

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΚΑΤΣΙΟΥΡΑ ΜΑΡΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	A24B
----------------------	------

1

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

1.

2.

3.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μέσα από την εργασία μου θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που με βοήθησαν με την συμβολή και την ενθάρυνση τους στο δύσκολο έργο της σύγγραφής της παρούσης πτυχιακής εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια για την συγγραφή και ολοκλήρωση της εργασίας αυτής Δίδας Νάνου Κυριακής, που με τις συμβουλές και της γνώσεις της με βοήθησε σημαντικά για την σύνταξη της εργασίας μου.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω όλο το διδαιτικό προσωπικό της Νοσηλευτικής Σχολής ΣΕΥΠ Πατρών που κουράζεται και μοχθεί να εκπαιδεύσει νέες καταρτισμένες και ευσυνείδητες νοσηλεύτριες, για να υπηρετούν με αγάπη και ζήλο το λειτούργημα της Νοσηλεύτριας.

## ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στην γιαγιά και στη μητέρα μου που με την αγάπη , την κατανόηση, την ηθική συμπαράσταση και τις συμβουλές τους με βοήθησαν όλα τα χρόνια της φοίτησης μου.

Σε όλες τις νοσηλεύτριες που αφοβα με τάση προσφοράς του εαυτού τους και αγάπη για τον άνθρωπο απαλύνουν τον ανθρώπινο πόνο και υπηρετούν το λειτούργημα της νοσηλεύτριας.

---

Στις μελλοντικές νοσηλεύτριες με τις ευχές μου να υπηρετήσουν με αγάπη και ευσυνειδησία τον Άνθρωπο.

Τέλος στην Υγεία και ευημερία όλων των λαών του κόσμου.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Μαιευτική ασχολείται με το μεγαλύτερο θαύμα της φύσεως, την γέννηση του ανθρώπου. Για τον λόγο αυτό θεωρείται πιο ανθρώπινη από όλες τις επιστήμες.

Με την εργασία μου, θα προσπαθήσω να παραθέσω σε κάθε νοσηλεύτρια θεμελιώδεις έννοιες που θα την οδηγήσουν να βεβαιωθεί η ίδια σαν γυναίκα και να βεβαιώσει και τις άλλες γυναίκες

---

πως στη δοκιμασία που θα περάσει, για να κατακτήσει την μητρότητα, θα μπορεί να έχει την βεβαιότητα, πως κοντά της θα βρεί έναν ουσιαστικό βοηθό σ' αυτή την ιεροτελεστία της φύσης, την επιστήμη της Μαιευτικής και έτσι η χαρά της μητρότητας θα μείνει χαρά δίχως σύννεφα.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Μαιευτική δεν έχει δικό της σταθμό σε ότι αφορά την γέννηση της διότι αρχίζει με την γέννηση του ανθρώπου, δηλαδή δεν υπάρχει εποχή που να συνδέεται με την δημιουργία της μαιευτικής σαν τέχνης διότι η τέχνη του τοκετού διδάχτηκε στον άνθρωπο από την ίδια την φύση.

Η Μαιευτική σαν τέχνη έμεινε στη σκιά της Ιατρικής για πολλούς αιώνες για τρεις κυρίως λόγους: α) Η ζωή του άνδρα ήταν σε μεγαλύτερη υπόλειψη από εκείνη της γυναίκας, στο γεγονός αυτό οφείλει και την γέννηση της η Καισαρική τομή, δηλαδή εκείνο που ενδιέφερε κυρίως ήταν ο πιθανός διάδοχος και όχι η ζωή της μητέρας. β) Τα πρόσωπα που παρίστανται στον τοκετό μιας γυναίκας ήταν γυναίκες, η ανισότητα των δύο φύλλων με κυριαρχία του άνδρα δεν άφηνε περιθώριο για συνδιαλλαγές μεταξύ των γιατρών και της μαίας-όπως λεγόταν η γυναίκα που βοηθούσε στους τοκετούς. γ) Ηθικό-θρησκευτικοί λόγοι που κυριάρχησαν σε όλο τον μεσαίωνα, δεν άφησαν τόσο τον άνθρωπο να εμπιστευτεί τη θέα των γεννητικών οργάνων της γυναίκας του στα μάτια των ιατρών, όσο και στα χέρια του ιατρού στην περιοχή εκείνη που τόσα ταμπού κάλυπτε.

Η πρόοδος της Ιατρικής καταπάτησε τα όρια της μαιευτικής, και την ενοποίησε. Με την εισβολή της ιατρικής γίνεται αναπόσπαστο τμήμα της, που οφελήθηκε από κάθε πρόοδο της ιατρικής όπως αποστείρωση, αντιβιοτικά, χειρουργική. Σήμερα δεν νοείται μαιευτική ξεκομμένη από την κυκλοφορία κάθε προόδου που διατρέχει το σώμα της ιατρικής.

Κατά τον τοκετό η φύση διαχωρίζει από έναν άνθρωπο έναν άλλο με ένα τρόπο που αποτελεί αληθινή δοκιμασία τόσο για την μη-

τέρα όσο και για το παιδί. Ο ρόλος που καλείται να διαδραματίσει η μαιευτική είναι να διευκολύνει αυτή τη δοκιμασία προλαμβάνοντας και αντιμετωπίζοντας τις επιπλοκές που θα έχουν άμεσες ή και απώτερες συνέπειες για την ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού.

---



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων που η συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει, κατά κύριο λόγο, στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά και χωρίζονται μεταξύ τους από την παρεμβολή του παρθενικού υμένα ή από τα υπολείματα του, τα μύρτα.

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο, ενώ τα εσωτερικά απαρτίζονται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

### Τα Εξωτερικά Γεννητικά όργανα

Το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελεί το αιδοίο, που εμφανίζει σχήμα τριγωνικό. Η βάση του αντιστοιχεί στην ηβική πτυχή, οι πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και η κορυφή στο περίνεο.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους Bartholinείους αδένες, τους βολβούς του προδρόμου, το έξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρθρικούς αδένες και τον παρθενικό υμένα.

Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης είναι μια υπαστρογγυλή τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα ή πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Το δέρμα του εφηβαίου έχει ιδρω-

τοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και μέχρι την προηβική ηλικία είναι άτριχο. Δύο χρόνια περίπου πριν από την εμφάνιση της έμμηνου ρύσης αρχίζει να παρουσιάζεται η χαρακτηριστική τρίχωση του. Το εφηβαίο χαρακτηρίζεται από την άρθρωση άφθο-υποδόριου ιστού, που διασχίζεται από ινώδεις δεσμίδες

Τα μ ε γ ά λ α χ ε ί λ η του α ι δ ο ί ου είναι δύο δερματικές υποστρόγγυλες πτυχές, που αποτελούν τα πλάγια όρια του.

Στη μέση γραμμή εφάπτονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την αι-δοϊκή σχισμή. Αποτελούνται από δέρμα, λυπόδη, συνδετικό ιστό και μερικές δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Το δέρμα στην εξωτερική τους επιφάνεια έχει τρίχες και μοιάζει με το δέρμα του όσχεου, ενώ στην εσωτερική είναι άτριχο, λείο και ροδαλό. Το δέρμα τους είναι πλούσιο σε σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στη μετάπτωση τους, στο εφηβαίο προς τα εμπρός και στο περίνεο προς τα πίσω, σχηματίζουν μεταξύ τους τον πρόσθιο και οπίσθιο σύνδεσμο τους.

Τα μ ι κ ρ ά χ ε ί λ η του α ι δ ο ί ου είναι δύο δερματικές πτυχές που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και συνήθως καλύπτονται από αυτά. Προς τα πάνω αποσχίζονται σε δύο μέρη, που συνενώνονται με τα αντίστοιχα τμήματα της αντίθετης πλευράς και σχηματίζουν την πόσθη και τον χαλινό της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη προς τα πίσω συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό. Μεταξύ του χαλινού των μικρών χειλέων και του παρθενικού υμένα βρίσκεται ένα εντύπωμα, που ονομάζεται σκαφοειδής βόρθος. Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ινώδη συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Το δέρμα τους είναι πολύ λεπτό και μοιάζει με βλεννούμενα, έχει δε μόνο σμηγματογόνους αδένες.

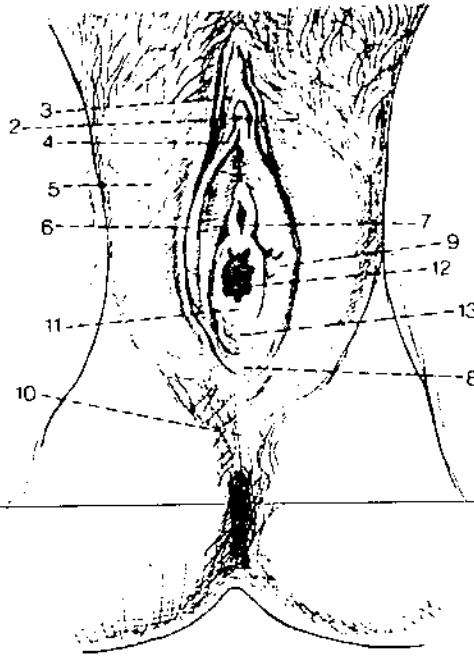
Η κ λ ε ι τ ο ρ ί δ α αποτελείται από δύο σπραγγώδη σώματα, που αρχίζουν από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους των ηβικών οστών

και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και αριστερό σκέλος στην πορεία τους , προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στη μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της που καταλήγει σε μία πάχυνση, τη βάλανο. Το σώμα της κλειτορίδας έχει μήκος 3 ως 4 εκ. και περιβάλλεται από περιτονία που προς τα πάνω προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Ραχιαία η κλειτορίδα περιβάλλεται από την πόσθη, ενώ στην κάτω επιφάνεια της και κατά την μέση γραμμή βρίσκεται ο χαλινός της. Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας εί-

ναι η προς τα πάνω κατάληξη των μικρών χειλέων του αιδοίου.

Ο π ρ ο δ ρ ο μ ό ς τ ο υ κ ο λ π ο υ είναι η περιοχή του αιδοίου, που ορίζεται μεταξύ των μικρών χειλέων του αιδοίου και εκτείνεται προς τα πάνω ως το χαλινό της κλειτορίδας και προς τα κάτω ως το χαλινό των μικρών χειλέων. Στην άνω περιοχή του προδρόμου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας, που περιβάλλεται από τους παραουρηθηκούς αδένες ενώ οι εκφορητικοί πόροι των βαρθολίνειων αδένων εκβάλλουν στην εξωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων. Στην περιοχή αυτή βρίσκεται και ο παρθενικός υμένας, που φράζει μερικά μόνο στην είσοδο του κόλπου.

Οι β α ρ θ ο λ ί ν ε ι ο ι α δ έ ν ε ς έχουν μέγεθος και σχήμα φασολιού και βρίσκονται δεξιά και αριστερά από τον σκαφοειδή βόθρο, στο βάθος του συνδετικού ιστού. Παράγουν βλέννη και εκκρίνεται στον πρόδρομο του κόλπου, με τον εκφορητικό τους πόρο, που καταλήγει στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων δίπλα στον παρθενικό υμένα.



Εικόνα 1-1. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας. 1. το κλειτορίδιο, 2. η κλειτορίδα, 3. η πλάση της κλειτορίδας, 4. ο χαλινός της κλειτορίδας, 5. τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, 6. τα μικρά χείλη του αιδοίου, 7. το έξω στόμιο της ουρήθρας, 8. ο οπίσθιος χαλινός του αιδοίου, 9. ο πρόδρομος του κόλπου, 10. το περίνεο, 11. ο παρθενικός υμένιας, 12. η είσοδος του κόλπου, 13. ο σκαφοειδής βόθρος.

Οι βολβοί του προδρόμου του κόλπου έχουν σχήμα σταγόνας με το οξύ άκρο προς τα πάνω. Λίγο πιο κάτω από την ουρήθρα ενώνονται μεταξύ τους και εξαφανίζονται βαθμιαία κάτω από την κλειτορίδα. Το μεσαίο τμήμα των βολβών περιβάλλει εξωτερικά τον πρόδρομο και το κατώτερο τμήμα του πλαγίου τοιχώματος του κόλπου. Το υποστρόγγυλο κατώτερο τμήμα τους φθάνει λίγο πιο κάτω από το επίπεδο του σκαφοειδούς βόθρου και βρίσκονται σε στενή επαφή με τους Bartholinovius αδένες.

Οι παραουρηθρικοί αδένες είναι πολυάριθμες κρύπτες, που βρίσκονται συνήθως στην περιοχή που ορίζεται από την κλειτορίδα και το έξω στόμιο της ουρήθρας ή γύρω από την ουρήθρα. Οι δύο μεγαλύτεροι από τους αδένες αυτούς ονομάζονται αδένες του SKENE.

Ο παρθενικός υμένιας είναι μια πτυχή από συνδετι-

κό ιστό, που καλύπτεται στην κοιλική της επιφάνεια από πολύστιβο πλακώδες και στην αιδοιϊκή από κυλινδρικό επιθήλιο. Ο παρθε- νικός υμένας εμφανίζει ποικιλία, όσον αφορά το πάχος, την ελα- στικότητα και τον αριθμό το σχήμα και το μέγεθος των τρημάτων του. Αποτέλεσμα των πιο πάνω ανατομικών ποικιλιών είναι η διά- κριση του παρθενικού υμένα σε ηθμοειδή, μηνοειδή, δακτυλιοειδή, κροσσωτό, δίθυρο άτρητο, ελαστικό ινώδη κ.λ.π.

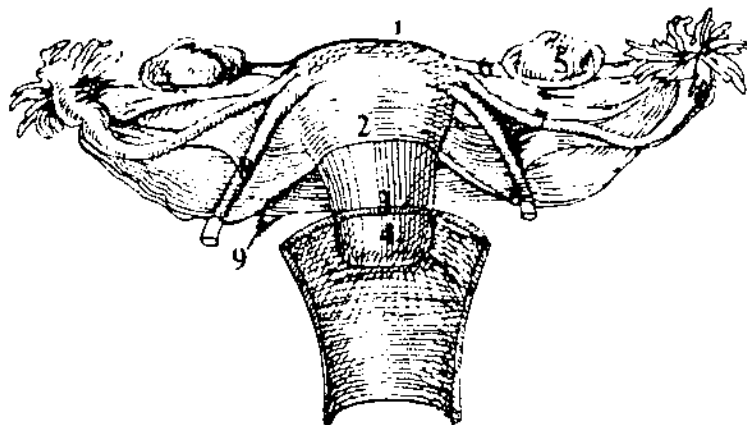
### Τα Εσωτερικά Γεννητικά Όργανα

Ο κ ό λ π ο ς ή κ ο λ ε ό ς είναι ένα σωληνόμορφο όρ- γανο μάκρους 9 ως 11 εκ. Η είσοδος του βρίσκεται στον πρόδρο- μιο και σκεπάζεται από τον παρθενικό υμένα, ενώ προς τα πάνω προσφύεται στον τράχηλο της μήτρας και σχηματίζει την ενδοκολ- πική του μοίρα ένα κυκλικό αυλάκι, που ονομάζεται θόλος. Ο θό- λος αυτός χωρίζεται αυθαίρετα σε πρόσθιο, οπίσθιο και δύο πλά- γιους. Ο οπίσθιος θόλος είναι πιο βαθύς από τους άλλους. Ο μακ- ρύς άξονας των δύο πάνω τριτημορίων του κόλπου διαγράφει καμ- πυλωτή τροχιά προς τα εμπρός και πάνω, ώστε να είναι σχεδόν παράλληλο με την φορά του ιερού οστού. Στο πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου υπάρχουν στις άτοκες γυναίκες παχιές εγκα- ρσιες πτυχές, που στο σύνολο τους είναι παράλληλες μεταξύ τους, ώστε να σχηματίζουν τον πρόσθιο και οπίσθιο κολπικό στύλο. Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από επιθήλιο και μυϊκό χι- τώνα. Το επιθήλιο του κόλπου είναι πολύστιβο πλακώδες και το πάχος του εξαρτάται άμεσα από την επίδραση των ωοθηκικών στεροειδών ορμονών. Η αναγέννηση του κολπικού επιθηλίου γίνε- ται από τη βασική στοιβάδα. Κατά την γενετησιακή ηλικία διακ-

ρίνομε 5 ζώνες στο κοιλιακό επιθήλιο, που κατά σειρά ωρίμανσης από το βάθος προς την επιφάνεια είναι: Η βασική, η παραβασική, η ενδιάμεση, η βαθιά επιφανειακή και η εντελώς επιφανειακή. Το επιθήλιο του κόλπου δεν έχει αδένες και η παρουσία των κοιλιακών υγρών οφείλεται στις εκκρίσεις του ενδοτραχηλικού βλενογόνου και του ενδομητρίου.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο με σχήμα αχλαδιού, ελαφρώς αποπλατυσμένο από εμπρός προς τα πίσω και έχει μήκος 6 ως 8 εκ. πάχος 2,5 ως 3 εκ., πλάτος 4 ως 5 εκ. και βάρος 42 ως 70 γραμ. Στην κύηση, κάτω από τις διάφορες ορμονικές επιδράσεις, έχει την ικανότητα να μεγαλώνει πάρα πολύ, ώστε η χωρητικότητά της να αυξάνει από 3 ως 5 εκ. σε 5 ως 8 χιλιογρ. ή και περισσότερο. Περιγραφικά η μήτρα χωρίζεται σε τρία τμήματα: α) Το ανώτερο, που ονομάζεται πυθμένας, β) το μεσαίο, που ονομάζεται σώμα, και γ) το κατώτερο που ονομάζεται τράχηλος. Ο πυθμένας της μήτρας προς τα δεξιά και αριστερά καταλήγει σε μια γωνία, που ονομάζεται κέρασ. Σε κάθε κέρασ βρίσκονται κατά σειρά από εμπρός προς τα πίσω η αρχή του στρογγυλού συνδέσμου της μήτρας, το μητρικό άκρο του واγωγού και ο ίδιος σύνδεσμος της ωθήκης.

Το σώμα της μήτρας περιγραφικά έχει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δύο χείλη αριστερό και δεξιό. Το σώμα και ο πυθμένας της μήτρας περικλείουν την ενδομητρική κοιλότητα, που έχει σχήμα τριγωνικό με την βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς τον τραχηλο. Στο μέρος που ενώνεται το σώμα με τον τράχηλο της μήτρας, δηλαδή στον ισθμό, σχηματίζεται μια γωνία  $90^{\circ}$ , που βλέπει προς τα εμπρός



Σκίνα 1-4. Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, όπως φαίνονται από εμπρός, απομονωμένα από τις τοπογραφουατόμικες τους σχέσεις και με τον κόλπο ανοιχτό, ύστερα από μισή κάθετη τομή του πρόσθιου τοιχώματός του και κατά μήκος του πρόσθιου και των πλαγίων κοιλικών θόλων. 1, ο πυθμένας της μήτρας. 2, το σώμα της μήτρας. 3, το υπερκοιλικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας. 4, το ενδοκοιλικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας. 5, οι ωοθήκες. 6, ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης. 7, οι σάλπιγγες. 8, οι στρογγύλοι σύνδεσμοι της μήτρας. 9, τα πέταλα του πλατίου συνδέσμου της μήτρας.

Ο τράχηλος της μήτρας έχει κυλινδρική μορφολογία και χωρίζεται από την πρόσφυση του κόλπου σε δυό ίσα περίπου μέλη, το ενδοκοιλιακό και το υπερκοιλιακό. Το μήκος του τραχήλου αντιστοιχεί στο  $1/3$  ολόκληρου του μήκους της μήτρας.

Περικλείει μια ατρακτόμορφη κοιλότητα, την ενδοτραχηλική, που παριστάνει την προς τα κάτω συνέχεια της ενδομητρικής. Η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει δύο στόμια, το εσωτερικό προς τα πάνω και το εξωτερικό προς τα κάτω, δηλαδή τον κόλπο. Στην άτακτη γυναίκα η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει μήκος 3 εκ. και διάμετρο 0,7 εκ. περίπου, ενώ σε γυναίκες που έχουν γεννήσει, είναι μεγαλύτερη. Το εξωτερικό στόμιο είναι κυκλικό στις άτακτες, ενώ σε γυναίκες που γέννησαν είναι οριζόντιο.

Το τοίχωμα του πυθμένα και του σώματος της μήτρας έχει πάχος 0,8 εκ. περίπου και αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) τον ορογόνο από έξω, δηλαδή το περιτόναιο, β) το μυϊκό στη μέση και γ) το βλενογόνο ή ενδομήτριο από μέσα.

Ο ορογόνο σκεπάζει όλη τη μήτρα εκτός από τα πλάγια χείλη της,

την πρόσθια επιφάνεια του υπερκοιλιακού τμήματος του τραχήλου και το ενδοκοιλιακό του τμήμα. Κάτω από το ορογόνο υπάρχει συνδετικός ιστός, που τον χωρίζει από το μυϊκό χιτώνα. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από ατρακτόμορφες λείες μυϊκές ίνες μήκους 50 μικρών που διακρίνονται σε τρία στρώματα: το εξωτερικό, το μεσαίο και το εσωτερικό. Το εξωτερικό στρώμα αποτελείται από μακρές ίνες, που πορεύονται κάθετα και εγκάρσια από τον πυθμένα στον τράχηλο. Το μεσαίο στρώμα αποτελείται από εγκάρσιες σγκυλωτές ίνες, που

περιβάλλουν τα αγγεία και βρίσκεται μόνο στο σώμα της μήτρας. Το εσωτερικό στρώμα αποτελείται από λοξές και κυκλικές ίνες και περιορίζεται μόνο στα 2/3 του ανωτέρου τμήματος του σώματος της μήτρας. Το τελευταίο αυτό στρώμα περιέχει τους βηματοδότες, που ρυθμίζουν την συσταλτική λειτουργία της μήτρας.

Ο βλεννογόνος της μήτρας ή ενδομήτριο, καλύπτει από μέσα όλη την ενδομητρική κοιλότητα και έρχεται σε άμεση επαφή με το μυομήτριο, χωρίς την παρεμβολή υποβλεννογονίου ιστού. Το ενδομήτριο αποτελείται από επιθήλιο, αδένες και στρώμα. Το επιθήλιο βρίσκεται σ' ένα στοίχο και είναι υψηλό κυλινδρικό με εκκριτική δραστηριότητα, ενώ το στρώμα αποτελείται από αγγεία με συνδετικό ιστό και βρίσκεται κάτω από το επιθήλιο.

Το ενδομήτριο από άποψη περιγραφική, κατά την ακμή της δεύτερης φάσης του γεννητικού κύκλου, ξεχωρίζει σε 4 ζώνες: Η ζώνη I περιλαμβάνει το επιθήλιο, που έρχεται σε επαφή με την ενδομητρική κοιλότητα και από κάτω του έχει μια λεπτή στιβάδα από στρώμα. Η ζώνη II έχει περισσότερο στρώμα παρά αδένες, που είναι ευθείς και κάθετοι προς την επιφάνεια. Η ζώνη III έχει πολυπληθείς αδένες με ανώμαλο σχήμα και προσεκβολές. Η ζώνη IV αποτελείται από στρώμα. Οι ζώνες I, II, και III αποτελούν τη λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου, που χωρίζεται στη συμπαγή (ζώνες I και II)



και στη σπογγώδη (ζώνη III), ενώ η ζώνη IV είναι η βασική στοιβάδα του ενδομητρίου.

Ο τραχήλος της μήτρας αποτελείται από στρώμα , επιθήλιο , και αδένες. Το στρώμα αποτελείται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό μέσα στο οποίο βρίσκονται διάσπαρτες λείες μυϊκές ίνες, που ο αριθμός τους ποικίλει από άτομο σε άτομο και αυξάνει στο όριο του τραχήλου με το σώμα της μήτρας. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου μέχρι το έξω τραχηλικό στόμιο της μήτρας. Αντίθετα η ενδοτραχηλική κοιλότητα καλύπτεται από υψηλό κυλινδρικό επιθήλιο με σπάνια κροσσωτά κύτταρα σε ένα στοίχο. Μέσα στο στρώμα του τραχήλου υπάρχουν καταδύσεις, που καλύπτονται με το ίδιο επιθήλιο του ενδοτραχήλου και ονομάζονται αδένες. Πρέπει να τονιστεί, ότι το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του τραχήλου στην επιφανειακή του στιβάδα δεν κερατινοποιείται, όπως στον κόλπο και ότι το επιθήλιο αυτό χωρίζεται από το στρώμα με μια βασική μεμβράνη που η ύπαρξη της αποδείχτηκε με την ηλεκτρονική μικροσκοπηση.

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο σωλήνες που αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας και φτάνουν στα πλάγια τοιχώματα της μικρής πυέλου. Έχουν μήκος 12εκ. περίπου. Στο μητρικό τους άκρο είναι πολύ στενοί και στη συνέχεια πλαταίνουν βαθμιαία μέχρι το ελεύθερο άκρο τους, που ακουμπά στις ωοθήκες. Από άποψη περιγραφής τους διακρίνεται το διάμεσο, το ιθμικό , το λυκηθικό, και το κωδωνικό τμήμα καθώς επίσης και δύο στόμια, το μητρικό και το κωδωνικό. Το κωδωνικό τμήμα τελειώνει σε 10 ως 15 κροσσούς, που καταλήγουν ελεύθερα, εκτός από ένα, το μεγαλύτερο, που ακουμπά στην ωοθήκη και ονομάζεται ωοθηκικός κροσσός ή ίδιος σύνδεσμος του αγωγού. Το τοίχωμα του αγωγού αποτελείται από ορογόνο μυϊκό χιτώνα και βλεννογόνο. Ο ορογόνος σκεπάζει τις

τις σάλπιγγες από τα εμπρός , πάνω και πίσω, ενώ η κάτω επιφάνεια αντιστοιχεί στην πρόσφυση του μεσοσαλπιγγίου και μένει ακάλυπτη. Το μυϊκό τοίχωμα των σαλπίγγων σχηματίζεται από λείες μυϊκές, που ξεχωρίζουν σε δυό στιβάδες , την εξωτερική από μακρές και την εσωτερική από κυκλικές ίνες. Στο διάμεσο ή ενδοτοιχικό τμήμα της σάλπιγγας ο μυϊκός χιτώνας σχηματίζεται από ένα πλέγμα λείων μυϊκών ινών, που προέρχονται από το μυομήτριο. Η βλεννογόνος των σαλπίγγων ή ενδοσαλπίγγιο αποτελείται από ένα στοίχο επιθήλίου, που χωρίζεται από το μυϊκό τοίχωμα με την παρεμβολή χορίου. Το επιθήλιο του ενδοσαλπιγγίου αποτελείται από τριων ειδών κύτταρα: κροσσωτά, εμβόλιμα ή πασσαλοειδή και εκκριτικά.

Οι ωοθήκες είναι δυό αμυγδαλωτοί σχηματισμοί, που κρέμονται από το πίσω πέταλο του πλατύ συνδέσμου της μήτρας, από μια πτυχή του, το μεσωθήκιο. Έχουν μήκος 3εκ., πλάτος 1,5 ως 3εκ., πάχος 0,5 ως 1,5 εκ., και βάρος 7 ως 14 γραμ.

Παρομοιάζονται σαν "αποθήκες του γενετικού υλικού " δηλαδή των ωαρίων και αποτελούνται , από έξω προς τα μέσα , από τον ινώδη χιτώνα με μονόστιβο κυβικό επιθήλιο στην επιφάνεια του, τη φλοιώδη και την μυελώδη ουσία.

Η φλοιώδης ουσία περιέχει το ωοθηκικό παρέγχυμα, που στα κορίτσια κατά την γέννηση υπολογίζεται, ότι αποτελείται από 1000000 ωοκύτταρα. Από αυτά τα ωοκύτταρα 99% χρησιμοποιούνται μέχρι την εμμηνόπαυση , ύστερα από την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν 5 ως 10 χιλιάδες. Ο αριθμός τους όμως μπορεί να κυμαίνεται και να εξαντληθεί πολύ νωρίτερα. Τα ωοκύτταρα ή ωάρια περιβάλλονται αρχικά από ένα στοίχο συνδετικής προέλευσης κυττάρων και ο σχηματισμός αυτός ονομάζεται πρωτογένης ωοθυλάκιο . Όταν αρχίζουν να ωριμάζουν τα πρωτογενή ωοθυλάκια αποκτούν , μέσα από τον προηγούμενο στοίχο, μια νέα στιβάδα από κοκκώδη κύτταρα και ονομάζονται

τότε δευτερογενή. Αυτά σε πιο προχωρημένο στάδιο αποκτούν περισσότερους στοίχους κυττάρων και κοιλότητα, έτσι που να παρουσιάζουν χαρακτηριστική ανάπτυξη και λέγονται τότε τριτογενή ωοθυλάκια. Τελικά σε ένα επόμενο στάδιο εξέλιξης, που μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες, ή και ώρες καμιά φορά, σχηματίζονται τα ώριμα ωοθηλάκια. Στη φλοιώδη στιβάδα βρίσκονται ωοθηλάκια σε διάφορα στάδια ωρίμανσης, τα υπολείμματα ενός ή περισσότερων σπασμένων ή όχι ωοθυλακίων σε διάφορα στάδια εξέλιξης, δηλαδή ωχρό σωματίο, ώριμα άτρητα ωοθυλάκια και λευκά σωματία.

Η μυελώδης στοιβάδα αποτελείται από συνδετικό υπόστρωμα, πλούσιο σε αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία και νεύρα. Στις πύλες των ωοθηκών, δηλαδή στα σημεία που μπαίνουν τα αγγεία και τα νεύρα των ωοθηκών, υπάρχουν διάσπαρτοι κυτταρικοί σχηματισμοί, που αποτελούνται στους όρχεις.

Το επωοθήκιο και παρωοθήκιο. Μεταξύ των πετάλων του μεσοσαλπγγίου και στο έξω μέρος του βρίσκονται 6 ως 12 μικρά σωληνάκια, που είναι κάθετα στον ωαγωγό και καταλήγουν σε ένα κοινό ορίζοντιο πόρο, που ονομάζεται πόρος του GARTNER. Ο πόρος αυτός είναι υπόλειμμα του πόρου του WOLF και καλύπτεται εξωτερικά, όπως και τα σωληνάκια, από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο. Το σύνολο του σχηματισμού αυτού ονομάζεται επωοθήκιο.

Μέσα στα πέταλα του μεσοσαλπγγίου, κοντά στη μήτρα, βρίσκονται καμιά φορά τα υπολείμματα του κατώτερου μέρους του μεσονέφρου, που αποτελούνται από μερικά τυφλά σωληνάκια. Τα εμβρυϊκά αυτά υπολείμματα αποτελούν το παρωοθήκιο.

## Τα Στηρίγματα των Εσωτερικών Γεννητικών Οργάνων

Ο κόλπος στηρίζεται με τους μυς του περινέου και του πυελικού εδάφους και ιδιαίτερα με τους ανελκκτήρες του πρωκτού. Αλλα στηρίγματα του κόλπου είναι τα γειτονικά του όργανα, με τα οποία συμφύεται με παρεμβολή συνδετικού ιστού, που σχηματίζει τα διάφορα διαφράγματα.

Η μήτρα διατηρείται σε μια τέτοια θέση, ώστε να μην ακουμπά σε οποιοδήποτε μέρος του σκελετού. Για την στήριξη της μήτρας συνεργάζονται ο τόνος των κοιλιακών τοιχωμάτων, το έδαφος της πυέλου, το περιτόναιο και τέσσερα ζευγάρια συνδέσμων που είναι: Οι πλατεείς, οι στρογγύλοι, οι ιερομητρικοί, και οι κύριοι σύνδεσμοι της μήτρας (εικόνες 1-9 και 1-10). Το περιτόναιο, αφού σκεπάσει την μήτρα, εκτός από την πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου και τα πλάγια χείλη της, έρχεται κατ'ευθείαν από αυτά στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα. Έτσι σχηματίζεται μια τετράπλευρη πτυχή του περιτοναίου, που ονομάζεται πλατύς σύνδεσμος. Ο πλατύς σύνδεσμος έχει δύο περιτοναϊκά πέταλα, που μεταξύ τους υπάρχει κυτταρολιπώδης συνδετικός ιστός, ο οποίος αποτελεί μέρος του παραμητρίου. Μεταξύ των πετάλων του πλατύ συνδέσμου περιλαμβάνονται ο ωαγωγός και ο στρογγύλος σύνδεσμος. Από το πίσω πέταλο του πλατύ συνδέσμου κρέμεται μια πτυχή η οποία στηρίζει την ωοθήκη και ονομάζεται μεσσωθήκιο. Το πάνω από το μεσσωθήκιο τμήμα του πλατύ συνδέσμου ονομάζεται μεσοσαλπίγγιο.

Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας έχουν μήκος 15 εκ, περίπου και αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας, αμέσως εμπρός από τους ωαγωγούς και πορεύονται ανάμεσα στα πέταλα του πλατύ συνδέσμου, προς τα εμπρός και έξω, μπαίνουν στο βουβωνικό πόρο και καταλήγουν δεσμιδωτά μέσα στο συνδετικό ιστό των μεγάλων χειλέων του αιδίου, στην περιοχή του ηβικού φύματος. Σχηματίζονται από

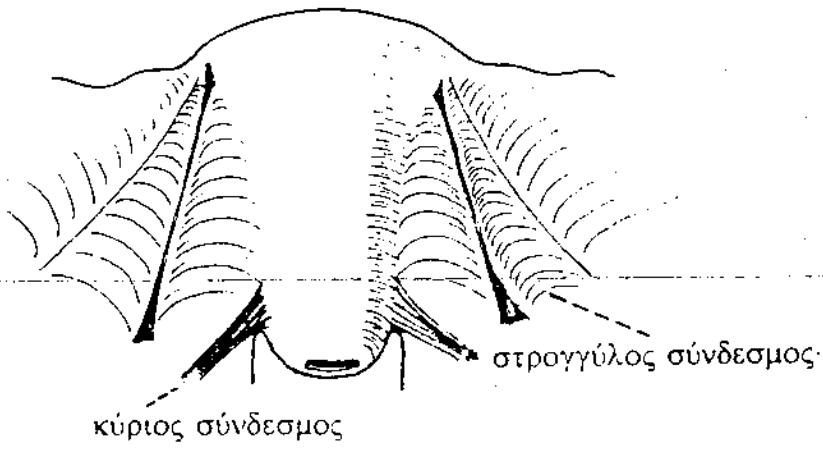
συνδετικό ιστό, λείες μυϊκές ίνες που προέρχονται από την μεσαία και εξωτερική στοιβάδα του μυομητρίου και από γραμμωτές μυϊκές ίνες, που προέρχονται από τον εσωτερικό λοξό και εγκάρσιο κοιλιακό μυ.

Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι αρχίζουν από τον 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> ιερό σπόνδυλο και πορεύονται προς τα εμπρός, ώστε να συγκλίνουν μεταξύ τους και να σχηματίζουν στην πρόσφυση της την οπίσθια επιφάνεια του τραχήλου, -αντίστοιχα στο εσωτερικό τραχηλικό στόμιο- μια οξεία γωνία. Η πάνω επιφάνεια τους σκεπάζεται από περιτόναιο και αποτελούνται από συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες.

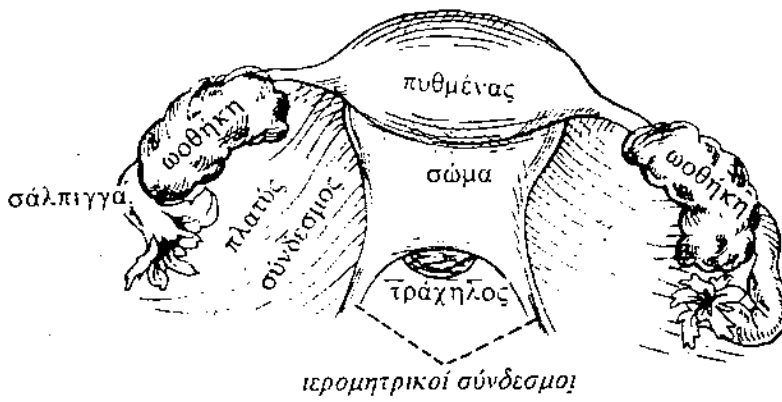
Στη βάση του πλατύ συνδεσμου της μήτρας και αμέσως στα πλάγια του τραχήλου σχηματίζονται ισχυρές δεσμίδες από συνδετικό ιστό που προέρχεται από το παραμήτριο. Ο σχηματισμός αυτός μοιάζει με ριπίδιο και ονομάζεται κύριος σύνδεσμος της μήτρας ή σύνδεσμος του MACKENRODT.

Οι σάλπινγγες στηρίζονται στη θέση τους, από το ενδοτοιχωματικό, τμήμα τους, το μεσοσαλπγγιο-που είναι μέρος του πλατύ συνδέσμου της μήτρας- και από τον ίδιο σύνδεσμο τους

Οι ωοθήκες στηρίζονται από το μεσοωθήκιο, τον ίδιο σύνδεσμο τους, τον ίδιο σύνδεσμο του ωαγωγού και τον κρεμαστήρα σύνδεσμο. Ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης αρχίζει από τον πυθμένα της μήτρας και καταφύεται στο κάτω άκρο της και αποτελείται από συνδετικό ιστό με λείες μυϊκές ίνες. Ο κρεμαστήρας σύνδεσμος αρχίζει από την λαγόνια περιτονία και καταφύεται στο πάνω άκρο της ωοθήκης. Αντίστοιχα μ' αυτόν, το περιτόναιο σχηματίζει πτυχή στην οποία περιλαμβάνονται τα αγγεία και νεύρα της ωοθήκης και αποτελείται από συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες.



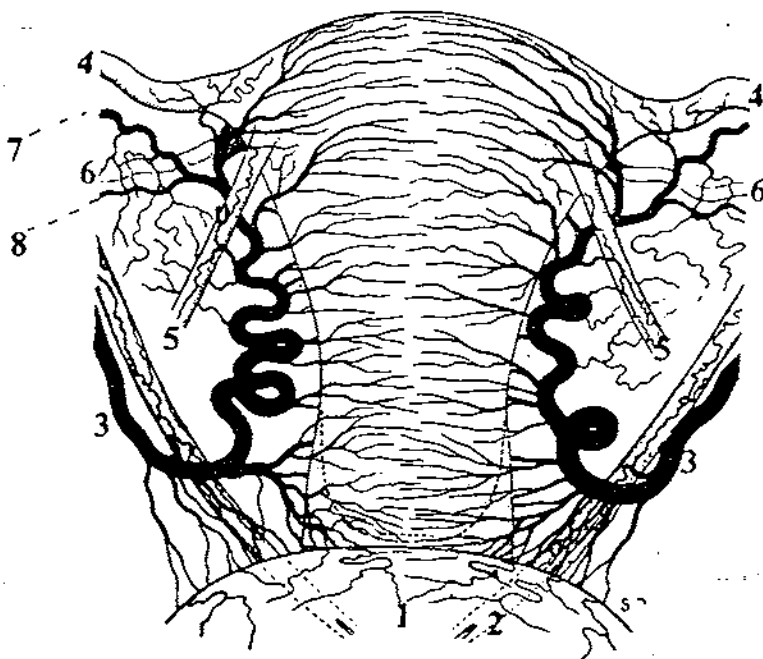
Εικόνες 1-9 και 10. Σχηματική διάταξη των συνδέσμων της μήτρας, όπως φαίνονται από εμπρός (εικόνα 1-9 πάνω) και πίσω (εικόνα 1-10, κάτω)



## Η Αγγείωση των Γεννητικών Οργάνων

Τα εξωτερικά όργανα αγγειώνονται από την εσωτερική αιδοϊκή αρτηρία που είναι κλάδος της εσωτερικής λαγόνιας. Η αρτηρία αυτή χωρίζεται στην περινεϊκή και την αρτηρία της κλειτορίδας. Για την αιμάτωση τους συνεργάζεται η έξω αιδοϊκή, που είναι κλάδος της μητρικής. Οι φλέβες των εξωτερικών γεννητικών οργάνων σχηματίζουν τα κυστικά φλεβικά πλέγματα και το αιδοϊκό, που επικοινωνούν μεταξύ τους ως και με τα αιμορροϊδικά, κοιλικά και μητρικά πλέγματα. Το αίμα συγκεντρώνεται στην εσωτερική λαγόνια φλέβα και μερικά στη μητρίαία φλέβα.

Ο κόλπος αγγειώνεται προς τα πάνω από τη μητροκολπική αρτηρία (μητρίαία αρτηρία), στη μέση από τη μεσαία κοιλική (κάτω κυστική) και προς τα κάτω από την κοιλική (μεσαία αιμορροϊδική.)



Εικόνα 1-11. Ημισχηματική απεικόνιση των μητρίαίων αρτηριών. 1. η ουροδόχος κύστη. 2. οι ουρητήρες. 3. οι μητρίαίες αρτηρίες. 4. οι σάλπιγγες. 5. οι στρογγύλοι σύνδεσμοι της μήτρας. 6. οι ίδιοι σύνδεσμοι της ωθήκης. 7. ο αγωγικός κλάδος της μητρίαίας αρτηρίας. 8. ο ωθητικός κλάδος της μητρίαίας αρτηρίας.

Όλες αυτές οι αρτηρίες προέρχονται από την εσωτερική λαγόνια.

Οι φλέβες σχηματίζουν το δεξιό και αριστερό φλεβικό πλέγμα και από εκεί το φλεβικό αίμα χύνεται στην εσωτερική λαγόνια φλέβα.

Η μήτρα αγγειώνεται από την μητριάια αρτηρία και σε μικρό βαθμό από την ωθηκική. Η μητριάια αρτηρία, μετά την έκφυση της από την έσω λαγόνια διασχίζει το παραμήτριο και διασταυρώνεται με τον ουρητήρα σε απόσταση 2 εκ. από τα πλάγια του τραχήλου της μήτρας και 1,5 εκ. από τον πλάγιο θόλο του κόλπου. Στο ύψος του ισθού δίνει τον τραχηλοκολπικό κλάδο προς τα κατω και συνεχίζει την πορεία της προς τα άνω παράλληλα με το πλάγιο χείλος της μήτρας και μεταξύ των πετάλων του πλατύ συνδέσμου (εικ.1-11). Η πορεία της δεν είναι ευθεία, αλλά οφιοειδής και δίνει 9 ως 14 κλάδους που αγγειώνουν την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και επικοινωνούν μεταξύ τους ως και με τις αρτηρίες της αντίθετης πλευράς. Κατά την πορεία της, στο ύψος της έκφυσης του ίδιου συνδέσμου της ωθήκης, αποσχίζεται -αφού δώσει κλάδο για τον στρογγύλο σύνδεσμο- σε δύο κλάδους τον αγωγικό και τον ωθηκικό, που επικοινωνούν με την ωθηκική αρτηρία και τον αγωγικό κλάδο της. Η μητριάια φλέβα μεταφέρει το φλεβικό αίμα στην έσω λαγόνια. Ένα μέρος μεταφέρεται από την ωθηκικές φλέβες.

Οι αγωγοί αγγειώνονται από τον αγωγικό κλάδο της μητριάιας και ωθηκικής αρτηρίας, που επικοινωνούν μεταξύ τους σχηματίζοντας τόξα μέσα στο μεσοσαλπίγγιο. Από τα τόξα αυτά αρχίζουν αρτηρίδια, που διανέμονται στο τοίχωμα του αγωγού. Οι ομώνυμες φλέβες μεταφέρουν το φλεβικό αίμα στην έσω λαγόνια.

Οι ωθηκικές αγγειώνονται από τις ωθηκικές αρτηρίες, που αρχίζουν από την κοιλιακή αορτή και από κλάδους της μητριάιας αρτηρίας. Οι φλέβες σχηματίζουν το ωθηκικό πλέγμα και οδηγούν δεξιά κατ' ευθεία στην πάνω κοίλη με την ωθηκική φλέβα



ενώ στα αριστερά αυτή οδηγεί στη νεφρική φλέβα.

### Η Νευρωση των Γεννητικών οργάνων

Τα έ ξ ω γ ε ν ν η τ ι κ ά ό ρ γ α να νευρώνονται από κλάδους του αιδοιϊκού νεύρου, που σχηματίζεται από το 2ο, 3ο και 4ο ιερό νεύρο. Οι κλάδοι του αυτοί είναι οι αιμορροϊδικοί για ένα μέρος του περινέου, οι χειλικοί για τα χείλη του αιδίου, και το ραχιαίο νεύρο της κλειτορίδας. Το δέρμα του εφηβαίου νευρώνεται από τους τελικούς κλάδους του λαγονοβουβωνικού (από το 1ο και το 2ο σφυϊκό νεύρο.) ενώ ένα μέρος του περινέου και το πίσω τριτημόριο των χειλέων νευρώνεται από τους τελικούς κλάδους του περινεϊκού (από το οπίσθιο μηριαίο δερματικό ).

Ο κ ό λ π ο ς και η μ η τ ρ α νευρώνονται από το μητροκολπικό γαγγλιοφόρο πλέγμα, που σχηματίζεται από το υπογάστριο συμπαθητικό πλέγμα και από το 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> ιερό νεύρο (παρασυμπαθητικές ίνες.) Το πλέγμα αυτό βρίσκεται μεταξύ του τραχήλου και του θόλου του κόλπου στη βάση του πλατύ συνδέσμου. Το μεγαλύτερο από τα γάγλια του είναι γνωστό σαν γάγλιο του FRANKENHAUSER. Στη μήτρα ξέχωρα από αυτή τη νευρωση, έρχονται και μερικές ίνες κατ' ευθείαν από τα πλέγματα της ουροδόχου κύστης και του απευθυσμένου.

Ο ι ω α γ ω γ ο ί νευρώνονται από το μητροκολπικό πλέγμα και το πλέγμα της ωθηκικής αρτηρίας που είναι επέκταση του αορτικού.

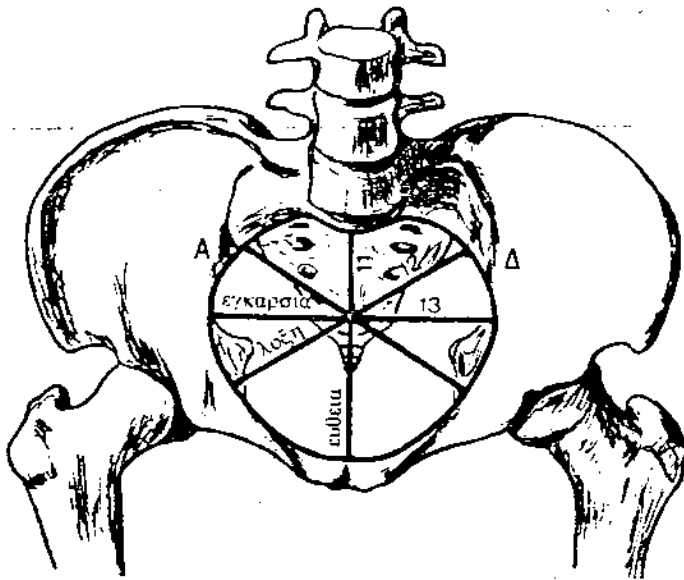
Ο ι ω ο θ ή κ ε ς τέλος, νευρώνονται από το αορτικό και νεφρικό συμπαθητικό πλέγμα.

Η Π ύ ε λ ο ς αποτελείται από τα δύο ανώνυμα σστά, που διαθρούνται προς τα πίσω επί του ιερού οστού, ενώ προς τα πίσω

τα ανώνυμα οστά αρθρώνονται μεταξύ τους με την παρεμβολή χόνδρου και σχηματίζουν την ηβική σύμφυση. Οι διαρθρώσεις μετά του ιερού καλούνται ιερολογόνιαι αρθρώσεις.

Η πυέλος χωρίζεται σε μείζονα και ελάσσονα δια της ανωνύμου γραμμής, που σχηματίζεται από το πρόσθιο χείλος της βάσης του ιερού οστού, στα πλάγια από την τοξοειδή γραμμή, την κτενιαίαν και ηβικήν ακρολοφίαν. Κάτω της γραμμής αυτής είναι η περιοχή της ελάσσονος πυέλου, η οποία και συγκεντρώνει κυρίως το μαιευτικό ενδιαφέρον.

Το άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου οφείζεται από την ανώνυμη γραμμή, οι διάμετροί του στομίου είναι: προσθιοπίσθια η ευθεία 11εκ., λοξή 12 εκ. και εγκάρσια 13,5 εκ. (εικόνα 1-11). Από τις διαμέτρους φαίνεται ότι η διεύθυνση εκλογής για την είσοδο του



Εικ. 1-11 Οστέϊνη Πύελος με τις διαμέτρους του άνω στομίου.

εμβρύου είναι η θέση της βρεγματοϋπινιακής διαμέτρου της κεφαλής του εμβρύου επί της εγκάρσιας διαμέτρου του άνω στομίου της ελάσσονος πυέλου. Κάτω του άνω στομίου υπάρχει η πυελική ευρυχωρία

οι διάμετροι αυτής είναι α) Ευθεία : μέσο 3<sup>ου</sup> ιερού σπονδύλου πίσω επιφάνεια ηβικής σύμφυσης, 12-12,75 εκ. β) εγκάρσια, δύο κοτύλες 12,75 εκ. Κάτω της πυελικής ευρυχωρίας περιγράφεται ο ισθμός με διαμέτρους α) ευθεία : μέσο κορυφής ιερού οστού -κάτω χείλος ηβικής σύμφυσης, 11,5 εκ. β) εγκάρσια : ισχιακές ακανθοί 10,5 εκ.

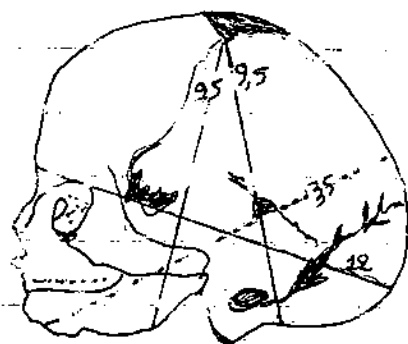
Το κάτω στόμιο έχει διαμέτρους α) ευθεία : 9,5 εκ. που κατά τον τοκετό με την απώθηση του κόκκυγα προς τα πίσω φτάνει στα 11,5 εκ. η διάμετρος αυτή ενώνει το κάτω χείλος της ηβικής σύμφυσης με την κορυφή του κόκκυγα. β) εγκάρσια, ισχυρά κυρτώματα, 11εκ. Από την σχέση των διαμέτρων του ισθμού φαίνεται, ότι, όταν η κεφαλή φτάσει στον ισθμό μετά την πυελική ευρυχωρία η διάμετρος εκλογής είναι η ευθεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η κεφαλή του εμβρύου κάνει μια στροφή 90°. Η πυελική ευρυχωρία με 2 περίπου όμοιες διαμέτρους επιτρέπει παρόμοια στροφή. Μετά την διέλευση εκ του ισθμού ακολουθείται η ίδια φορά κατά την έξοδο εκ του κάτω στομίου.

Η πύελος ανάλογα με τις διαστάσεις της μπορεί να ταξινομηθεί σε τρεις κατηγορίες: α) Πύελος φυσιολογική, όταν η εξωτερική διάγώνιος άνω πρόσθιας χείλους -ηβικής σύμφυσης -ακανθώδης απόφυση 1<sup>ου</sup> ιερού σπονδύλου- είναι άνω των 20 εκ. β) όταν η εξωτερική διάγώνιος είναι κάτω των 18 εκ. τότε η πύελος θεωρείται λίαν στενωμένη. Φυσικά σε μια πύελο στενωμένη εκτός της εξωτερικής διαμέτρου και οι άλλες διαμέτροι είναι μικρότεροι των φυσιολογικών όπως η πρόσθια -απόσταση των δύο λαγονίων -ακανθών- για την οποία το φυσιολογικό όριο είναι κάτω των 27 εκ. η οπίσθια-απόσταση των πλέον αφεστώτων σημείων των λαγονίων ακρολοφίων- για την οποία φυσιολογικό όριο είναι άνω των 29 εκ. και η αμφιτροχαντήριος- απόσταση των δύο μειζόνων τροχαντήρων των μηριαίων

οστών -της οποίας το φυσιολογικό όριο είναι άνω των 31 εκ. Κατά τον τοκετό η διέλευση του εμβρύου δια της πυέλου δεν εξαρτάται μόνον από την τιμή των διαμέτρων της πυέλου, αλλά από την σχέση αυτών προς τις διαμέτρους της κεφαλής του εμβρύου από πύελο στενωμένη διέρχεται άνετα την κεφαλή προώρου εμβρύου.

Αντίθετα από πύελο φυσιολογική δυσχερώς διέρχεται έμβρυο με μεγάλη κεφαλή ή δεν διέρχεται εάν έμβρυο με υδροκέφαλο. Αρα εκείνο που μετρά , είναι η σχέση των διαμέτρων πυέλου-κεφαλής εμβρύου

Η κεφαλή του εμβρύου έχει την α) υπίνιο-βρεγματική διάμετρο (ση με 9,5 εκατ. (απόσταση βάσης ινιακού οστού μείζονος πηγής) και την β) ινιομετωπική (ση με 12 εκατ. (απόσταση μετωπιαίου -ινιακού οστού ) -και την γ) πογωνο -βρεγματική (ση με 13,5 εκ. (απόσταση γενειακού επάρματος κάτω γνάθου πλέον αφεστώτος σημείου σημείου συνένωσης) των δύο βρεγματικών.(εικ. 1-18)



Εικόνα 1-18 .Διάμετροι της κεφαλής του εμβρύου

### θέσεις - Σχήματα - Προβολές

Συνήθως το έμβρυο κατέρχεται δια της κεφαλής, οπότε η προβολή ονομάζεται κεφαλική προβολή, συχνά όμως αντί της κεφαλής

κατέρχεται με τα ισχία οπότε ονομάζεται ισχιακή προβολή. Από αυτή φαίνεται ότι προβολή καλείται η μοίρα του εμβρύου που έχει το άνω στόμιο της πυέλου. Επειδή το έμβρυο έχει δύο πόλους οι προβολές θα είναι είτε κεφαλική είτε ισχιακή. Το έμβρυο με τους δύο πόλους έχει ένα μεγάλο και ένα μικρό άξονα. Αν ο επιμήκης άξονας του εμβρύου συμπίπτει με τον άξονα της πυέλου, λέμε ότι το έμβρυο έχει σχήμα κάθετο. Σαν σχήμα μπορεί να ορισθεί η σχέση του επιμήκους άξονα του εμβρύου προς τον επιμήκη άξονα της μήτρας ή της πυέλου.

Εκτός του καθέτου σχήματος υπάρχει και το λοξό που με την έναρξη των ωδίνων συνήθως μεταπίπτει σε κάθετο και το εγκάρσιο κατά το οποίο δεν εμπεδώνεται πόλος. Η είσοδος του κάτω εμβρυϊκού πόλου στη πύελο καλείται εμπέδωση.

Στο σχήμα κάθετο και κεφαλική προβολή κατά τον τοκετό και κατά την εμπέδωση ανάλογα με την θέση της μικρής πηγής του κρανίου του εμβρύου σε σχέση με την πύελο μιλούμε για θέση.

Αν η μικρή πηγή βρίσκεται κοντά στην ηβική σύμφυση πρόκειται για πρόσθια θέση, αν βρίσκεται κοντά στον κόκκυγα πρόκειται για οπίσθια θέση και αν βρίσκεται κοντά στις ισχιακές άκανθες πρόκειται για δεξιά ή αριστερά εγκάρσια θέση, αν βρίσκεται στα τόξα ηβικής σύμφυσης-ισχιακή άκανθα, πρόκειται για δεξιά ή αριστερά πρόσθια, αν βρίσκεται στα τόξα κόκκυξ-ισχιακή άκανθα πρόκειται για δεξιά ή αριστερή οπίσθια. Πιο συνηθισμένη προβολή είναι η αριστερή πρόσθια. Σε ισχιακή προβολή η θέση γίνεται με βάση τον πρωκτό του νεογνού. Εκτός των ανωτέρων σε κεφαλική προβολή είναι δυνατή η εμπέδωση αυτής με περισσότερους τρόπους ανάλογα με το προβάλλον μέρος της κεφαλικής πρόκειται για ινιακή, βρεγματική, μετωπική και προσωπική προβολή.

Η εκτίμηση της προβολής είναι βασικής σημασίας και καθορίζει το

είδος του τοκετού, την πορεία του, την εκτέλεση της καισαρικής τομής (Κ.Τ.), καθώς και το είδος της εμβρυολογίας.

Το σχήμα καθορίζεται από τρεις χειρισμούς του LEOPOLDE

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΗΛΕΟΣ

### A. Ω ο θ η κ ι κ ό ς Κ ύ κ λ ο ς

Από την εγκατάσταση της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση στο γεννητικό σύστημα του θήλεος συμβαίνουν κυκλικές μεταβολές τόσο στις ωοθήκες όσο και στο ενδομήτριο, κόλπο, τράχηλο με σημείο αφετηρίας την Ε.Ρ. Στις εναλλαγές αυτές πρωτεύοντα ρόλο παίζει το σύστημα υποθάλαμος-υπόφυση, Από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης εκκρίνονται ορμόνες (γοναδοτροπίνες) που έχουν σαν σκοπό, α) F.S.H την ωρίμανση του ωοθηλακίου, β) L.H την πρόκληση ωορηξίας μαζί με την F.S.H. και τον σχηματισμό του ωχρού σωματίου μόνο η L.H ή I.C.S.H γ) προλακτίνη που σχετίζεται τόσο με την γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου. Η ωοθηκή δέχεται την επίδραση των γοναδοτροπινών και δια της Α) F.S.H ωριμάζει το ωοθηλάκιο η κοκκώδης στιβάς του οποίου εκκρίνει τα οιστρογόνα που προκαλούν 1) υπερπλασία της μήτρας 2) υπερτροφία του ενδομητρίου 3) υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου 4) έκκριση τραχηλικής βλέννης 5) δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου. Δια της Β) L.H. ή LCSH προκαλείται η ωορηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου σε ωχρο σωματίο που εγκρίνει την προγεστερόνη δια της οποίας τροποποιείται: α) Η υφή του ενδομητρίου β) μετριάζεται η κερατινοποίηση του επιθηλίου του κόλπου και γ) τροποποιείται η έκκριση της τραχηλικής βλέννης. Η ζωή του ωχρού σωματίου είναι φυσιολογικά 14 μέρες, στην κύηση μεταπίπτει σε ωχρο σωματίο της κύησης. Το ωάριο κατά την στιγμή της ωορηξίας εξέρχεται από το ωοθηλάκιο από ειδικό σημείο αυτού που λέγεται στίγμα. Ελεύθερον στην επιφάνεια της ωοθήκης ή γονιμοποιείται από σπέρματοζωάριο (αν έχει προηγηθεί συνουσία) ή εκφυλίζεται. Προ της ωορηξίας τα χρωματοσώματα του υφίσταται μείωση ή μειωτική διαίρεση, το ήμισυ των οποίων σχηματίζει το πολικό σωματίον.

Η μειωτική διαίρεση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τηνγονιμοποίηση, διότι και το σπερματοζωάριο περιέχει το ήμισυ του φυσιολογικού αριθμού των χρωματοσωμάτων.

Η ωοθήκη αποτελείται από την μυελώδη ουσία και τον φλοιόν .Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο φλοιός που περιέχει τα άωρα ωοθυλάκια , τα οποία με την σειρά τους ωριμάζουν πριν από την ωορηξία, 24 ώρες πριν από αυτή μοιάζουν με κύστη μεγέθους κερασιού στηνεπιφάνεια της ωοθήκης.Σε διατομή παρουσιάζουν την κοιλότητα του θυλακίου που περιβάλλεται από την έξω και την έσω θήκη, τηνμεμβράνη του SLAWJANSKI, την κοκκώδη στιβάδα που σε ένα μέρος παχύνεται και σχηματίζει τον ακτινωτό στέφανο καιτην διαφανή ζώνη. Κατά την ωορηξία εξέρχεται από την κοιλότητα του θυλακίου το ώριμο ωάριο με τον ακτινωτό στέφανο και την διαφανή ζώνη ενώ διαχέεται το θυλακινικό υγρόν. Σε 24 ώρες η κοκκώδης στοιβάς διαπερνάται από αγγεία και τα κοκκώδη κύτταρα πολλαπλασιάζονται και υπερτρέφονται. Τότε έχει δημιουργηθεί το ωχρο σωματίο και αρχίζει η έκκριση της προγεστερόνης.

## Β . Ε μ μ η ν ο ς Ρ ύ σ η

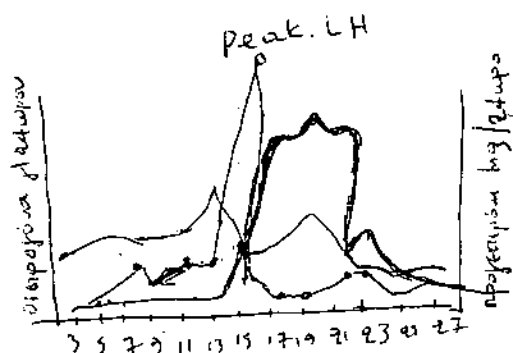
Οι HITZMANN και ABLEH και ιδίως ο SCHRODER , συσχέτισαν τις μεταβολές της ωοθήκης μ' εκείνες του ενδομητρίου. Κατά την Ε.Ρ.αποπίπτει η λειτουργική στοιβάς του ενδομητρίου ενώ παραμένει ηβασική με τους πυθμένες των αδένων από όπου και θα αναπλαστεί το νέο σώμα της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου.

Η στιγμή της Ε.Ρ του ενδομητρίου συμπίπτει με την εκφόλιση του ωχρού σωματίου της ωοθήκης. Με την επίδραση της F.S.H της υποφυσης νέο ωοθυλάκιο ωριμάζει και από την έσω θήκη αρχίζει η έκκριση των οιστρογόνων, ανεβαίνει η στάθμη των οιστρογόνων στο



αίμα και αρχίζει η ανάπλαση της λειτουργικής στιβάδας στο ενδομήτριο . Παραγωγική φάση: Όταν το επίπεδο των οιστρογόνων στο αίμα αυξάνει, η F.S.H της υπόφυση μειώνεται.

Κατά την ωορηξία παρατηρείται έκκριση της I.C.S.H ή L.H με την οποία το ωχρό σωματίο παράγει προγεστερόνη, ενώ μειώνεται η έκκριση των οιστρογόνων χωρίς να αναστέλλεται τελείως. (Εικ. 1-19)



Εικόνα 1-19 Σχηματική απεικόνιση των ορμονικών μεταβολών των ούρων σ'ότι αφορά την έκκριση των οιστρογόνων L.H της πρεγνανδιόλης κατά τη διάρκεια του γεννητικού κύκλου.

Από την ωορηξία και μετά στο αίμα κυκλοφορούν τόσο οιστρογόνα όσο και προγεστερόνη . Η ιστολογική εικόνα του ενδομητρίου στο στάδιο αυτό ονομάζεται εκκριτική ή θυλακωχρινικήφάση (θυλακωχρινική διότι για να παρουσιάσει τις μεταβολές αυτές πρέπει να προηγηθεί επίδραση οιστρογόνων (θυλακίνης επί της οποίας προστίθεται η προγεστερονική επίδραση (ωχρίνη). Κατά την εκκριτική φάση το υπόστρωμα παρουσιάζει οίδημα από κατακράτηση ύδατος. Όταν μειωθεί το επίπεδο της προγεστερόνης στο αίμα στα σπειροειδή αρτηρίδια παρατηρούνται αιμορραγίες που επεκτείνονται στο

δυνάμεικό υπόστρωμα και παράσφουριση από κτώση δόλη της λειτουργίας  
γλυκή στοιβάδα του ενδομήτρίου λαϊτού υλικό α αυτός αποτελεί στην ΕΑΡ-  
τας η οποία πληρούται από ηνισκό υγρό. Όταν επισυμβεί κύηση  
το υγρό σπέρμα των ωθηκών δεν εινυλίζεται μετά 14 ημέρες, ώ-  
ς συμβάινει σε κύκλο 28 ημερών αλλά συνεχίζει την έκκριση του  
Γ. Γ ο ν ι μ ο π ο ί η σ η - Α ρ χ ι κ ά σ τ ά δ ι α ε μ β ο υ ο  
ορμονών σα' υγρό σπέρμα τον της κύησης μέχρις ότου σφαλάβει την  
εγκύση Η ωρηξία γίνεται στο μέσο περίπου του κύκλου, όταν καί τον  
την διάρκεια της ωρηξίας η γυναίκα έχει συνουσία; ετοκ σπέρμα; με-  
τά την ρευστοποίηση που υφίσταται στο βάθος του κόλπου παρέχει  
αριθμό κινούμενων σπερματοζωαρίων που διαμέσου της τραχηλικής  
βλέννης, της μήτρας, των σαλπίνγων θα φτάσουν στην επιφάνεια της  
ωθηκής και θα συναντήσουν το ωάριο μετά την ωρηξία; ένα γάδε από  
αυτά θα γονιμοποιήσει το ωάριο; το ποιο θα κατέλθει διά των  
σαλπίνγων και θα εγκατασταθεί στην κοιλότητα της μήτρας. Η εγκα-  
τάσταση του γονιμοποιηθέντος ωαρίου εντός της μήτρας γίνεται  
μετά από 6 μέρες από την ωρηξία. Προϋπόθεση του ωαρίου για να  
καταστεί ώριμο είναι η μειωτική διαίρεση αυτών, κατά την οποία  
το ήμισυ των χρωμασμάτων πάντοτε ΧΧ παραμένει εντός του ωαρίου  
το δε άλλο ήμισυ σχηματίζει τα πολικά σώματα. Από την συνένωση  
των χρωμασμάτων του ωαρίου με κείνην του σπερματοζωαρίου εξαρ-  
τάται και το φύλλο του κυοφορουμένου. Επειδή το ωάριο διαθέτει  
ΧΧ, είναι φανερό ότι το χψ που είναι χαρακτηριστικό του αρρενος  
οφείλεται στο σπερματοζωάριο άρα υπόλογος δια το φύλλον είναι  
μόνο το άρρεν.

Η εγκατάσταση του ωαρίου εντός της μήτρας (φωλεοποίηση) μεταβαλ-  
λει το ενδομήτριο σε φθαρτόν. Εκ του φθαρτού και της εγκατάστα-  
σης του ωαρίου στο τοίχωμα της μήτρας σχηματίζεται η τροφοβλάστη  
το χόριον, οι λάχνες του χορίου και εκ του λιχνωτού τμήματος του  
σχηματίζεται μετά τον 3<sup>ο</sup> μήνα της κύησης πλακούς. Το έμβρυον

διέρχεται διαδιαφόρων σταδίων μέχρι της τελειοποιήσεως του παραλληλα με τον σχηματισμό του πλακούντα και της αμνιακής κοιλότητας η οποία πληροῦται απο αμνιακό υγρό. Όταν επισυμβεί κύηση το ωχρό σωματίο των ωθηκῶν δεν εκφυλίζεται μετά 14 ημέρες, όπως συμβαίνει σε κύκλο 28 ημερῶν αλλά συνεχίζει την έκκριση των ορμονῶν σαν ωχρό σωματίον της κύησης μέχρις ότου αναλάβει την εργασία αυτή ο πλακούς. Για τον λόγο αυτό είναι δυνατόν μετά τον σχηματισμό του πλακούντος, να εξαιρεθούν οι ωθήκες και η εγκυμοσύνη συνεχίζει αδιαίρακτα την πορεία της. Από την εγκατάσταση του ωαρίου και τον σχηματισμό του χορίου αρχίζει η έκκριση μιας ορμόνης που λέγεται χοριακή γοναδοτροπίνη (H.C.G.). Μετά την λειτουργία του πλακούντα η ποσότης της χοριακής γοναδοτροπίνης μειώνεται. Η ανίχνευση της H.C.G έχει μεγάλη σημασία για την διάγνωση της κύησης.

## ΠΛΑΚΟΥΣ

Κατά την διάπλαση του εμβρύου σχηματίζονται οι υμένες αυτού που περικλείουν την αμνιακή κοιλότητα ή αμνιακό σάκκο. Η προέλευση των υμένων είναι εκ του εμβρύου (εμβρυογενείς) και εκ της μήτρας (μητρογενείς). Σ'ένα σημείο παρατηρείται πάχυνση των υμένων από την οποία εξαρτάται δια της ομφαλίδος το έμβρυον. Η πάχυνση αυτή αποτελεί τον πλακούντα. Ο πλακούς διαπλάσσεται από την 9ην-13ην εβδομάδα. Τελειοποιείται δε σαφώς στο τέλος του 3ου μηνός. Ο ώριμος πλακούς της τελειόμηνης κύησης έχει διάμετρο 18-22 εκ. και πάχος 3-4 εκ. βάρος 500-1000 GR και πλέον. Στην περιγραφή του παρουσιάζει δύο επιφάνειες έσω ή εμβρυϊκή, έξω ή μητρική, και το περιφερικό χείλος που αποτελείται από την μετάπτωση των υμένων από τον πλακούντα στη μήτρα.

Η έσω επιφάνεια του πλακούντος είναι λεία και καλύπτεται από το άμνιον κάτω από το οποίο πορεύονται τα ομφαλικά αγγεία. Η έξω επιφάνεια που έρχεται σε επαφή με το τοίχωμα της μήτρας διαχωρίζεται σε κοτυλιδόνες που ο αριθμός τους εγγίζει περίπου τις 20. Μεταξύ των κοτυλιδόνων παρεμβάλλονται αύλακες εντός των οποίων πορεύονται τα διαφράγματα του πλακούντα. Κάθε κοτυλιδόνας έχει δικό της αγγειακό μίσχο από μητροπλακούντες φλέβες και αρτηρίες που διακλαδίζονται εντός της κοτυλιδόνας που αποτελείται από λάχνες.

Ο χώρος μεταξύ των λαχνών λέγεται μεσολάχνιος. Μεταξύ της εμβρυογενούς και μητρογενούς μοίρας του πλακούντα σχηματίζεται η αιμολίμνη. Κατά την πορεία της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να παρατηρηθούν αιμορραγίες από ρήξη των μητροπλακουντιακών αγγείων, ποικίλης έκτασης που αν δεν προκαλέσουν την εκβολή του κυήματος, προκαλούν ισχαιμία και ίνωση λάχνης ή και κοτυλιδόνας και έτσι

στην υστεροτοκία παρουσιάζονται λάχνες ατροφικές σαν εμφράγματα του πλακούντα. Ιστολογικώς εξεταζόμενος ο πλακούς αποτελείται βασικά από λάχνες, η λάχνη όμως υφίσταται μια εξελικτική διαδικασία από του σχηματισμού της μέχρι πλήρους ωρίμανσης του πλακούντος σε ότιαφορά την ελευθέρα της επιφάνεια.

Αποτελείται κατ' αρχάς από α) τη συγκύτιο-τροφοβλάστη (λέγεται συγκύτιο διότι εντός του αυτού πρωτοπλάσματος απαντούν πολλοί πυρήνες) β) κάτω από την συγκυτιοτροφοβλάστη είναι τα κύτταρα του LANGHANS με ευμεγέθεις βαθύχρωμους πυρήνες που σχηματίζουν μια δεύτερη στοιβάδα. Η στοιβάς αυτή εξαφανίζεται αντικαθιστάμενη από ινώδες.

γ) Μεσεγχυματώδη άξονα που φιλοξενεί και τα αγγεία (στα αγγεία αυτά παρατηρούνται και εμπύρηννα ερυθρά αιμοσφαίρια εμβρυικής προελευσης.) Ο μεσεγχυματώδης άξων με την εξέλιξη του πλακούντα χάνει την κυτταροβρίθεια του και πλουτίζεται σε ινώδες ενώ όλη η λάχνη καλύπτεται επιφανειακά από μια λευκή συγκυτιώδη στοιβάδα την συγκυτιο-τροφοβλάστη. Η στοιβάδα των κυττάρων του LANGHANS είναι υπεύθυνη για την έκκριση της H.C.G Η πτώση της τιμής της H.C.G. συμπίπτει με την εξαφάνιση της στοιβάδας LANGHANS.

Εκτός των άλλων παρατηρούνται σε περιοχές ισχαιμίας κύτταρα ακαθορίστου μέχρι στιγμής λειτουργικής σημασίας. Εξω από τον αμνιοκό υμένα προς την μήτρα βρίσκεται το χόριο. Εντός του χορίου πορεύονται τα αγγεία. Όπως οι υμένες έτσι και ο πλακούς έχει α) εμβρυογενή μοίρα που καλύπτεται προς τα έσω από το άμνιο, προς τα έξω απολήγει στις λάχνες που έρχονται σ'επαφή με την αιμολιμνη και β) μητρογενή μοίρα, που παρουσιάζει δύο στοιβάδες, προς τα έσω το βασικό πέταλο που αφορίζει την αιμολιμνη προς τα έξω και την σπογγώδη στοιβάδα που αποτελεί την ζώνη της αποκόλλησης του πλακούντα.

Οι λειτουργίες του πλακούντα συνοψίζονται σε :

α) αναπνοή του εμβρύου, η ανταλλαγή  $O_2$  και  $CO_2$

β) Απεικκριτική λειτουργία κυρίως σε ότι αφορά την διακίνηση του ύδατος, των μετάλλων και ορμονών των οποίων μάλιστα αποτελεί και κέντρον παραγωγής τόσο δια Η.Ο.Β. όσο και για ολικά οιστρογόνο- προγεστερόνη δια τούτο ο πλακούς αποτελεί τον ενδοκρενή αδένα της κύησης.

γ) Αποταμιευτική λειτουργία δια της οποίας συγκεντρώνονται βιταμίνες πρωτεΐνες λιπίδια και γλυκίδια για τις ανάγκες του εμβρύου. Ανάλογα με την μορφολογία του πλακούντα περιγράφονται διάφοροι τύποι π.χ. ζωνιαίος , παραπλακούς όταν ανεξάρτητα από τον κύριως πλακούντα υπάρχει μικρός δορυφορικός πλακούς. Κατά την επισκόπηση του πλακούντα μετά από υστεροτομία μπορεί να δει κανείς στην εμβρυϊκή επιφάνεια τα αγγεία, μήπως διακόπτονται απότομα, ή αιμορραγούν σημείον που υποδηλώνει την παραμονήν εντός της μήτρας παραπλακούντα.

## ΟΜΦΑΛΙΟΣ ΛΩΡΟΣ

Ο ομφάλιος λώρος είναι σχοινοειδές μόρφωμα που περιέχει δυο ομφαλικές αρτηρίες και μια ομφαλική φλέβα. Ο ιστός που περιβάλλει τα ομφαλικά αγγεία καλείται Βαρθόλειος ουσία. Πρόκειται περι εμβρυϊκού συνδετικού ιστού. Η πρόσφυση της ομφαλίδος συνήθως γίνεται στο κέντρον του πλακούντα σπανιότερα στην περιφέρεια και ακόμη σπανιότερα πορεύεται από κάτω από τους υμένες και καταλήγει στον πλακούντα (υμενική έμφυση ομφαλίδας).

Το μήκος της ομφαλίδας κυμαίνεται περί τα 60 εκ. Αν είναι μικρό (βραχεία ομφαλίδας) δημιουργεί προβλήματα κατά τον τοκετό ως η δυσχέρια της εμπέδωσης της κεφαλής, αλλοίωση παλμών κατά την έξωση και εκτροπή της μήτρας μετά τον τοκετό. Υπόνοια βραχείας ομφαλίδας δικαιολογεί Κ.Τ. Μακρά ομφαλή παρατηρείται επί μήκους άνω των 60 εκ. της οποίας οι επιπλοκές είναι: α) πρόπτωση ομφαλίδος όταν προπίπτει παρεμβαλλόμενη μεταξύ κεφαλής και τοιχώματος πυέλου, ιδίως μετά την ρήξη του θυλακίου. Ανάλογα με τον βαθμό πρόπτωσης χαρακτηρίζεται σαν παράπτωση, πρόπτωση, εντός του κόλπου ή και των έξω γεννητικών οργάνων.

Διαγνωστικώς βοήθεια παρέχει ο σφυγμός του προπίπτοντος οργάνου θεραπευτικώς συνίσταται άμεση Κ.Τ. β) περιτύλιξη ομφαλίδος, συνήθως η περιτύλιξη γίνεται γύρω από τον λαιμό και είναι απλή, διπλή, τριπλή κ.λ.π. Στην περίπτωση της περιτύλιξης αν δεν υπάρξουν αλλοιώσεις παλμών και ο τοκετός περατωθεί δια της φυσικής οδού, μετά την έξοδο της κεφαλής είτε ξετυλίγουμε την περιτύλιξη, αν αυτό είναι δυνατό, είτε απολινώνουμε αυτήν προ της εξόδου του κορμού. Περιτύλιξη περι άκρον πόδα, περιτύλιξη περί άκραν χείρα, είναι άλλοι τύποι περιτυλίξεων. Η συμπτωματολογία της περιτύλιξης είναι εκείνη της βραχείας ομφαλίδος, γ) κόμβος, η ομφαλίδας με τις κινήσεις του εμβρύου υφίσταται αληθή κόμβο, άλλες φορές

περισσότερους του ενός. Όταν ασκηθεί έλξη περισφίγγεται ο κόμβος και διακόπτεται η εμβρυϊκή κυκλοφορία, πράγμα που συμβαίνει τόσο κατά τον τοκετό όσο και πριν. Οι κόμβοι της ομφαλίδος καθώς και οι περιτυλίξεις όταν ανευρεθούν σε τοκετό νεκρού εμβρύου αποτελούν την εξήγηση του ενδομήτριου θανάτου (ενδομήτριος αυτοκτονία). Εκτός του αληθούς κόμβου υπάρχει και ο ψευδής κόμβος, κατ' αυτόν πρόκειται για απλή αγγειακή περιέλιξη εντός του ιστού του λώρου. Διαταραχή της ομφαλικής κυκλοφορίας σφειλόμενη σε ανωμαλίες ομφαλίδος εκδηλώνεται κλινικά συχνά με φύσημα κατά την ακρόαση παλμών.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

Καισαρική Τομή είναι ο τοκετός κατά τον οποίο το έμβρυο εξάγεται από την μήτρα ύστερα από διατομή της, διαμέσου μιας εγχειρητικής τομής των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ιστορία :

ΑΡΧΑΙΟΙ ΧΡΟΝΟΙ: Γινόταν σε νεκρή ασθενή. Θεσπίστηκε από τον Ρωμαϊκό νόμο.

16<sup>ος</sup> αι: Λίγες περιπτώσεις της επέμβασης γινόταν σε ζωντανή γυναίκα.

1710 : Πρώτη γνωστή ανακοινωθήσα περίπτωση σε ζωντανή γυναίκα με κοίλη της μήτρας (TRAUTMAN), η ασθενής έζησε 25 ημέρες

1710-1835: Τρομερή θνησιμότητα από αιμορραγία και σηψαιμία, διότι η μήτρα αφηνόταν χωρίς συραφή εξαιτίας του φόβου, ο οποίος κατείχε τους παλαιούς χειρουργούς προκειμένου να εγκαταλείψουν οποιαδήποτε ράμμα μέσα στην κοιλιά.

1835 : Πρώτη προσπάθεια συραφής της μήτρας -η θνησιμότητα αισθητά μειώνεται.

1870 :Ο THOMAS εισάγει μια εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση της μήτρας

1876: Ο PORRO εκ της DAVIA, αφαιρεί το σώμα της μήτρας αφού προηγουμένως εξαγάγει το έμβρυο και στερεώνει το κολόβωμα στην κατώτερη γωνία του κοιλιακού τράυματος. Το εγχείρημα αυτό σημείωσε μεγάλη πρόοδο διότι μείωσε την θνησιμότητα στο 50%.

1822: Ο SANGER εισήγαγε την μέθοδο της συραφής της μήτρας, γεγονός που προκάλεσε επανάσταση στην επέμβαση . Ουδεμία ουσιώδη πρόοδος έγινε από την εποχή του, αν και υπήρξαν πολύ μικρές τροποποιήσεις και βελτιώσεις.

1907 : Ο FRANK επέβαλε την Κ.Τ του κατωτέρου τμήματος της μήτρας

1940 : Ο WALTERS επανεισήγαγε την επέμβαση και υιοθέτησε μια μέ-

ση εξωπεριτοναϊκή τομή που τώρα εγκαταλείφθηκε λόγω της χαμηλής Κ.Τ.

Η σημερινή θέση της Κ.Τ.

Η Κ.Τ. μετα σύγχρονα διεθνή δεδομένα έχει ανεβεί σ'ένα υψηλό ποσοστό, που πολλές φορές ξεπερνάει το 15% στο σύνολο των τοκετών. Είναι γεγονός, ότι η αύξηση της Κ.Τ. από το 3% περίπου που ήταν παλαιότερα, στο 6-7% κατά την περασμένη δεκαετία, είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική ελάττωση της περιγεννητικής θνησιμότητας γιατί μειώθηκαν οι εμβρυολκίες της ευρυχωρίας και αυξήθηκαν οι ενδείξεις για Κ.Τ., όπως σε ισχιακή προβολή, σε παράταση εγκυμοσύνης, σε πρόωρους τοκετούς κ.α. Η σημερινή αύξηση του ποσοστού της Κ.Τ. στο επίπεδο του 15% και παραπάνω δεν παρουσιάζει καμιά αξιόλογη βελτίωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, ενώ η νοσηρότητα της Κ.Τ. παρά την προφυλακτική χορήγηση αντιοβιτιικών, βρίσκεται στο 25%, ιδιαίτερα μ' εκδήλωση της ενδομητρίτιδας. Παράλληλα η μητρική θνησιμότητα από Κ.Τ. είναι 80 θάνατοι στις 100000 Κ.Τ. ενώ η αντίστοιχη μητρική θνησιμότητα είναι 27 θάνατοι στους 100.000 φυσιολογικούς τοκετούς.

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα είναι η προηγούμενη Κ.Τ. Η σχέση προηγούμενης Κ.Τ. και πρώτης είναι περίπου 5:4 δηλαδή το 55,8% των Κ.Τ. είναι προηγούμενες. Αυτό γιατί είχε επικρατήσει στα περισσότερα μαιευτικά κέντρα η εφαρμογή της γραμμής, προηγούμενα Κ.Τ. ίσον πάντα νέα Καισαρική. Αυτή είναι η άποψη των περισσότερων μαιευτήρων, ιδιαίτερα όταν η προηγούμενη Κ.Τ. ήταν κάθεται, που εμφανίζει μεγάλο κίνδυνο ρήξης της μήτρας κατά τον τοκετό.

Σήμερα στον διεθνή χώρο, αλλά ακόμη και στην χώρα μας, επεκτείνεται η εκτέλεση χαμηλής εγκάρσιας Κ.Τ. που παρουσιάζει πλεονεκτήματα σχετικά με την καλύτερη επούλωση και το σχηματισμό ανθεκτικότερης ουλής. Έτσι μια και το γενικό ποσοστό της Κ.Τ. αυξάνε-

ται ,έχει αρχίσει σταδιακά να αναθεωρείται η άποψη για την εκτέλεση καισαρικής σε γυναίκα με προηγηθείσα Κ.Τ. Με προσεκτική παρακολούθηση είναι δυνατό να γεννήσουν φυσιολογικά πολλές περιπτώσεις προηγηθίσας καισαρικής τομής, εφόσον η προηγούμενη τομή ήταν εγκάρσια και η μετεγχειρητική της πορεία ομαλή. Το ποσοστό αυτό σε μερικά μαιευτικά κέντρα ανέρχεται περίπου στο 40%.

### Ε ν δ ε ί ξ ε ι ς

Οι ενδείξεις εκτέλεσης της Κ.Τ. αναφέρονται σε παράγοντες που αφορούν το έμβρυο, τη μητέρα ή και τους δυό. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

1. Ο προηγούμενος τοκετός με Κ.Τ. Στις περιπτώσεις αυτές που αντιπροσωπεύουν το 1/3 των ενδείξεων επιβάλλεται η εκτέλεση της όταν:

α. εξακολουθεί να υφίσταται η ένδειξη της πρώτης εκτέλεσης της όπως π.χ. η ύπαρξη δυσαναλογίας.

β. Υπάρχει λόγος να πιστευτεί , ότι η ποιότητα της ουλής δεν είναι καλή , όπως όταν αναφέρεται κλασική κάθετη Κ.Τ, εμπύρετος μετεγχειρητική πορεία, επιμόλυνση του εγχειρητικού τραύματος κατά την προηγούμενη Κ.Τ. και κακή τεχνική εγχειρητική συρραφής του μητρικού τραύματος.

γ)Υπάρχει ανώμαλη προβολή και θέση του εμβρύου.

δ)Υπάρχει δίδυμος ή πολύδυμος κύηση

ε).Δεν υπάρχει εμπέδωση της κεφαλής του εμβρύου , από πολύ νωρίς κατά τον τοκετό.

στ) Υπάρχει υπερδιάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων λόγω μεγάλου εμβρύου, πολυαμνίου και υπερπολυτοκίας και

ζ) Υπάρχει λειτουργική ή μη δυστοκία.

Σε κάθε περίπτωση απουσίας αυτών των παραμέτρων ή και απουσίας άλλων ενδείξεων θα πρέπει να επιχειρείται η διενέργεια φυσιολο-

γικού τοκετού, με την προϋπόθεση, ότι η παρακολούθηση του θα υποστηριχθεί από την εφαρμογή εσωτερικής καρδιοτοκογραφίας.

2. Προηγούμενες εγχειρήσεις στο μυομήτριο για εκφυρήνωση ινομυώματος, πλαστική αποκατάσταση ανωμαλιών διαπλάσεως της μήτρας κλπ. Ιδιαίτερα επιβαρυντικούς παράγοντες, για την αντοχή του μυομητρίου αποτελούν μεγάλο βάρος του εγχειρητικού τραύματος στο μυομήτριο και η μεγάλη έκταση κατά επιφάνεια.

3. Η εκλαμψία και προεκλαμψία όταν δεν αντιδρά ικανοποιητικά ηθεραπευτική αγωγή και ιδιαίτερα όταν προβλέπεται μακροχρόνιος και επίμονος τοκετός όπως αυτό μπορεί να εκτιμηθεί από τον δείκτη BISHOP. Η επιπλεκόμενη προεκλαμψία αποτελεί ακόμα μια πιά ισχυρή ένδειξη για Κ.Τ

4. Ο Σακχαρώδης διαβήτης, όταν συνυπάρχουν και μαιευτικές ενδείξεις, όπως η ύπαρξη μεγάλου εμβρύου του δείκτη BISHOP < των 6 βαθμών και σε στενή συνεργασία με τον ειδικό διαβητολόγο.

5. Προδρομικός πλακούς. Όταν υπάρχει επιπωματικός πλακούντας, ή όταν πρόκειται για επιχείλιο πλακούντα που συνοδεύεται από σκληρό τραχηλο, που δεν διαστέλλεται και προκαλεί σοβαρή αιμορραγία, τότε η Κ.Τ. αποτελεί λύση εκλογής. Γενικά για κάθε μεγάλη αιμορραγία που οφείλεται σε προδρομικό πλακούντα, αποτελεί ένδειξη για ΚΤ Αντίθετα η χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα στο πρόσθιο μητρικό τοίχωμα προσφέρεται για φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού.

6. Η πρόωγη κεντρική αποκόληση του πλακούντα με βιώσιμο έμβρυο αποτελεί απόλυτη ένδειξη εκτέλεσης Κ.Τ. Άλλες περιπτώσεις ρυθμίζονται σύμφωνα με τις ενδείξεις της εντατικής παρακολούθησης της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας κατά τον τοκετό.

Στις περιπτώσεις αυτές ένας αποδεικτός κολπικός τοκετός δεν επιτρέπεται να ξεπερνά την χρονική διάρκεια των 6 ωρών.

7. Σε ανώμαλα σχήματα, προβολές και θέσεις των προβολών που συνο-

δεύονται από μεγάλη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τέτοιες θεωρούνται το εγιάρσιο και λοξό σχήμα, η οπίσθια προσωπική, η μετωπική, η βρεγματική και καμιά φορά η οπίσθια ινιακή προβολή.

8. Η ύπαρξη κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας με αίτια από μέρους του εμβρύου και της πυέλου. Η ύπαρξη υπέρβαρων εμβρύων (> 4000GR) και εκσεσημασμένων μορφών ανωμαλιών της διάπλασης (θωρακοπαγή έμβρυα, τερατώματα ιερού οστού κλπ είναι αυτονόητο ότι επιβάλλουν την εκτέλεση Κ.Τ.

9. Ο δυσλειτουργικός τοκετός οποιαδήποτε αιτιολογίας

10. Η ισχιακή προβολή. Σε πρωτότοκες με στενωμένη πύελο, σε μεγάλα έμβρυα και στα πρόωρα επιβάλλεται η εκτέλεση της Κ.Τ. Η δογματική θέση υπέρ της ΚΤ σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν πρέπει να έχει εφαρμογή στην κλινική πράξη, γιατί είναι απαραίτητο να συνεκτιμώνται και άλλες παράμετροι για την λήψη της οριστικής απόφασης. Από τους σπουδαιότερους παράγοντες που συνηγορούν για την απόφαση για κολπική διεξαγωγή του τοκετού, είναι η διατήρηση της φυσιολογικής στάσης της κεφαλής και των μελών του εμβρύου προς το σώμα και ο βαθμός εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας. Επίσης η ταχύτητα στην εξέλιξη του τοκετού αποτελεί αξιόλογο σημείο, η γρηγορή εξέλιξη του τοκετού βοηθάει στη θετική απόφαση για κολπικό τοκετό.

11. Η δίδυμη και πολύδυμη κύηση εκτός της κάθετης προβολής και των δύο διδύμων.

12. Η ηλικιωμένη (> 35 ετών και η νεαρή (< 17 ετών) πρωτότοκος αποτελούν ένδειξη για Κ.Τ γιατί εμφανίζουν αυξημένο ποσοστό μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας, στις περιπτώσεις εκτέλεσης κολπικού τοκετού. Στην αύξηση του ποσοστού Κ.Τ συμμετέχει και το πολύτιμο μωρό. Αν και όλα τα μωρά είναι πολύτιμα, η ηλικιωμένη πρωτότοκος με τα μακροχρόνια προβλήματα στειρότητας, αναγκάζει

περισσότερο την θετική απόφαση για Κ.Τ.

13.Ορισμένες ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας και του κόλπου , όπως η παρεμβολή ακύμονος κέρατος, δικέρατος μήτρας μεταξύ προβάλλουσας μοίρας και πυελικής κοιλότητας και ο υποπλαστικός κόλπος.

14.Οι κακοήθεις νεοπλασίες των ενδοπυελικών οργάνων συμπεριλαμβανομένων και των γεννητικών.

16.Προηγούμενες πλαστικές εγχειρήσεις των γεννητικών οργάνων όπως η κολποραφία, πλαστική συριγγίων κλπ.

17.Η εμβρυϊκή δυσχέρεια κατά την κύηση, όπως αυτή εκδηλώνεται με τον προσδιορισμό των βιοφυσικών κατά κύριο λόγο διαμέτρων.

18.Η εμβρυϊκή δυσχέρεια κατά τον τοκετό η οποία διαγιγνώσκεται με την ηλεκτρονική και βιοχημική παρακολούθηση του τοκετού.

19.Η πρόπτωση της σφαλίδας επιβάλλει την άμεση εκτέλεση της ΚΤ, ενώ συγχρόνως γίνεται προσπάθεια η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου να εμπεδωθεί. Στην περίπτωση ένα βοηθητικό πρόσωπο παρεμποδίζει την εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας, με τα δάκτυλα του από τον κόλπο ώσπου να γίνει η Κ.Τ. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η οξυγόνωση του εμβρύου.

20. Η αποτυχία πρόκλησης τοκετού σε κάθε περίπτωση κυήσεων αυξημένου κινδύνου.

21.Σε κάθε περίπτωση αποτυχίας στην εκτέλεση της εμβρυοσυλκίας επιβάλλεται η άμεση αναθεώρηση της απόφασης για κολπική διεξαγωγή του τοκετού.

22.Βαριά ευαισθητοποίηση στον παράγοντα RHESUS.

23. Ενεργός ερπητική κολπίτις και αιδοιίτις. Στις περιπτώσεις αυτές η Κ.Τ. επιβάλλεται να γίνει πριν σπάσουν οι υμένες του εμβρύου η το πολύ σε 4 ως 6 ώρες αργότερο.

Πίνακας σελ.39.Ενδείξεις της Καισαρικής τομής στη Α΄Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης σε 1.691 περιπτώσεις σε σύνολο 12.218 τοκετών (1977-1983)

	%
I.Προηγηθείσες Καισαρικές τομές	7,7
II.Πρώτη Καισαρική τομή	
-Κεφαλοπυελική δυσαναλογία	1,1
-Ανώμαλες θέσεις	0,4
-Εμβρυϊκή δυσπραγία	1,2
-Ισχιακή προβολή	1,0
-Προδρομικός πλακούντας	0,4
-Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα	0,1
-Παθολογική συσταλτικότητα μυομητρίου	0,5
-Υπερτασική νόσος	0,5
-Πρόπτωση ομφαλίδας	0,1
-Προηγηθείσα επέμβαση στη μήτρα	0,1
-Βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό	0,2
-Συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις	0,2
-Άλλες αιτίες	0,3
	138

στο σύνολο των τοκετών

### Α ν τ ε ν δ ε ί ξ ε ι ς :

Οι διάφορες αντενδείξεις για την εκτέλεση της Κ.Τ που ίσχυαν παλαιότερα, όπως οι επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες για κολπικό τοκετό, η πρώιμη ρήξη των υμένων που χρονολογείται από αρκετές ημέρες και η φλεγμονή των γεννητικών οργάνων σήμερα έχουν ξεπεραστεί σε μεγάλο βαθμό με την προφυλακτική αντιβίωση. Οι μόνες αξιόλογες αντενδείξεις που εξακολουθούν να ισχύουν είναι: 1) η ανεπαρκής κάλυψη από αποψη χειρουργικού εξοπλισμού και διαθέσιμου αίματος και 2) η ενδομήτρια διάγνωση εμβρυϊκών τεράτων. Η τελευταία αντένδειξη συζητείται γιατί πολλές φορές η διεξαγωγή κολπικού τοκετού σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι αδύνατη, όπως στις περιπτώσεις συνένωσης διδύμων.

3. Σε νεκρό έμβρυο μόνο όταν αυτό είναι μεγάλο, υπάρχει απόλυτη δυσανολογία ή υδροκεφαλία και ο μαιευτήρας δεν έχει την πείρα εκτέλεσης της ανάλογης μαιευτικής επέμβασης, επιτρέπεται η εκτέλεση της, για να αποφευχθούν επικίνδυνες κακώσεις του πυελογεννητικού σωλήνα.

4. Σε έγκλειση πρόωρου τοκετού και αμφίβολη βιωσιμότητα του εμβρύου από ανωριμότητα του.

5. Σε διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος γιατί τότε είναι προτιμότερος ο τοκετός από τον κόλπο.

### Π ρ ο ὕ π ο θ έ σ ε ι ς

Οι προϋποθέσεις για την εκτέλεση της Κ.Τ θεωρούνται. Η ύπαρξη πλήρως οργανωμένου χειρουργείου με σύγχρονα τεχνικά μέσα, πεπειραμένου γυναικολόγου με μεγάλη χειρουργική πείρα και με παρουσία αναισθησιολόγου. Η αναισθησία απαιτεί ειδικές γνώσεις του αναισθησιολόγου, γιατί όπως είναι ευνόητο, αυτή επηρεάζει σημαντικά



το έμβρυο, ως το σημείο να δημιουργούνται δυσάρεστα συμβάντα σ' αυτό. Γι' αυτό απαιτείται η τεχνική της αναισθησίας και η χορήγηση των αναισθητικών να είναι τέτοια, ώστε το έμβρυο να κλάψει άμεσα μετά την έξοδο του.

#### Χ ρ ό ν ο ς ε κ τ έ λ ε σ η ς

Η επιλογή του χρόνου εκτέλεσης της Κ.Τ. είναι δυνατή μόνο για τις περιπτώσεις εκείνες, όπου εφαρμόζεται, σε χρόνο που καθορίζεται από τις παραμέτρους παρακολούθησης της λειτουργικότητας της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας (Ε.Π.Μ) σε κήσεις αυξημένου κινδύνου ή στη περίπτωση Π.Κ.Τ (προγραμματισμένη Κ.Τ)

Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει το πλεονέκτημα της άνετης και πλήρους προπαρασκευής της επιτόκου και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι βεβιασμένες ενέργειες που χαρακτηρίζουν τις επείγουσες επεμβάσεις.

Για τον λόγο αυτό προτιμάται ο προγραμματισμός της επέμβασης προ της προγραμματισμένης ηλικίας τοκετού εκτός να υφίσταται αμφιβολία για την πραγματική ηλικία της κύησης οπότε προτιμάται η αναμονή μέχρι της αυτόματης έναρξης τοκετού.

#### Τ ε χ ν ι κ έ ς Κ α ι σ α ρ ι κ ή ς Τ ο μ ή ς.

Η χαμηλή εγκάρσια Κ.Τ στο μυομήτριο, η χαμηλή κάθετη και η εξωπεριτοναϊκή, αποτελούν τις τρεις τεχνικές, οι οποίες είναι αποδέκτες σήμερα και καλύπτουν όλες τις εξειδικευμένες κατα προτίμηση απαιτήσεις της σύγχρονης μαιευτικής πράξης.

Η τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων είναι η μέση κάθετη υπομφάλια ή εγκάρσια κατά PFANNESTIEL. Επειδή η κάθετη τομή είναι πιο σύν-

τομή στην εκτέλεση της, προτιμάται στις περιπτώσεις επείγουσας Κ.Τ.

Επίσης αν προηγήθηκε λαπαροτομία με κάθετη υπομφάλια τομή επαναλαμβάνεται η ίδια. Στις λοιπές περιπτώσεις προτιμάται η τομή κατά PFANNESTIEL , όχι μόνο για λόγους καλαισθησίας αλλά κατά κύριο λόγο επειδή η αποκατάσταση της συνοδεύεται από ισχυρή ουλοποίηση και επομένως από σπανιότερη ανάπτυξη μετεγχειρητικής κοιλίας.

Για την διατομή της μήτρας ακολουθείται η τομή της χαμηλής εγκάρσιας ή της χαμηλής κάθετης.

## Η Χαμηλή Εγκάρσια Κ.Τ.

Εφαρμόζεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας όπου η περιεκτικότητα σε μυϊκές ίνες είναι τόσο μικρή, ώστε να στερείται συσταλτικής λειτουργίας. Το τμήμα αυτό της μήτρας πρέπει να παρασκευαστεί ανατομικά με την αποκόλληση και κατάσπαση της κυστεομητρίκινης πτυχής προς τα κάτω και σε έκταση 7 ως 8 εκ. προκειμένου για τις περιπτώσεις εκείνες που δεν υφίσταται διαστολή του τραχηλικού στομίου.

Όταν η διαστολή έχει συμπληρωθεί και επακολουθήσει η έλξη του τραχήλου προς τα πάνω (RETRACTION PHASE) η κατάσταση αυτή πρέπει να περιοριστεί σε μικρή μόνο έκταση γιατί υπάρχει κίνδυνος η διατομή να γίνει στο κοιλιακό τοίχωμα

Μετά την παρασκευή του πρόσθου τοιχώματος του τραχήλου γίνεται ελαφρά ημικυκλική επιπολής τομή των τραχηλικών ιστών, με το κυρτό της καμπύλης προς την ηβική Σύμφυση.

Στη συνέχεια γίνεται διαμπερής διατομή με μαχαιρίδιο, στο κέντρο της τομής και σε έκταση 1εκ. περίπου, με ιδιαίτερη προσοχή ώστε να αποφευχθεί τραυματισμός της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Ακολουθεί αμβλεία διάνυξη του εγχειρητικού τραύματος της μήτρας με την εισαγωγή των δύο δεικτών δια της ανοιγούσης οπής. Ο χειρισμός αυτός με τους δείκτες έχει το αποτέλεσμα ότι αποφεύγεται ο τραυματισμός των αγγειακών στελεχών, ιδιαίτερα προς τα άκρα της τομής. Επιπλέον η επιλογή χάραξης των ιστών που προηγήθηκε δίνει την κατεύθυνση της διϊνίδισης ακτής ώστε να αποφευχθεί η εντελώς εγκάρσια φορά της τομής και κατά συνέπεια ο τραυματισμός των μητριάων αγγείων.

Τις περισσότερες φορές η διατομή της μήτρας συμπεριλαμβάνει και του εμβρυϊκούς υμένες. Όπου δεν συμβαίνει αυτό, μετά την διάνοιξη της μήτρας ακολουθεί η ρήξη των υμένων. Στη συνέχεια εισάγεται

η παλάμη εκτός του αντίχειρα, στη μητρική κοιλότητα μεταξύ της προβάλλουσας μοίρας της κεφαλής και του κατώτερου μητρικού κρήνου. Με τον χειρισμό αυτό διευκολύνεται η στροφή και η κάμψη της κεφαλής, ή η υπερέκταση της όταν πρόκειται για προσωπική προβολή ώστε να παρουσιαστεί στο εγχειρητικό τραύμα με την μικρότερη δυνατή διάμετρο και να αποφευχθούν εκτεταμένες ρήξεις στα άκρα της τομής.

Μετά την έξοδο της κεφαλής, ένας βοηθός αναροφά τις βλέννες από τις ανώτερες αεροφόρες οδούς του εμβρύου, ενώ ο χειρουργός παίρνοντας την κεφαλή αμφιβρεγματικά, έλκει με τέτοια κατεύθυνση, ώστε να γεννηθούν οι ώμοι του εμβρύου. Μετά την έξοδο και του ομφάλιου λώρου ολοκληρώνεται και η έξοδος του εμβρύου, το οποίο τοποθετείται στο επίπεδο της μητέρας και ακολουθεί η απολίνωση του ομφάλιου λώρου. Εάν η προβολή είναι ισχιακή, η διαδικασία της εξόδου του εμβρύου περιλαμβάνει τους χειρισμούς που εφαρμόζονται κατά τον κοιλιακό τοκετό σε ισχιακή προβολή.

Όλοι οι χειρισμοί που εφαρμόζονται για την έξοδο του εμβρύου υποβοηθούνται με την άσκηση πίεσης στο πυθμένα της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα.

Μετά την έξοδο του εμβρύου ακολουθεί η υστεροτομία που βοηθάται με την ενδοφλέβια χορήγηση οξιτοκίνης, τον χειρισμό του CREDE και ελαφρά έλξη του ομφάλιου λώρου. Μετά την συμπλήρωση της υστεροτομίας ακολουθεί δακτυλική επισκόπηση της μήτρας, και στη συνέχεια η μήτρα ελέγχεται ψηλαφητικά ώστε να εκτιμηθεί η συστατικότητα της, ενώ τα τραυματικά χείλη της εγχειρητικής τομής συλλαμβάνονται με 4 θυριδωτές λαβίδες, στις γωνίες του τραύματος και στο επάνω και κάτω χείλος του.

Η συρραφή του εγχειρητικού τραύματος της μήτρας αρχίζει με δυο οχτωειδείς ραφές στις γωνίες του, Ακολουθεί η συρραφή του εγχειρητικού τραύματος σε ένα στρώμα με διακεκομμένες ή συνεχείς ραφές.

Τα χρησιμοποιούμενα ράμματα είναι CAT-GUT CHROME N<sup>o</sup> 1. Μετά την συρραφή του μητρικού τραύματος γίνεται επιμελής έλεγχος για αιμόσταση και ακολουθεί η αποκατάσταση της κυστεομητρικής πτυχής. Η συρραφή γίνεται με συνεχές ράμμα CAT -GUT CHROME Νο0.

Βασικός κανόνας της ραφής αυτής είναι η αποφυγή δημιουργίας νεκρών χώρων κάτω από την ραφή, πράγμα που διευκολύνει την ανάπτυξη αιματωμάτων και ορρωμάτων. Για τον λόγο αυτό συνίσταται η κάθε βελονιά να περιλαμβάνει σαν υπόστρωμα και το μυομήτριο, αντίστοιχα με την προηγούμενη ραφή.

Με την αποκατάσταση της κυστεομητρικής πτυχής περατώνεται το κυρίο μέρος της εγχείρησης. Ακολουθεί η πλημελής αιμόσταση και αφαίρεση τυχόν σμήγματος, αμνιακού υγρού και αιμοτοπηγμάτων από την πυελική κοιλότητα.

Ελέγχεται η ακεραιότητα της μήτρας και τα εξαρτήματα για τυχόν υπάρχοντα παθολογικά ευρήματα, οπότε θα χρειαστεί να συμπληρωθεί η εγχείρηση με την αποκατάσταση της παθολογίας αυτής. Πολλοί από τους ερευνητές συνιστούν την εξωτερίκευση του σώματος της μήτρας μετά από υστεροτομία, Αυτό βοηθά στον πληρέστερο έλεγχο της αιμορραγίας και των εξαρτημάτων της μήτρας ενώ υποστηρίζεται ότι με την έλξη της μήτρας περιορίζεται η απώλεια αίματος μέχρι την συρραφή του μητρικού τραύματος.

Επίσης σημειώνεται η ιδιαίτερη σημασία της αποφυγής συρραφής των τραυματικών χειλέων της μήτρας με το οπίσθιο τοίχωμα της το οποίο αντίστοιχα με την θέση του μητρικού τραυματισμού παρουσιάζει μια προβολή προς τα εμπρός. Ο κίνδυνός από την συρραφή είναι προφανής λόγω της επακολουθούσης απόφραξης του τραχηλικού στομίου της παρεμπόδισης της παροχέτευσης των λοχείων.

## Η Χαμηλή Κάθετη Κ.Τ.

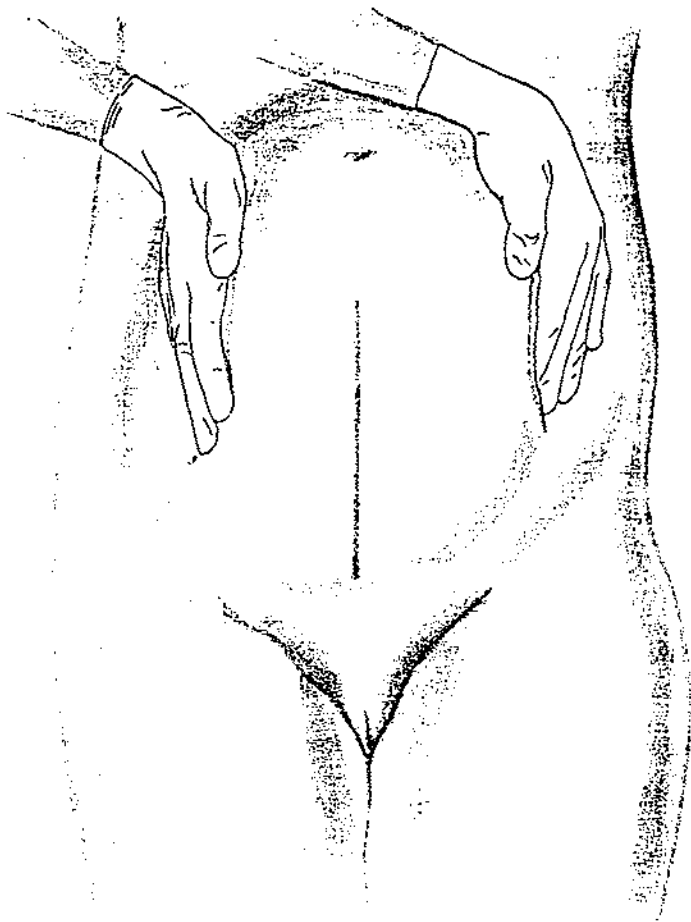
Γίνεται στο κατώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας αφού προηγουμένως αποκολληθεί και κατασπασθεί η κυστεομητρική πτυχή σε έκταση 8εκ. περίπου. Όπως είναι ευνόητο, το ανώτερο τμήμα της τομής αφορά το μυομήτριο και το κατώτερο το μη συσπασμένο τμήμα, όπου η περιεκτικότητα σε μυϊκό ιστό είναι πολύ περιορισμένη. Μετά την διατομή του μητρικού τοιχώματος ακολουθεί η ρήξη των υμένων και στη συνέχεια η έξοδος του εμβρύου. Όταν πρόκειται για εγκάρσιο σχήμα εισάγεται το χέρι του χειρουργού στη μητρική κοιλότητα που είναι αντίστοιχο της θέσης των ποδιών του εμβρύου (σε δεξιά θέση το δεξί χέρι και σε αριστερή το αριστερό). Μετά την είσοδο του συλλαμβάνονται οι δύο άκροι πόδες και έλκονται προς τα έξω. Διευεργείται έτσι ένας τυπικός εξελκυσμός του εμβρύου, κατά την εκτέλεση του οποίου ακολουθούνται οι χρόνοι εκτέλεσης του κοιλιακού τοκετού σε ισχιακή προβολή. Σε περιπτώσεις επιπωματικού πλακούντα η ρήξη των υμένων προτιμάται να εφαρμόζεται μακριά από τα όρια του πλακούντα ώστε να μην διαταραχθεί κατά το δυνατόν η αιμάτωση του εμβρύου. Η έξοδος της κεφαλής όπως οι υπόλοιποι χειρισμοί για την υστεροτοκία και αιμόσταση στη χαμηλή κάθετη Κ.Τ ακολουθούν την ίδια διαδικασία όπως στην εγκάρσια.

Η συρραφή του τραύματος της μήτρας γίνεται σε τρία επάλληλα στρώματα που περιλαμβάνουν τον φθαρτό, τον μυϊκό και τον ορογόδο χιτώνα. Οι ραφές είναι συνεχείς και γίνονται με ράμματα PLAN CAT-GUT N<sup>o</sup>1 Τέλος καλύπτεται το εγχειρητικό τραύμα με την χρησιμοποίηση του κρυμνού της κυστεομητρικής.

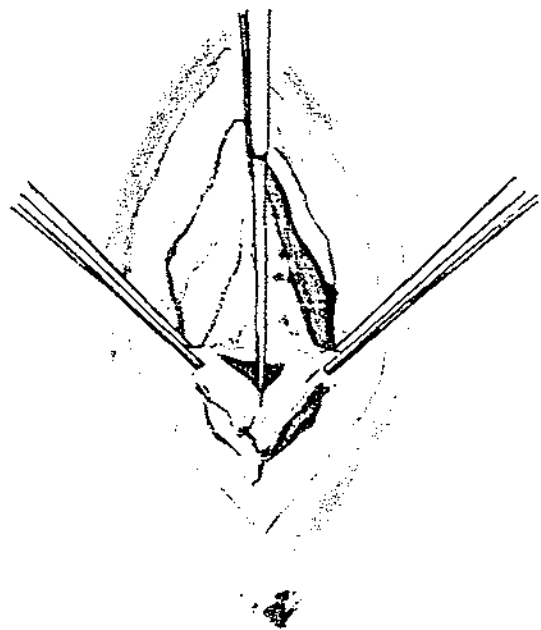
Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της εκτέλεσης εγκάρσιας Κ.Τ σε σύγκριση με την κάθετη Κ.Τ.

Χαμηλή Εγκάρσια Κ.Τ.

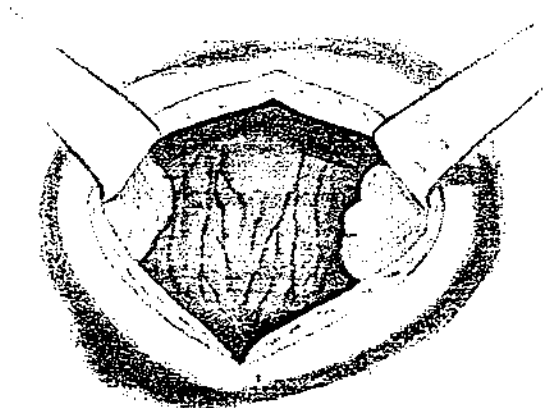
<u>Πλεονεκτήματα</u>	<u>Μειονεκτήματα</u>
-Επαρκής περιτοναιοπλαστική του μητρικού τραύματος	-Μεγαλύτερη καθυστέρηση στην έξοδο του εμβρύου.
-Ισχυρότερη ουλοποίηση του μητρικού τραύματος και επομένως μεγαλύτερη αντοχή του σε επόμενες κυήσεις και τοκετούς.	-Μεγαλύτερη απώλεια αίματος
-Καλύτερη μετεγχειρητική πορεία	-Δεν ενδείκνυται σε επιπωματικό πλακούντα και στο εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου.
	-Κίνδυνος επέκτασης της τομής στα μεγάλα αγγεία.



Καίσαρική τομή I. Κατάλληλη συγκράτηση της μήτρας ώστε η τομή να εφαρμόζεται στο κέντρο του προσθίου μητρικού τοιχώματος.



Καίσαρική τομή II. Διάνοιξη του περιτοναίου.

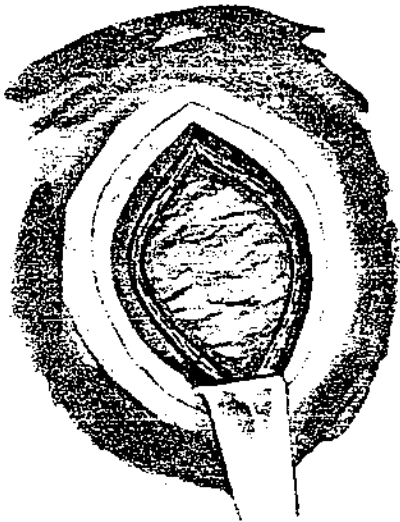


Καίσαρική τομή III. Προστασία της περιτοναϊκής κοιλότητας με πανιά που τοποθετούνται προς τους λαγόνιους βόθρους.

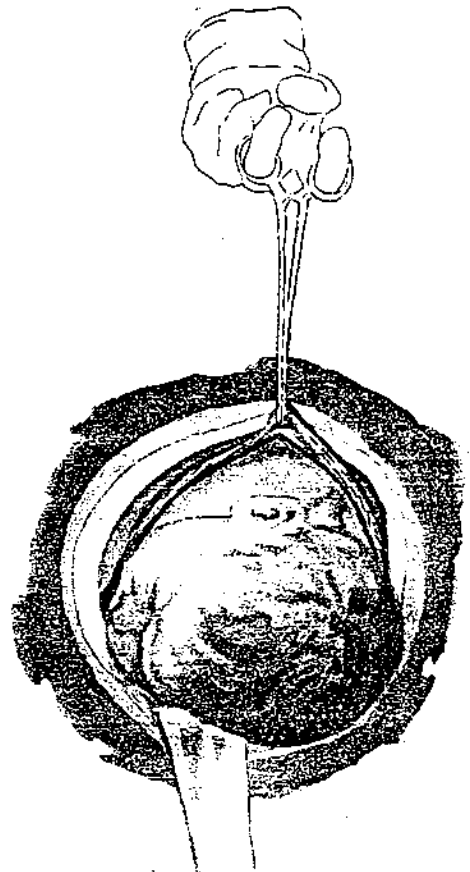


Καίσαρική τομή IV. Αφού τετραωθεί το κοιλιακό τραύμα με τους κοιλιοδιαστολείς, εφαρμόζεται η κάθετη τομή της μήτρας.

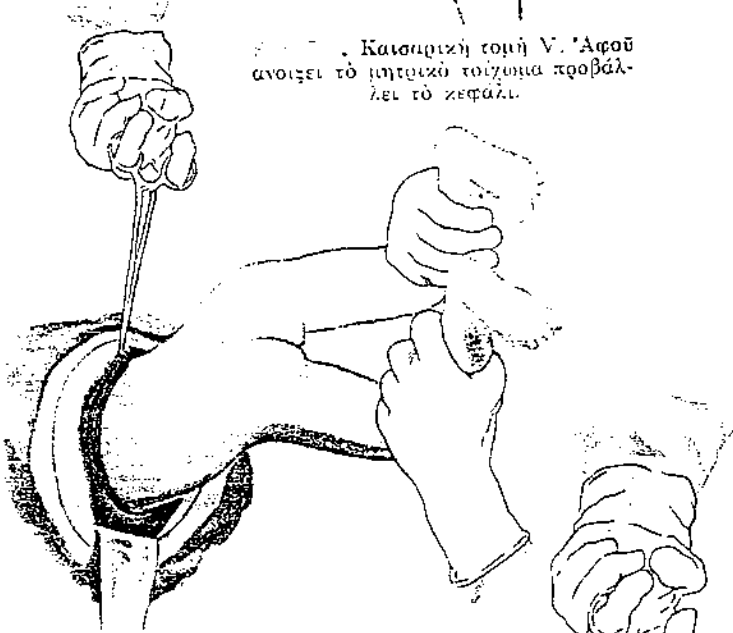




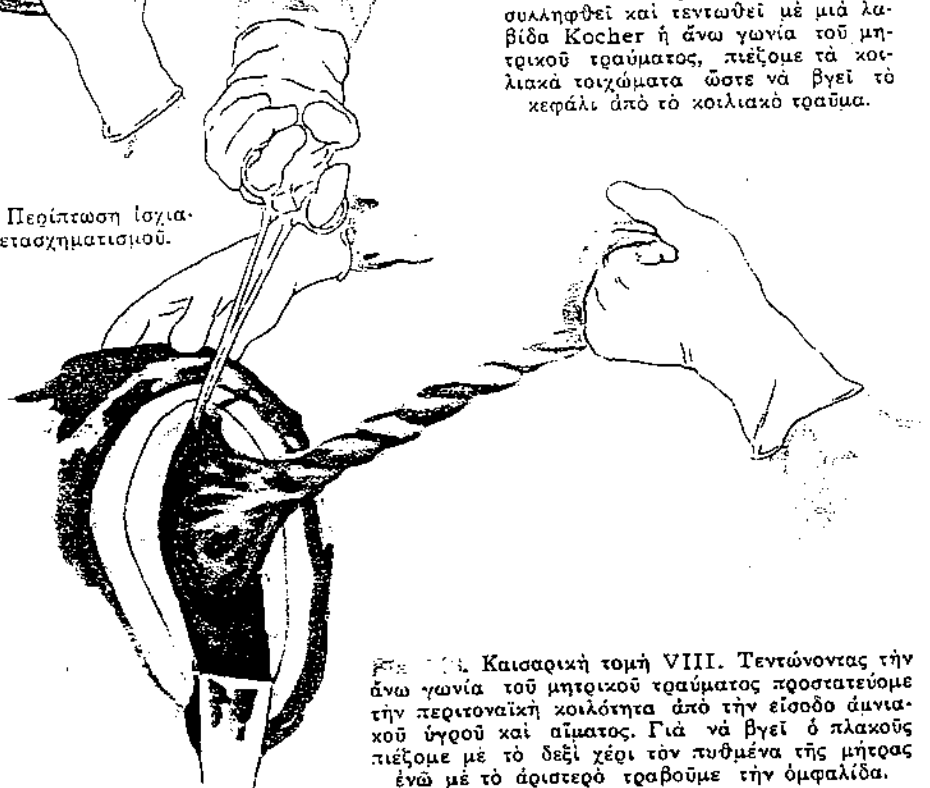
Καισαρική τομή V. 'Αφού ανοίξει το μητρικό τοίχωμα προβάλλει το κεφάλι.



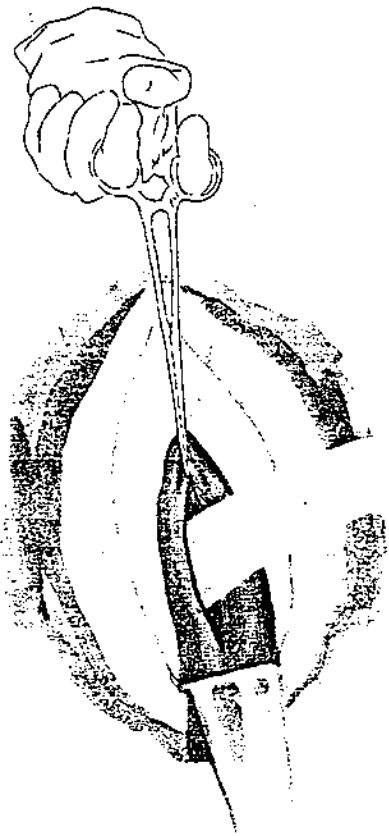
Καισαρική τομή VI. 'Αφού συλληφθεί και τεντωθεί με μιά λαβίδα Kocher ή άνω γωνία του μητρικού τραύματος, πιέζουμε τα κοιλιακά τοιχώματα ώστε να βγει το κεφάλι από το κοιλιακό τραύμα.



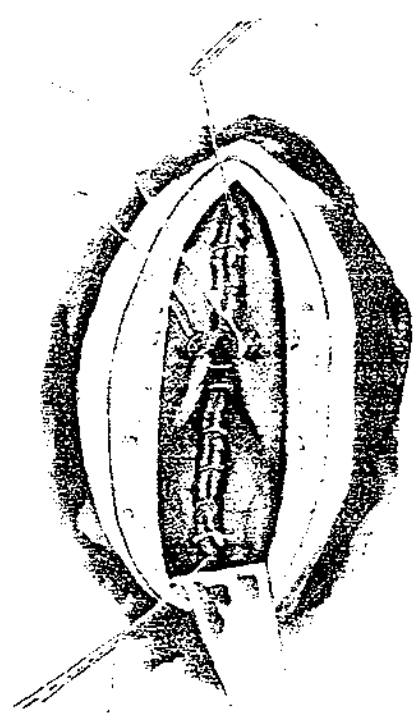
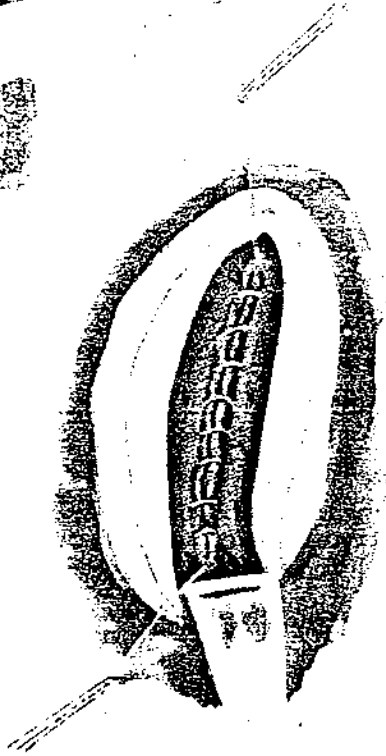
Καισαρική τομή VII. Περίπτωση ισχιακής προβολής ή έσωτερικού μετασχηματισμού.



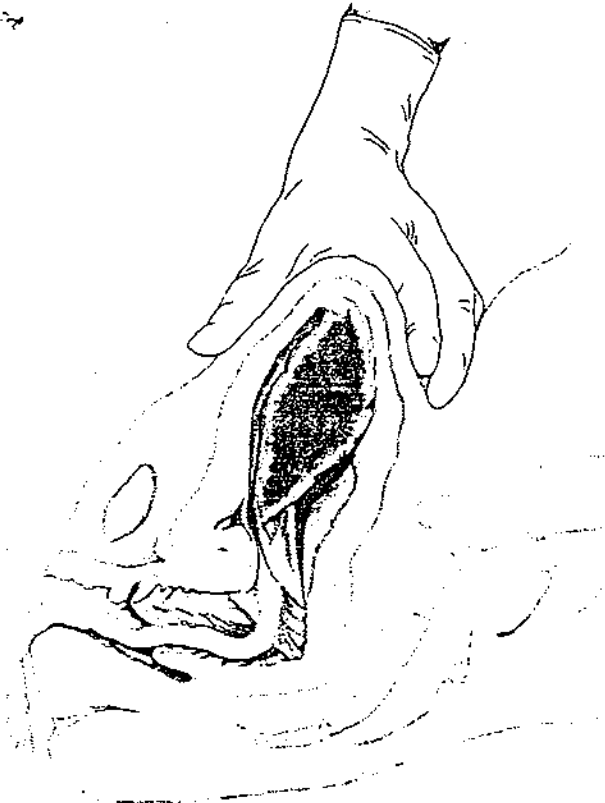
Καισαρική τομή VIII. Τεντώνοντας την άνω γωνία του μητρικού τραύματος προστατεύουμε την περιτοναϊκή κοιλότητα από την είσοδο άμνιακού υγρού και αίματος. Για να βγει ο πλακούς πιέζουμε με το δεξιό χέρι τον πυθμένα της μήτρας ενώ με το άριστερό τραβούμε την όμφαλίδα.



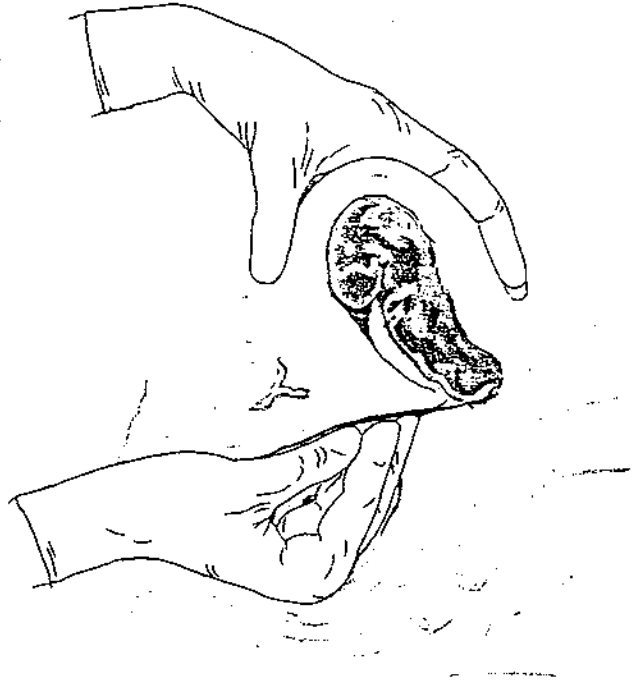
ΣΧ. 27. Καισαρική τομή ΙΧ. Ἄφρου βγεί ὁ πλακοῦς ἐπιπωματίζουσε προσωρινά τὴν μητρικὴ κοιλότητα.



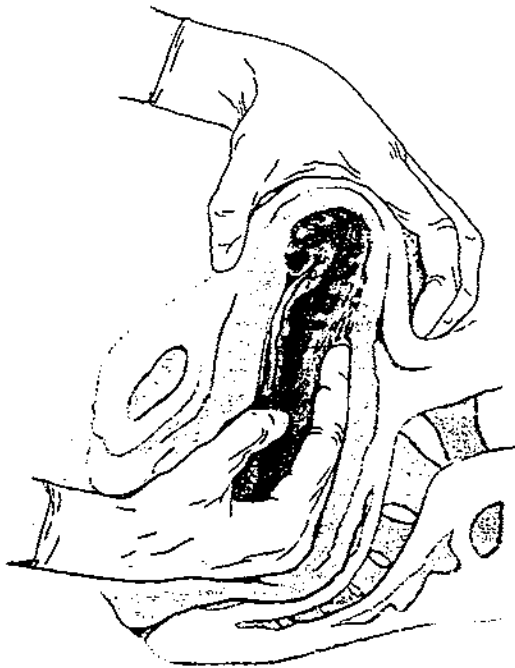
Καισαρική τομή Χ. Ραφές κατὰ στρώματα τοῦ μητρικοῦ τοιχώματος.



Εικ. 5 Χειρισμός του Credé.



Δακτυλική απόκόλληση του πλακούντος.  
Είσαγωγή του χεριού.



Εικ. 6 Δακτυλική απόκόλληση του πλακούντος.

## Εξωπεριτοναϊκή Κ.Τ.

Η εξωπεριτοναϊκή Κ.Τ. αποσκοπεί στην εκτέλεση της έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα ώστε να αποφευχθεί η μόλυνση της από το φλεγμονώδες περιεχόμενο της ενδομητρίϊκής κοιλότητας. Στην πραγματικότητα οι ενδείξεις εκτέλεσης της εξωπεριτοναϊκής Κ.Τ. στις μέρες μας είναι πολύ περιορισμένες, λόγω της δυνατότητας ελέγχου της φλεγμονής με τα προσιτά αντιβιοτικά.

Οι αντενδείξεις εκτέλεσης της Ε.Κ.Τ. αντίθετα είναι πολλές και περιλαμβάνουν : την εμβρυϊκή δυσχέρεια, την χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα, την Π.Κ.Τ. την ανάγκη εκτέλεσης ερευνητικής λαπαροτομίας κατά την Κ.Τ. και την ύπαρξη υπέρβαρων > 4000GR προκειμένου για κεφαλική προβολή και > 3.500 εμβρύων προκειμένου για ισχιακή ή άλλη προβολή.

### Τ ε χ ν ι κ έ ς ε κ τ έ λ ε σ η ς Ε.Κ.Τ.

Περιγράφονται 3 τεχνικές εκτέλεσης Ε.Κ.Τ: η παρακυστική, η υπερκυστική και η συνδιασμένη. Η υπερκυστική Ε.Κ.Τ ανταποκρίνεται σε μεγαλύτερο βαθμό στις απαιτήσεις της πλήρους ανάπτυξης του εγχειρητικού πεδίου και της δυνατότητας διενέργειας πλήρως ελεγχόμενων εγχειρητικών χειρισμών. Πριν από την εκτέλεση της Κ.Τ διατείνεται η ουροδόχος κύστη με την εισαγωγή 150 εκ. φυσ. ορού. Οι χρόνοι εκτέλεσης της τεχνικής αυτής περιλαμβάνουν:

1. Τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων με μια μέση κάθετη υπομφάλια καθετη ή εγκάρσια κατά PFANNESTIEL.
2. Παρασκευή του προκυστικού χώρου του RETRIUS
3. Αποκόλληση από τα πλάγια της ουροδόχου κύστεως και απώθηση προς τα πάνω της περιτοναϊκής πτυχής.
4. Αναγνώριση, παρασκευή, διατομή και απολίνωση του τραχήλου.

5. Παραπέρα απώθηση-αποκόλληση της περιτοναϊκής πτυχής

6. Αποκάλυψη σε όλη την έκταση του κατώτερου τμήματος της μήτρας

Έπειτα από την αποκατάσταση του εγχειρητικού τραύματος της μήτρας, ελέγχεται η ακεραιότητα της ουροδόχου κύστεως και των ουρητήρων, γίνεται επιμελής αιμόσταση, τοποθέτηση παροχέτευσης και σύγκλιση των τοιχωμάτων. Η μέση διάρκεια της επέμβασης υπολογίζεται σε 40' λεπτά και η έξοδος του εμβρύου επιτυγχάνεται σε 8 ως 12 λεπτά περίπου. Η τυχαία διάνοιξη του περιτοναίου η οποία πρέπει να θεωρηθεί ως επιπλοκή της επέμβασης, συμβαίνει σε ποσοστό που φτάνει τα 25% περίπου των περιπτώσεων. Η υπολογιζόμενη απώλεια αίματος δεν φαίνεται να ξεπερνά το μέγεθος της προηγούμενης (σε ενδοπεριτοναϊκή) Κ.Τ.

#### **Κ.Τ. Μετά τον θάνατο της Μητέρας**

Η Κ.Τ. μετά τον θάνατο της μητέρας απαιτεί ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες θα μπορούσαν κατά τον WEBER (1970) και ARTHUR (1978) να συνοψισθούν στα παρακάτω:

α. Αμέσως μετά το θάνατο να εφαρμοσθεί τεχνική μηχανική αναπνοή και καρδιακές μαλάξεις.

β. Η ηλικία της κύησης να ξεπερνά την 28<sup>η</sup> εβδομάδα

γ. Να επακολουθήσει άμεση έξοδος του εμβρύου.

δ. Να υπάρχει δυνατότητα άμεσης και δραστικής ανάνηψης του νεογνού.

#### **Μαιευτική Ολική ή Υφαιλική Υστερεκτομία**

Ο συνδιασμός της εγχειρητικής αυτής επέμβασης με Κ.Τ. είναι πολύ σπάνιος και εφαρμόζεται όταν υπάρχουν οι παρακάτω ενδείξεις:

1. Η ύπαρξη πολλαπλών και υπερμεγεθών υνομυμάτων της μήτρας των οποίων η παραμονή προϋποθέτει σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές και ιδιαίτερα μάλιστα αν πρόκειται για άτομα της προκλιμακτηρικής ηλικίας.
2. Η επιπλοκή Κ.Τ. από μεγάλη και επίμονη αιμορραγία η οποία δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική φαρμακευτική αγωγή και στην απολίνωση των μητρικών αρτηριών.
3. Η διαπίστωση ύπαρξης διεισδυτικού πλακούντα
4. Η ύπαρξη κακοήθους νεοπλασίας των γεννητικών οργάνων, όπως καρκίνου των ωοθηκών, Η ύπαρξη χειρουργήσιμου καρκίνου του τραχήλου επιβάλλει την εκτέλεση ριζικής υστερεκτομής.
5. Η ρήξη της μήτρας εάν δεν προσφέρεται για απλή συρραφή της.
6. Η διαπίστωση ύπαρξης σηπτικών εστιών στο ενδομήτριο αποτελεί την δυνητική ένδειξη που προσδιορίζεται από διαφόρους συνεικτιμώμενους παράγοντες.

#### Τ ε χ ν ι κ ή ε κ τ έ λ ε σ η ς

Η τεχνική εκτέλεσης της μαιευτικής αυτής ολικής ή υφολικής υστερεκτομίας δεν διαφέρει από τις αντίστοιχες που εφαρμόζονται εκτός της κύησης. Ιδιαίτερα της επέμβασης αποτελούν:

- α) Οι κρημνοί των απολινώσεων δεν θα πρέπει να είναι ογκώδεις επειδή με την παλινδρόμηση όλων των ανατομικών στοιχείων υπάρχει ο κίνδυνος της χαλάρωσης των απολινώσεων.
- β) Εάν υπάρχει διαστολή του τραχηλικού στομίου δεν διακρίνονται τα όρια του τραχήλου από τον κόλπο. Για τον λόγο αυτό το ύψος της διατομής του κόλπου θα πρέπει να προσδιορίζεται με προσοχή έπειτα από επιμελή ψηλάφηση.

γ) Οι κρημνοί των απολινώσεων των στρογγύλων και κρεμαστήρων συνδέσμων είναι σκόπιμο να δημιουργούνται όσο το δυνατόν κεντρικότερα προς την μήτρα για τους λόγους που προαναφέρθηκαν

δ) Η κατάσταση της κυστεομητρικής πτυχής είναι σκόπιμο να γίνεται σε μεγάλη έκταση ώστε με την κύστη να απομακρυνθούν από το εγχειρητικό πεδίο και οι ουρητήρες έτσι που να περιορίζονται τα συμβάσματα από κακώσεις του ουροκοιμητικού συστήματος.

### Προηγηθείσα Κ.Τ.

Είναι ένας όρος που προσετέθει στη Μαιευτική σαν ιατρογενής νοσολογική οντότητα, που με την ευρεία διάδοση της Κ.Τ. αυξάνεται καθημερινά ο αριθμός της.

Η προηγηθείσα Κ.Τ. αρχίζει από την εγκατάσταση μιας νέας κύησης σε μήτρα που έχει προηγουμένως υποστεί Κ.Τ. Το βασικό πρόβλημα που παρουσιάζεται κατά την νέα κύηση είναι η αντοχή της ουλής στις ωδίνες που θα εμφανιστούν κατά τον τοκετό. Το ενδεχόμενο της μειωμένης αντοχής αντιμετωπίζεται με μια νέα "εν ψυχρώ" Κ.Τ. δέκα μέρες πριν από την Π.Η.Τ. Σε μια όμως πρόωρη έναρξη τοκετού είτε σε μια Α.Ρ.Θ. δεν είναι δυνατόν να προληφθεί η απειλή της ρήξης της μητρας πάνω στην παλιά ουλή.

Όταν αρχίσουν οι ωδίνες, η επίτοκος πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά με μέτρηση της ωδίνας και της παύλας.

Σαν παθομονονικό σημείο θεωρείται η υπερευαισθησία της ουλής, προηγείται πάντοτε της ρήξης τη μήτρας.

Το πρόβλημα της προηγηθείσης Κ.Τ. είναι κατά πόσο είναι δυνατή μια απόπειρα τοκετού δια της φυσικής οδού.

Υπάρχει μια ολόκληρη σειρά προποθέσεων που επιτρέπει την απόπει-

ρα του τοκετού δια της φυσικής οδού όπως: Παρέλευση τουλάχιστον διετίας από της πρώτης προηγούμενος φυσιολογικός τοκετός, ομαλή μετεγχειρητική πορεία της προηγούμενης Κ.Τ. έλεγχος με Υ.Σ.Γ της ουλής προ της νέας κύησης κ.λ.π όλα όμως αυτά τα κριτήρια δεν θεωρούνται παρά μόνο σχετικά. Πάντως υπάρχουν πλείστες περιπτώσεις φυσιολογικού τοκετού σε προηγούμενα Κ.Τ. που συνέβη συχνά από τύχη όπως π.χ. αν η επίτοκος φτάσει στην κλινική με μεγάλη διαστολή και με αναμονή μικρή, εξελίσσεται ο τοκετός εκ των κάτω Σε κάθε περίπτωση προηγήθησης Κ.Τ χορηγείται πεθιδίνη και σπασμολυση ενώ απαγορεύεται η χορήγηση οροσθίνης για να μην υπάρχουν ισχυρές ωδίνες.

Αν η διαστολή γίνει τέλεια ο τοκετός πρέπει να γίνει είτε με εμβρουλικία είτε με VACUM EXTRACTOR για να αποφύγει η επίτοκος την εξώθηση, μετά δε τον τοκετό γίνεται πάντοτε δακτυλική επισκόπηση της μήτρας για την ανακάλυψη της λανθάνουσας ρήξης της μήτρας.

Πάντως σαν γενικός κανόνας στην παρακολούθηση της κύησης της προηγήθησης Κ.Τ. εφαρμόζεται η απαγόρευση της μετακίνησης της επίτοκου κατά τους δύο τελευταίους μήνες σε ακτίνα μεγαλύτερη των δυο χιλιομέτρων εκτός πόλεως στην οποία μπορεί να εκτελεστεί Κ.Τ. ανά πάσαν στιγμή.

Ο τοκετός της προηγήθησης γίνεται πάντοτε σε καλά οργανωμένη κλινική που διατηρεί ένα έτοιμο χειρουργείο που θα επιτρέψει την εκτέλεση της Κ.Τ σε κάθε περίπτωση που θα επισυμβεί ρήξη της μήτρας.

Η ίδια διαδικασία ακολουθείται και σε εκπαρήνση ινομυώματος, STRASSMAN όπου έχει θιγεί η ακεραιότητα του μυομητρίου.



### Κίνδυνοι Κ.Τ.

Οι κίνδυνοι από Κ.Τ. είναι άμεσοι από μέρους της μητέρας και του εμβρύου και απώτεροι από μέρους της μητέρας. Η θνησιμότητα της από Κ.Τ. τα τελευταία χρόνια σε ορισμένα κέντρα έχει περιοριστεί σημαντικά. Ηδη υπάρχει στατιστική από 100000 περιπτώσεις με μηδενική θνησιμότητα. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, η θνησιμότητα υπολογίζεται σε 31:100.000 σε αντίθεση με κείνη που παρατηρείται κατά τον φυσιολογικό τοκετό που δεν ξεπερνά τους 2,7 θανάτους στις 100.000 Τα κύρια αίτια θανάτου είναι η μετεγχειρητική φλεγμονή, η αναισθησία και η αιμορραγία.

Από μέρους του εμβρύου και της μητέρας η Κ.Τ. μειονεκτεί κατά το ότι:

- Το επίπεδο των κατεχολαμινών είναι κατώτερο από κείνο ύστερα από Φ.Τ και αυτό πιθανότατα έχει σχέση με τον ανεπαρκή αερισμό των πνευμόνων, ανεπαρκή απορόφηση των εκκρίσεων και την επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας.
- Αυξάνεται το πόσοστό αναπνευστικής δυσχέρειας του εμβρύου
- Παρατηρείται καταστολή του αναπνευστικού συστήματος σαν αποτέλεσμα της δράσης των αναισθητικών φαρμάκων.
- Ο σημαντικότερος από τους απώτερους κινδύνους της Κ.Τ. είναι η ρήξη της μήτρας σε επόμενες κυήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προεγχειρητική προετοιμασία της επίτοκης για την εκτέλεση Κ.Τ συνίσταται σε:

- ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ
- ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ
- ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

A ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία της επίτοκης περιλαμβάνει:  
Τ ο ν ω σ ή τ ο υ η θ ι κ ο ύ

Εάν κάθε επίτοκη που εισάγεται στο νοσοκομείο, κατέρχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας, εκείνη που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από την νευροψυχική κατάσταση της γυναίκας.

Ο φόβος και η ανησυχία της μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, τό άγνωστο της μετεγχειρητικής εξελίξεως της κατάστασης της καθώς και σε άλλα προβλήματα προσωπικού χαρακτήρα.

Η νοσηλεύτρια με την λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει την επίτοκη να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα ( Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ).

Η προετοιμασία της αδελφής ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα της επίτοκης χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρών κλπ. καθώς και η προετοιμασία της γυναίκας από την αδελφή με επεξήγηση και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες δημιουργούν στην επίτοκη κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση ή και εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από το άγνωστο. Μπορεί επίσης να ζητήσει την βοήθεια άλλων ειδικοτήτων, όπως του ιερέα του ιδρύματος, της κοινωνικής υπηρεσίας κ.α. όταν θέματα οικογενειακά, οικονομικά κ.λ.π. προκαλούν ανησυχία στην επίτοκη.

Φόβον ανησυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους της επίτοκης. Η νοσηλεύτρια περιοριζόμενη στον κύκλο των αρμοδιοτήτων της οφείλει να πλησιάσει τους οικείους, για να διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να απαντήσει στα πολλά τους ερωτήματα. Ειδικά η τόνωση της επίτοκης επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της αδελφής:

- 1 Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες της επίτοκης και να τις ικανοποιήσει
2. Να καταλάβει την επίτοκη και να συμμεριστεί την θέση της.

#### Τ ό ν ω σ η σ ω μ α τ ι κ ή :

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένες γυναίκες γίνεται τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κλπ.) ή άλλων στοιχείων του οργα-

νισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών κ.λ.π.)

Για την καλή θρέψη της επίτοκης η συμβολή της αδελφής είναι απόφασιστική. Ενώ ο ιατρός περιορίζεται στο καθορισμό του διαιτολογίου, η αδελφή παρακολουθεί τη διατροφή της κυοφορούσας και μελετά τα προβλήματα που υπάρχουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Η επίτοκη με την εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, του ιδρώτα και τους τυχόν έμμετους. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική προετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι η επίτοκη βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχεριών όπως SHOCK, ναυτία, δίψα κ.α. Την προηγούμενη της εγχειρήσεως μέρα η επίτοκη τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς πολλά υπολείματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο των εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας. Εάν η επίτοκη δεν πρέπει έστω και για 6 ώρες να στερηθεί υγρά της χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.

Ι α τ ρ ι κ έ ς ε ξ ε τ ά σ ε ι ς : (κλινικές, εργαστηριακές)

Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση της επίτοκης που θα χειρουργηθεί από:

- 1.Μανευτήρα για την εκτίμηση της κατάστασης της, επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.
- 2.Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό γιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της κατάστασης.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν την χειρουργική επέμβαση είναι:

- 1.Εξέταση αίματος: Γενική αίματος (ερυθρά-λευκά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHESUS

αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και

2.Γενική ούρων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εκτέλεση της Κ.Τ. καλείται ο αναισθησιολόγος , για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος . Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κ.λ.π.) και το είδος του αναισθητικού ή αναισθητικών.Επίσης έργο και ευθύνη του αναισθησιολόγου περιλαμβάνει και την λήψη απόφασης κατά πόσο η επίτοκη μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση,τον καθορισμό του είδους της νάρκωσης και του ναρκωτικού, την χορήγηση της ναρκώσεως και τέλος την παρακολούθηση της χειρουργημένης μέχρι την τέλεια απονάρκωσή της. Καθήκον της αδελφής αποτελεί και η μέριμνα για προμήθεια αίματος από τους οικείους της επίτοκης, σε περίπτωση που χρειαστεί κατά την διάρκεια της επέμβασης.

Κ α θ α ρ ι ό τ η τ α τ η ς ε π ι τ ο κ η ς

Αυτή συνίσταται σε:

1.Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- Στην αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασεως από τον Χειρουργό Μαιευτήρα λόγω της διάτασης των εντερικών ελίκων,και
- Την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται :

- Με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων.Σήμερα δεν συνίσταται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

-Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατωτέρου τμήματος του παχέος εντέρου.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και αν είναι αρτηρικά ενημερώνει την προϊσταμένη αδελφή του τμήματος ή τον γιατρό.

Η εκτέλεση των υποκλυσμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής του Μαιευτήρα γιατρού που παρακολουθεί την επίτοκη.

2.Καθαριότητα του σώματος της επίτοκης:

Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεων του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται η επίτοκη να μην κρυώσει.

Το λουτρό πριν από την εγχείρηση μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαπούνι, τρίψτη και νερό, αλλά να είναι καθαριότητα και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος. Αυτό γίνεται με βούρτσα νυχιών και αντισηπτική σαπουνόχο ουσία όπως PHISOHEX κ.α. Κατά το διάστημα του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων, όπως του ομφαλού. Τέλος γίνεται περιποίηση των νυχιών.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη των μολύνσεων του αναπνευστικού σωλήνα και των σιελογόνων αδένων.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

Πάντοτε η αναμονή της εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αϋπνία και η κόπωση απ' αυτήν προδιαθέτουν την μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη την εμφάνιση επιπλοκών. Για την αποφυγή αϋπνίας, και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή την νύχτα της παραμονής της εγχείρησής του ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

Προετοιμασία και εκπαίδευση :

της επίτοκης σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π.

Προσανατολισμό της επίτοκης στο νέο δωμάτιο στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση. Αυτό γίνεται για να μην ανησυχήσει η επίτοκη όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον, εξοπλισμένο με πολλά και περίεργα γι' αυτήν μηχανήματα.

#### Β. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Στην προκειμένη περίπτωση εγχειρητικό πεδίο είναι η κοιλιακή χώρα.

Η προετοιμασία αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο από μολύνσεις.

## Γ' ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

-Π α ρ α τ ή ρ η σ η   κ α ι   ε κ τ ί μ η σ η   τ η ς   γ ε ν ι κ ή ς  
κ α τ α σ τ ά σ ε ω ς   τ η ς   ε π ί τ ο κ η ς   :

Η νοσηλεύτρια κατά την πρωϊνή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλιση τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμη προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος. Πρέπει όλες οι σχετικές παρατηρήσεις να αναφέρονται στην προϊσταμένη ή τον μαιευτήρα.

-Κ α τ ά λ λ η λ η   έ ν δ υ σ η   ( ν τ ύ σ ι μ ο )   τ η ς   ε π ί τ ο -  
κ η ς   :

Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση η επίτοκη φορά την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως της γίνει καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως (με καθετήρα FOLEY ) γιατί είναι δυνατό η να προκαλέσει εμπόδιο κατά το χειρουργείο. Υπάρχει περίπτωση είτε να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι είτε να πληγωθεί από το νυστέρι του χειρουργού. Ο καθετηριασμός θα πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή για να αποφευχθούν οι κίνδυνοι που συνεπάγονται σε τραυματισμό της ουρήθρας,διάτρηση της καθώς και μόλυνση της κύστεως αν δεν τηρηθούν επαρκώς οι όροι ασηψίας.

Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια (είδος καλτσών) που σκεπάζουν τα κάτω άκρα, υποκάμισο (καινό νυχτικό ανοιχτό στο πίσω μέρος) σκούφο ή τρίγωνο από λεπτό βαμβακερό ύφασμα ( για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής).

Η αδελφή φορά τα ρούχα αυτά στην επίτοκη αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων και το νυχτικό ή τις πυζάμες της επιτόκου. Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρούνται φουρκιέτες κ.λ.π.



Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα. Εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο στη "βέρα " την οποία ασφαλίζει η νοσηλεύτρια με ένα επίδεσμο στον καρπό. Τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και τον θάλαμο της επίτοκης, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Την ώρα αυτή η αδελφή ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος της επιτόκου.

Η αδελφή υπενθυμίζει την επίτοκο για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τις αναπνευστικές καθώς και των άκρων.

#### Π ρ ο ν ά ρ κ ω σ η

Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο γιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνίσταται στην επίτοκο να μην σηκωθεί από το κρεβάτι της. Κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στην επίτοκο το κατάλληλο φάρμακο την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα. Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στην επίτοκο ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό.

Τους επισκέπτες της, εφόσον βρίσκονται στο νοσοκομείο τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση . Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Στην περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια , ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση. Μετά την προνάρκωση μεταφέρεται αμέσως η επίτοκος σε φορείο και παραμένει στο θάλαμο. Η μεταφορά της επιτόκου

στο χειρουργείο γίνεται από τον νοσοκόμο και την αδελφή.

Εάν είναι δυνατόν η αδελφή παρακολουθεί την εγχείρηση. Αυτό θα την βοηθήσει στο να προσφέρει καλλίτερη νοσηλεύτική φροντίδα στην χειρουργημένη.

Οι συγγενείς περιμένουν με αγωνία τα αποτελέσματα της εγχείρησης στο δωμάτιο αναμονής. Το πέρασμα κάθε λεπτού γι' αυτούς παίρνει διαστάσεις ωρών. Η ενημέρωση και καθησύχηση τους για την κρεία της εγχειρήσεως ελαττώνει την αγωνία τους και χαλαρώνει την ένταση. Το συχνό και κατάλληλο πλησίασμα, όπως και ο καλός τρόπος της νοσηλεύτριας προς τους συγγενείς είναι δυνατό να τους διώξει τον φόβο και την αγωνία και να τους ανακουφίσει. Όλες οι βασικές ενέργειες της αδελφής που έχουν σχέση με την προεγχειρητική προετοιμασία της επιτόκου, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή την λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

### Η Νάρκωση

Η νάρκωση της επιτόκου γίνεται μέσα στην αίθουσα του χειρουργείου, από αναισθησιολόγο γιατρό με την βοήθεια της αδελφής της αναισθησιολογίας. Η νάρκωση που θα πάρει η επίτοκη θα πρέπει να είναι βαθεία με πλήρη απώλεια της συνείδησης και εξαφάνιση των αντανακλαστικών, να έχει πλήρη μυϊκή χάλαση για να μην "πετούν" προς τα έξω τα σπλάχνα όταν διανοιχθεί το περιτόναιο και έτσι να διασφαλίζεται η πλήρη άνεση στον χειρουργό.

Για να πετύχει όλα αυτά ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να καταργήσει την θωρακική και διαφραγματική αναπνοή, πράγμα που επιτυγχάνεται με φάρμακα της σειράς του κουραρίου, έτσι καταφεύγει στην παράλυση των μυών. Με την μυϊκή παράλυση παραλύουν και οι αναπνευστι-

κοί μύες, για να διατηρηθεί όμως η αναπνοή χρειάζεται η τεχνητή αναπνοή διαμέσου τραχειοσωλήνα.

Κατά την Κ.Τ. όταν τηρηθούν οι προϋποθέσεις αυτές κινδυνεύει λόγω της διέλευσης των φαρμάκων δια του πλακούντα να ναρκωθεί το έμβρυο, γεγονός ανεπιθύμητο διότι κατά την έξοδο του στην ανάνηψη του χρειάζεται να προστεθεί και η ανάνηψη από την νάρκωση που θα πάρει άθελα.

Εάν το νεογνό παρουσιάσει δυσχέρεια στη ανάνηψη του, τότε όλο το βάρος καταλογίζεται στην νάρκωση και ζητούνται ευθύνες από τον αναισθησιολόγο.

Η Κ.Τ. παρουσιάζει σαν νάρκωση τηνακόλουθη ιδιορρυθμία. Θα πρέπει μέχρι την έξοδο του νεογνού, η νάρκωση να είναι επιπολής δίχως φυσικά να έχει αίσθηση η επίτοκος, ούτε όμως να επηρεασθεί από την νάρκωση το κύημα. Για να επιτευχθεί αυτή η παράδοση προϋπόθεση φροντίζουμε να χορηγούμε μικρές δόσεις βαρβιτουρικού μέχρι να εξαχθεί το έμβρυο, να αρχίσουμε την νάρκωση όσο το δυνατόν αργότερα, δηλαδή όταν είναι εντελώς έτοιμος ο χειρουργός να υπάρχει δυνατότητα διασωλήνωσης του νεογνού για τεχνητή αναπνοή σε περίπτωση που θα υπάρξει πρόβλημα κατά την ανάνηψη του νεογνού. Άμεσα με την χορήγηση του καιραρίου διασωληνώνεται η επίτοκος και αρχίζει ο χειρουργός την εγχείρηση με σκοπό την όσο το δυνατόν ταχύτερη εξαγωγή του νεογνού και εδώ τελειώνει το πρώτο στάδιο της νάρκωσης. Στην συνέχεια με την χορήγηση συμπληρωματικής δόσης κουραρίου και βαρβιτουρικών η γυναίκα κοιμάται βαθύτερα όπως σε κάθε λαπαροτομία, μετά δε την υστεροτομία χορηγείται και ορεσιβώδης ολύρα για μητρσυσπασση που θα περιορίσει την μεγάλη απώλεια αίματος. Τώρα πλέον ο μαιευτήρας αφού του εξασφαλισθεί πλήρης μυϊκή χάλαση συνεχίζει ήρεμος την εγχείρηση του.

Πρέπει να αναφερθεί ότι τα ταχείας δράσης βαρβιτουρικά ξεπερνούν

το φράγμα του πλακούντα , παρ'όλα αυτά όμως συγκρατούνται από τον εγκέφαλο του νεογνού, που είναι ιδιαίτερα πλούσιος σε λιποειδή και έτσι χάνουν πολύ από την ναρκωτική τους επίδραση στο έμβρυο σε σχέση με εκείνη του ενήλικα.

Η κυριότερη φαρμακολογική ιδιότητα του κάθε φαρμάκου που θα χρησιμοποιηθεί στην επίτοκο είναι το αν διέρχεται και σε τι ποσότητα το φράγμα του πλακούντα.

Μετά την έξοδο του το νεογνό κατά την ανάνηψη του μπορεί να παρουσιάσει διαφόρου βαθμού προβλήματα είτε σαν δυσχέρεια ανάνηψης, είτε σαν πλημελή εγκατάσταση των αντανακλαστικών, είτε μετά την πρώτη αναπνοή να περιπέσει μετά από λίγο σε ατονία ή και αυπνοία με κυάνωση που αν δεν γίνει γρήγορα αντιληπτή -συμβαίνει συχνά με την μεταφορά του νεογνού στο τμήμα του-μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα.

Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται χορήγηση οξυγόνου και θα ζητηθεί η συνδρομή του αναισθησιολόγου που παρευρίσκεται στην εγχείρηση. Η νάρκωση της γυναίκας δεν παρουσιάζει στη συνέχεια προβλήματα, όταν δε, τελειώσει η εγχείρηση θα μεταφερθεί στην αίθουσα ανάνηψης όπου και θα παραμείνει μέχρι την ανάνηψη της και στη συνέχεια θα μεταφερθεί στο δωμάτιο της. Στην αίθουσα ανάνηψης θα παρακολουθείται ο σφυγμός, η πίεση, η απέκκριση των ούρων και η αναπνοή της γυναίκας. Στην περίπτωση παρέκλισης από τα φυσιολογικά όρια καλείται ο Μαιευτήρας.

Το νεογνό αμέσως μετά την γέννηση του και αφού του καθαριστούν οι αεροφόρες οδοί, γίνεται η διαπίστωση φύλου και επιτευχθεί η απαλίνωση του ομφάλιου λώρου, παρατηρείται από την νοσηλεύτρια για να διαπιστωθεί η αρτιμέλεια του. Η αδελφή του εσταλάζει στα μάτια κολλύριο πενικιλίνης ή νιτρικού αργύρου και το δίνει στον παιδίατρο για να το εξετάσει, (χροιά δέρματος, αναπνοή , επισκόπηση κεφαλής, προσώπου, στόματος , ράχεως , κοιλίας και των κάτω

άκρων του.)

Στη συνέχεια η λεχωΐδα και το νεογνό παραμένουν στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης επί τρεις ώρες , για παρακολούθηση της γενικής καταστάσεώς τους. Επειτα η μητέρα μεταφέρεται στο θάλαμο της, ενώ το νεογνό στην αίθουσα νεογνών ή στην αίθουσα προώρων αν έχει κάποιο πρόβλημα.

Π ρ ο ε τ ο ι μ α σ ί α κ λ ί ν η ς κ α ι θ α λ α μ ο ύ  
τ η ς λ ε χ ω ΐ δ α ς .

Μετά την αποχώρηση της επίτοκης για το χειρουργείο , η αδελφή αερίζει τον θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι , το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον της γυναίκας.

Το κρεβάτι που θα δεχθεί την λεχωΐδα πρέπει:

1. Να είναι ζεστό για την προφύλαξη της λεχωΐδος από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους ψυχρούς μήνες.
2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκοτικού
3. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κικλίδωμα του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει η λεχωΐδα κατά τη τυχόν διεγέρσεις της στο στάδιο της απονάρκωσης.
4. Να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά της χειρουργημένης από το φορείο σ' αυτό.
5. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιαβρόχου κεφαλής.

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος , προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Στο κομοδίνο της χειρουργημένης τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, για να απόφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό (νεφροειδές κ.λ.π.)

Ακόμη πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, PORT-COTTON, νεφροειδές, και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Το κομοδίνο τέλος απομακρύνεται από το κρεβάτι της λεχωϊδας για να προφυλακτεί σε περίπτωση διεγέρσεων της. Η ετοιμασία του θαλάμου συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο παραμένει πάντα ανοιχτό για τον συνεχή αερισμό του δωματίου, τα ρολλά των παραθύρων παραμένουν κλεισμένα για να μην υπάρχει έντονος φωτισμός. Η αδελφή αφού ετοιμάσει τον θάλαμο απομακρύνεται για να επανέλθει με την επάνοδο της λεχωϊδας από το χειρουργείο

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα χειρουργημένης με Κ.Τ. αποτελεί σοβαρή απασχόληση της αδελφής. Η μετεγχειρητική αγωγή δεν διαφέρει από εκείνη που ακολουθείται στις λαπαροτομίες εκτός της κύησης και επιπλέον εστιάζεται στις ιδιαιτερότητες της λοχείας.

Η αδελφή θα συντελέσει

1. Στην προστασία της χειρουργημένης κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της κατάστασής της
3. Στην ανακούφιση από τα ενοχλήματα
4. Στην πρόληψη επιπλοκών
5. Στην βοήθεια της λεχωΐδας να επανέλθει το ταχύτερο στην φυσιολογική της κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που η λεχωΐδα μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την αποκατάστασή της. Αυτή περιλαμβάνει:

1. Την προφύλαξη της λεχωΐδας από τα ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά της από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Την κατάλληλη τοποθέτηση της λεχωΐδας στο κρεβάτι. Η θέση της γυναίκας στο κρεβάτι αμέσως μετά την εγχείρηση είναι "ύπτια" με το κεφάλι στραμμένο πλάγως, αργότερα τοποθετείται σε "ανάρροπη" θέση. Η κατάλληλη θέση της λεχωΐδας στο κρεβάτι προοιχεί χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών.
3. Τον έλεγχο του τραύματος και την παρακολούθησή του.
4. Την παρακολούθηση της λεχωΐδας μέχρι την αφύπνισή της. Η προφύλαξη και η προστασία της από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της αδελφής.
5. Την σύνδεση του καθστήρα.

6.Την προφύλαξη και θεραπεία από μετεγχειρητικές επιπλοκές

7.Την ανακούφιση της λεχωΐδας με την καλή νοσηλευτική φροντίδα από τον πόνο και τις άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

8.Την φροντίδα του τραύματος.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας της λεχωΐδας.Συνίσταται λουτρό καθαριότητας, καθημερινά, συχνή αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού. Οι πλύσεις και η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας ,όχι μόνο ανακουφίζουν αλλά και προλαμβάνουν τις στοματίτιδες και παρωτίτιδες. (Συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές.)

Οι συχνές εντριβές , η αλλαγή της θέσεως της λεχωΐδας βοηθούν στην ανακούφιση και άνεσή της και στην πρόληψη των επιπλοκών.

#### Μ ε τ ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ έ ς δ υ σ χ έ ρ ε ι ε ς κ α ι ε π ι π λ ο κ έ ς

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής φροντίδας της λεχωΐδας είναι η παρακολούθηση και παρατήρηση της.Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών, η λήψη της θερμοκρασίας,η μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως και η παρατήρηση του χρώματος της λεχωΐδας βοηθούν στην εκτίμηση της καταστάσεως της. Επίσης η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τους εμμέτους,(ποιόν , ποσόν) τους οποίους είναι δυνατόν να εμφανίσει η χειρουργημένη, καθώς και τα ούρα (ποσό, χρώμα κ.λ.π)

Βασικό καθήκον της αδελφής αποτελεί και η προφύλαξη της λεχωΐδας από την ψύξη , για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή θέσεως της ασθενούς, για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας,οι κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή



φλεβίτιδας, οι συχνές και επιμελημένες πλύσεις στόματος, για πρόληψη παρωτίτιδας και στοματίτιδας και τέλος η παρακολούθηση της ψυχικής κατάστασής της λεχωΐδας.

Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας και κάθε τι σχετικό με την χειρουργημένη πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο, για ενημέρωση της ομάδας υγείας ή και να αναφέρονται στο αρμόδιο πρόσωπο όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Μετά από μια εγχείρηση έστω και όχι επικίνδυνη όπως η Κ.Τ. αντιμετωπίζεται η χειρουργημένη την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων, που την ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωσή της. Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές και αποτελεί βασικό καθήκον και ευθύνη της νοσηλεύτριας η προσπάθεια να προφυλάξει από αυτές την λεχωΐδα. Η γνώση των παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στην προφύλαξη από αυτές καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθά στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωση τους.

### **Μετεγχειρητικές δυσχέρειες**

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

**Π ό ν ο ς :** Η γυναίκα που υποβάλλεται σε Κ.Τ βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Η αδελφή για να ανακουφίσει την χειρουργημένη από τον πόνο της δίνει θέση που να προκαλεί χαλάρωση των μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προσπαθεί την ασθενή κατά τον βήχα ή τους εμμέτους και όταν υπάρχει ανάγκη της χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον χειρουργό Μαιευτήρα γιατρό.

**Δ ί ψ α :** Η δίψα οφείλεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στην νάρκωση που παίρνει η λεχωΐδα. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρασία του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει της εκκρίσεις αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα , ιδρώτας, έμμετοι). Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με την χορήγηση υγρών δια της στοματικής ή παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών καθώς και το είδος ρυθμίζεται από την γενική κατάσταση της λεχωΐδας.

**Έ μ ε τ ο ς :** Ο έμετος και η ναυτία είναι συνηθή φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα των 24ωρών από την απονάρκωση της χειρουργημένης. Εάν η λεχωΐδα έχει εμέτους η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι προς τα πλάγια και της προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στηχειρουργημένη προκαλεί επιπρόσθετα ναυτία και έμετο. Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα της γυναίκας να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμέτους δυνατό να γίνει διασωλήνωση του στομάχου από τη μύτη με σωλήνα LEVIN. Έτσι απαλλάσσεται η χειρουργημένη από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου, Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κ.λ.π.) πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή στο νοσηλευτικό δελτίο της λεχωΐδας).

## Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορούν να επηρεάσουν την λειτουργία ενός ή και περισσότερων οργάνων.

Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες :

**Αιμορραγίες :** Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτήν την επιπλοκή είναι :

-Η μη καλή απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών τα οποία μάλιστα διαφεύγουν την προσοχή του Μαιευτήρα.

-Η μόλυνση του τραύματος. Αυτή αντιμετωπίζει ο οργανισμός με συρροή αίματος ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.

-Οι βίαιες και απότομες κινήσεις της λεχωΐδας. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα ή ράμα με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.

-Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος κ.α.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: Ευπίεστος , γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η αδελφή αντιμετωπίζει την εμφάνιση των συμπτωμάτων της αιμορραγίας ως εξής: θέτει την λεχωΐδα σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον Μαιευτήρα για παροχή βοήθειας. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στην κοιλιακή χώρα. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δεν δίνει στη λεχωΐδα τίποτα από το στόμα. Έχει έτοιμο τον δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού, και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, για την ασθενή που αιμορραγεί. Την απαλλάσσει από οποι-

αδήποτε περίδεση, την ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού. Στη συνέχεια ο γιατρός χειρίζεται την πορεία της λεχωϊδας που αιμορραγεί.

**S H O C K ή καταπληξία :** Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση SHOCK είναι:

Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός ο πόνος κ.α. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτ. πίεσεως, δέρμα και βλενογόνοσ ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Η λεχωϊδα αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση της αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του SHOCK είναι: Αφαίρεση του μαξιλαριού από το κεφάλι της λεχωϊδας και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση,) για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Θέρμανση της χειρουργημένης με προσθήκη των κουβερτών ελαφρών, και θερμοφόρων (θερμοκρασία νερού 55<sup>0</sup>-60<sup>0</sup> C, προς αποφυγή εγκαυμάτων) που τοποθετούνται πάνω από την πρώτη κουβέρτα. Περιορισμός των κινήσεων της λεχωϊδας στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή γιατρού. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα εαν η κατάσταση της γυναίκας το επιτρέπει. Τέλος ενθαρρύνεται η άρρωση και της απομακρύνεται κάθε ανησυχία.

Η προφύλαξη της ασθενούς από μετεγχειρητικό SHOCK συνίσταται

στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφιση της από τον πόνο, στην αύξηση του όγκου αίματος προ της εγχείρησης, στη χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο της καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού της λεχωϊδας. Όλα αυτά αποτελούν βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας.

### Επιπλοκές που έχουν Σχέση με το Τραύμα

**Μόλυνση τραύματος :** Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσης είναι: αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή. Γενικά συμπτώματα είναι: Πυρετός , ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

Η μόλυνση ενός τραύματος μπορεί να προκληθεί από τις ακόλουθες πηγές:

1. Από την σκόνη του αέρα που κυκλοφορεί μέσα τους θαλάμους των ασθενών.
2. Από μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από το στόμα ή τη μύτη του γιατρού και της αδελφής και φτάνουν στο τραύμα.
3. Από τα χέρια του γιατρού που βοηθά και την αδελφή όταν δεν είναι απόλυτα καθαρά.
4. Από τη χρήση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων όπως νεφροειδών κ.λ.π.
5. Από άλλα μολυσμένα τραύματα και
6. Από επισκέπτες μικροβιοφορείς.

Τα μέτρα που παίρνονται για να μειωθούν οι μολύνσεις κατά την περιποίηση του τραύματος λεχωϊδας στο θάλαμο είναι:

1.0 αέρας του θαλάμου:

Κατά τις πρωϊνές ώρες αυξάνει η περιεκτικότητα σε μικρόβια του

αέρα του θαλάμου, διότι η τακτοποίηση του κρεβατιού της λεχωϊδας και του περιβάλλοντος της καθώς και η καθαριότητα του δαπέδου, το ξεσκόνισμα κ.λ.π. γίνονται αυτές τις ώρες.

Προφυλακτικά μέτρα για τον περιορισμό των μικροβίων του αέρα του θαλάμου της χειρουργημένης είναι τα ακόλουθα:

α.Χρησιμοποίηση απορροφητικής μηχανής για την καθαριότητα του δαπέδου.

β.Υγρό ξεσκόνισμα επίπλων.

γ. Χρήση του ιματισμού κατά το στρώσιμο του κρεβατιού με απαλές και σταθερές κινήσεις.

δ. Περάτωση της καθαριότητας του θαλάμου μια ώρα πριν αρχίσει η αλλαγή.

ε. Κατά την διάρκεια αλλαγών απαγορεύεται η παρουσία επισκεπτών στο θάλαμο, καθώς και η κυκλοφορία μη απαραίτητου προσωπικού.

στ.Κατά την αλλαγή κλείνουν τα παράθυρα και οι πόρτες.

ζ. Όλοι στο θάλαμο εκτός των χειρουργημένων φορούν μάσκες.

η.Απαγορεύονται οι συζητήσεις μεταξύ των ασθενών.

θ. Απαγορεύεται η παρουσία προσωπικού με αναπνευστικές μολύνσεις ή σηπτικές φλεγμονές.

## 2.Τα χέρια:

Αν και τα χέρια δεν αποστειρώνονται, το επιμελημένο πλύσιμο πριν και μετά από κάθε αλλαγή θα απομακρύνει τα μικρόβια, ενώ κατά την διάρκεια των αλλαγών δεν πρέπει τα χέρια να έρχονται σε επαφή με το τράύμα.Στην καθαριότητα των χεριών σπουδαίο ρόλο παίζουν τα κομμένα νύχια.

### Ρ ή ξ η τ ρ α ύ μ α τ ο ς :

Αυτή συνήθως συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα ή σε άτομα που έχουν βίαιους εμέτους ή βήχα τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Η ασθενής προφυλάσσεται από την ρήξη του τραύματος με μέτρα που ακολουθούν:

- Υποστηρίζεται το τραύμα με την τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- Καταστέλλεται ο βήχας και ο έμετος.
- Διδάσκεται η ασθενής να συγκρατεί με τις δυό παλάμες της το τραύμα όταν βήχει.

#### Μ ε τ ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ή ψ ύ χ ω σ η

Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά . Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνισή της είναι: Η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Σε περίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικής ψυχώσεως πρέπει να ληφθούν μέτρα προφύλαξης της ίδιας της ασθενούς και του περιβάλλοντός της. Συνίσταται η παρακολούθηση της ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή της από ψυχίατρο.

#### Επιπλοκές που αφορούν όργανα του αναπνευστικού συστήματος.

Οι πιο συχνές από αυτές είναι:

Π ν ε υ μ ο ν ί α -Α τ ε λ ε κ τ α σ ί α

Αυτές οφείλονται σε μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα της λεχωΐδας από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την νάρκωση και απονάρκωσή της.

Επειδή οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε κακό αερισμό των πνευμόνων ,ένεκα του ναριωτικού, στην μόλυνση αεροφόρας οδού απο εισρόφηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων, σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση που προδιαθέτει φύξη και χαρακτηριστικό σύμπτω-

μα είναι η δύσπνοια.

Η πρόληψη των εκδηλώσεων αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει:

- Στενή παρακολούθηση της χειρουργημένης μέχρι την τέλεια απονάρ-  
κωση της.
- Ταχεία απονάρκωση της ασθενούς.
- Υποδοχή της ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρηση του ζεστού  
προστασία της ασθενούς από τα ρεύματα αέρα.
- Εγκαιρη τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάφορη θέση.
- Συχνή αλλαγή θέσεων της ασθενούς για την αποφυγή πνευμονικής  
στάσεως του αίματος.
- Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές , να βήχει ,  
να κάνει κινήσεις άκρων και τέλος,
- Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

#### Π ν ε υ μ ο ν ι κ ή   Ε μ β ο λ ή

Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Η απόφραξη μπορεί να γίνει σε μεγάλο αγγείο που τροφοδοτεί μεγάλη έκταση του πνεύμονα ή μικρό που τροφοδοτεί μικρή έκταση του πνεύμονα. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι: Απροσδιόριστος και έντοκος πόνος στον θώρακα κατά την εισπνοή , δυσκολία στην αναπνοή και όγκος. Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται από γιατρό ( ο οποίος πρέπει να ειδοποιηθεί επείγοντως ) με παροχή μορφίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής είναι:

- Καθιστή στάση της ασθενούς στο κρεβάτι
- Αναπνευστικές κινήσεις
- Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24



ωρο.

-Εγερση της λεχωΐδας από το κρεβάτι όταν η κατάσταση της το επι-  
τρέπει.

-Αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλιάς για να μην  
περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διάφραγμα-  
τος. Η αδελφή πρέπει να γνωρίζει τα συμπτώματα της επιπλοκής  
αυτής για την έγκαιρη αντιμετώπιση του γιατρού αλλά και για την  
πρόληψη εμφάνισέως της.

### Α σ φ υ ξ ί α

Κατ' αυτήν ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Αίτια  
που προκαλούν την ασφυξία είναι: Εισρόφηση εμεσμάτων από την  
αναπνευστική οδό, πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρε-  
ται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράσσει με την επιγλωτίδα τον  
λάρυγγα και τέλος επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνο-  
ής. Αυτή εκδηλώνεται με παραλλαγή του ρυθμού αναπνοής και κυάνω-  
ση η οποία φανερώνει την έλλειψη οξυγόνου. (O<sub>2</sub>) Για την προφύλα-  
ξη της λεχωΐδας από την επιπλοκή αυτή, η νοσηλεύτρια παίρνει  
τα ακόλουθα μέτρα.

-Τοποθετεί το κεφάλι της αρρώστου σε πλάγια θέση κατά το στάδιο  
της αποναρκώσεως, για την αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων.

-Καθαρίζεται από καιρό σε καιρό το στόμα της ασθενούς με υγρό  
βαμβάκι το οποίο τυλίγει σε λαβίδα ή PORT- COTTON κι έτσι απαλ-  
λάσσει την στοματική κοιλότητα από τις εκκρίσεις.

-Σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων η αδελφή πιέζει τις γωνίες  
της κάτω σιαγόνας προ τα πάνω με τα τέσσερα δάκτυλα των δύο χε-  
ριών ενώ με τους αντίχειρες προσπαθεί να ανοίξει το στόμα και  
να τραβήξει την γλώσσα προς τα εμπρός.

-Συνιστά στην ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για την γρήγο-

ρη απονάρκωσή της.

-Σε εμφάνιση δυσπνοϊκών φαινομένων χωρίς απόφραξη της αναπνευστικής οδού χορηγεί στον ασθενή οξυγόνο (O<sub>2</sub>) και τέλος

-Διατηρεί καλό αερισμό του δωματίου

### Επιπλοκές που έχουν σχέση με το κυκλοφορικό σύστημα

Οι πιο συχνές από αυτές είναι:

Οι θρομβοφλεβίτιδες

Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι η θρόμβωση του μηρού. Συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται "εν τω βάθει" ή "επι πολής".

Τα αίτια που προκαλούν την θρομβοφλεβίτιδα είναι τα ίδια που προκαλούν τον σχηματισμό θρόμβου κατά την πνευμονική εμβολή καθώς και μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων, λόγω πίεσεως των αγγείων του μηρού ή κνήμης.

Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου. Η πρόληψη συνίσταται σε:

-Αποφυγή πίεσεως πάνω στις κνήμες

-Εγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι.

-Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας

-Αποφυγή εντριβών των άκρων

Η θεραπεία συνίσταται σε:

-Απόλυτη ακινησία του άκρου για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος

-Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

-Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώσει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.

-Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων για ανακούφιση της ασθενούς κατόπιν εντολής γιατρού.

-Εναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή γιατρού .Η έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι καθορίζεται επίσης από τον γιατρό.

### Επιπλοκές που έχουν σχέση με το Πεπτικό Σύστημα

**Π α ρ ω τ ί τ ι δ α :** Εμφανίζεται μετά από παρέλευση 3-4 ημερών από την εγχείρηση και είναι φλεγμονή των παρώτειων αδένων.

Οι παράγοντες που προδιαθέτουν σ' αυτή την επιπλοκή είναι:

-Αφυδάτωση

-Ελλειψη καθαριότητας της στοματικής κοιλότητας. Τα εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι όπως στην φλεγμονή δηλ. Πόνος, οίδημα, πυρετός. Η πρόληψη αυτής της επιπλοκής επιτυγχάνεται με την καταπολέμηση των παραγόντων που συμβάλουν σ' αυτήν.

### Δ ι α τ α σ η τ ο υ σ τ ο μ ά χ ο υ :

Αίτια που προκαλούν την διάταση του στομάχου είναι:

-Μείωση ανάγκης φυσιολογικής λειτουργικότητας του στομάχου λόγω υγρής διατροφής της λεχωΐδας.

-Υποτονία μυών στομάχου λόγω επιδράσεως ναρκωτικού

-Μείωση της κινητικότητας της ασθενούς λόγω της χειρουργικής επέμβασης.

-Ελλειψής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα εμφανιζόμενα στον ασθενή συμπτώματα κατά την επιπλοκή αυτή είναι:

-Μετεωρισμός κοιλιάς

-Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο.

-Λόξυγγας.

-Δύσπνοια λόγω πίεσεως του διαφράγματος από το διατεταγμένο στομάχι.

-Εμετοι αραιοί, χρώματος σκοτεινού πρασινόφαιου ή μαύρου με δυσάρεστη όχι όμως κοπρανώδη οσμή. (Το υγρό των εμεσμάτων αποτελείται από γαστρικό υγρό, χολή, εκκρίσεις από τον δωδεκαδάκτυλο και παγκρεατικό υγρό.) Συχνά προκαλείται τριχοειδής αιμορραγία του στομάχου, λόγω διατάσεως του, οπότε τα εμέσματα είναι σκούρα καφέ. Τους εμέτους προκαλεί η πλήρωση του στομάχου με υγρά. Με τους εμέτους ο ασθενής χάνει σπουδαία υγρά κι έτσι οδηγείται σε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Η πρόληψη της εμφάνισης της επιπλοκής αυτής συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτίων. Η βοήθεια και θεραπεία της λεχωΐδας σ' αυτή τη περίπτωση αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση από τον γιατρό σωλήνα LEVIN μέσα στο στομάχι.

### Μετewρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας

Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Αίτια που προκαλούν τον τυμπανισμό είναι:

-Επίδραση του ναρκωτικού ένεκα του οποίου προκαλείται υποτονία μών και πάρεση ( αδράνεια του εντέρου)

-Ερεθισμός του περιτόναιου κατά την εγχείρηση.

-Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική ετοιμασία (σήψη των κοπράνων που απέμειναν και δημιοφγία αερίων από την σήψη.

-Μείωση της κινητικότητας της ασθενούς λόγω της χειρουργικής επέμ-

βασης.

-Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια , όπως γάλα, γλυκά , υγρά κλπ.

Τα εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι :

-Μετεωρισμός κοιλιάς

-Κωλικοί πόνοι που προέρχονται από την κυκλοφορία των αερίων στο έντερο, τα οποία ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει.

Η προφύλαξη της λεχωΐδας από τον μετεωρισμό συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτίων που τον προκαλούν , δηλαδή:

-Εγκαιρη αποβολή του ναρκωτικού.

-Καλή προεγχειρητική καθαριότητα εντερικού σωλήνα

-Εγκαιρο σήκωμα της άρρωστης από το κρεβάτι εφόσον αυτό ενδείκνυται ιατρικώς.

-Αποφυγή υγρών που προκαλούν αέρια

Η ανακούφιση της ασθενούς από την επιπλοκή αυτή περιλαμβάνει:

-Ελαφρά στροφή της ασθενούς προς τα πλάγια:

-Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο με το οποίο βοηθείται η ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα. (Ο σωλήνας αερίων δρα σαν ξένο σώμα το οποίο προσπαθεί να αποβάλλει ο οργανισμός με περισταλτικές κινήσεις που έχουν σαν αποτέλεσμα την αποβολή αερίων.)

Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων, (καθώς σώμα θερμαινόμενο διαστέλεται), καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή αερίων.

-Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται εφόσον οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες. Πριν περάσουν 20 λεπτά της ώρας από την εκτέλεση της ενέσεως τοποθετείται πάλι σωλήνα αερίων

η γίνεται μικρός υποκλιτισμός με υπέρτονο διάλυμα ( NaCl) 15% για αύξηση της περισταλτικότητας του εντέρου και βοήθεια για την αποβολή των αερίων.

### Π α ρ α λ υ τ ι κ ό ς ε ι λ ε ό ς

Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου ένεκα συγκεντρώσεως σ' αυτά υγρών και αερίων. Αυτή είναι δυνατό να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα. Τα αίτια που προκαλούν τον παραλυτικό ειλεό είναι τα ίδια μόνο που αργότερα προστίθονται και δύσσομοι έμετοι

Τα χρησιμοποιούμενα μέσα τόσο για τον μετεωρισμό όσο και για την διάταση του στομάχου συνήθως δεν φέρνουν αποτέλεσμα οπότε συνίσταται η διασωλήνωση του εντέρου με σωλήνα MILLER-ABBOT ο οποίος και συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση.

Η εφαρμογή του MILLER- ABBOT συνήθως επιφέρει καλά αποτελέσματα. Η πρόληψη της εμφανίσεως του παραλυτικού ειλεού περιλαμβάνει τα ίδια με την πρόληψη του μετεωρισμού κοιλίας.

### Επιπλοκές που έχουν σχέση με το ουροποιητικό σύστημα

Επίσχεση ούρων : Είναι η κατάσταση εκείνη που η λεχωίδα ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη δεν μπορεί να ουρήσει.

Αίτια που προκαλούν την επίσχεση είναι :

-Υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων λόγω της επιδράσεως του ναρκοτικού η οποία παρεμποδίζει την σύσπασή τους

-Σύσπασση σφικτήρα κατά την χρήση σκωραμίδας. Αυτό εμφανίζεται σε νευροφυτικά άτομα.

Η αδελφή για την λύση της επισχέσεως χρησιμοποιεί τα ακόλουθα φυσικά μέσα:

-Αλλάζει την θέση του αρρώστου στο κρεβάτι

-Χύνει χλιαρό νερό πάνω στο αιδοίο ή βάζει χλιαρό νερό μέσα στην σκωραμίδα (δρα χαλαρωτικά στον σφικτήρα).

-Ανοίγει την βρύση και αφήνει να τρέξει νερό

-Σηκώνει την ασθενή και την κρατά όρθια εφόσον η κατάσταση της το επιτρέπει.

Εάν τα προαναφερθέντα δεν φέρουν το ποθούμενο αποτέλεσμα τοποθετείται σπασμολυτικό υπόθετο, μετά από εντολή του ιατρού και αν αυτό δεν φέρει αποτέλεσμα, γίνεται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως. Ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως είναι μέσον έσχατης ανάγκης λόγω των κινδύνων στους οποίους υποβάλλει την ασθενή.

### Επιπλοκές που αφορούν το Γεννητικό Σύστημα

#### Ε ν δ ο μ η τ ρ ί τ ι δ α :

Η ενδομητρίωση μετά από Κ.Τ αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή η οποία παρατηρείται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 12 ως 95% εάν η αντίστοιχη συχνότητα για Φ.Τ κυμαίνεται σε 3%. Τα κυριότερα αίτια της ενδομητρίτιδας μετά από Κ.Τ. αποτελούν οι ενδομητρικοί χειρισμοί κατά τον τοκετό, η αντίδραση από τα ράμματα, η φλεγμονή του εγχειρητικού τραύματος και κατά κύριο λόγο ο παρατεταμένος και εργώδης τοκετός. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: Επώδυνος διόγκωση της μήτρας, πυρετός με ρίγος, ιδρώ-

τες και ταχυσφυγμία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής έτσι ώστε να συμβάλλει αποτελεσματικά στην έγκαιρη διάγνωση της. Της χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα μετά από οδηγίες του ιατρού και σε περίπτωση υψηλού πυρετού τοποθετεί ψυχρή επιθέματα, στο στόμα της λεχωίδας, ενώ λαμβάνει συχνά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά σημεία της. Για να αντιμετωπίσει το ρίγος η αδελφή τοποθετεί στο σώμα της λεχωίδας σκεπάσματα για να ζεσταθεί ενώ της μιλά συνεχώς για να την ενθαρρύνει. Επειδή η λεχωίδα έχει ιδρώτες γίνεται συχνή αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, λουτρό και προφυλάσσεται αυτή από τα ρεύματα αέρα για να μην κρυώσει. Ο ιατρός κάνει καλλιέργεια των λοχείων για να διαπιστώσει την ύπαρξη μικροβίου και ανάλογα χορηγεί το κατάλληλο αντιβιοτικό σκεύασμα.

Επίσης επειδή η ασθενή χάνει υγρά από την εφίδρωση ίσως υπάρξει διαταραχή του ισοζυγίου υγρών που αντιμετωπίζεται με χορήγηση ορού.

Προφύλαξη από την επιπλοκή αυτή μπορεί να επιτευχθεί με άρση των αιτίων που την προκαλούν καθώς και με αυστηρή χρησιμοποίηση των όρων ασηψίας αντισηψίας τόσο μέσα στο χειρουργείο όσο και κατά την διάρκεια της περιόδου της λοχείας.

Στις λοιμώξεις από το γεννητικό σύστημα περιλαμβάνονται και οι λοιμώξεις από την λοχεία: Επιλόχεια λοίμωξη και μαστίτις.

**Επιλόχεια λοίμωξη :**

Γνωστή σαν επιλόχειος πυρετός για τη παλαιότερες γενιές, σταθηκε για πολλούς αιώνες η μόνιμη απειλή που με την σκιά της μετρίαζε την γοητεία της μητρότητας. Η συμπτωματολογία στο πρώτο στάδιο είναι ίδια με εκείνη της ενδομητρίτιδας. Τα μικρόβια που



βρίσκονται στις καλλιέργειες που θα γίνουν στην μικροβιαιμία παίρνοντας αίμα κατά την πυρετική κρίση είναι στρεπτόκοκκος ή και σταφυλόκοκκος, μικρόβια που είναι ικανά να οδηγήσουν σε σηπτικό SHOCK που θα φέρει και τον θάνατο.

Εκείνο που πρέπει να τονισθεί είναι η σημασία που έχει η πρόληψη της επιλόχειας λοίμωξης. Όχι μόνο τα εργαλεία του τοκετού πρέπει να είναι αποστειρωμένα, αλλά και τα γάντια των εξετάσεων που θα χρησιμοποιηθούν για τις κολπικές εξετάσεις. Οι κολπικές εξετάσεις πρέπει να αποφεύγονται και να γίνονται μόνο μετά από προηγούμενη πλύση των έξω γεννητικών οργάνων με αντισηπτικό διάλυμα και μόνο όταν θεωρούνται εντελώς απαραίτητες, αντί αυτών προτιμάται η εξέταση από το έντερο.

Η σημασία των προφυλάξεων αυτών αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σοβαρότητα όταν πρόκειται για ερυγμένο θυλάκιο όπου υπάρχει κιάλας μια έστω και μικρού βαθμού αμνιΐτις που πολλές φορές είναι και υπόλογος για την μη έναρξη του τοκετού.

Αν η αποφυγή της κολπικής εξέτασης έχει σημασία για την προφύλαξη της επιλόχειας λοίμωξης σε τοκετό, εύκολα καταλαβαίνει κανείς την σημασία που έχει για μιά περίπτωση ανώμαλης προβολής που θα οδηγήσει σε Κ.Τ., τότε υπάρχει μόνιμη απειλή περιτονίτιδας.

Μεταξύ των μέτρων που θα ληφθούν για την προφύλαξη από την επιλόχειο λοίμωξη σε περίπτωση ερρηγμένου θυλακίου είναι και η χορήγηση αντιβιοτικών το επόμενο 24 ωρο.

Η καθημερινή τήρηση του θερμομετρικού διαγράμματος καθώς και ο έλεγχος της οσμής των λοχείων θα μας πληροφορήσουν για την έναρξη του επιλόχειου οπότε με την έγκαιρη αντιμετώπιση δια αντιβιοτικών, μητροσύσπασης που έχει σαν σκοπό τόσο την αποβολή των σηπτικών λοχείων όσο και την παρακόλληση της μικροβιαιμίας που ακολουθείται από την μείωση της κυκλοφορίας της μήτρας, στο

υπογάστριο τοποθετείται παγοκύστη.

Σε πλημελή απέκκριση των λαχείων χορηγούνται σπασμολυτικά με σκοπό να διασταλλεί ο τράχηλος. Φυσικά σήμερα δεν παρατηρούνται ακραίες μορφές και δεν δικαιολογείται η ανησυχία, όμως αυτό είναι έργο όχι της θεραπείας αλλά της πρόληψης.

### Μ α σ τ ί τ ι ς :

Προηγουμένως θα πρέπει να ειπωθούν λίγα πράγματα για την γαλακτοφορία . Η γαλακτόρια εγκαθίσταται μετά 48 ώρες από τον τοκετό με την επίδραση της γαλακτοτρόπου ορμόνης της υπόφυσης.

Παρατηρείται συμφόρηση των μαστικών αδένων με διαγραφή κάτω από το δέρμα αγγείων και αρχίζει η έκκριση παχύρευστου γάλακτος που καλείται πύαρ ή πρωτόγαλα. Επειδή η έκκριση του γάλακτος αρχίζει εφινιδίως ενώ το νεογνό αδυνατεί να θηλάσει επειδή αγνοεί, παρατηρείται μια συμφόρηση , γι' αυτό επιβάλλεται η τεχνητή εκκένωση των μαστών για ένα τουλάχιστον 24 ωρα. Η σύνθλιψη των μαστών γίνεται με σχολαστική τήρηση των κανόνων ασηψίας αντισηψίας, επειδή η μαστική συμφόρηση είναι επώδυνη και η γυναίκα προβάλλει ένα έντονο αρνητισμό σε κάθε προσπάθεια σύνθλιψης του μαστού και προτιμά την εφαρμογή θηλάστρου.

Ο εκκρίνων μαστός προδιαθέτει σε φλεγμονή που καλείται μαστίτις . Κατά την μαστίτιδα παρουσιάζεται επώδυνη διόγκωση του πάσχοντος μαστού με τοπική ερυθρότητα και οίδημα ενώ εγκαθίσταται υψηλός πυρετός με ρίγος. Στην μαστίτιδα το γάλα γίνεται σηπτικό και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος με την συνεχιζόμενη έκκριση του γάλακτος που δεν απεκκρίνεται λόγω άλγους και οιδήματος με συνέπεια την προοδευτική επιδείνωση.

Η κατάσταση αυτή προδιαθέτει στην εγκατάσταση μικροβίων που θα

μεταβάλλει την απλή συμφόρηση σε μαστίτιδα, για τον λόγο αυτό θα πρέπει α) να προσεχθεί η μαστική λοίμωξη με την καθημερινή περιποίηση που θα προλάβει την είσοδο μικροβίων από τους γάλακτοφόρους πόρους στον μαζικό αδένα. β) να γίνεται συστηματική κένωση των μαστών μέχρι να επέλθει η ισοροπία της παραγωγής γάλακτος και της θηλαζόμενης ποσότητας από το νεογνό για να προληφθεί ο φαύλος κύκλος.

Όταν όμως εγκατασταθεί η πλήρη εικόνα της μαστίτιδας τότε ο γιατρός θα χορηγήσει αντιβιοτικά ενώ το κυριότερο μέλημα όλων είναι να σπάσει ο φαύλος κύκλος με την κάθε τρόπο εκκένωση του μαστού πριν αυτό γίνει αδύνατον χωρίς την χρησιμοποίησής μαχαιριδίου (διάνοιξη αποστήματος) Στην μαστίτιδα εφαρμόζονται ψυχρά επιθέματα, ενώ στην γαλακτική υπερφόρτωση τοποθετούνται θερμοφόρες που έχουν σαν σκοπό την ρευστοποίηση του παχύρευστου γάλακτος για να διευκολυνθεί η έκκριση του με την έκθλιψη.

Αν η θεραπεία της μαστικής υπερφόδρωσης δεν καταφέρει να περιορίσει την μαστίτιδα στην αρχική της λοίμωξη, τότε θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο απογαλακτισμός που θα αναστείλει οριστικά την έκκριση γάλακτος.

Ο απογαλακτισμός γίνεται με χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων ή ανδρογόνων που δρουν αναστέλοντας την γαλακτοτρόπον ορμόνη αν και σήμερα υπάρχει ειδική ουσία που δρά αντισταθμιστικά στην γαλακτοτρόπο απευθείας, η βρωμοκρυπτίνη. Κατά τον απογαλακτισμό γίνεται σφικτή περίδεση των μαστών και περιορίζεται η λήψη υγρών. Στο σημείο αυτό περιορίζεται η θεραπεία της μαστίτιδος διότι και υποχωρούν οι περισσότερες περιπτώσεις, σπανιότερα όμως δεν καθίσταται δυνατή η έξοδος του σηπτικού πύου και σχηματίζεται απόστημα που απαιτεί χειρουργική διάνοιξη.

Η διάνοιξη του αποστήματος γίνεται ακτινοειδώς για να προσ-

τατευθούν οι γαλακτοφόροι πόροι, στην κοιλότητα τοποθετούνται γάζες για την παροχέτευση του πύου και του γάλακτος και αφήνεται η αυτόματη επούλωση.

Η διάνοιξη του μαστικού αποστήματος πρέπει να γίνει μακριά από τις αίθουσες τοκετών και του χειρουργείου και κατά προτίμηση το προσωπικό που ασχολείται με την περιποίηση του μαστικού αποστήματος δεν πρέπει να συμμετέχει σε άλλες εργασίες του τμήματος που απαιτούν αυστηρή ασηψία.

Για να προληφθεί η μαστίτιδα πρέπει η λεχωίδα αν χρησιμοποιεί ασπίδες ή τεχνητές θηλές θα πρέπει να βράζονται σχολαστικά όπως και τα θήλαστρα.

Ακόμα για να αποφευχθεί αυτή η λοίμωξη πρέπει κατά την πορεία ακόμη της κύησης οι μαστοί να φροντίζονται με καθημερινό πλύσιμο, από τον 6<sup>ο</sup> μήνα θα πρέπει η κυοφορούσα να επαλήφει καθημερινά τους μαστούς της με αιθυλική αλκοόλη που έχει σαν σκοπό την σκλήρυνση της θήλης για να την προστατεύσει από τις κακοποιήσεις του νεογνού κατά τον θηλασμό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις αμέσως μετά τον τοκετό γίνεται απογαλακτισμός στην λεχωίδα, πριν ακόμη εγκατασταθεί η γαλακτοφορία όπως σε περιπτώσεις νεκρού εμβρύου, ανοικτής πνευμονικής φυματίωσης, βαρειάς καρδιοπάθειας, συφυλίδος, προώρου νεογνού, νεογνού που μακρά της μητέρας του αν υπάρχει λυκόστομα ή λαγόχειλος που εμποδίζει τον θηλασμό, σε περιπτώσεις εσοχής των θηλών, σε μαστίτιδα, και γενικά όπου θα το διατάξει ο παιδίατρος, ή γιατρός άλλης ειδικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ  
ΠΡΩΤΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Αυτή περιλαμβάνει τα κάτωθι :

Την παρακολούθηση της γενικής κατά-  
στασής της λεχωΐδας

Μετά την Κ.Τ τόσο η πίεση όσο και οι σφύξεις επηρεάζονται λόγω της χειρουργικής επέμβασης . Η πίεση είναι δυνατό να παρουσιάσει πτώση, ιδιαίτερα σε μεγάλη αιμορραγία γιαυτό θα πρέπει να ελέγχεται. Είναι δυνατό να έχουμε άνοδο της θερμοκρασίας που οφείλεται στην εγκατάσταση έκκρισης του γάλακτος ή στην κατακράτηση λοχειών στη μήτρα.

Εάν η θερμοκρασία υπερβεί τους  $38^{\circ}\text{C}$ , πρέπει να ελεγχθεί με προσοχή η εκδοχή λοίμωξης, η οποία προέρχεται από τους μαστούς ή το ενδομήτριο, και επιβάλλεται να καταπολεμηθεί άμεσα με αντιβιοτικά.

Την παρακολούθηση της παλινδρομής της μήτρας.

Παλινδρόμηση είναι η επαναφορά της μήτρας στο φυσιολογικό μέγεθος αυτής. Αυτή επιτυγχάνεται αυτόματα για των λεγόμενων συστατικών συστολών της μήτρας, και σε χρονικό διάστημα περίπου 6 εβδομάδων δηλαδή 40 ημέρες.

Καθημερινά γίνεται έλεγχος της παλινδρόμησης της μήτρας για αποβολή των κατακρατούμενων λοχειών.

Σε περίπτωση που έχουμε ανεπαρκείς συστολές δυσχεραίνεται η αποβολή λοχειών με αποτέλεσμα την κατακράτηση τους. Για αυτό τις πρώτες μέρες της λοχείας είναι απαραίτητη η χορήγηση μητροσταλτι-

κών σκευασμάτων.

Λόχεια : Είναι οι απεικρίσεις οι οποίες αποβάλλονται από το γεννητικό σύστημα κατά τις πρώτες 8 ως 12 ημέρες της λοχείας. Αυτές περιέχουν ίνες και τεμάχια φθατρού υμένα και είναι αλκαλικής αντιδράσεως. Κατά τις πρώτες μέρες της λοχείας είναι αιματηρά κατόπιν γίνονται αρραιματηρά και τέλος ορώδη. Η αδελφή παρακολουθεί το χρώμα, τη σύσταση, το ποσό και την οσμή αυτών. Σε δυσοσμία των λοχείων, η αδελφή πρέπει να σκεφτεί ότι πρόκειται περί μόλυνσεως και να το αναφέρει στον γιατρό.

#### Τ η ν κ έ ν ω σ η τ ο υ ε ν τ έ ρ ο υ

Κατά τις πρώτες μέρες παρουσιάζει το έντερο μια ατονία και μετεωρισμό λόγω της νάρκωσης, της συνεχούς κατακλίσεως της λεχωΐδας και της αδράνειας του εντέρου από τους τόσους μήνες ασκούμενη πίεση σ' αυτό από την εγκύμονο μήτρα. Για τον λόγο αυτό γίνεται υποκλυσμός κατά την τρίτη ημέρα. Τα υπακτικά και καθαρτικά φάρμακα απαγορεύονται γιατί επιδροούν δυσμενώς στην γαλουχία.

#### Τ η ν α τ ο μ ι κ ή υ γ ι ε ι ν ή κ α ι γ υ μ ν α σ τ ι κ ή

Εκτός από τις γνωστές φροντίδες που επιβάλλει η ατομική υγιεινή, ιδιαίτερη σημασία έχει και η καθαριότητα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και μαστών.

Με την γυμναστική τέλος επιδιώκουμε και επιτυγχάνουμε την επαναφορά του μυϊκού τόνου, κυρίως των μυών των κοιλιακών τοιχωμάτων οι οποίες όπως είναι γνωστό έχουν υποστεί χαλάρωση λόγω της κήσεως.

Τ η ν δ ι α τ ρ ο φ ή τ η ς λ ε χ ω ῖ δ ο ς :

Η διαπηκτική αγωγή δεν παρουσιάζει τίποτε το ενδιαφέρον. Την πρώτη ημέρα η διαίτα είναι ελαφρά ύστερα προχωρεί προοδευτικά σε ελεύθερη.

Γενικά η ομαλή διατροφή είναι αρκετή και δεν χρειάζεται υπερσιτισμός. Η επικρατούσα άποψη στα λαϊκά κυρίως στρώματα ότι η λεχωΐδα έχει ανάγκη αφθονότερης τροφής είναι τελείως εσφαλμένη. Μερικές γυναίκες απαλλαγμένες από τους διαιτητικούς περιορισμούς της κύησης επιδουκνείουν βουλιμία, στην οποία συντελεί ίσως και η ευφορία της μητρότητας.

Ο φραγμός σ' αυτό είναι απαραίτητος προς αποφυγή της παχυσαρκίας (η οποία όχι σπανίως εγκαθίσταται μετά τον τοκετό) ή τουλάχιστον στην αύξηση του βάρους.

Δεν Υπάρχει ανάγκη χορήγησης φαρμάκων κατά την λοχεία εκτός της χορήγησης βιταμινών της ομάδας Β, βιταμίνες C, και σιδήρου. Κι αυτό επειδή μεγάλο μέρος των βιταμινών από την μητέρα διοχετεύονται διαμέσου του γάλακτος στο νεογέννητο.

Ε γ ε ρ σ η τ η ς λ ε χ ω ῖ δ α ς α π ό τ η ν κ λ ί ν η

Η πρόιμη έγερση της λεχωΐδας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία διαφόρων συστημάτων (κυκλοφοριό, πεπτιό, ουροποιητιό). Τα πλεονεκτήματα αυτά είναι πολλά. Τονώνεται η κυκλοφορία και αποφεύγεται η φλεβική στάση. Περιορίζεται ο κίνδυνος της θρομβοφλεβίτιδας ο οποίος πάντοτε απειλεί την λεχωΐδα. Υποβοηθείται η λειτουργία του εντέρου και της κύστεως. Η παλινδρόμηση της μήτρας δειξάγεται καλύτερα και υποβοηθείται η αποκατάσταση της τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων. Επίσης παρεμποδί-

ζεται η κάμψη της μήτρας και αποφεύγεται ο κίνδυνος των μελοντικών προπτώσεων της.

#### Ρύθμιση του επισκεπτηρίου

Στο πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνεται και η ρύθμιση του επισκεπτηρίου. Η λεχωΐδα πρέπει να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με άτομα που παρουσιάζουν διάφορες λοιμώξεις, όπως δερματίτιδες, ρινοφαρυγγίτιδες και ιδιαίτερα την εποχή των επιδημιών. Απαγορεύεται κατηγορηματικά η επίσκεψη μικρών παιδιών.

#### Εξοδος της λεχωΐδας από το νοσοκομείο.

Την 6<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας αφαιρούνται τα ράμματα από τον γιατρό και την όγδοη ημέρα η λεχωΐδα και το νεογνό εξάγονται από το νοσοκομείο, εφόσον η κατάσταση τους είναι καλή. Δηλαδή δεν παρουσιάζουν κανένα παθολογικό πρόβλημα που καθιστά την παραμονή τους στο μαιευτήριο αναγκαία. Πριν την έξοδο της λεχωΐδας από το νοσοκομείο της γίνεται ξανά από την νοσηλεύτρια σχολαστική διδασκαλία για τον θηλασμό η οποία αναφέρεται τόσο στα γεύματα του νεογνού όσο και στην καθαριότητα της θηλής για την αποφυγή μολύνσεων.

Επίσης η λεχωΐδα λαμβάνει οδηγίες ως προς την γενική καθαριότητα του σώματος της και ιδιαίτερα της περιοχής της τομής.

Επίσης της τονίζει ότι οι γεννητήσιες σχέσεις θα επαναληφθούν μόνο μετά το πέρασμα 45 ημερών γιατί τα λόχεια θα έχουν διακοπεί πλήρως, τα γεννητικά όργανα θα έχουν επανέλθει στο φυσιολογικό και η γυναίκα θα έχει ψυχική ηρεμήσει από όλη την ταλαιπωρία του τοκετού.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

### ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ( ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ )

Α. Η επίτοκος Π.Α. εισήλθε στην Μαιευτική κλινική του ΑΓΝΒ στη 18|10|90 και ώρα 8.00π.μ. , λόγω μέτριων ωδινών και με άρρηκτο θυλάκιο. Ο Μαιευτήρας που την εξέτασε αποφάσισε την ειτέ- ληση Κ.Τ. λόγω παρατάσεως πρώτου σταδίου τοκετού και δυσαναλογία προβολής (προσωπική ).

Η κλινική εξέταση της από Μαιευτήρα και Αναισθησιόλογο έδει- ξε τα ακόλουθα: Η επίτοκος ήταν έγγαμος πρωτότοκος, ετών 23 με μέτριο ύψος και κανονικό βάρος. Τ.Ε.Ρ. είχε στις 9|12|90. Η διά- ρκεια κύησης ήταν 40<sup>+</sup> εβδομάδες με ΠΗΤ στις 19|9 |90 Είχε αιμοροΐδες και η εξέταση της στοματικής της κοιλότητας έδει- ξε πως είχε σφραγισμένα δόντια

Το οικογενειακό της ιστορικό δεν έδειξε τίποτε το ενδιαφέρον. Οι εργαστηριακές αιματολογικές εξετάσεις ήταν φυσιολογικές και η φαρ- μακευτική της αγωγή δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα.

Προεγχειρητικά τα προβλήματα της επίτοικης ήταν τα εξής:

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>φόβος , ανησυχία, αγνωσία</p>	<p>Να εισαχθεί η επίτοκη στο χειρουργείο ήρεμη, χωρίς άγχος.</p>	<p>Τόνωση του ηθικού της επίτοκης. Χορήγηση ηρεμιστικού (STEDON TABL). Ενημέρωση για την επέμβαση</p>	<p>Η επίτοκη ενθαρρύνθηκε. Η ανησυχία της έφυγε. Απέκτησε εμπιστοσύνη στη Νοσηλεύτρια.</p>
<p>Προετοιμασία του εντερικού σωλήνα για την επέμβαση</p>	<p>Να απελευθερωθεί το έντερο από το περιεχόμενό του.</p>	<p>Κατάλληλη δίαιτα με όσο το δυνατό λιγότερα υπολείμματα. Εφαρμογή υποκλυσμού</p>	<p>Τα αποτελέσματα των υποκλύσεων ήταν θετικά και η προετοιμασία του εντέρου ολοκληρώθηκε.</p>
<p>Προετοιμασία της ουροδόχου κύστεως για την εγχείρηση</p> <p>Καθαριότητα του σώματος πριν την επέμβαση.</p>	<p>Να κενωθεί η ουροδόχος κύστη από τα ούρα.</p> <p>Για την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και αποφυγή μολύνσεων του δέρματος από το ακάθαρτο δέρμα.</p>	<p>Καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως με εφαρμογή καθετήρα FOLEY</p> <p>-Λουτρό της επίτοκης και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος</p>	<p>Τα αποτελέσματα του καθετηριασμού ήταν θετικά. Η ουροδόχος κύστη κενώθηκε από ούρα.</p> <p>Το σώμα της επίτοκης καθαρίστηκε ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε και αξιολογήθηκε η κατάσταση της.</p>

Μετά την εγχείρηση γεννήθηκε άρρεν αρτιμελές με γενική κατάσταση καλή .Το σωματικό του βάρος ήταν 3940GR.Το βάρος του πλακούντα ήταν 400CC.Ο ομφάλιος λώρος ήταν φυσιολογικός με 2 περιτυλίξεις κατά τον τοκετό. Μετεγχειρητικά η λεχωίδα παρουσιάζει άλλα προβλήματα και χρειάζεται αναπροσαρμογή του προγράμματος νοσηλείας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΛΕΧΩΪΔΑΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΣΤΟΛΟΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Ναυτία -έμετος</p> <p>Δίψα λόγω αφυδάτωσης</p>	<p>Να αποφευχθεί ο έμετος και να κατασταλεί η ναυτία</p> <p>Να αντιμετωπιστεί το δυσάρεστο αυτό αίσθημα.</p>	<p>Σύσταση να παίρνει βαθειές αναπνοές για την καταστολή της ναυτίας. Τοποθέτηση της κεφαλής στο πλάι, πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε εμετό, αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων και απομάκρυνση αυτών</p> <p>Εφύγραση του στόματος και των χειλέων με δροσερό νερό και PORT-COTTON</p> <p>Χορήγηση I.V. υγρών διαλυμάτων για να αντιμετωπιστεί η αφυδάτωση.</p>	<p>Οι έμετοι σταδιακά περιόριστηκαν μέχρι που σταμάτησαν εντελώς.</p> <p>Η συνεχής νοσηλευτική φροντίδα βοήθησε να ανακουφιστεί η λεχψίδα.</p>
<p>Διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών</p> <p>Ατονία του εντέρου-Μετεωρισμός.</p>	<p>Να αποκατασταθεί το ισοζύγιο ηλεκτρολυτών</p> <p>Να λειτουργήσει ξανά το έντερο και να ανακουφιστεί η λεχψίδα.</p>	<p>Χορήγηση I.V. υγρών διαλυμάτων (RINGER'S, DEXTROZE) για την αύξηση του Κ. και Να και την επαναφορά τους στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Εφαρμογή υποκλυσμού την τρίτη ημέρα.</p>	<p>Το ποσό τωνούρων ήταν 1400CC το 24ωρο. Βαθμιαία το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών αποκαταστάθηκε. Το ποσό των αποβαλομένων ήταν ίσο με το ποσό των προσλαμβανόμενων.</p> <p>Τα αποτελέσματα ήταν θετικά ο αποκλεισμός απέδωσε</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΛΕΧΟΪΔΑΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Ανάγκη αποβολής των κατακρατούμενων λοχείων της παλιδρόμησης της μήτρας	Να επανέλθει η μήτρα στο φυσιολογικό της μέγεθος και να αποφευχθεί η μόλυνση	Χορήγηση μητρoσυσταλτικών φαρμάκων. Καθημερινή παρακολούθηση του χρώματος, της συστάσεως, του ποσού και της οσμής των λοχείων.	Βαθμιαία η μήτρα επανέρχεται στο φυσιολογικό της μέγεθος και αποφεύγεται η μόλυνση.

Η γενική κατάσταση της λεχωΐδας και του νεογνού στις επόμενες ημέρες βελτιώθηκε σημαντικά. Καθημερινά γινόταν λήψη των ζωτικών της σημείων και παρακολουθούνταν τα λόχεια για τυχόν παρέκκλιση τους από το φυσιολογικό.

Η διατροφή της την πρώτη ημέρα ήταν ελαφρά ενώ στη συνέχεια αφέθηκε σε ελεύθερη. Την δεύτερη μέρα η αδελφή ενημέρωσε την λεχωΐδα σχετικά με την διατροφή του νεογνού και εφόσον δεν υπήρξε κάποιο παθολογικό πρόβλημα η μητέρα προτίμησε την φυσική διατροφή του βρέφους. Η αδελφή της δίδαξε την τεχνική του σωστού θηλαμού. Ιδιαίτερα της επεσήμανε την σπουδαιότητα της καθαριότητας για το σωστό και άνετο θηλασμό. Στη συνέχεια βοήθησε την μητέρα να θηλάσει το μωρό.

Την τρίτη ημέρα αφαιρέθηκε ο καθετήρας κύστεως και της έγινε καθαρτικός υποκλυσμός, για την ανακούφιση της λεχωΐδας και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του εντέρου. Επίσης την ίδια μέρα αφαιρέθηκε ορδος.

Την έκτη ημέρα αφαιρέθηκαν τα ράμματα και την όγδοη, εφόσον η κατάσταση τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού δεν παρουσίαζε κανένα παθολογικό πρόβλημα της δόθηκε εξιτήριο από το νοσοκομείο. Προηγουμένως η λεχωΐδα έλαβε οδηγίες για την καθαριότητα του τραύματος, για την περιποίηση του μωρού την διατροφή του καθώς και για την επανάληψη των γενετήσιων σχέσεων. Η επόμενη εξέταση της από τον γυναικολόγο ορίστηκε έπειτα από 40 ημέρες.

Β. Η πρωτότοκη Π.Κ. εισήχθη στην Μαιευτική κλινική του ΑΓΝΘ στις 20/10/90 με μέτριες ωδίνες ερρηγμένο θυλάκιο από δυωρίδας, και διαστολή 2 εκ..Η ηλικία κύησης ήταν 38 εβδομάδες. ΤΕΡ στις 26-1-90 και Π.ΗΤ στις 6-11-90 .Ήταν κανονικού βάρους και η κλινική της εξέταση από αναισθησιολόγο δεν παρουσίασε τίποτε ενδιαφέρον. Το οικογενειακό της ιστορικό επίσης δεν παρουσίαζε κάτι το ιδιαίτερο. Οι αιματολογικές εργαστηριακές εξετάσεις που της έγιναν ήταν φυσιολογικές. Η φαρμακευτική της αγωγή ήταν συνηθισμένη. Ο Μαιευτήρας που την εξέτασε αποφάσισε την εκτέλεση της ΚΤ λόγω έναρξης ωδινών σε ισχιακή προβολή.Το σχήμα ήταν κάθετο.Τα προβλήματα που παρουσίασε η επίτοκος προεγχειρητικά ήταν παρόμοια με εκείνα της πρώτης περίπτωσης.

Γεννήθηκε άρρεν σωματικού βάρους 3.500GR με λαγόχειλα.Ο ομφάλιος λώρος ήταν κανονικός, το ίδιο και ο πλακούντας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΛΕΧΩΪΔΑΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Πόνος του εγχειρητικού τραύματος.</p>	<p>Να μειωθεί ο πόνος και να ανακουφιστεί η λεχωίδα</p>	<p>Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, διδασκαλία για υποστήριξη του τραύματος όταν βήχει ή έχει τάση για έμετο. Χορήγηση παυσίπονων I.V.</p>	<p>Το αποτέλεσμα επιτεύχθηκε. Ο πόνος σταδιακά μειώθηκε μέχρι που εξαφανίστηκε.</p>
<p>Φόβος και ανησυχία της λεχωίδας επειδή το νεογνό παρουσιάζει συγγενή διαμαρτυρία (λαγόχειλο)</p>	<p>Να ηρεμήσει η μητέρα και να κατανοήσει ότι το μωρό της είναι φυσιολογικό.</p>	<p>Η αδελφή αναλαμβάνει να καθησυχάσει την μητέρα και να της αποβάλλει τα συναισθήματα φόβου και άγχους που την έχουν καταλάβει. Της εξηγεί πως το λαγόχειλο είναι μια συγγενής διαμαρτυρία και πως διορθώνεται με χειρουργική επέμβαση που θα γίνει μόλις η κατάσταση του νεογνού το επιτρέψει, γιατί το λαγόχειλο εμποδίζει την διατροφή του. Την συμβουλεύει να μην απομακρύνει το παιδί από τους οικείους οι οποίοι σιγά-σιγά θα το δεχτούν ως φυσιολογικό.</p>	<p>Τα αποτελέσματα ήταν θετικά. Η μητέρα ενθαρρύνθηκε ο φόβος και η ανησυχία εξαφανίστηκαν, Κατανόησε πως το παιδί της ήταν φυσιολογικό.</p>



Τα υπόλοιπα μετεγχειρητικά προβλήματα που αντιμετώπισε η λεχωΐδα ήταν παρόμοια με εκείνα της Α' περίπτωσης και είχαν την ίδια νοσηλευτική αντιμετώπιση. Η λεχωΐδα δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα της υπόλοιπες ημέρες. Η πορεία της μετεγχειρητικής καταστάσεως της ήταν σταθερή. Πήρε εξητήριο από το Μαιευτήριο την 8<sup>η</sup> ημέρα αφού της δόθηκαν οδηγίες για την καθαριότητα του τραύματος την περιποίηση του μωρού και την διατροφή του. Επειδή το νεογνό έχει λαγόχειλο δεν επιτρέπεται ο θηλασμός. Γιαυτό θα τραφεί τεχνικά. Ο παιδίατρος της όρισε το είδος της διατροφής και την δοσολογία αυτής.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε πως η ευαισθησία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και του οικογενειακού περιβάλλοντος της επιτόκιου για την ποιότητα της περιγενετικής έκβασης, έχουν σαν αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση της στάσης και θέσης του υπεύθυνου Μαιευτήρα, για την επιλογή της μεθόδου διεξαγωγής του τοκετού. Με τα σημερινά δεδομένα δεν αρνεί ένα απλώς και μόνο καλό περιγεννητικό αποτέλεσμα αλλά το αριστο δυνατό.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού είναι απαραίτητη η εξατομίκευση της κάθε περίπτωσης ώστε να διασφαλιστεί μια υψηλού βαθμού αποδεκτή μείωση. Η διαδικασία αυτή προάγει την ορθή κρίση, και περιορίζει την συστηματική κατάχρηση από την εφαρμογή δογματικών κανόνων. Με την έννοια αυτή ορισμένες καταστάσεις που αποτελούν ένδειξη διεκπεραίωσης τοκετού με Κ.Τ. για συγκεκριμένες περιπτώσεις, είναι δυνατό να μην ισχύουν για άλλες, αφού σχεδόν πάντα αποτελούν ένα μέρος μόνο του συνολικού προβλήματος που είναι απαραίτητο να συνεκτιμάται. Με τα δεδομένα αυτά και τους κινδύνους τους οποίους εμπεκλείει η εκτέλεση της Κ.Τ για το έμβρυο και την μητέρα, η μέθοδος αυτή της είναι απαραίτητο να θεωρείται ως μια ασφαλιστική δεικνείδα για την επίλυση προβλημάτων και σε καμιά περίπτωση σαν μέθοδος που εφαρμόζεται με ελαστικές εξωϊατρικές ενδείξεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΒΟΥΡΝΕ Α. W. & HOLMES J, M " Μ α ι ε υ τ ι κ ή " (Μετάφραση Κα-  
ρολίνας Γκρός ) έκδοση 3<sup>η</sup>, εκδόσεις : Επιστημονική βιβλιο-  
θήκη , Αθήνα 1966.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ.Ε. " Β α σ ι κ ή Μ α ι ε υ τ ι κ ή Π ε ρ ι γ ε ν -  
ν ε τ ι κ ή Ι α τ ρ ι κ ή κ α ι Γ υ ν α ι κ ο λ ο γ ί α "   
Έκδοση 1<sup>η</sup> , Τόμος 1<sup>ος</sup> , Ιατρικές εκδόσεις: Δ,Γιαννακόπουλος,  
Αθήνα 1984.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ.Ε. " Β α σ ι κ ή Μ α ι ε υ τ ι κ ή Π ε ρ ι γ ε ν -  
ν ε τ ι κ ή Ι α τ ρ ι κ ή κ α ι Γ υ ν α ι κ ο λ ο γ ί α "   
Έκδοση 1<sup>η</sup> , Τόμος 2<sup>ος</sup> , Ιατρικές εκδόσεις Δ.Γιαννακόπουλος  
Αθήνα 1988
- ΛΟΥΡΟΣ Κ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ " Μ α ι ε υ τ ι κ ή " Εκδόσεις: Ελληνική εκ-  
δοτική εταιρία " Αθήνα 1984
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. " Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή Γ ε -  
ν ι κ ή - Π α θ ο λ ο γ ι κ ή - Χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή " έκ-  
δοση 9<sup>η</sup> , Τόμος 1<sup>ος</sup> , εκδόσεις " Η Τάβιθα", Αθήνα 1987
- ΜΑΝΤΕΛΑΝΑΚΗΣ Ι. ΣΕΡΓΙΟΣ " Σ ύ ν ο ψ η Μ α ι ε υ τ ι κ ή ς κ α ι  
Γ υ ν α ι κ ο λ ο γ ί α ς " Εκδόσεις : Παρισσιανός , Αθήνα  
1985
- ΠΟΥΓΚΟΥΡΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ " Μ α ι ε υ τ ι κ ή Γ υ ν α ι κ ο λ ο -  
γ ί α " εκδόσεις ΟΕΔΒ, Αθήνα 1986

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	II
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	III
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	IV

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

<b>ΑΝΑΤΟΜΙΑ</b>	<b>1</b>
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	5
ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	15
ΝΕΥΡΩΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	17
ΠΥΕΛΟΣ	17
<b>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>23</b>
Ο ΠΛΑΚΟΥΣ	28
Ο ΟΜΦΑΛΙΟΣ ΛΩΡΟΣ	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΙΣΤΟΡΙΑ Κ.Τ.	33
ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΣΗ ΤΗΣ Κ.Τ.	34
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	35
ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	40
ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	40
ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ Κ.Τ	41
ΤΕΧΝΙΚΕΣ	41
ΧΑΜΗΛΗ ΕΓΚΑΡΣΙΑ Κ.Τ.	43
ΧΑΜΗΛΗ ΚΑΘΕΤΗ Κ.Τ.	46
ΕΣΩΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ Κ.Τ.	52
Κ.Τ.ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	53
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΟΛΙΚΗ Η ΥΦΟΛΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	53

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ Κ.Τ.	55
ΚΙΝΔΥΝΟΙ	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	58
Α.ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	58
Β.ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ "	63
Γ. ΤΕΛΙΚΗ " "	64
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ <sup>Α</sup> ΦΡΟΝΤΙΔΑ	71
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	72
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ	93
" ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	93
ΚΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	94
ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	94
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΛΕΧΩΙΔΑΣ	95
ΕΓΕΡΣΗ ΤΗΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΗ	95
ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟΥ	96
ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ)	
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'	97
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	98
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'	103

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

- ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	104
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	107
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	108

