγραμματίσθηκε εξέταση του νεογνού απο τον παιδίατρο την παραμονη της ξόδου για την διαπίστωση της καλής και ψυχικής του κατάστασης.

5α) Μετά την εξέταση ο παιδίατρος εκρινε κατάλληλη τη εξοδο του νεογνού απο την κλινική.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΛΕΓΧΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

β. Ελεγχος της λεχωίδας και ενημέρωση της σχετικά με την επιστροφή στο σπίτι της.

β. Εγινε εργαστηριακός έλεγχος της λεχωίδας για την εξακρίβωση παθολογικής κατάστασης και ιδιαίτερα εξέταση της ηηκτικότητας και του χρόνου προθρομβίνης του αίματος εξαιτίας της επιπλοκής θρομβοφλεβίτιδας που παρουσιάσατε κατά την παραμονή της. Οι απαιτήσεις ήταν φυσιολογικές της δόθηκαν οδηγίες για την πρόληψη επανεμφάνισης όπως λήψη αθρονων υγρών, ασκήσεις των κάτω άκρων και ελαστική περιδέση του άκρου, επίσης σε περίπτωση εμφάνισης οιδήματος ή οπουδήποτε συμπτώματος να έρθει για εξέταση στην κλινική.

Της δόθηκε το ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με την φροντίδα του νεογνού και της ίδιας μετά την επιστροφή στο σπίτι που διέθετε η κλινική μας και της έγινε σύσταση να έρχεται για εξέταση τακτικά στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής. Λίγο πριν φύγει την εξέτασε ο μαιευτήρας που είχε κάνει την επέμβαση.

β. Μετά τον φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο την εξέταση από τον μαιευτήρα και την σχετική ενημέρωση της λεχωίδας ήταν ετοιμη να αναχωρήσει από την κλινική.

11. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

BOURNE A. JHOLMES : "Μαιευτική"

Τεύχος Α'

Αθήνα 1982

GARREY, GOYAN, HODJE, CAULANDER: "Μαιευτική"

Μετάφραση ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ. και ΣΑΡΡΗ Γ.

ΒΒ Έκδοση, Αθήνα 1980

KAHLE N. LEONHARTDT H. PLATZER N: Εγχειρηδίο ανατομικής του ανθρώπου
με εγχρωμο ατλαντά"

Τόμος 2ος "Εσωτερικά όργανα"

Εκδόσεις Λίτσας 1985

Μετάφραση - Επιμέλεια : Ν. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

Ελληνική Βιβλιογραφία

ΛΟΥΡΟΣ Ν

"Μαιευτική - Γυναικολογία

Εκδόσεις Παρισσιανός 1973

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ

"Γενική παθολογική χειρουργική νοσηλευτική"

Έκδοση 9η Αθήνα 1986

ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ ΣΕΡΓΙΟΣ

"Σύναψη μαιευτικής και Γυναικολογίας"

Β' Έκδοση Αθήνα 1985

ΜΟΥΣΟΥΡΑ - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α:

"Σημειώσεις μαιευτικής και Γυναικολογίας"

Εκδόσεις ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ ΠΑΤΡΑ 1989

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΣ

"Μαιευτική"

Έκδοση 1η Αθήνα 1983

ΠΕΤΡΟΥ Γ.

“Σημειώσεις Ανατομικής του ανθρώπου”

Εκδόσεις Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

“Παθολογική Χειρουργική νοσηλευτική”

Τόμος Βος Μέρος Α΄

Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Αθήνα 1985

