

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θ Ε Μ Α

"ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ"

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Κα Μπατσολόζη

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Τζακώστα Κωνσταντίνα

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής.

ΠΑΤΡΑ, 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

964

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ

Ευχαριστώ θερμά την καθηγήτριά μου κα ΜΠΑΤΖΟΛΑΚΗ για την πολύτιμη βοήθειά της στη γραφή και παράδοση της πτυχιακής μου εργασίας για την εξασφάλιση του πτυχίου της Νοσηλευτικής Σχολής των Τ.Ε.Ι.

Ευχαριστώ θερμά

Αφιερωμένη η εργασία μου
στο ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελ.

Πρόλογος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Α. Ανατομία του γεννητικού συστήματος του θήλεως 1

Β. Ανατομία της γυναικείας λεκάνης 6

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Α. Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος του θήλεως 10

Β. Πλακούντας 14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Ενδείξεις καισαρικής τομής 18

Είδη καισαρικής τομής 21

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των δυο μεθόδων 22

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Α. Γενικοί παράμετροι 25

Β. Τεχνική της κλασικής καισαρικής τομής (κάθετη) 29

Γ. Τεχνική της χαμηλής εγκάρσιας καισαρικής τομής 30

Καισαρική τομή - διάταξη χειρουργείου 31

Μαιευτικές εγχειρήσεις 31

Εκλογή τομής 32

Αντενδείξεις 34

Επιπλοκές 35

Προηγηθείσα καισαρική τομή 39

Καισαρική υστεροτομή 39

Μεταθανάτια καισαρική τομή 40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα εγκύου

η οποία θα επιβληθεί στη διαδικασία της καισαρικής τομής . 41

Προετοιμασία κλίνης - θαλάμου - περιβάλλοντος 47

Νάρκωση κατά την καισαρική τομή 48

Μετεγχειρητικές επιπλοκές 51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

Μετεγχειρητική φροντίδα λεχωίδος 52

Νοσηλευτική φροντίδα - αγωγή κατά τη λοχεία 54

Περίοδος λοχείας 55

Μικρή παθολογία της λοχείας 56

Διαιτητική αγωγή 58

Μετεγχειρητική φροντίδα νεογνού 60

Ενημέρωση λεχωίδας κατά την έξοδό της

από τη Μαιευτική κλινική 61

Η σημερινή θέση της καισαρικής τομής 63

Πίνακας 64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Περιστατικά 66

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 73

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 75

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σε τούτη την εργασία γίνεται μια προσπάθεια να καλυφθεί, σε νοσηλευτικά πάντα πλαίσια, το κεφάλαιο που λέγεται "καισαρική τομή".

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία δεν θεωρούνται πια, όπως άλλοτε, απλές λειτουργικές φάσεις της γεννητικής ζωής της γυναίκας. Είναι καταστάσεις συγκροτούμενες από πολλά επί μέρους οργανικά γεγονότα, με προϊστορία στο οικογενειακό παρελθόν και προέκταση στο μέλλον γονέων και απογόνων, με διάρθρωση όχι ομοιόμορφη σε όλες τις περιπτώσεις, με πορεία όχι χωρίς απροσδόκητα, με τελική έκβαση σχεδόν απροσδιόριστη εκ των προτέρων στις περισσότερες περιπτώσεις και με εμπλοκές και συνέπειες που ξεπερνούν τα όρια της Ιατρικής: οικονομικές, ηθικές, κοινωνικές. Και οι απόψεις μας πάνω στις λεπτομέρειες των καταστάσεων αυτών αλλάζουν διαρκώς, καθώς συντελείται γοργά η πρόοδος, όχι μόνο στην Ιατρική και Νοσηλευτική αλλά σ' όλη την έκταση των γνώσεων του ανθρώπου..

Είναι αναμφισβήτητο ότι η στατιστική της μαιευτικής νοσηρότητας και θνησιμότητας βελτιώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια και λόγω των νέων ανακαλύψεων και λόγω της συστηματικής και ορθολογικότερης εργασίας και των τεχνικών δυνατοτήτων που πραγματοποιήθηκαν και πραγματοποιούνται στα μεγάλα ειδικά κέντρα. Η επίτοκος, η λεχωίδα και το νεογέννητο χρειάζονται, εκτός της επιστημονικής, και ψυχική συμπαράσταση, κατανόηση, με μια λέξη: ανθρωπισμό. Η μητρότητα είναι η πιο βαθειά οργανική σκοπιμότητα και το αποκορύφωμα της βιοψυχικής πληρότητας της γυναικείας ύπαρξης. Και όσο είναι μεγάλη η αποστολή του

επιστήμονα που θα επικουρήσει με τις τεχνικές του γνώσεις την πραγματοποίηση της μητρότητας, άλλο τόσο σημαντική είναι και η ψυχική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο "γιατρό", στη νοσηλεύτρια και στη γυναίκα την ώρα της συντελέσεως της δημιουργίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Η καισαρική τομή επιτρέπει τον τεχνητό τοκετό μέσα από χειρουργική διάνοιξη της μήτρας. Έχουμε άνοιγμα των κοιλιακών τοιχωμάτων και της πρόσθιας επιφάνειας του τοιχώματος της μήτρας. Ο όρος "cesareo" σημαίνει κόβω, τέμνω, το οποίο μοιάζει με τη λέξη "Καίσαρ".

Η ονομασία δόθηκε, ανεξάρτητα αν είναι αληθινή ή όχι η παράδοση ότι μ' αυτόν τον τρόπο γεννήθηκε ο Ιούλιος Καίσαρας, πράγμα το οποίο δεν είναι ιστορικά εξακριβωμένο. Η πρωταρχική ιδέα της καισαρικής τομής οφείλεται στους αρχαίους Έλληνες και πρωτοεμφανίσθηκε στην ελληνική μυθολογία. Ο Διόνυσος γεννήθηκε μετά το θάνατο της Σεμέλης, με καισαρική τομή που την εκτέλεσε ο Ερμής μετά από διαταγή του Δία.

Αναφέρεται πως η πρώτη καισαρική τομή σε ζωντανή έγκυο γυναίκα πραγματοποιήθηκε από το Γερμανό ευνουχιστή χοίρων Jacob Muter στη γυναίκα του το 1500 μ.Χ. και πως η γυναίκα του έζησε και απέκτησε κι άλλα παιδιά με φυσιολογικό τοκετό. Το γεγονός θεωρείται απίστευτο αν σκεφτεί κανείς πως την εποχή εκείνη η συρραφή του τραύματος της μήτρας ήταν άγνωστη. Η πρώτη φορά σε επιστημονικό σύγγραμμα πάνω στην καισαρική τομή έγινε το 1581 από τον Rousset. Αργότερα, το 1668, ο Mauniceau αναφέρει την επέμβαση σε κλασικό σύγγραμμά του.

Μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα η θνησιμότητα από την εκτέλεση της καισαρικής τομής ήταν μεγάλη. Το 1865 αναφέρεται πως έφτανε το 85%. Από το 1882 που πρώτος ο Sanger πρότεινε τη συρραφή της μήτρας, η θνησιμότητα ελαττώθηκε. Μέχρι τότε πίστευαν πως οι ραφές της μήτρας δεν ωφελούσαν αλλά έβλαπταν.

Μετά την ελάττωση της θνησιμότητας με τη συρραφή της μήτρας κατέβαλαν προσπάθειες να την ελαττώσουν ακόμα περισσότερο, περιορίζοντας την εκδήλωση περιτονίτιδας που ακολουθούσε την επέμβαση. Έτσι ο Ρογο σύστησε την εκτέλεση υφολικής υστεροτομίας με την έξοδο του εμβρύου και τη μαρσιποποίηση του κολοβώματος του τραχήλου.

Το 1907 περιγράφηκε για πρώτη φορά η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή από το Frank, και το 1912 ο Kronig υποστήριξε πως η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή έχει αξία όχι τόσο γιατί αποφεύγεται η περιτονίτιδα, αλλά γιατί η τομή γίνεται χαμηλά στη μήτρα και το τραύμα σκεπάζεται με την κυστεομητρική πτυχή. Με μικρή τροποποίηση, αυτή η τεχνική της χαμηλής καισαρικής τομής καθιερώθηκε από τον De Lee το 1922.

Το 1926 ο Kerr πρότεινε την εκτέλεση εγκάρσιας τομής της μήτρας αντί κάθετης, άποψη που γίνεται δεκτή ως σήμερα. Έτσι, στην εποχή μας, η κάθετη τομή στο σώμα της μήτρας, δηλαδή η κλασική καισαρική τομή, δεν εκτελείται πλέον και αντί γι' αυτή επικράτησε η εκτέλεση της χαμηλής εγκάρσιας τομής και σπάνια της κάθετης.

Η πρώτη καισαρική τομή στην Ελλάδα έγινε το 1893 στο θεραπευτήριο "Κυριακίδου" από το Χατζηγιάννη. Η γυναίκα πέθανε και το έμβρυο σώθηκε.

Συχνότητα

Η καισαρική τομή αποτελεί την περισσότερο συχνή μαιευτική επέμβαση. Στις μέρες μας η εκτέλεση είναι εύκολη, γιατί βελτιώθηκαν η τεχνική της και οι συνθήκες γενικά αναισθησίας, έγινε ευκολότερη η χορήγηση αίματος και ελαττώθηκε πολύ η νοσηρότητα με τη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.

Η συχνότητά της υπολογίζεται πως φτάνει το 10% όλων των τοκετών. Μέσα σ' αυτό το ποσοστό ανήκουν και οι καισαρικές τομές που εκτελούνται γιατί προηγήθηκε καισαρική τομή. Η εκτέλεση της επέμβασης είναι 9 φορές συχνότερη στην πρωτότοκο σε σύγκριση με την πολύτοκο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α

Α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΗΛΕΩΣ

Διακρίνεται σε έξω γεννητικά όργανα και σε έσω γεννητικά όργανα. Οριο μεταξύ των δύο είναι ο παρθενικός υμνήν. Τα έξω γεννητικά όργανα αποτελούνται από 1) τα μεγάλα χείλη, που είναι πτυχές του δέρματος, 2) τα μικρά χείλη, 3) την κλειτορίδα, αποτελούμενη από στυτικό ιστό, 4) τον πρόδρομο του κολεού, με έδαφος τον παρθενικό υμένα, εντός του προδρόμου εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των βαρθολίνειων αδένων που βρίσκονται στη βάση των μεγάλων χειλέων, κάτωθεν της κλειτορίδας υπάρχει το έξω στόμιο της ουρήθρας, 5) το εφηβαίο, του οποίου η εμφάνιση της τριχώσεως αποτελεί σημείο εμφάνισης της ήβης, 6) ο παρθενικός υμνήν, με ιατροδικαστικό κυρίως ενδιαφέρον.

Τα έσω γεννητικά όργανα αποτελούνται από: α) Τον κόλπο. Η υφή του κόλπου παρουσιάζει ενδιαφέρον για μεν την ενδοκρινολογική γυναικολογία από πλευράς του πολυστίβου πλακώδους επιθηλίου αυτού (γνωστό εκ της γυναικολογίας), δια δε τη Μαιευτική από πλευράς του ινοελαστικού χιτώνας αυτού, που επιτρέπει τη διαστολή του κόλπου κατά την έξοδο του εμβρύου. Ο κόλπος στο άνω μέρος αναδιπλούται επί του τραχήλου της μήτρας, υποδεχόμενος αυτόν μέσα στον κόλπο.

Σχέσεις: Προς τα εμπρός έρχεται σε επαφή με την ουροδόχο κύστη, που σε περιπτώσεις χαλάρωσης προπίπτει εντός του κόλπου, σχηματίζοντας την κυστεοκήλη. Προς τα πίσω έρχεται σε επαφή με το ορθό, που σε χαλαρώσεις προπίπτει εντός του κόλπου σχηματίζοντας την ορθοκήλη. Προς τα πλάγια υπάρχουν δυο κολπικοί σύνδεσμοι, που συγκρατούν τον κόλπο προς το πυελικό τοίχωμα.

B) Μήτρα, που σε διατομή αποτελείται από τρεις στιβάδες, εκ των έσω προς τα έξω: 1) βλεννογόνος ή ενδομήτριο, 2) μυομήτριο, αποτελούμενο από λείες μυικές ίνες που συσπόμενες κατά τον τοκετό προκαλούν τη διαστολή του τραχήλου, 3) τον ορογόνο, που αποτελεί ανάκαμψη του περοτόναιου επί της μήτρας.

Στηρίγματα: Η μήτρα αποτελεί κινητό όργανο, που μπορεί να παρουσιάζει κλίσεις, κάμψεις, παρεκκλίσεις. Οι κλίσεις και οι κάμψεις γίνονται προς τα εμπρός ή πίσω, ενώ οι παρεκκλίσεις προς τα πλάγια.

Η μήτρα στηρίζεται προς τα εμπρός δια ζεύγους στρογγύλων συνδέσμων, που εξορμώνται από τα κέρατα, εισέρχονται εντός των βουβωνικών πόρων και καταφύονται στα ηβικά φύματα. Προς τα πίσω στηρίζεται δια ζεύγους ιερομητρικών συνδέσμων, που εξορμώνται από την οπίσθια επιφάνεια του τραχήλου και καταφύονται στο ιερό οστό. Μεγάλη είναι η συμβολή του στην εμπέδωση του εμβρύου, καθώς και την έξοδό του κατά τον τοκετό. Προς τα πλάγια στηρίζεται δια των πλατειών συνδέσμων, που αποτελούν ανακάμψεις του περιτοναίου επί των σαλπίνγων και των στρογγύλων συνδέσμων.

Εκτός αυτών υπάρχουν και οι πλάγιοι τραχηλικοί σύνδεσμοι, που έχουν σημασία στη γυναικολογική χειρουργική.

Μακροσκοπικά η μήτρα διακρίνεται: σε 1) τράχηλο και 2) σώμα της μήτρας.

Ο τραχήλος αποτελεί σκληρό ινώδη δακτύλιο με αυλό, αποφράσσεται από την τραχηλική βλέννη στη σύνδεση της οποίας κύριο λόγο έχουν οι βλεννοπολυσακχαρίτες. Διακρίνουμε έσω και έξω τραχηλικό στόμιο, καθώς και ενδοτράχηλο.

Το σώμα έχει τη μητρική κοιλότητα, που προς τα κάτω συνεχίζει δια του έσω τραχηλικού στομίου με τον ενδοτράχηλο προς τα άνω συνεχίζει δια των κεράτων με τους αυλούς των σαλπίνγων.

Διαστάσεις μητρικής κοιλότητας: Μήκος 6 cm, πλάτος 4-45, cm.

Αγγεία: Η μήτρα τρέφεται από τις μητραίες αρτηρίες και φλέβες, ανά μια εκατέρωθεν, που αποτελούν κλάδους της έσω λαγονίου αρτηρίας.

γ) Σάλπιγγες: Αποτελούν σωληνώδη όργανα, μήκους 6 εκατ., που φέρουν τόσο το σπέρμα προς την ωθήκη όσο και το γονιμοποιηθέν ωάριο προς τη μήτρα. Απολήγουν προς την ωθήκη στον κώδικα, το ελεύθερο χείλος του οποίου έχει κροσσούς δια των οποίων παραλαμβάνεται το ωάριο. Ο βλεννογόνος της σάλπιγγας αποτελείται από μονόστοιχο κροσσωτό επιθήλιο.

δ) Ωθήκες: Βρίσκονται στην πίσω επιφάνεια του πλατέους συνδέσμου και προς το πυελικό τοίχωμα. Στηρίζονται δια 1) ωθηκικού συνδέσμου, εντός του οποίου πορεύεται η ωθηκική αρτηρία και 2) δια του ιδίου συνδέσμου της ωθήκης προς το πλάγιο χείλος της μήτρας.

Αγγεία: Η ωθηκική αρτηρία μετά την ωθήκη πορεύεται κάτω από τη σάλπιγγα και αναστομούται με τη μητριά, που ανέρχεται στο πλάγιο χείλος της μήτρας. Η αναστόμωση αυτή καλείται μητροωθηκική αρτηρία. Η σάλπιγγα, η ωθήκη και ο πλατύς σύνδεσμος στη γυναικολογία φέρονται με το όνομα εξάρτημα.

Σχέσεις: Στο πλάγιο τοίχωμα της πυέλου εκ των άνω και πίσω προς τα κάτω και πρόσω, κάτω από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος και 1-2 εκ. κάτω από τη γωνία που σχηματίζει η μητριάια περνώντας από το πλάγιο τοίχωμα προς τη μήτρα, κατέρχεται ο ουρητήρας κάτω από το περιτόναιο.

Το περιτόναιο κατέρχεται στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, περιβάλλοντας την ουροδόχο κύστη.

Από την οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης μεταπίπτει στην πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και το πρόσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου, σχηματίζοντας μια πτυχή που λέγεται κυστεομητρική. Αφού καλύψει τη μήτρα κατά την οπίσθια επιφάνεια αυτής και το πίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου, μεταπίπτει στην πρόσθια επιφάνεια του ορθού, σχηματίζοντας τον ευθυμητρικό βόθρο ή χώρο του Douglas, γνωστό σαν οπίσθιο δουγλάσιο.

Ο ιστός και το λίπος στη βάση του πλατέος συνδέσμου δίπλα στη μήτρα φέρονται με το όνομα παραμήτριο στη γυναικολογία.

Στη Μαιευτική σημασία έχει το περίνεο, δηλαδή η ρομβοειδής χώρα που αντιστοιχεί στο κάτω στόμιο της ελάσσονος πυέλου. Το σύνολο των μαλακών μορίων που αποτελούν το περίνεο καλείται πυελικό έδαφος. Το οστικό πλαίσιο του περιίνεου είναι προς τα μπρος η ηβική καμάρα, προς τα πίσω ο κόκκυγας, προς τα πλάγια ο κάτω κλάδος του ηβικού οστού και του ισχιακού, το ισχιακό κύρτωμα και ο μείζων ισχιοϊερός σύνδεσμος.

Στο περίνεο έχουμε δυο μοίρες: πρόσθια ή ουρογεννητική, που διαπερνάται από την ουρήθρα και τον κόλπο και οπίσθια ή πρωκτική, που διαπερνάται από το απευθυσμένο. Λέγοντες ιδίως περίνεο εννοούμε την περιοχή από τον οπίσθιο άκρο του αιδοίου μέχρι το

πρόσθιο χείλος του πρωκτού, είναι δε 1,5 - 2,5 εκ. Οι μύες του περιναίου είναι διαταγμένοι σε τρεις στιβάδες εκ των έξω προς τα έσω: επιπλολής, μέση, άνω.

Η επιπολής στιβάδα έχει τον επιπολής εγκάρσιο μυ του περινέου, τον ισχιοσηραγγώδη, που καλύπτει το σύστοιχο σκέλος της κλειτορίδας, τον βολβοσηραγγώδη, που περιβάλλει το στόμιο του κόλπου από τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού που περιβάλλει το απευθυσμένο και συνέχεια προς το δέρμα και με τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού.

Η μέση στιβάδα αποτελεί τενοντομυώδες πέταλο, γνωστή σαν ουρογεννητικό τρίγωνο. Οι μύες του ουρογεννητικού τριγώνου είναι:

- α) Ο εν τω βάθει εγκάρσιος μυς του περινέου.
- β) Ο ουροθηροκολεϊκός και
- γ) ο ισχνοηβικός.

Η άνω στιβάδα αποτελείται κυρίως από τον ανεληκτήρα του πρωκτού, που αποτελεί κυρίως το διάγραμμα της πυέλου. Ομως αυτός αποτελείται από δυο ημιμόρια, που συνενούνται στη μέση γραμμή. Σε κάθε ημιμόριο διακρίνουμε 3 μοίρες: α) ηβοκοκυγική, β) ηβοενδυϊκή και γ) λαγονοκοκυγική.

Οι μύς του περιναίου αποτελούν το κάτω στήριγμα της πυέλου και εκτός των άλλων λειτουργιών, αφόδευση, στύση, κλειτορίδα, αποτελούν το στήριγμα του κόλπου, προβάλλοντας αντίσταση κατά τον τοκετό, με συνέπεια να είναι υπόλογοι τόσο για τις κακώσεις του περιναίου κατά τον τοκετό, όσο και για τις τοπογραφικές ανωμαλίες της μήτρας και του ορθού μετά τον τοκετό.

B. ANATOMIA ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΛΕΚΑΝΗΣ

Η πυέλος αποτελείται από τα 2 ανώνυμα οστά που διαθρούντια προς τα πίσω επί του ιερού οστού, ενώ προς τα εμπρός τα ανώνυμα οστά αρθρώνονται μεταξύ τους με την παρεμβολή χόνδρου και σχηματίζουν την ηβική σύμφυση. Οι διαρθρώσεις μετά του ιερού καλούνται ιερολαγόνιες 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 κτενιαία και ηβική ακρολοφία.

Κάτω της γραμμής αυτής είναι η περιοχή της ελάσσονος πυέλου, η οποία και συγκεντρώνει κυρίως το μαιευτικό ενδιαφέρον. Το άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου οριορίζεται από την ανώνυμη γραμμή, οι διαμέτροι του στομίου είναι: προσθιοπίσθια ή ευθεία 11 εκ., λοξή 12 εκ. και εγκάρσια 13,5 εκ. Από τις διαμέτρους φαίνεται ότι η διεύθυνση εκλογής για την είσοδο του εμβρύου είναι η θέση της βρεγματουπινιακής διαμέτρου της κεφαλής του εμβρύου επί της εγκάρσιας διαμέτρου του άνω στομίου της ελάσσονος πυέλου.

Κάτω του άνω στομίου υπάρχει η πυελική ευρυχωρία, οι διαμέτροι της οποίας είναι: α) ευθεία, μέσο 3ου ιερού σπονδύλου πίσω επιφάνεια ηβικής σύμφυσης 12-12,75 εκ., β) εγκάρσια: δυο κοτύλες 12,75 εκ.

Κάτω της πυελικής ευρυχωρίας περιγράφεται ο ισθμός, με ισαμέτρους: α). ευθεία: μέσο κορυφής ιερού οστού - κάτω χείλος ηβικής σύμφυσης με την κορυφή του κόκκυγα, β) εγκάρσια: ισχιακές άκονδοι 10,5 εκ.

Το κάτω στόμιο έχει διαμέτρους: α) ευθεία: 9,5, που κατά τον

τοκετό με την απώθηση του κόκκυγα προς τα πίσω φθάνει στα 11,5 εκ. Η διάμετρος αυτή ενώνει το κάτω χείλος της ηβικής σύμφυσης με την κορυφή του κόκκυγα. β) Εγκάρσια: ισχυρά κυρτώματα 11 εκ. Από τη σχέση των διαμέτρων του ισθμού φαίνεται ότι όταν η κεφαλή φθάσει στον ισθμό μετά την πυελική ευρυχωρία, η διάμετρος εκλογής είναι η ευθεία, γεγονός που υποδηλοί ότι η κεφαλή του εμβρύου κάνει μια στροφή 90°.

Η πυελική ευρυχωρία, με δυο περίπου όμοιες διαμέτρους, επιτρέπει παρόμοια στροφή. Μετά τη διέλευση εκ του ισθμού ακολουθείται η ίδια φορά κατά την έξοδο εκ του κάτω στομίου.

Η περιγραφή της λεκάνης για τη Μαιευτική παρουσιάζει τεράστιο ενδιαφέρον, η δε μέτρηση των διαστάσεων της πυέλου γίνεται με το λεκανόμετρο ή πυελόμετρο. Από τις διαστάσεις γίνεται ταξινόμηση των πυέλων σε τρεις κατηγορίες:

α) Πύελος φυσιολογική, όταν η εξωτερική διαγώνιος απόσταση άνω προσθίου χείλους - ηβικής σύμφυσης - ακανθώδης απόφυση Ιου ιερού σπονδύλου είναι άνω των 20 εκ.

β) Όταν η εξωτερική διαγώνιος είναι κάτω των 20 εκ., όχι όμως και κάτω των 18 εκ. τότε μιλάμε για γ) πύελον λείαν στενωμένην. Φυσικά σε μια πύελον στενωμένη εκτός της εσωτερικής διαμέτρου και οι άλλες διαμέτροι είναι μικρότερες των φυσιολογικών, όπως η πρόσθια απόσταση των δυο λαγονίων ακανθών, για την οποία το φυσιολογικό όριο είναι άνω των 27 εκ., η οπίσθια απόσταση των πλέον αφεστώτων σημείων των λαγονίων ακρολοφιών - για την οποία το φυσιολογικό όριο είναι άνω των 29 εκατ. και η αμφιτροχαντήριος απόσταση των δυο μειζόνων τροχαντήρων των μηριαίων οστών, της οποίας το φυσιολογικό όριο είναι άνω των 31 εκατοστών.

Η μέτρηση των διαμέτρων αυτών αποτελεί τη λεκανομετρία και πληροφορεί περί της ενδεχομένης στένωσης της πυέλου. Κατά τον τοκοτό όμως η διέλευση του εμβρύου δια της πυέλου δεν εξαρτάται μόνο από την τιμή των διαμέτρων της πυέλου, αλλά από τη σχέση αυτών προς της διαμέτρους της κεφαλής του εμβρύου. Από πύελο στενωμένη διέρχεται ανετα η κεφαλή πρόωρου εμβρύου. Αντίθετα, από πύελο φυσιολογική δυσχερώς διέρχεται με μεγάλη κεφαλή ή δεν διέρχεται καν έμβρυο με υδροκέφαλο. Άρα, εκείνο που μετρά είναι η σχέση των διαμέτρων πυέλου - κεφαλής εμβρύου, και για τη σχέση αυτή η έμμεσος λεκανομετρία δεν μας παρέχει καμία υπεύθυνη πληροφορία.

Αντί της έμμεσου πυελομετρίας καταφεύγουμε στην άμεσο πυελομετρία δια των ακτίνων Rontgen, όπου επί φιλμ απεικονίζεται τόσο η πύελος όσο και η κεφαλή του εμβρύου. Επειδή όμως με την απόκλιση των ακτίνων υπάρχει και εδώ παραμόρφωση, ιδίως για το περιφερειακό τμήμα της ακτινογραφίας, καταφεύγουμε στη χρήση των υπερήχων και λαμβάνουμε το καλούμενο ηχοδιάγραμμα, που εκτός των άλλων δεν έχει και τους κινδύνους της ακτινογραφίας, που τόσο πανικό προκαλούν στο κοινό.

Επειδή αναφερθήκαμε πιο πάνω στις διαμέτρους της πυέλου και στη σχέση τους προς τις διαμέτρου της κεφαλής του εμβρύου, θα πούμε λίγα για τις διαμέτρους της κεφαλής του εμβρύου. Η κεφαλή του εμβρύου έχει την α) υπινιο-βρεγματική διάμετρο, ίση με 9,5 εκ. και την β) ινιομετωπική, ίση με 12 εκατ. και γ) την πογωνοβρεγματική, ίση με 13,5 εκ. των δυο βρεγματικών.

Τύποι λεκάνης

Από την ανατομία είναι γνωστό ότι η λεκάνη του ανθρώπου είναι για μεν τον άνδρα στενή και βαθιά, για δε τη γυναίκα ευρεία

και ρηχή. Εξετάζοντας το άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου παρατηρούμε ότι έχει σχήμα περίπου ωοειδές. Αν παραλάσσει προς τριγωνικό τότε μιλάμε για λεκάνη τύπου ανδροειδούς, ενώ η προηγούμενη καλείται τύπου γυναικοειδούς. Αν η λεκάνη τύπου ανδροειδούς είναι πλέον αποπεπλατυσμένη εκ των πλαγίων, τότε λέμε ότι είναι τύπου ανδροποειδούς.

Το έμβρυο προσπαθεί να εισέλθει στην ελάσσονα πυέλο δια της κεφαλής του. Από τη συσχέτιση των διαμέτρων διαπιστώνεται αδυναμία να εισέλθει λόγω δυσαναλογίας και αν δια των ωδινών και στροφών, με τη βοήθεια που θα προσφέρει η επίπλευση των οστών του κρανίου του εμβρύου, κατορθωθεί η είσοδος της κεφαλής του εμβρύου στην ελάσσονα πυέλο, γεγονός που καλείται εμπέδωση της κεφαλής του εμβρύου, τότε λέμε ότι η δυσαναλογία είναι σχετική. Αν όμως η σχέση των διαμέτρων είναι τόση που να μην επιτυγχάνεται η εμπέδωση, τότε λέμε ότι η δυσαναλογία είναι απόλυτη και στην προκειμένη περίπτωση υπάρχει ένδειξη καισαρικής τομής.

Εκτός όμως αυτών, θα πρέπει να πούμε ότι η διαμόρφωση του τύπου της λεκάνης είναι συνάρτηση της σπονδυλικής στήλης, των παθήσεων των κάτω άκρων, των παθήσεων των μυών κ.ά., των καταγμάτων των οστών της πυέλου, οπότε κατά τον τοκετό θα αντιμετωπίσουμε λεκάνη σκωλιωτική, κυφωτική λεκάνη μετά από συνοστέωση της κατ' ισχίου διάρθρωσης κ.ά., που δυσχεραίνει τον τοκετό, ιδίως αν συνυπάρχουν και λόγοι από πλευράς διαμέτρου κεφαλής εμβρύου.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι ΑΑ. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΗΛΕΟΣα. Ωοθηκικός κύκλος

Από την εγκατάσταση της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση, στο γεννητικό σύστημα της θήλεος συμβαίνουν κυκλικές μεταβολές, τόσο στις ωοθήκες όσο και στο ενδομήτριο, κόλπο, τράχηλο, σε σημείο αφετηρίας των Ε.Ρ. Στις αλλαγές αυτές πρωτεύοντα ρόλο παίζει το σύστημα υποθάλαμος - υπόφυση.

Από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης εκκρίνονται ορμόνες (γοναδοτροπίνες), που έχουν σαν σκοπό: α) FSH την ωρίμανση του ωοθηλακίου, β) LH την πρόκληση ωορηξίας μαζί με την FSH και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου μόνο η LH ή ICSH, γ) προλακτίνη, που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου.

Η ωοθήκη δέχεται την επίδραση των γοναδοτροπινών και δια της Α) FSH ωριμάζει το ωοθηλάκιο η κοκκώδης στιβάδα 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) LH ή LCSH προκαλείται η ωορρηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου σε ωχρό σωματίο, που εκκρίνει 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 φυσιολογική 14 ημέρες. Στην κύηση μεταπίπτει σε ωχρό σωματίο της κύησης.

Το ωάριο, κατά τη στιγμή της ωορρηξίας εξέρχεται από το ωθηλάκιο από ειδικό σημείο αυτού που λέγεται στίγμα. Ελεύθερο στην επιφάνεια της ωοθήκης ή γονιμοποιείται από σπερματοζωάριο (εάν έχει προηγηθεί συνουσία) ή εκφυλίζεται.

Προ της ωορρηξίας τα χρωματοσώματά του υφίστανται μείωση ή μειωτική διαίρεση, το ήμισυ των οποίων σχηματίζει το πολικό σωματίο. Η μειωτική διαίρεση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη γονιμοποίηση, διότι και το σπερματοζωάριο περιέχει το ήμισυ του φυσιολογικού αριθμού των χρωματοσωμάτων.

Η ωοθήκη αποελεείται από τη μυελώδη ουσία και το φλοιό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο φλοιός που περιέχει τα άωρα ωθηλάκια, τα οποία με τη σειρά τους ωριμάζουν πριν από την ωορρηξία. 24 ώρες προ αυτής μοιάζουν με κύστη μεγέθους κερασιού στην επιφάνεια της ωοθήκης. Σε διατομή παρουσιάζουν την κοιλότητα του θυλακίου, που περιβάλλεται από την έξω και την έσω θήκη, τη μεμβράνη του Slawjauski, την κοκκώδη στιβάδα, που σε ένα μέρος παχύνεται και σχηματίζει τον ακτινωτό στέφανο και τη διαφανή ζώνη. Κατά την ωορρηξία εξέρχεται από την κοιλότητα του θηλακίου το ώριμο ωάριο με τον ακτινωτό στέφανο και τη διαφανή ζώνη, ενώ διαχέεται το θυλακινικό υγρό. Σε 24 ώρες η κοκκώδης στιβάδα διαπερνάται από αγγεία και τα κοκκώδη κύτταρα πολλαπλασιάζονται και υπερστρέφονται. Τότε έχει δημιουργηθεί το ωχρό σωματίο και αρχίζει η έκκριση της προγεστερόνης.

β. Εμμηνος ρύση

Οι Hitzmann και Abler, και ιδίως ο Schroder, συσχέτισαν τις μεταβολές της ωοθήκης μ' εκείνες του ενδομητρίου. Κατά την Ε.Ρ. αποπίπτει η λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου, ενώ παραμένει η

βασική, με τους πυθμένες των αδένων από όπου και θα αναπλασθεί το νέο σώμα της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου.

Η στιγμή της Ε.Ρ. του ενδομητρίου συμπίπτει με την εκφύλιση του ωχρού σωματίου της ωοθήκης. Με την επίδραση της FSH της υπόφυσης, 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 FSH της υπόφυσης μειώνεται. Κατά την ωορρηξία παρατηρείται έκκριση της ICSH ή LH, με την οποία το ωχρό σωματίο παράγει προγεστερόνη, ενώ μειώνεται η έκκριση των οιστρογόνων χωρίς να αναστέλλεται τελείως. Από την ωορρηξία και μετά, στο αίμα κυκλοφορούν τόσο οιστρογόνα όσο και προγεστερόνη.

Η ιστολογική εικόνα του ενδομητρίου στο στάδιο αυτό ονομάζεται εκκριτική ή θυλακωχρινική φάση. Λέμε θυλακωχρινική διότι για να παρουσιάσει τις μεταβολές αυτές πρέπει να προηγηθεί επίδραση οιστρογόνων, επί της οποίας προστίθεται η προγεστερονική επίδραση.

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 συνδετικό υπόστρωμα και παρασύρουν σε απόπτωση όλη τη λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου. Το υλικό αυτό αποτελεί την Ε.Ρ.

γ. Γονιμοποίηση - αρχικά στάδια εμβρύου

Η ωορρηξία γίνεται στο μέσο περίπου του κύκλου. Αν κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας η γυναίκα έχει συνουσία, το σπέρμα μετά τη

ρευστοποίηση που υφίσταται στο βάθος του κόλπου παρέχει αριθμό κινούμενων σπερματοζωαρίων, που δια μέσου της τραχηλικής βλέννης της μήτρας, των σαλπίγγων, θα φτάσουν στην επιφάνεια της ωοθήκης και θα συναντήσουν το ωάριο μετά την ωορρηξία. Ένα δε από αυτά θα γονιμοποιήσει το ωάριο, το οποίο θα κατέλθει δια των σαλπίγγων και θα εγκατασταθεί στην κοιλότητα της μήτρας. Η εγκατάσταση του γονιμοποιηθέντος ωαρίου εντός της μήτρας γίνεται μετά 6 ημέρες από την ωορρηξία.

Προϋπόθεση του ωαρίου για να καταστεί ώριμο είναι η μειωτική διαίρεση αυτού, κατά την οποία το ήμισυ των χρωμοσωμάτων, πάντοτε ΧΧ, παραμένει εντός του ωαρίου, το δε άλλο ήμισυ σχηματίζει τα πολιικά σώματα. Από τη συνένωση των χρωμοσωμάτων του ωαρίου με εκείνα του σπερματοζωαρίου εξαρτάται και το φύλο του κυοφορούμενου εμβρύου. Επειδή το ωάριο διαθέτει πάντοτε ΧΧ, είναι φανερό ότι το ΧΥ που είναι χαρακτηριστικό του άρρενος οφείλεται στο σπερματοζωάριο. Άρα υπόλογος για το φύλο είναι μόνο ο άνδρας.

Η εγκατάσταση του ωαρίου εντός της μήτρας (φωλεοποίηση) μεταβάλλει το ενδομήτριο σε φθαρτό. Εκ του φθαρτού και της εγκατάστασης του ωαρίου στο τοίχωμα της μήτρας σχηματίζεται η τροφοβλάστη, το χόριο, οι λάχνες του χορίου και εκ του λαχνωτού τμήματος του χορίου σχηματίζεται μετά τον 3ο μήνα της κύησης πλακούντας.

Το έμβρυο διέρχεται δια διαφόρων σταδίων μέχρι της τελειοποίησής του, παράλληλα με το σχηματισμό του πλακούντα και της αμνιακής κοιλότητας, η οποία πληρούται από αμνιακό υγρό.

Όταν επισυμβεί κύηση το ωχρό σωματίο των ωοθηκών δεν εκφυλίζεται μετά 14 ημέρες, όπως συμβαίνει επί του κύκλου 28 ημερών, αλλά συνεχίζει την έκκριση των ορμονών σαν ωχρό σωματίο

της κύησης, μεχρις ότου αναλάβει την εργασία αυτή ο πλακούντας. Για το λόγο αυτό είναι δυνατό, μετά το σχηματισμό του πλακούντα, να εξαιρεθούν οι ωθήκες και η εγκυμοσύνη συνεχίζει αδιατάρακτα την πορεία της.

Από την εγκατάσταση του ωαρίου και το σχηματισμό του χορίου αρχίζει η έκκριση μιας ορμόνης που λέγεται χοριακή γοναδοτροπίνη (HCG). Μετά τη λειτουργία του πλακούντα η ποσότητα της χοριακής γοναδοτροπίνης μειώνεται. Η ανίχνευση της HCG έχει μεγάλη σημασία για τη διάγνωση της κύησης.

B. ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Κατά τη 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 έμβρυο. Η πάχυνση αυτή αποτελεί τον πλακούντα.

Ο πλακούντας διαπλάσσεται από την 9η-13η εβδομάδα και τελειοποιείται σαφώς στο τέλος του 3ου μήνα. Ο ώριμος πλακούντας της τελειόμηνης κύησης έχει διάμετρο 18-22 εκ., πάχος 3-4 εκ., βάρος 500-100 γρ. και πλέον.

Στην περιγραφή του παρουσιάζει δυο επιφάνειες, έσω ή εμβρυϊκή, έξω ή μητρική και το περιφερικό χείλος, που αποτελείται από τη μετάπτωση των υμένων από τον πλακούντα στη μήτρα.

Η έσω επιφάνεια του πλακούντα είναι λεία και καλύπτεται από το αμνίο, κάτω από το οποίο πορεύονται τα ομφαλικά αγγεία. Η έξω

επιφάνεια, που έρχεται σ' επαφή με το τοίχωμα της μήτρας, διαχωρίζεται σε κοτυλιδόνες, που ο αριθμός τους αγγίζει περίπου τις 20. Μεταξύ των κοτυλιδόνων περιλαμβάνονται αύλακες, εντός των οποίων πορεύονται τα διαφράγματα του πλακούντα. Κάθε κοτυλιδόνα έχει δικό της αγγειακό μίσχο από μητροπλακούντιες φλέβες και αρτηρίες, που διακλαδίζονται εντός της κοτυλιδόνος 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 δυνατό να παρατηρηθούν αιμορραγίες από ρήξη των μητροπλακουντιακών αγγείων, ποικίλης έκτασης, που αν δεν προκαλέσουν την εκβολή του κυήματος προκαλούν ισχαιμία και ένωση λάχνης ή και κοτυλιδόνος και έτσι στην υπεροτονία παρουσιάζονται λάχνες ατροφίας σαν έμφραγμα του πλακούντα.

Ιστολογικώς εξεταζόμενος ο πλακούντας αποτελείται βασικά από λάχνες. Η λάχνη όμως υφίσταται μια εξελικτική διαδικασία από του σχηματισμού της μέχρι πλήρους ωρίμανσης του πλακούντα σε ό,τι αφορά την ελεύθερή της επιφάνεια. Αποτελείται καταρχήν 1) από τη συγκυτιτροφοβλάστη. 2) Κάτω από τη συγκυτιοτροφοβλάστη είναι τα κύτταρα του Lanchans, με ευμεγέθεις βαθύχρωμους πυρήνες, που σχηματίζουν μια δεύτερη στιβάδα. Η στιβάδα αυτή εμφανίζεται, αντικαθιστάμενη από ινώδες. 2) Μεσεγγυματώδη άξονα, που φιλοξενεί και τα αγγεία. Ο άξονας με την εξέλιξη του πλακούντα χάνει την κυτταροβρίθειά του και πλουτίζεται σε ινώδες, ενώ όλη η λάχνη καλύπτεται επιφανειακά από μια λευκή συγκυτιώδη στιβάδα, την συγκυτιο-τροφοβλάστη.

Η στιβάδα των κυττάρων του Langhans είναι υπεύθυνη για την έκκριση της HCG. Η πτώση της τιμής της HCG συμπίπτει με την εξαφάνιση της στιβάδας Langhans.

Εκτός των άλλων παρατηρούνται σε περιοχές ισχαιμίας κύτταρα X ακαθόριστου μέχρι στιγμής λειτουργικής σημασίας.

Η εμβρυική επιφάνεια του πλακούντα καλύπτεται από τον αμνιακό υμένα. Εξω του αμνιακού υμένος προς τη μήτρα ευρίσκεται το χόριο. Μέσα στο χόριο πορεύονται τα αγγεία.

Όπως οι υμένες, έτσι και ο πλακούντας έχει: α) Εμβρυογενή μοίρα που καλύπτεται προς τα έσω από του αμνίου, προς τα έξω απολήγει στις λάχνες που έρχονται σε επαφή με την αιμολίμνη και β) μητρογενή μοίρα, που παρουσιάζει δυο στιβάδες, προς τα έσω το βασικό πέταλο που αφορίζει την αιμιλίνη, προς τα έξω τη σπογγώδη στιβάδα, που αποτελεί τη ζώνη της αποκόλλησης του πλακούντα.

Η σημασία του πλακούντα για την πορεία της κύησης και την ανάπτυξη του εμβρύου φαίνεται από το γεγονός ότι η εκτίμηση της λειτουργίας του πλακούντα πληροφορεί άμεσα τόσο για το έμβρυο όσο και για την κύηση. Οι λειτουργίες του πλακούντα συνοψίζονται:

α) Η αναπνοή του εμβρύου, η ανταλλαγή O_2 και CO_2 γίνεται με απλή διάχυση, ίσως με παρεμβολή της οξειδάσης. Όταν η αναπνευστική λειτουργία του πλακούντα μειωθεί ακολουθεί τοκετός.

β) Απεκκριτική λειτουργία, κυρίως σε ό,τι αφορά τη διακίνηση του ύδατος, των μετάλλων και ορμονών, των οποίων μάλιστα αποτελεί και κέντρο παραγωγής, τόσο για HCG όσο και για ολικά οιστρογόνα - προγεστερόνη, δι' αυτό ο πλακούντας αποτελεί τον ενδοκρινή αδένα της κύησης.

γ) Αποταμιευτική λειτουργία, δια της οποίας συγκεντρώνονται βιταμίνες, πρωτεΐνες, λιπίδια και γλυκίδια για τις ανάγκες του εμβρύου.

Έτσι ο πλακούντας, σαν ρυθμιστικός παράγοντας, παρεμβαίνει στην κύηση, προμηθεύοντας τις αναπνευστικές ανάγκες του εμβρύου, κατευθύνοντας τη διατροφή δια επιλογής ή μετασχηματισμού μητρικών ουσιών προς εμβρυϊκή κατανάλωση και προκαλώντας δια των εκκρίσεων ιδίως των ορμονών όλες εκείνες τις μητρικές τροποποιήσεις που είναι αναγκαίες για τη φιλοξενία του εμβρύου.

Ανάλογα με τη μορφολογία έχουμε διάφορους τύπους, π.χ. Ζωνιαίος παραπλακούς όταν ανεξάρτητα υπάρχει μικρός δορυφορικός πλακούντας.

Κατά την επισκόπηση μετά την υστεροτομία βλέπουμε στην εμβρυϊκή επιφάνεια τα αγγεία, μήπως διακόπτονται απότομα ή αιμορραγούν, σημείο που υποδηλοί την παραμονή εντός της μήτρας παραπλακούντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η εφαρμογή της καισαρικής τομής σε επιτόκους με καλή γενική κατάσταση είναι σήμερα σχεδόν ασφαλής. Αυτή όμως η ασφάλεια οδηγεί δυστυχώς στην κακή χρήση και τη χαλάρωση για την τήρηση των ενδείξεων και αντενδείξεων αυτής της επέμβασης, η οποία, μολονότι η θνησιμότητα είναι σχεδόν ανύπαρκτη, όμως παρουσιάζει ακόμη σοβαρούς κινδύνους.

Σήμερα, με τη βελτίωση της τεχνικής της εγχειρήσεως, με τη χρήση των αντιβιοτικών και με την καλύτερη προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή, οι ενδείξεις για την εφαρμογή της καισαρικής τομής έχουν γίνει περισσότερες και υπάρχει κάποια χαλάρωση όσον αφορά τις αντενδείξεις της. Γενικά, η καισαρική τομή έχει ένδειξη κάθε φορά που ο τοκετός είναι ανέφικτος και κάθε φορά που αυτός είναι δυνατό να εκθέσει την έγκυο και το έμβρυο σε κίνδυνο.

Συχνά κατηγορείται ο μαιευτήρας για έλλειψη υπομονής ή πείρας στην τεχνική του τοκετού ή στις μαιευτικές επεμβάσεις που βοηθούν την έξοδο του εμβρύου, γι' αυτό προτιμάει την εύκολη λύση της καισαρικής τομής. Για τους λόγους αυτούς πρέπει να πειστούν

οι ενδιαφερόμενοι, πως η ένδειξη της καισαρικής τομής είναι απόλυτη και η εκτέλεσή της απαραίτητη. Οι κυριότερες ενδείξεις είναι:

1) Σε καισαρική τομή που προηγήθηκε και μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις (όταν η τομή στη μήτρα ήταν χαμηλή εγκάρσια, το έμβρυο είναι μικρό, η έγκυος έχει γεννήσει φυσιολογικά πριν από την καισαρική, ο τράχηλος είναι ευκολοδιάστατος και η οργάνωση του χώρου τέτοια ώστε να αντιμετωπιστεί έγκαιρα κάθε επιπλοκή), είναι δυνατή η αναμονή της εξέλιξης φυσιολογικού τοκετού. Σε περίπτωση όμως που η έγκυος επιθυμεί στείρωση είναι προτιμότερη η εκτέλεση καισαρικής τομής και στις παραπάνω περιπτώσεις.

Σε περίπτωση προηγηθείσας καισαρικής τομής θα εκτελέσουμε οπωσδήποτε δεύτερη προγραμματισμένη όταν:

- α) Η τομή στη μήτρα έγινε ψηλή κάθετη.
- β) Η λοχεία ήταν εμπύρετη.
- γ) Η ουλή εμφανίζει ευαισθησία.
- δ) Η έγκυος δεν έχει άλλα ζωντανά παιδιά.
- ε) Η καισαρική που προηγήθηκε είναι πρόσφατη.

2) Σε εγκάρσιο, σε λοξό και σε παραμελημένο εγκάρσιο σχήμα.

3) Σε δυσαναλογία και σε ανώμαλες προβολές, που δεν επιτρέπουν την εμπέδωση του πόλου του εμβρύου.

4) Σε προδρομικό πλακούντα, όταν αυτός είναι επιπωματικός και σε επιχείλια ή παραχείλια πρόσφυση, όταν υπάρχει αιμοραγία.

5) Σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.

6) Σε υπερτασική νόσο, όταν δεν είναι δυνατή η εκτέλεση εμβρυουλκίας ή σικουουλκίας.

7) Σε ισχιακή προβολή.

- 8) Σε πρόπτωση του ομφάλιου λώρου, όταν δεν υπάρχουν προϋποθέσεις εκτέλεσης σικνουλκίας ή εμβρυουλκίας.
- 9) Σε δυσλειτουργίες του μυομητρίου.
- 10) Σε όγκους του κατώτερου τμήματος του γεννητικού συστήματος.
- 11) Σε μακροχρόνια θεραπεία στέρωσης.
- 12) Σε δυστροφοδυστοκική έγκυο.
- 13) Σε υπερήλικα πρωτότοκο.
- 14) Σε παράταση εγκυμοσύνης όταν δεν απέδωσε η ωδινοποιητική αγωγή.
- 15) Σε αλλοίωση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, όταν δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις εκτέλεσης εμβρυουλκίας ή σικνουλκίας.
- 16) Σε περονηγηθείσες κακώσεις της πυέλου και σε αναπηρίες που δεν επιτρέπουν το άνοιγμα των σκελών.
- 17) Σε μετεγχειρητικές ουλές του κόλπου και σε συρίγγια του γεννητικού συστήματος.
- 18) Σε καρδιοπάθειες, νεφροπάθειες, πνευμονοπάθειες και άλλες παθήσεις, που δεν επιτρέπουν στην έγκυο να εκτεθεί στη δοκιμασία του τοκετού.
- 19) Σε προηγηθείσες εγχειρήσεις της μήτρας για την αποκατάσταση διαπλαστικών ανωμαλιών και σε περίπτωση εκυκλήνισης τοιχωματικών ινομυωμάτων μήτρας.
- 20) Σε αποτυχία εκτέλεσης εμβρυουλκίας ή σε έλλειψη περιας εκτέλεσης αυτής.

ΕΙΛΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Τοκετός του εμβρύου δια μέσου τομής των κοιλιακών και μητρίκων τοιχωμάτων

Κλασική καισαρική τομή: Κάθετη τομή στο σώμα της μήτρας. Η επέμβαση είναι εύκολη και γίνεται γρήγορα, αλλά είναι περισσότερο επέμβαση κοιλίας παρά πυέλου και συχνά ακολουθείται από περιτονίτιδα και ειλεό. Η παλινδρόμηση της μήτρας δεν επιτρέπει την επούλωση και υπάρχει κίνδυνος ρήξεως της ουλής σε μελλοντικές κυήσεις. Επίσης συχνά αναπτύσσονται και ενδοκοιλιακές συμφύσεις.

Η τομή κατά την κλασική καισαρική τομή είναι παράμεσος η οποία βρίσκεται το 1/3 επάνω από τον αφαλό και κατά τα 2/3 κάτω απ' αυτόν.

Χαμηλή καισαρική τομή: Εγκάρσια τομή στο κατώτερο τμήμα της μήτρας. Η επέμβαση αυτή απαιτεί περισσότερο χρόνο και δύναται να επιπλακεί με αιμορραγία, η οποία δύσκολα ελέγχεται. Σαν επέμβαση της πυέλου σπάνια παρατηρούνται μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το τραύμα επουλώνεται καλά και είναι απίθανη η ρήξη της ουλής σε επόμενες κυήσεις.

Η τομή κατά τη χαμηλή καισαρική τομή είναι μέση υπομφάλιος ή εγκάρσια υπερηβική. Η εγκάρσια τομή επουλώνεται καλά, η προσπέλαση όμως περιορίζεται.

Η χαμηλή καισαρική τομή αποτελεί σήμερα την εγχείρηση εκλογής. Οι ενδειξεις για την εκτέλεση της κλασικής καισαρικής τομής είναι:

- 1) Ινομύματα που παραμορφώνουν τη μήτρα.
- 2) Παραμελημένο εγκάρσιο σχήμα.
- 3) Κακή κατάσταση επιτόκου, που απαιτεί ταχύτατη ενέργεια.
- 4) Μετά από την αποτυχία της εμβρυουλκίας.
- 5) Όταν ο χειρουργός δεν διαθέτει πείρα και η επέμβαση είναι επείγουσα.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΜΕΘΟΔΩΝ

Η κλασική και η χαμηλή κάθετη καισαρική τομή παρουσιάζουν τα πλεονεκτήματα ότι είναι πιο απλές και τελειώνουν πιο γρήγορα. Η αιμορραγία βέβαια είναι μεγαλύτερη, αλλά ελέγχεται εύκολα. Ο κίνδυνος όμως της μόλυνσεως και της περιτονίτιδας είναι μεγαλύτερος. Επειδή η επέμβαση αυτή είναι πιο απλή, μπορεί να εκτελεσθεί και από οποιοδήποτε χειρουργό που έχει έστω και μική μαιευτική πείρα. Επίσης ο κίνδυνος της ρήξεως της μήτρας σ' άλλη εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερος.

Σήμερα η κλασική κάθετη καισαρική τομή έχει τελείως εγκαταληφθεί, εκτός από τις περιπτώσεις που θα ακολουθήσει ολική ή υπολική υπερεκτομία.

Η εγκάρσια τραχηλική τομή της μήτρας είναι κάπως πιο δύσκολη τεχνικώς από την κλασική, παρουσιάζει όμως λιγότερους κινδύνους από εκείνους που αναφέραμε για την κλασική και χαμηλή κάθετη τομή και μεγαλύτερη ασφάλεια για τη γυναίκα. Επομένως η τομή αυτή

μπορεί να εφαρμοσθεί και σε άρρωστες οι οποίες είχαν πολύωρο κουραστικό τοκετό, αλλά χωρίς καμία υποψία μόλυνσης.

Η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή επίσης ελάχιστα χρησιμοποιείται σήμερα, γιατί απαιτείται χειρουργική πείρα και συνήθως διανοίγεται το περιτόναιο. Πάντως η τομή αυτή έχει αξία χωρίς αμφιβολία σε πολυσμένα περιστατικά. Η τεχνική της εξωπεριτοναϊκής καισαρικής τομής, κατά την τεχνική Waters, επιτρέπει σχετικά περισσότερη ευκολία στην επιλογή των μολυσμένων περιστατικών για την εφαρμογή της και έχει δώσει και δίνει εξαιρετική προφύλαξη και πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα, ακόμη και σε εμπύρετα και πραγματικά μολυσμένα περιστατικά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε περιστατικά που υπάρχει απόλυτη ανάγκη να διατηρηθεί η μήτρα. Απαιτείται όμως μεγάλη προσοχή και η απόφαση για επέμβαση να παρθεί ύστερα από προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης και ως απαραίτητη προϋπόθεση να υπάρχει χειρουργική πείρα και επιτηδειότητα εκ μέρους του γυναικολόγου.

Η ολική υστεροεκτομή ως συνέχεια της καισαρικής τομής πρέπει να εκτελείται σε παραμελημένες και χωρίς αμφιβολία μολυσμένες περιπτώσεις. Μπορεί επίσης να είναι αναγκαία σε μερικές περιπτώσεις πολλαπλών μεγάλων ινομυωμάτων (κυρίως σε ενδοτοιχικά) που επιπλέκουν την εγκυμοσύνη που έχει φτάσει πια στο τέρμα της. Τα μοναχικά και κυρίως τα υπορογόνια ινομύματα σε λεπτό μίσχο μπορούν να συνεξαιρεθούν. Επίσης τα ενδοτοιχικά ινομύματα μπορούν να αφαιρεθούν, αλλά μόνο από την ίδια τομή της μήτρας που έγινε για την εξαγωγή του εμβρύου.

Επίσης μερικές φορές είναι αναγκαία η ολική υστεροεκτομή σε περίπτωση πρόωρης αποκολλήσεως του πλακούντα και αιμορραγίας από τα τοιχώματα της τομής της μήτρας ή από την επιφάνεια που

προσφύεται ο πλακούντας. Η αιμορραγία αυτή μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας, εφ' όσον οι συντηρητικές μέθοδοι που χρησιμοποιούμε δεν αποτρέπουν τον κίνδυνο αυτό.

Η καισαρική τομή αν εξετασθεί από την πλευρά της εκτελέσεως δυαιρείται σε δυο στάδια:

Το πρώτο στάδιο απαιτεί "ταχύτητα" και διαρκεί από τη στιγμή που αρχίζει η νάρκωση ως τη στιγμή που θα εξαχθεί το έμβρυο. Εάν η εξαγωγή του εμβρύου καθυστερήσει πέρα από το έβδομο λεπτό από τη στιγμή που θα αρχίσει η νάρκωση, δημιουργείται αυξημένος κίνδυνος για τη ζωή του, αναλόγως με το χρόνο της εξόδου του. Τελευταία όμως υποστηρίζεται ότι και μετά 20 λεπτά ακόμη αν γίνει η έξοδος, το έμβρυο δεν διατρέχει κίνδυνο.

Το δεύτερο στάδιο απαιτεί "συνέπεια", δηλαδή μεροληπτική και προσεκτική αποκατάσταση στο φυσιολογικό των τραυματικών επιφανειών, έστω κι αν χρειασθεί γι' αυτό να διαρκέσει περισσότερη ώρα η εγχείρηση.

Η χαμηλή εγκάρσια τραχηλική τομή έχει καλύτερη μετεγχειρητική πορεία όσον αφορά και τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα της μητέρας. Κι αυτό γιατί τα ράμματα των ραφών της μήτρας κατά τη λοχεία δεν υφίστανται χαλάρωση, με αποτέλεσμα την είσοδο του περιεχομένου της μήτρας στο περιτόναιο, γιατί η τομή έχει γίνει στο αδρανές σημείο της μήτρας. Ο κίνδυνος αυτός αποφεύγεται ακόμη αν το τραύμα επικαλυφθεί με την κυστεομητρική πτυχή. Επίσης φαίνεται ότι ο κίνδυνος να πάθει ρήξη η μήτρα σε νέα εγκυμοσύνη είναι σχετικά μικρότερος, γιατί κατά τις συστολές της μήτρας το κατώτερο τμήμα της έλκεται και διατείνεται, χωρίς όμως να έχει και μεγάλη ελαστικότητα, εξαιτίας της ουλής, ενώ το ανώτερο τμήμα της μήτρας συστέλλεται και γίνεται πιο παχύ.

Η πείρα μας έχει αποδείξει ότι η ρήξη της μήτρας αρχίζει από το κατώτερο τμήμα της και επάνω στην ουλή, είτε είναι κάθετη είτε εγκάρσια. Πάντως, η εγκάρσια τραχηλική τομή υπερτερεί ολοφάνερα κατά τη μετεγχειρητική πορεία της άρρωστης.

Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

A. Γενικοί παράμετροι

Αρχικά προσοχή μεγάλη στη νάρκωση, επειδή έχουμε να κάνουμε με άτομο που έχει ήδη ένα βαθμό εγκεφαλικής ανοξαιμίας και πιθανώς κυτοπληξίας. Συνήθως πολύ λίγος αιθέρας ή λίγο Pentothyl επαρκούν για να διεξαχθεί πλήρως η εγχείρηση. Η ταυτόχρονη παροχή οξυγόνου βοηθάει πολύ και την επίτοκο και το έμβρυο, που δοκιμάζεται επίσης σοβαρά από την ανοξαιμία.

Ο χειρουργός παίρνει θέση στο αριστερό πλάγιο της εγκύου με την πλατη του προς το πρόσωπό της. Ένας βοηθός αρκεί. Η εργαλειοδότρια αδελφή τακτοποιείται προς τα δεξιά και λοξά του χειρουργού.

Η τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων εκτείνεται από την ηβική σύμφυση μέχρι λίγο πιο κάτω από τον ομφαλό. Αν τα κοιλιακά τοιχώματα είναι λεπτά και πιέσουμε περισσότερο το μαχαίρι, είναι ενδεχόμενο η τομή μας να φτάσει μέχρι το περιτόναιο. Κανονικά μετά το δέρμα και τον υποδόρειο ιστό τέμνεται η περιτονία των ορθών και διαχωρίζονται οι μυς με τους δυο δείκτες. Απολινώσεις τυχόν αιμορραγούντων τριχοειδών του υποδορείου ιστού δεν χρειάζονται τις περισσότερες φορές. Η τομή του περιτοναίου

γίνεται αρχικά ανάμεσα σε δυο λαβίδες, επεκτείνεται όμως προς τα κάτω και πάνω με το ψαλίδι.

Αμέσως κάτω από το περιτόναιο βρίσκεται το πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας. Επίπλουν ή εντερικές έλικες συνήθως δεν παρεμβάλλονται μεταξύ περιτοναίου και μητριάου τοιχώματος.

Μετά τη διάνοιξη του περιτοναίου ο βοηθός, με διαστολείς Doyen μετρίου πλάτους, σηκώνει διαδοχικά πρώτα το ένα και έπειτα το άλλο πλάγιο των διανοιγμένων κοιλιακών τοιχωμάτων, κάτω από τα οποία και προς τα πλάγια και τον πυθμένα της μήτρας ο χειρουργός τοποθετεί μεγάλα σπληνία γάζας, ώστε να απομονωθεί το κοιλιακό κύτος από την παρεμβολή εντερικών ελίκων και τη ροή ενάμνιου υγρού και αίματος μετά τη διάνοιξη της μήτρας. Άλλος διαστολέας Doyen, πλατύτερος, τοποθετούμενος στην κάτω γωνία του τραύματος, το κρατάει διεσταλμένο.

Στα χέρια του έμπειρου χειρουργού οι παραπάνω χειρισμοί από τη στιγμή της διάνοιξης των κοιλιακών τοιχωμάτων μέχρι το τέλος της απομονώσεως του κοιλιακού κύτους δεν διαρκούν πάνω από 2 με 3 λεπτά. Ακολουθεί η τομή του τοιχώματος της μήτρας, που γίνεται από το όριο της κυστεομητρικής πτυχής προς τα επάνω, σε μήκος 10-12 εκατοστόμετρων. Η τομή αυτή, αν η πρόσφυση του πλακούντα έχει γίνει στο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας, πέφτει επάνω στην περιοχή της πλακουντιακής άλω, αφ' ενός, και στο σώμα του πλακούντος αφ' ετέρου. Το άμεσο αποτέλεσμα είναι σημαντική αιμορραγία από τους διανοιγόμενους μητριάιους κόλωνες, που επιβάλλει μεγαλύτερη ταχύτητα στους επόμενους χειρισμούς για να περιορισθεί όσο γίνεται ο κίνδυνος της ζωής της μητέρας.

Μέσα από το δημιουργηθέν τραύμα περνάμε το αριστερό μας χέρι και προσπαθούμε να ελευθερώσουμε, να βγάλουμε δηλαδή προς τα έξω,

την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου, κεφάλι ή ισχία. Στο εγκάρσιο σχήμα πιάνουμε ένα πόδι και με την ήπια έλξη του προς τα έξω κατορθώνουμε να βγάλουμε σιγά-σιγά ολόκληρο το σώμα του. Προσοχή στους σχετικούς χειρισμούς, επειδή υπάρχει κίνδυνος να επεκταθεί η τομή πολύ προς το κατώτερο τμήμα της μήτρας που είναι υπερβολικά λεπτό σ' αυτές τις περιπτώσεις και να περιλάβει και την ουροδόχο κύστη. Πριν βγάλουμε ολόκληρο το σώμα του εμβρύου ο βοηθός πιάνει με κολπολαβίδα την άνω γωνία του τραύματος της μήτρας και έλκει το σώμα της προς τα επάνω και έξω για ν' απομονωθεί ακόμη τελειότερα το κοιλιακό κύτος.

Αφού βγάλουμε το έμβρυο, κρατώντας το απ' τα πόδια με το κεφάλι προς τα κάτω, συλλαμβάνουμε ανάμεσα σε δυο λαβίδες Kocher τον ομφάλιο λώρο και τον κόβουμε και παραδίδουμε το νεογνό στη Μαία για την περαιτέρω περιποίησή του, αναζωογόνηση και σπαργάνωσή του. Το νεογνό κατά τον πρόδρομο πλακούντα δεν αποκλείεται να είναι ασφυκτικό και απαιτούνται ιδιαίτερες φροντίδες για να μπορέσει ν' αναλάβει. Χρειάζεται λοιπόν ν' ασχοληθεί μαζί του μάλλον ένας βοηθός.

Μετά την παράδοση του νεογνού στον αρμόδιο ενεργούμε γρήγορα και προσεκτικά δακτυλική εξαίρεση του πλακούντα, προσέχοντας μήπως αφήσουμε στην κοιλότητα της μήτρας καμία κοτυληδόνα ή τμήματα υμένων.

Μετά την εξαγωγή του πλακούντα ενεργείται ενδοφλέβια ένεση Novergo ή κατευθείαν στο μητριαίο τοίχωμα ένεση 5-10 μονάδων υποφυσίνης. Η μήτρα συσπάται αμέσως σχεδόν και η αιμορραγία περιορίζεται σημαντικά. Για παν ενδεχόμενο όμως πωματίζουμε πρόσκαιρα την κοιλότητα της μήτρας μ' ένα μεγάλο σπληνίο γάζας. Ακολουθεί η συρραφή του τραύματος της μήτρας, που γίνεται με τέσσερες αλληπάλληλες συνεχείς ραφές κατά στρώματα. Η πρώτη

περιλαμβάνει το φθαρτό και το μυϊκό χιτώνα της μήτρας μέχρι τη μέση του πάχους του. Η δεύτερη συμπλησιάζει περισσότερο το μυϊκό. Η τρίτη παίρνει την επιπολής στιβάδα του μυϊκού και τον ορογόνο και η τέταρτη, που αρχίζει από την κυστεομητρική πτυχή προς τα επάνω, αναδιπλώνει τον ορογόνο πάνω από την τρίτη ραφή.

Αν η μήτρα δεν συστέλλεται ικανοποιητικά κατά τη διάρκεια της συρραφής του τραύματός της ενεργούμε ήπιες μαλάξεις του πυθμένα της και στην ανάγκη δίνουμε ένα κυβ. εκατοστόμετρο Novergo ή τρεις μονάδες Οραστίνης ενδοφλεβίως. Πρέπει να θυμόμαστε πάντα ότι πολλές φορές στον πρόδρομο πλακούντα η σύσπαση της μήτρας δεν είναι πλήρης και ο κίνδυνος επιγενών αιμορραγιών είναι μεγάλος. Θα πούμε παρακάτω τι μπορεί να γίνει σε τέτοιες περιπτώσεις.

Μετά την πλήρη συρραφή του μητριάιου τραύματος αφαιρούμε από το κοιλιακό κύτος τα σπληνία που τοποθετήσαμε στην αρχή, τα αποσπογγίζουμε προσεκτικά και μετά τη βεβαίωση της εργαλειοδότριας αδελφής ότι της επιστρέψαμε όσα σπληνία μας έδωσε προβαίνουμε στη συρραφή των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά στρώματα περιτοναίου με συνεχή (cat-gut no 3), μυνών με διακεκομμένα λινά. Για το δέρμα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και αγκιτήρες Michele.

Η διάρκεια της καισαρικής τομής, όπως την περιγράψαμε, στα χέρια του έμπειρου χειρουργού δεν υπερβαίνει τη μισή ώρα, εκτός αν χρειασθεί να γίνουν κι άλλοι χειρισμοί, όπως π.χ. εξαίρεση ινομυώματος της μήτρας ή στείροποίηση - αν ενδείκνυται - οπότε παρατείνεται για μερικά λεπτά επί πλέον.

Ανάλογα με την κατάσταση της λεχωίδος μετά την επέμβαση συνεχίζονται οι θεραπευτικές προσπάθειες, με ανακόλουθες μεταγγίσεις αίματος, ενέσεις πλάσματος, αλατοσακχαρούχου ορρού και καρδιοτονωτικών. Και δεν θα παραμεληθεί η σύντομη παρακολούθηση της μήτρας για το ενδεχόμενο επιγενών αιμορραγιών. Σε ορισμένες

περιπτώσεις πρόδρομου πλακούντα θα απαιτηθεί μετά την εξαγωγή του εμβρύου από τη μήτρα ολική ή υφολική εξαίρεση της μήτρας.

Τέτοιες περιπτώσεις είναι εκείνες κατά τις οποίες:

α) Υπάρχουν στο τοίχωμα της μήτρας πολλά ινομυώματα, που ούτε μπορούν να βγουν γιατί θα επιβαρυνθεί υπερβολικά με την εξαίρεσή των η εγχείρηση, ούτε επιτρέπεται να μείνουν γιατί θα παρεμποδίσουν τη σύσπαση της μήτρας και θ' αυξήσουν τον κίνδυνο αιμορραγίας ή θα γίνουν εστίες σήψης.

β) Έχει συμβεί ρήξη του κατώτερου τμήματος της μήτρας, είτε αυτόματη είτε έπειτα από χειρισμούς ιατρού ή μαίας.

γ) Η μήτρα είναι άτονη και αδρανής, δεν συσπάται και αιμορραγεί.

δ) Έχει συμβεί μεγάλη αιμορραγία, κατά την οποία υπέκυψε το έμβρυο. Σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει κίνδυνος, αν ανοιχτεί η μήτρα, να επιταθεί η αιμορραγία και η γυναίκα να υποκύψει.

Δυο είναι οι μέθοδοι εξαιρέσεως της μήτρας όταν αυτό είναι αναγκαίο: α) Η ολική εξαίρεση της μήτρας μετά την εξαγωγή του εμβρύου και β) Η υφολική εξαίρεση της μήτρας ή καισαρική υστεροτομία ή εγχείρηση του Ρογο.

Β. Τεχνική της κλασικής καισαρικής τομής (κάθετη)

Απώθηση των εντερικών ελίκων με σωληνία και κάθετη τομή επί του σώματος της μήτρας. Εάν ο πλακούντας προσφύεται στο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας διατέμνεται και αποωθείται. Η αιμορραγία δεν λαμβάνεται υπόψη.

Ο ευκολότερος τρόπος εξαγωγής του εμβρύου είναι η σύλληψη των κάτω άκρων από τα οποία έλκεται ήπια προς τα έξω.

Αναρρόφηση των εκκρίσεων από το στόμα και το φάρυγγα του νεογνού και διατομή του ομφάλιου λώρου.

Χορήγηση εργοτίνης και αποκόλληση του πλακούντα και των υμένων. Πρέπει να αφαιρεθούν όλοι οι υμένες.

Σύγκληση του τραύματος σε τρία στρώματα. Δυνατό να απαιτηθούν μερικά αιμοστατικά ράμματα επιπλέον.

Γ. Τεχνική της χαμηλής εγκάρσιας καισαρικής τομής

Απώθηση των εντερικών ελίκων με σωληνία. Σύλληψη και έλξη της κυστεομητρικής πτυχής του περιτοναίου προς τα άνω.

Διατομή του περιτοναίου και αποκάλυψη του κατώτερου τμήματος της μήτρας. Μικρή εγκάρσια τομή έως του μυομητρίου.

Ενταση της τομής με τα δάκτυλα. Το δεξί χέρι του χειρουργού τοποθετείται μέσα στη μήτρα και σηκώνει την κεφαλή του εμβρύου, ενώ ο βοηθός πιέζει τον πυθμένα για να ωθήσει το έμβρυο προς τα έξω. Μερικές φορές απαιτείται η χρήση εμβρυουλκού για την έξοδο της κεφαλής.

Αποκόλληση του πλακούντα όπως περιγράφεται προηγούμενα και χορήγηση εργοτίνης. Σύγκλειση του τραύματος της μήτρας σε δυο στρώματα με Gat-cut No 2.

Καισαρική τομή, διάταξη χειρουργείου

Διάταξη χειρουργείου:

Αριστερά της άρρωστης: ο χειρουργός.

Δεξιά: οι βοηθοί.

Στα πόδια της άρρωστης: Η εργαλειοδότρια αδελφή.

Προς το κεφάλι της άρρωστης: Ο αναισθησιολόγος.

Μαιευτικές εγχειρήσεις

α) Κλασική καισαρική τομή.

β) Κλασική καισαρική υπολική υστεροτομία.

γ) Κλασική καισαρική με υπολική υστεροτομία τροποποιημένης μεθόδου.

- δ) Καισαρική τομή με την τεχνική του Ν. Λούρου.
- ε) Κάθετη τραχηλομητρική καισαρική τομή.
- ζ) Καισαρική τομή - τοκετός με εμβρυουλκό.

- Εγκάρσια τραχηλική καισαρική τομή.

Με αποκλεισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας που εφαρμόζεται σε σπηπτικές περιπτώσεις.

- Εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή (τεχνική Waters).

Εκλογή τομής

Η εκλογή του είδους της τομής, τόσο για τα κοιλιακά τοιχώματα όσο και για τα τοιχώματα της μήτρας, εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

Κοιλιακών τοιχωμάτων: Προκειμένου γι' αυτά:

Κάθετη τομή θα προτιμήσουμε όταν το έμβρυο είναι μεγάλο. Η κάθετη τομή εκτελείται γρήγορα και δεν επιτρέπει την απώλεια αίματος. Έτσι, σε περίπτωση σοβαρής αλλοίωσης των εμβρυικών καρδιακών παλμών ή σε επιβαρυσμένη κατάσταση της επιτόκου, όπως είναι μεγάλη αιμορραγία, θα την προτιμήσουμε. Τα μειονεκτήματα της κάθετης τομής είναι πως εύκολα δυνατό να προκαλέσει μετεγχειρητική κοιλιοκήλη και πως δυσκολότερα επουλώνεται.

Εγκάρσια τομή θα προτιμήσουμε γιατί τα αισθητικά της αποτελέσματα είναι καλύτερα από της κάθετης, δεν προκαλεί εύκολα μετεγχειρητική κοιλιοκήλη και επουλώνεται γρηγορότερα. Τα μειονεκτήματά της είναι ο μεγαλύτερος χρόνος που απαιτείται για τη διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων, η μεγαλύτερη απώλεια αίματος που συμβαίνει στην εκτέλεσή της και ο πιθανός τραυματισμός της ουροδόχου κύστεως, όταν μάλιστα υπάρχουν

συμφύσεις από προηγούμενη εγχείρηση. Είναι φυσικό πως όταν έχει προηγηθεί άλλη επέμβαση στην εκλογή του είδους της τομής της δεύτερης θα μας οδηγήσει η πρώτη ουλή.

Τοιχωμάτων μήτρας. Προκειμένου γι' αυτά:

Ψηλή κάθετη τομή δεν θα προτιμήσουμε στην εποχή μας, γιατί αφορά στο συστατικό μέρος της μήτρας και περικλείει τον κίνδυνο ρήξης της ουλής σε μελλοντική εγκυμοσύνη, γιατί εύκολα συμβαίνει μόλυνση του τραύματος και εγκατάσταση περιτονίτιδας και γιατί δημιουργεί συμφύσεις ανάμεσα στα τοιχώματα της μήτρας και στο επίπλου ή τις εντερικές έλικες. Θα την προτιμήσουμε μόνο σε περίπτωση που η πρόσθια επιφάνεια του κατώτερου τμήματος της μήτρας καταλαμβάνεται από ινομύωμα.

Χαμηλή κάθετη τομή θα προτιμήσουμε γιατί, όταν δυσκολευτούμε στην έξοδο του εμβρύου, είναι εύκολο να την επεκτείνουμε στην πάνω γωνία της. Αν η επέκταση συμβεί προς τα κάτω, δυνατό να περιλάβει τον τράχηλο του κόλπου και κάποτε και την ουροδόχο κύστη. Ειδικώτερα τη χαμηλή τομή θα προτιμήσουμε:

- 1) Όταν το έμβρυο είναι μεγάλο.
- 2) Όταν το έμβρυο βρίσκεται σε εγκάρσιο σχήμα και έχουν ραγίσει οι εμβρυικοί υμένες, ή σε ισχιακή προβολή και είναι μεγάλο.
- 3) Όταν υπάρχουν συμφύσεις ανάμεσα στη μήτρα και στην ουροδόχο κύστη από προηγούμενη εγχείρηση.
- 4) Όταν σε περίπτωση προδρόμου πλακούντα ψηλαφούμε αυτόν κάτω από το σημείο της μήτρας που πρόκειται ν' ανοίξουμε.
- 5) Όταν υπάρχει ινομύωμα στο κατώτερο τμήμα της μήτρας.
- 6) Όταν αποτύχει απόπειρα εμβρυουλκίας, γιατί το κατώτερο τμήμα είναι οίδηματώδες και εύθρυπτο.
- 7) Όταν υπάρχει διαβρωτικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας.

Χαμηλή εγκάρσια τομή θα προτιμήσουμε γιατί η απώλεια του αίματος που συμβαίνει κατά την εκτέλεσή της είναι μικρότερη και γιατί η συρραφή της γίνεται καλύτερη. Μειονεκτήματά της είναι πως αν επεκταθεί προκαλεί αιμορραγία στα παραμήτρια από ρήξη μεγάλων αγγείων.

Παραλλαγές της εγκάρσιας τομής είναι η σε σχήμα ανάποδου T τομή, στην οποία καταφεύγουμε όταν ο πλακούντας βρίσκεται κάτω από το σημείο εξόδου του εμβρύου και η σε σχήμα Z τομή, στην οποία καταφεύγουμε όταν το κατώτερο τμήμα της μήτρας είναι στενό για να αποφύγουμε την επέκταση της εγκάρσιας τομής προς τα πλάγια. Οι δυο παραπάνω παραλλαγές εκθέτουν τη μήτρα σε κίνδυνο ρήξης της ουλής σε περίπτωση μελλοντικής εγκυμοσύνης, γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται η εκτέλεσή τους και να προτιμάται η εκτέλεση της χαμηλής κάθετης τομής.

Αντενδείξεις

Η καισαρική τομή έχει αντενδείξεις:

1. Σε νεκρό έμβρυο. Μόνο όταν αυτό είναι μεγάλο, υπάρχει απόλυτη δυσαναλογία ή υδροκεφαλία και ο μαιευτήρας δεν έχει την πείρα εκτέλεσης της ανάλογης μαιευτικής επέμβασης επιτρέπεται η εκτέλεσή της, για να αποφευχθούν επικίνδυνες κατώσεις του πνευλογεννητικού σωλήνα.

2. Σε έκλυση πρόωρου τοκετού και αμφιβόλου βιωσιμότητας του εμβρύου από ανωριμότητά του.

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

Επιπλοκές

Κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής είναι δυνατό να συμβούν επιπλοκές που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Πριν αναφερθούμε σ' αυτές, πρέπει ο μαιευτήρας να γνωρίζει πως σε κάθε εμφάνιση επιπλοκής καισαρικής τομής, η μήτρα πρέπει να βγαίνει από την περιτοναϊκή κοιλότητα για τον καλύτερο έλεγχο της και την καλύτερη αποκατάσταση της επιπλοκής. Οι περισσότεροι συνηθισμένες επιπλοκές είναι:

Επέκταση τομής. Αυτή συμβαίνει την προσπάθεια εξόδου του εμβρύου από τη μητριάα κοιλότητα. Η επέκταση μπορεί να συμβεί προς τα πλάγια όταν η τομή είναι εγκάρσια χαμηλή και να προκαλέσει τη ρήξη μεγάλων αγγείων και το σχηματισμό αιματώματος στο παραμήτριο, ή προς τα κάτω, όταν η τομή είναι χαμηλή κάθετη και να προκαλέσει τον τραυματισμό του τραχήλου. Στις περιπτώσεις αυτές συλλαμβάνουμε με θηριδωτές λαβίδες τις γωνίες της ρήξης και με ξεχωριστά ράμματα από χρωμιωμένο cat-gut No 1 ή 2 τις ράβουμε.

Αιμάτωμα παραμητρίου: Σε περίπτωση που η ρήξη μεγάλου αγγείου προκαλέσει αιμάτωμα στο παραμήτριο, επιβάλλεται η διάνοιξη του πρόσθιου πετάλου του πλατέως συνδέσμου, η έξοδος των πηγμάτων του αίματος και η αναζήτηση και απολίνωση του αγγείου που αιμορραγεί με λεπτό μετάξινο ράμμα.

Αν η απολίνωση των αγγείων που αιμορραγούν είναι δύσκολη, τότε καταφεύγουμε στην απολίνωση της μητριάας αρτηρίας με την ελπίδα πως τα αγγεία που προκαλούν την αιμορραγία είναι κλάδοι της. Αν ούτε η απολίνωση της μητριάας αρτηρίας βοηθήσει στον έλεγχο της αιμορραγίας, γιατί αυτή είναι διάχυτη, δηλαδή είναι τριχοειδική και προέρχεται από πολλά σημεία, τότε επιπωματίζουμε το παραμήτριο πιεστικά και κλείνουμε τα τοιχώματα της μήτρας.

Μετά αφαιρούμε τον πρόχειρο επιπωματισμό του παραμητρίου και προβαίνουμε σε νέο τέτοιο με μακριά γάζα, αφήνοντας την άκρη της έξω από τα κοιλιακά τοιχώματα στην έξω γωνία του τραύματος αν πρόκειται για εγκάρσια τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων ή σε ξεχωριστή χαμηλή παράμεση τομή αν πρόκειται για κάθετη τομή.

Αν το αιμάτωμα έχει καταλάβει μεγάλο χώρο του παραμητρίου και έχει επεκταθεί στον κυστεομητρικό ή ευθυμητρικό χώρο, η μήτρα δεν επιδέχεται συρραφή και η αιμορραγία δεν ελέγχεται. Τότε είμαστε υποχρεωμένοι να προβούμε στην εκτέλεση υστεροκτομίας χωρίς τα εξαρτήματα. Στην περίπτωση αυτή αφήνουμε χοντρό παροχετευτικό σωλήνα στο άνοιγμα του κόλπου για την καλύτερη παροχέτευση του παραμητρίου και επικαλύπτουμε το τραύμα με ξεχωριστές από gat-gut No 1 ραφές. Αν και μετά την υστεροκτομία η τριχοειδική αιμορραγία δεν ελέγχεται, τότε εφαρμόζουμε πιεστικό επιπωματισμό κατά Mic Kulitz σ' όλη την έκταση του αιματώματος.

Αιμορραγία από προδρομικό πλακούντα: Κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής σε προδρομικό πλακούντα και όταν αυτός είναι εμφυτευμένος ακριβώς κάτω από το σημείο της τομής, είναι δυνατό να συμβεί μεγάλη αιμορραγία που να προκαλέσει τον πανικό του χειρουργού. Σε τέτοια περίπτωση που η τομή πρέπει να είναι κάθετη, δεν τρυπάμε τον πλακούντα αλλά περνάμε γρήγορα το χέρι μας μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα από όποιο μέρος προσφέρεται, συναντάμε το εμβρυικό σάκο και αν δεν έχει ραγεί τον σπάζουμε και βγάζουμε την κεφαλή του εμβρύου ή πιάνουμε αυτό από το πόδι και το έλκουμε προς τα έξω, παραδίδοντάς το σε βοηθητικό πρόσωπο για την αναρρόφηση εκκρίσεων. Αποκολλάμε ύστερα τον πλακούντα και κλείνουμε τα τοιχώματα της μήτρας.

Άλλες φορές, σε περίπτωση προδρομικού πλακούντα, είναι δυνατό, επειδή το κατώτερο τμήμα της μήτρας δεν έχει τη δυνατότητα σύσπασης όπως το σώμα της, στην περιοχή της εμφύτευσης του πλακούντα να διαπιστώσουμε μετά την έξοδό του την ύπαρξη μεγάλων αγγείων που σφύζουν. Τότε δεν θα βιαστούμε στη συρραφή των τοιχωμάτων της μήτρας, αλλά με ξεχωριστά ράμματα από χρωμιωμένο Cat gut No 1 και με τη βοήθεια θυριδωτής λαβίδας, θα πιάσουμε τα αγγεία και θα τα απολινώσουμε. Υστερα θα προχωρήσουμε στη ραφή του πρώτου στρώματος των τοιχωμάτων της μήτρας.

Αν παραβλέψουμε τέτοια επιπλοκή είναι δυνατό, μετά το τέλος της καισαρικής τομής η λεχωίδα θα χάνει αίμα από τον κόλπο της, ενώ η μήτρα έχει συσπασθεί σε τέτοια ποσότητα που ν' απειλεί τη ζωή της και να απαιτεί νέα διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και εκτέλεση ολικής υστεροκτομίας.

Συρραφή οπίσθιου τοιχώματος μήτρας: Είναι δυνατό από παράβλεψη ο χειρουργός, κατά την πρώτη ραφή του τραύματος της μήτρας, να συλλάβει με τη βελόνα του το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας, με αποτέλεσμα να καταργήσει την παροχέτευση αίματος από τη μητριαία κοιλότητα, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη μόλυνσης και τη διάσπαση του τραύματος της μήτρας. Τέτοια επιπλοκή αποφεύγεται όταν, περνώντας τις βελονιές στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, εισάγουμε το δείκτη και το μεσαίο δάκτυλο του αριστερού χεριού μας στην ενδομήτρια κοιλότητα, ώστε η βελόνα να περνάει πάνω από τα δάκτυλά μας.

Ατονία μήτρας. Ποτέ δεν προβαίνουμε στη σύγκλειση των κοιλιακών-τοιχωμάτων στην καισαρική τομή πριν ελέγξουμε τη συσπαστικότητα της μήτρας. Η καλά συσπασμένη μήτρα έχει χρώμα ρόδινο και είναι σκληρή.

Αν διαπιστωθεί με την επισκόπηση και με την ψηλάφηση πως αυτή είναι άτονη, τότε χορηγούμε ενδοφλέβια μητροσυσπαστικά φάρμακα, όπως ωκυτοκίνη ή προσταγλανδίνη F_{2a} (5 mg σε 10 κ.εκ. φυσιολογικού ορού) και περιμένουμε την αντίδρασή της.

Αν παρά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση η ατονία επιμένει, όπως είναι δυνατό να συμβεί σε μήτρα πολυτόκου, σε πολύδημη κύηση, σε πολυάμνιο, σε προεκλαμψία, σε πολύωρη αποκόλληση του πλακούντα, τότε καταφεύγουμε στην εκτέλεση ολικής υστεροκτομίας χωρίς τα εξαρτήματα.

Αν η γυναίκα είναι μικρής ηλικίας και το έμβρυο γεννήθηκε πρόωρα και αμφιβάλλουμε για την επιβίωσή του, τότε δοκιμάζουμε την εκτέλεση ειδικής επέμβασης που συνίσταται στον αλληπάλληλο ενταφιασμό του τραύματος της μήτρας με ξεχωριστά αποχρωμιωμένα Cat gut 1 ράμματα. Με την τεχνική αυτή μικραίνει ο όγκος της μήτρας και δυνατό ν' αποφευχθεί η ακρωτηριαστική εγχείρηση της ολικής υστεροκτομίας.

Τραυματισμός ουροδόχου κύστης: Αυτός συμβαίνει ευκολότερα σε προηγηθείσα καισαρική τομή όταν έχουν αναπτυχθεί συμφήσεις και προτιμήσαμε τη χαμηλή εγκάρσια τομή. Στην περίπτωση αυτή συλλαμβάνονται με λεπτές λαβίδες οι δυο γωνίες του τραύματος και ράβονται τα χείλη του με χρωμιωμένο cat gut No 000 σε συνεχόμενη ραφή, που πιάνει το βλεννογόνο χιτώνα της ουροδόχου κύστης και λίγο από το μυικό. Ακολουθεί δεύτερη επικαλυπτική ραφή σε συνεχόμενη ραφή από ατραυματικό μετάξινο ράμμα, για την ενίσχυση της πρώτης.

Κατά τη σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων αφήνουμε λεπτό παροχετευτικό σωλήνα στο χώρο του Retzius. Ο μόνιμος καθετήρας στην περίπτωση τραυματισμού της ουροδόχου κύστης πρέπει να παραμείνει για δυο βδομάδες.

Προηγθείσα καισαρική τομή

Η εκτέλεση ψηλής κάθετης καισαρικής τομής προϋποθέτει επανάληψη της καισαρικής πριν από την έκλυση τοκετού. Η εκτέλεση όμως χαμηλής εγκάρσιας ή κάθετης καισαρικής τομής είναι δυνατό να επιτρέψει φυσιολογική την εξέλιξη του τοκετού σε καλά οργανωμένη κλινική, έτοιμη ν' αντιμετωπίσει πιθανή ρήξη της ουλής. Η σπουδή εκτέλεσης δεύτερης καισαρικής σε πολύτοκο που γέννησε στο παρελθόν φυσιολογικά, και μόνο το τελευταίο της παιδί με καισαρική τομή για προδρομικό πλακούντα ή η σπουδή εκτέλεσης καισαρικής τομής σε πρόωρο τοκετό με προχωρημένη διαστολή του τραχήλου, είναι ανεπίτρεπτη, όπως ανεπίτρεπτη είναι η εκτέλεσή της όταν δεν έχει διαπιστωθεί η ωριμότητα του εμβρύου.

Η απόφαση στειροποίησης μετά δεύτερη ή τρίτη καισαρική τομή αφήνεται στην κρίση του ζευγαριού. Ο γιατρός όμως καλείται να εκτιμήσει τις τοπικές συνθήκες συρραφής του τραύματος και αν και κατά πόσο αυτό επιτρέπει νέα εγκυμοσύνη.

Καισαρική υστεροτομία

Είναι φορές που την εκτέλεση καισαρικής τομής ακολουθεί ολική υστεροτομία, χωρίς τις περισσότερες φορές τα εξαρτήματα.

Καισαρική υστεροτομία θα εκτελούσαμε:

- 1) Σε ενδομήτρια μόλυνση.
- 2) Σε ελαττωματική ουλή ύστερα από ρήξη της μήτρας, όταν η επανασυρραφή της είναι απραγματοποίητη.
- 3) Σε ατονία της μήτρας όταν δεν υποχωρεί στη συντηρητική αγωγή, δηλαδή στη χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων και στην εκτέλεση μαλάξεων.
- 4) Σε εκτεταμένο αιμάτωμα που προήλθε από ρήξη μεγάλων αγγείων.
- 5) Σε στιφρό πλακούντα ή διεισδυτική μορφή πλακούντα.

- 6) Σε πολλαπλά ινομυώματα μήτρας.
7) Σε αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η καισαρική υστεροτομία έχει τα μειονεκτήματα πως σ' αυτή η απώλεια του αίματος είναι μεγαλύτερη και πως εύκολα μπορούν να συμβούν τραυματισμοί του ουροποιητικού συστήματος. Η επέμβαση εκτελείται μετά την έξοδο του εμβρύου, αφού βγάλουμε τη μήτρα έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα, αφαιρέσουμε τον πλακούντα, χορηγήσουμε μητροσυσπαστικά φάρμακα, τοποθετήσουμε σπληνίο μέσα στη μητριάια κοιλότητα και συρράψουμε με μια συνεχόμενη ραφή τα τοιχώματα της μήτρας, χωρίς να σπαταλήσουμε χρόνο.

Η εγχείρηση δυνατό να είναι τυπική ολική υστερεκτομία, δυνατό όμως να μας επιβάλλει τον πιεστικό επιπωματισμό του παραμητρίου ή την παροχέτευση του τραύματος από τον κόλπο για την αποφυγή ανάπτυξης λοίμωξης. Έχει σημασία ο χειρουργός να καταφύγει στην εκτέλεση ολικής και όχι υφολικής υστερεκτομίας γιατί το ενδοκολπικό τμήμα του τραχήλου δυνατό να δημιουργήσει άμεσες ή απώτερες επιπλοκές.

Μεταθανάτια καισαρική τομή

Αν διαπιστωθεί ο θάνατος της εγκύου και το έμβρυο είναι βιώσιμο, τότε είναι δυνατή η εκτέλεση καισαρικής τομής για την απελευθέρωσή του. Για το σκοπό αυτό, χωρίς αντισηπτικές προφυλάξεις, προχωράμε σε κάθετη τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων και των τοιχωμάτων της μήτρας και βγάζουμε το έμβρυο. Η επέμβαση μετά τη διαπίστωση του θανάτου της εγκύου πρέπει να είναι άμεση. Τα έμβρυα που γεννιούνται μέσα στα πρώτα δέκα λεπτά από το θάνατο της μητέρας τους έχουν καλή πρόγνωση. Υστερα από παρέλευση δέκα λεπτών η πρόγνωσή τους γίνεται βαριά και μετά από είκοσι λεπτά η επέμβαση κρίνεται άχρηστη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα εγκύου η οποία θα επιβληθεί στη διαδικασία της καισαρικής τομής

Με την εισαγωγή της εγκύου στο νοσοκομείο μπαίνει σε εφαρμογή σχεδόν αμέσως η τυπική και τελική προεγχειρητική ετοιμασία που εφαρμόζεται σε κάθε ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί. Η έγκυος λοιπόν που ετοιμάζεται για χειρουργική επέμβαση ή νοσηλεύεται μετά απ' αυτή έχει ιδιαίτερα νοσηλευτικά προβλήματα και εμφανίζει πολλές νοσηλευτικές ανάγκες, τις οποίες αποκλειστικά η νοσηλευτική ομάδα μπορεί να έχει την ευθύνη να ικανοποιήσει.

Κάθε έγκυος που εισέρχεται στο νοσοκομείο διακατέχεται από αισθήματα φόβου και λογικής ανησυχίας. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της εγχείρησης τα προβλήματα διογκώνονται και επηρεάζεται δυσμενώς η νευροψυχική κατάσταση της εγκύου. Η άγνοια, η προκατάληψη ή η παρανόηση, πολλές φορές διογκώνουν το πρόβλημα.

Η νοσηλεύτρια, με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει την έγκυο, μαζί πάντα με τη βοήθεια της Μαίας, να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα. Η προετοιμασία της νοσηλεύτριας ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα της εγκύου, χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων όπως ιατρών κ.τ.λ., καθώς και η προετοιμασία της εγκύου από τη νοσηλεύτρια και τη Μαία με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες, δημιουργούν κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης

και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση και στην εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από το άγνωστο. Ακόμη, τα ερωτήματα των οικείων της εγκύου πρέπει να απαντηθούν, πάντα μέσα στα όρια και μέτρα των δυνατοτήτων της νοσηλεύτριας και αρμοδιοτήτων της.

Είναι γνωστό ότι συχνά η έγκυος γυναίκα οδηγείται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή και κατάθλιψης. Η τόνωση του ηθικού της επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της νοσηλεύτριας:

- 1) Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες της εγκύου και να τις ικανοποιήσει.
- 2) Να καταλάβει την έγκυο και να συμμεριστεί τη θέση της.

Σωματική τόνωση: Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Φυσικά ο ιατρός και ο διαιτολόγος θα ορίσουν το διαιτολόγιο της εγκύου.

Δίνονται τροφές που να μη δημιουργούν μετεωρισμό ή να μην είναι ερεθιστικές στο βλεννογόνο του στομάχου. Κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι η έγκυος βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Την προ της εγχειρήσεως ημέρα η έγκυος τρέφεται ελαφρά. Έξι ώρες πριν δεν παίρνει τίποτα, για το φόβο μετεωρισμού και τον κίνδυνο εμέτου.

Ιατρικές εξετάσεις: (κλινικές, εργαστηριακές). Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση της εγκύου που θα χειρουργηθεί από:

- 1) Χειρουργό, για εκτίμηση της κατάστασης, επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.
- 2) Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. Εάν παρουσιασθεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα καλείται ο ειδικός ιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της κατάστασης.
- 3) Αναισθησιολόγος για την εξέταση αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της νάρκωσης και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Οι γενικές εξετάσεις πριν από την εγχείρηση είναι:

- 1) Εξέταση αίματος γενική (λευκά - ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος.
- 2) Γενική ούρων.
- 3) Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Καθαριότητα της εγκύου. Αυτή συνιστάται σε:

- 1) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Αποβλέπει στην αποφυγή εκκενώσεως πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι, την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με: - τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δεν συνιστάται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού, καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου. Η εκτέλεση υποκλυσμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής γιατρού. Επίσης παρακολουθούνται τα αποτελέσματα των υποκλυσμών αν είναι αρνητικά ή θετικά.

2) Καθαριότητα του σώματος της εγκύου. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργία του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως. Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: Πάντοτε η αναμονή εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αύπνια και η κόπωση προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών. Για την αποφυγή αύπνιας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, δίνεται στην έγκυο ένα ποτήρι χλιαρό γάλα.

Προετοιμασία και εκπαίδευση της ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λπ.

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία: Τοπική είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Στην περίπτωση μας συνίσταται στην καθαριότητα και αποτρίχωση της ήβης και αντισηψία δέρματος. Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου πρέπει να επεκτείνεται πολύ περισσότερο γύρω από το σημείο τομής.

Εκτός από το συνηθισμένο ευπρεπισμό της κοιλίας και τον υποκλυσμό, που είναι απαραίτητα σε κάθε λαπαροτομία, επειδή η ουροδόχος κύστη είναι δυνατό να αποτελέσει εμπόδιο, θα πρέπει να

καθετηριάζεται με μόνιμο καθετήρα πριν από την εγχείρηση. παράλληλα ετοιμάζεται και η κοιτίδα του νεογνού, ενώ για την προνάρκωση, όπως αναφέρεται παρακάτω, δεν χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα. Μέσα στις προεγχειρητικές φροντίδες συμπεριλαμβάνεται και η μέριμνα για προμήθεια αίματος που θα διασταυρωθεί για να χρησιμοποιηθεί σε ενδεχόμενη μετάγγιση.

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία: Περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της εγκύου. Παίρνονται τα ζωτικά σημεία της εγκύου (θερμοκρασία - σφύξεις - αναπνοές) και παρατηρούνται για τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Όλες οι σχετικές παρατηρήσεις αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό.

β) Κατάλληλη ένδυση εγκύου: Βάσει του προγράμματος εγχειρήσεων που υπάρχει στο τμήμα, μισή ώρα προ της εγχειρήσεως η έγκυος φορά την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει για ν' αδειάσει η ουροδόχος κύστη, ώστε να μην υπάρχει περίπτωση να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι. Η ενδυμασία του χειρουργείου είναι:

- 1) Ποδονάρια
- 2) Υποκάμισο
- 3) Σκούφος

Η νοσηλεύτρια φορεί τα ρούχα αυτά στην έγκυο αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη εσωρούχων και το νυχτικό ή τις πυτζάμες. Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρεί φουρκέτες, τσιμπιδάκια κι αυτό γιατί η παραμονή στο χειρουργικό τραπέζι μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό ή ακόμα και τραύμα, εξαιτίας των αιχμηρών αυτών αντικειμένων που θα πιέζουν το κεφάλι.

Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα (εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο στη βέρα, η οποία ασφαρίζεται μ' έναν επίδεσμο στον καρπό). Τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο της εγκύου, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Η νοσηλεύτρια υπενθυμίζει στην έγκυο για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τη θέση του κεφαλιού της μετά την εγχείρηση κ.λπ. Η έκταση της προετοιμασίας επηρεάζεται πάντοτε από την ηλικία και την ωριμότητα της εγκύου.

Σε περίπτωση που η έγκυος έχει βαμμένα νύχια ξεβάφονται για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυάνωσης κατά τη νάρκωση.

γ) Προνάρκωση. Αυτή συνήθως γίνεται μισή ώρα πριν την εγχείρηση. Το είδος της προνάρκωσης καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβέλει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνιστάται στην έγκυο να μη σηκωθεί από το κρεβάτι της.

Κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στην έγκυο το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και την καθορισμένη ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στην έγκυο ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Τελος, η έγκυος μεταφέρεται με φορείο στην αίθουσα του χειρουργείου. Όλα τα παραπάνω βέβαια γίνονται για μια προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Προετοιμασία κλίνης - θαλάμου και περιβάλλοντος της εγκύου

Μετά την αποχώρηση της εγκύου για το χειρουργείο η νοσηλεύτρια αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον που πρόκειται να υποδεχθεί τη λεχωίδα και το νεογνό κάποιες ώρες της ζωής του.

Το κρεβάτι που θα υποδεχθεί τη λεχωίδα θα πρέπει:

1. Να είναι ζεστό για την προφύλαξη της λεχωίδας.
2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
3. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κυγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει η λεχωίδα κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.
4. Να είναι ανοιχτό απ' όλες τις πλευρές, για την εύκολη μεταφορά της λεχωίδας από το φορείο σ' αυτό.
5. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου.
6. Στο πάνω πλάγιο χείλος του στρώματος προς το μέρος του κομοδίνου τοποθετείται χάρτινη σακούλα.
7. Στο κομοδίνο τοποθετείται τετράγων οαλλαγών για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό. Επίσης τοποθετούνται ποτήρι με δροσερό νερό, port cotton, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακου και τολύπια βαμγάκι.

Τέλος, η βοηθός θαλάμου αναλαμβάνει το σκούπισμα, το σφουγγάρισμα του θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων. Ένα παράθυρο μένει ανοιχτό για το συνεχή αερισμό του θαλάμου, αφού έχουν κατεβαστεί τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό στο θάλαμο.

Επειτα απ' όλα αυτά ο θάλαμος είναι έτοιμος να δεχτεί τη λεχρίδα και το νεογνό για κάποιες ώρες της ζωής τους.

Νάρκωση κατά την καισαρική

Αν θελήσουμε ν' απαριθμήσουμε τις ιδανικές προϋποθέσεις μιας νάρκωσης σε λαπαροτομία, δεν θα παραλείψουμε ν' αναφέρουμε ότι η νάρκωση θα πρέπει να είναι βαθειά, με πλήρη απώλεια της συνείδησης και εξαφάνιση των αντανακλαστικών, να έχει πλήρη μυϊκή χάλαση για να μην "πετούν" προς τα έξω τα σπλάχνα όταν διανοιγεί το περιτόναιο κι έτσι να διασφαλίζεται πλήρης άνεση στο χειρουργό.

Για να πετύχει όλα αυτά ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να καταργήσει τη θωρακική και διαφραγματική αναπνοή, πράγμα που επιτυγχάνεται με φάρμακα της σειράς του κουαρίου· έτσι καταφεύγει στην παράλυση των μυών. Με τη μυϊκή παράλυση παραλύουν και οι αναπνευστικοί μύες· για να διατηρηθεί όμως η αναπνοή χρειάζεται η τεχνητή αναπνοή μέσω τραχειοσωλήνα.

Κατά την καισαρική τομή - λαπαροτομία κι αυτή - όταν τηρηθούν οι προϋποθέσεις αυτές κινδυνεύουμε, λόγω της διέλευσης των φαρμάκων δια του πλακούντα, να ναρκώσουμε το έμβρυο, γεγονός ανεπιθύμητο διότι κατά την έξοδό του στην ανάνηψη που χρειάζεται θα προστεθεί και η ανάνηψη από τη νάρκωση που θα πάρει άθελά μας. Αν δε, παρ' ελπίδα, το νεογνό παρουσιάσει δυσχέρεια στην ανάνηψή του, τότε όλο το βάρος καταλογίζεται στη νάρκωση και ζητούνται ευθύνες από τον αναισθησιολόγο.

Η καισαρική τομή παρουσιάζει σαν νάρκωσή την ακόλουθη ιδιορρυθμία: θα πρέπει μέχρι της εξόδου του νεογνού η νάρκωση να είναι επιπολής, δίχως φυσικά να έχει αίσθηση η επίτοκος, ούτε

όμως να επηρεασθεί από τη νάρκωση το κύημα. Για να επιτευχθεί αυτή η παράδοξη προϋπόθεση φροντίζουμε να χορηγούμε μικρές δόσεις βαρβιτουρικού μέχρι να εξαχθεί το έμβρυο, ν' αρχίζουμε τη νάρκωση όσο το δυνατόν αργότερα, δηλαδή τότε όταν είναι εντελώς έτοιμος ο χειρουργός, να υπάρχει η δυνατότητα της διασωλήνωσης του νεογνού για τεχνητή αναπνοή σε περίπτωση που θα υπάρξει πρόβλημα κατά την ανάνηψή του.

Αμέσως με τη χορήγηση του κουραρίου διασωληνώνεται η επίτοκος και αρχίζει ο χειρουργός την εγχείρηση, με σκοπό την όσο το δυνατό ταχύτερη εξαγωγή του εμβρύου και εδώ τελειώνει το πρώτο στάδιο της νάρκωσης.

Στη συνέχεια, με χορήγηση συμπληρωματικής δόσης κουραρίου και βαρβιτουρικών, η γυναίκα κοιμάται βαθύτερα, όπως σε κάθε λαπαροτομία, μετά δε την υστεροτομία χορηγείται και ερεσιβώδης ολυρα για μητροσύσπαση που θα περιορίσει τη μεγάλη απώλεια αίματος.

Τώρα πλέον ο μαιευτήρας, αφού του εξασφαλισθεί πλήρης μυική χάλαση, συνεχίζει ήρεμος την εγχείρησή του.

Από τη φαρμακολογία της νάρκωσης αναφέρουμε ότι τα ταχείας δράσης βαρβιτουρικά διαπερνούν το φράγμα του πλακούντα. Παρ' όλα αυτά όμως συγκρατούνται από τον εγκέφαλο του νεογνού, που είναι ιδιαίτερα πλούσιος σε λιποειδή κι έτσι χάνουν πολύ από τη ναρκωτική τους επίδραση στο έμβρυο σε σχέση μ' εκείνη του ενήλικα. Η κυριότερη φαρμακολογική ιδιότητα που μας ενδιαφέρει για κάθε φάρμακο που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί στην επίτοκο είναι το αν διέρχεται και σε τι ποσότητα το φράγμα του πλακούντα.

Μετά την έξοδό του το νεογνό, κατά την ανάνηψή του, είναι δυνατό να παρουσιάσει διαφόρου βαθμού προβλήματα, είτε σε δυσχέρεια ανάνηψης είτε σαν πλημμελή εγκατάσταση των αντανακλαστικών, είτε μετά την πρώτη αναπνοή να περιπέσει σε ατονία ή και άπνοια με κυάνωση, που αν δεν γίνει γρήγορα αντιληπτή -συμβαίνει συχνά με τη μεταφορά του νεογνού στο τμήμα- μπορεί να μας οδηγήσει σε περιπέτειες. 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 θα παραμείνει μέχρι την ανάνηψή της και μετά θα μεταφερθεί στο δωμάτιό της.

Σήμερα τίθεται σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης για συστηματικότερη παρακολούθηση μέχρι της κινητοποίησης του εντέρου, οπότε και μεταφέρεται στο δωμάτιό της δίχως ορό και δίχως κυστικό καθετήρα.

Σημείωση για τη γενική αναισθησία στην καισαρική τομή: Η γενική αναισθησία έχει ένδειξη και για την εκλεκτική και για την επείγουσα καισαρική τομή.

Βεβαία για την εκλεκτική καισαρική τομή θα ήταν προτιμότερη, όπως υποστηρίζεται από πολλούς, η περιοχική αναισθησία, αλλά από μελέτες που έγιναν δεν προέκυψαν διαφορές μεταξύ των δυο μεθόδων σε ό,τι αφορά το έμβρυο και τη μητέρα.

Στην επείγουσα καισαρική τομή, όπως συμβαίνει στην εμβρυική δυσπραγία, στην πρόπτωση της ομφαλίδας, στη μαζική αιμορραγία του τρίτου τριμήνου ή στη ρήξη μήτρας, η γενική αναισθησία είναι μέθοδος εκλογής. Σε λιγότερο επείγουσες καταστάσεις θα μπορούσε

να γίνει επιλογή μεταξύ των δυο μεθόδων, όπως π.χ. αναστολή στην εξέλιξη του τοκετού, προηγηθείσα καισαρική τομή, αποτυχία στην εισαγωγή της γενικής αναισθησίας, χοριοαμνιονίτιδα και ανώμαλη προβολή του εμβρύου.

Επίσης η γενική αναισθησία προτιμάται σε κυήσεις επιπλεγμένες με υπερτασική νόσο, με αιμορραγίες ή με καρδιακή νόσο.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι περισσότερο συνηθισμένες απ' αυτές είναι:

- α) Ο ειλεός (που συμβαίνει στις πρώτες 24-48 ώρες και απαιτεί ειδική αγωγή).
- β) Η διάσπαση του τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων (που απαιτεί επανασυρραφή).
- γ) Η διάσπαση του τραύματος της μήτρας σε ψηλή κάθετη τομή (απαιτεί την εκτέλεση ολικής υστερεκτομής).
- δ) Η πνευμονική εμβολή.
- ε) Η ενδομητρίτιδα.
- ζ) Η θρομβοφλεβίτιδα.

Ακόμη: α) Επέκταση τομής, β) Αιμάτωμα παραμητρίου, γ) Ατονία μήτρας, δ) Τραυματισμός ουροδόχου κύστης.

Απώτερες επιπλοκές είναι: Η δημιουργία ενδομητρίων, συμφύσεων και η ρήξη της ουλής της μήτρας σε μελλοντική εγκυμοσύνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΧΩΙΔΟΣ

Γενικές οδηγίες

Η μετεγχειρητική φροντίδα της λεχωίδος αποτελεί σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας. Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια αδελφή, η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση της λεχωίδος.

Η νοσηλεύτρια θα συντελέσει:

- 1) Στην προστασία της λεχωίδας κατά της διάφορες φάσεις της ανάνηψης.
- 2) Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης.
- 3) Στην ανακούφισή της από πιθανά ενοχλήματα.
- 4) Στην πρόληψη επιπλοκών και
- 5) Στη βοήθεια της λεχωίδας για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική της κατάσταση.

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

- 1) Την προφύλαξη της λεχωίδος από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά της από το χειρουργείο στο θάλαμο.
- 2) Την κατάλληλη τοποθέτησή της στο κρεβάτι. Η κατάλληλη θέση της προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών και επιτρέπει τη λειτουργία τυχόν παροχετεύσεων.
- 3) Τον έλεγχο της κατάστασης του τραύματος και την παρακολούθησή του.

- 4) Την παρακολούθηση της λεχωίδος μέχρι την αφύπνισή της. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της νοσηλεύτριας.
- 5) τη σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, εάν τυχόν φέρει κάποιο απ' αυτά.
- 6) Την προφύλαξη και θεραπεία από τις τυχόν επιπλοκές.
- 7) Την ανακούφιση, με την καλή νοσηλευτική φροντίδα, από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες τυχόν να υποφέρει κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
- 8) Τη φροντίδα του τραύματος.

Η καθαριότητα είναι σπουδαίος παράγοντας της μετεγχειρητικής νοσηλείας της λεχωίδας. Συνιστάται λουτρό, αλλαγή νυχτικού και ιματισμού.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει τη χορήγηση ορών, αντιβιοτικών και μητροσούσπασης. Ο περισταλτισμός του εντέρου παρατηρείται μετά το πρώτο 24ωρο, αφού προηγηθεί μετεωρισμός και η πρώτη έξοδος αερίων ανακουφίζει. Την τρίτη ημέρα γίνεται ένας υποκλυσμός και αρχίζει η βαθμιαία σίτιση της λεχωίδος, της αφαιρούνται τα ράμματα ενώ η γυναίκα εξέρχεται την 8η ημέρα.

Κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής, αν ανευρεθεί οτιδήποτε το γυναικολογικό ή το χειρουργικό όμως π.χ. σκωληκοειδίτις, ινομύωμα, κύστη κ.λπ. δεν επιτρέπεται να γίνει αφαίρεσή του.

Επίσης, σαν κυριότερη επιπλοκή της καισαρικής τομής πρέπει να θεωρείται η περιτονίτιδα, που αρχίζει σαν πάρεση εντέρου με την μη εγκατάσταση του εντερικού περισταλτισμού, για να φτάσει σε παραλυτικό ειλεό με ταχυσφυγμία και πυρετό. Σήμερα με τη χορήγηση αντιβιοτικών είναι δυνατό να λείπει ο πυρετός. Εχοντας υπόψη μας

την παθολογία του ειλεού και της περιτονίτιδας και τη σημασία που έχει η ηλεκτρολυτική ρύθμιση, καθώς και το ενδεχόμενο μιας νέας λαπαροτομίας, δεν θα πρέπει ο μαιευτήρας να επωμίζεται μόνος την ευθύνη της αντιμετώπισης παρόμοιας κατάστασης, αλλά να ζητά τη συνδρομή πεπειραμένου χειρουργού του πεπτικού. Από τη σωστή αντιμετώπιση της περίπτωσης θα εξαρτηθεί και η επιβίωση της ασθενούς.

Ανακεφαλαιώνοντας πρωταρχικά

Γίνεται νοσηλευτική αξιολόγηση της λεχωίδας, παίρνοντας πληροφορίες από το νοσηλευτικό - ιατρικό - ιστορικό φάκελλο, το διάγραμμα, τις αδελφές, το μαιευτήρα σχετικά με την εξέλιξη της καισαρικής τομής, κλινική παρατήρηση, συσχέτιση των ευρημάτων με τις γνώσεις και την πείρα μας. Κατόπιν προγραμματίζουμε τις νοσηλευτικές ενέργειες βάσει των αναγκών που διαπιστώσαμε και διεκπεραιώνουμε τη νοσηλευτική φροντίδα. Τέλος, εκτιμούμε τα αποτελέσματα της φροντίδας που εφαρμόσαμε και σε περίπτωση μη ικανοποιητικού αποτελέσματος κάνουμε αναθεώρηση και αναπροσαρμογή αυτών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

- 1) Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί τη λοχεία τις πρώτες μέρες.
- 2) Να φροντίζει ώστε οι οδηγίες του γιατρού να τηρούνται με ακρίβεια.

3) Να λαμβάνει προφυλακτικά και προστατευτικά μέτρα για την πρόληψη επιπλοκών, όπως τονίσαμε παραπάνω.

Κατά την παρακολούθηση της λοχείας φροντίζεται η αντισηψία της τομής, αλλά και η καθαριότητα των γεννητικών οργάνων.

Πιθανή άνοδος της θερμοκρασίας οφείλεται στην εγκατάσταση έκκρισης του γάλακτος ή κατακράτηση λοχειών στη μήτρα. Αν η θερμοκρασία είναι μεγαλύτερη των 38°C υπάρχει εκδοχή λοίμωξης, η οποία καταπολεμάται με τη χρήση αντιβιοτικών.

Καθημερινά γίνεται έλεγχος της παλινδρόμησης της μήτρας για την αποβολή κατακρατούμενων λοχειών, αφού έχει προηγηθεί κένωση της ουροδόχου κύστεως. Σε περίπτωση που έχουμε ανεπαρκείς συστολές της μήτρας ή ατελή κένωση της ουροδόχου, δυσχεραίνεται η αποβολή λοχειών, με αποτέλεσμα την κατακράτησή τους. Γι' αυτό τις πρώτες μέρες της λοχείας είναι απαραίτητη η χορήγηση μητροσυσταλτικών σκευασμάτων.

Κατά τις πρώτες ημέρες παρουσιάζει το έντερο ατονία και μετεωρισμό, Γι' αυτό γίνεται ελαφρύς υποκλεισμός κατά την τρίτη ημέρα. Τα υπακτικά και καθαρτικά φάρμακα απαγορεύονται, γιατί επιδρούν δυσμενώς στη γαλουχία.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Λοχεία καλείται το χρονικό διάστημα από τον τοκετό μέχρι την παλινδρόμηση της μήτρας στο μέγεθος και την κατάσταση που ευρίσκετο προ της εγκατάστασης της κύησης. Κατά τη διάρκεια της λοχείας παρατηρείται έκκριση αίματος, του οποίου η χροιά, με την πάροδο του χρόνου, μεταπίπτει από ερυθρό σε σκοριόχρουν και

ακολουθώς σε τριανταφυλλί. Η έκκριση αυτή αποτελεί τα λόχεια, με χαρακτηριστική οσμή. Τόσο η ποσότητα όσο και η οσμή πρέπει να ελέγχονται καθημερινά, διότι δυσοσμία αυτών υποδηλοί ενδομητρίτιδα.

Η διάρκεια της λοχείας φτάνει μέχρι 40 ημέρες. Κατά τις πρώτες ημέρες της λοχείας εγκαθίσταται η γαλακτόρροια, η έναρξη της οποίας συμβαίνει μετά 48 ώρες από τον τοκετό.

ΜΙΚΡΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Οι δυο βασικές λειτουργίες κατά την περίοδο της λοχείας είναι:

α) Η ρευστοποίηση των υπολειμμάτων της κύησης και η έξοδος αυτών υπό μορφή λοχειών, ως και η επάνοδος των οργάνων του γεννητικού συστήματος στην προτέρα των κατάσταση.

β) Η εξασφάλιση και η καλή λειτουργία της έκκρισης του μαστού.

Η καθημερινή επίσκεψη στη λεχρίδα περιλαμβάνει τις εξής φροντίδες:

1) Μια ματιά στο θερμομετρικό διάγραμμα και έλεγχος της θερμικής καμπύλης, καθώς και έλεγχο του σφυγμού.

2) Μια ματιά στη μήτρα και στα λόχεια, καθώς και στην οσμή αυτών.

3) Μια ερώτηση στη λεχρίδα σχετικά με την επαναλειτουργία της κύστης και του εντέρου.

4) Μια ψηλάφηση των μαστών.

1. Το θερμομετρικό διάγραμμα δικαιολογεί μια πυρετική κίνηση μέχρι 37°C. Άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονή.

Αν παραταθεί την ίδια ημέρα πιθανώς οφείλεται σε κάματο, ανουρία ή αφυδάτωση. Αν παρατηρηθεί την 3η ημέρα μπορεί να σημαίνει φλεγμονή της περινεοτομής, πράγμα που φαίνεται με τοπική διήθηση και μάλιστα επώδυνη. Αν κατά την άνοδο της θερμοκρασίας και τα πρώτα τοπικά φαινόμενα δεν παροχετευθεί το πύον, τότε απειλείται όλη η περινεοτομή. Σε διάσπαση του τραύματος τοπικώς εφαρμόζεται αντισηψία με βάμμα ιωδίου. Και η υπερφόρτωση των μαστών μετά την 3η ημέρα μπορεί να ευθύνεται για την πυρετική κίνηση των 38°-39°C. Αν η πυρετική κίνηση συνοδεύεται από πόνο στη γαστροκνημία τότε πρόκειται για θρομβοφλεβίτιδα. αν τίποτα από τα ανωτέρω δεν συμβαίνει και ο σφυγμός είναι ταχύς, τότε σκεφτόμαστε τον επιλόχειο πυρετό.

2. Τα λόχεια έχουν χαρακτηριστική οσμή και χροιά, που ακολουθεί ορισμένες μεταβολές ανάλογα με τη μέρα της λοχείας. Αν η οσμή είναι δύσοσμη τότε πρόκειται για ενδομητρίτιδα και θα έχουμε από το θερμομετρικό διάγραμμα πυρετική κίνηση, καθώς και ταχυσφυγμία ή δυσσομία των λοχείων πολλές φορές οφείλεται σε λοίμωξη με κολοβακτηρίδια.

Θεραπευτικώς χορηγούμε μητροσύσπαση, σπασμόλυση, με σκοπό να συσταλεί η μήτρα και να διασταλεί ο τράχηλος για να εκβληθούν τα λόχεια. Χορηγούνται αντιβιοτικά και στο υπογάστριο τοποθετείται παγοκύστη. Παρακολουθείται η γενική κατάσταση για την πρόληψη της γενίκευσης της φλεγμονής προς σηψαιμία.

3. Η λεχωίδα, όπως έχουμε πει, φέρει καθετήρα. Μετά την πάροδο τριών ημερών ο καθετήρας βγαίνει, αφού είναι σε θέση η λεχωίδα να ουρήσει ελεύθερα χωρίς κανένα πρόβλημα.

4. Η επίσκεψη της λεχωίδας τελειώνει πάντοτε με μια ψηλάφηση των μαστών, κατά προτίμηση πάνω από το νυχτικό προς αποφυγή

λοιμωξης. Αν οι μαστοί παρουσιάζουν υπερφόρτωση τότε συνσιτούμε ή και επιδεικνύουμε στη λεχωίδα τρόπο εξαγωγής του γάλακτος ή τρόπο καλύτερου θηλασμού. Δεν παραλείπουμε να φοβήσουμε τη λεχωίδα για τις συνέπειες της μαστίτιδας, που κινδυνεύει να πάθει αν δεν αδειάσει τους μαστούς της.

Η επανεγκατάσταση της έμμηνου ροής μετά τον τοκετό γίνεται μετά παρέλευση ενός διαστήματος αμηνόρροιας και πολλές φορές εκδηλώνεται μηνορραγία, που αν δεν αντιμετωπισθεί επιτυχώς φαρμακευτικώς θα χρειασθεί να καταφύγουμε σε θεραπευτική απόξεση, με την οποία συχνά αποκαλύπτεται υπερπλασία του ενδομητρίου.

Η κύηση αυξάνει το βάρος της γυναίκας μετά τον τοκετό και σε σύντομο χρονικό διάστημα η λεχωίδα χάνει ένα μεγάλο μέρος από το βάρος που έβαλε. Όχι σπάνια η απώλεια του βάρους δεν είναι ικανοποιητική ή και ακόμη μετά λίγες εβδομάδες παρατηρείται μια αύξηση του βάρους που φθάνει στο επίπεδο εκείνου του προ του τοκετού. Στην περίπτωση αυτή, εκτός της διαίτης θα προγραμματίσουμε και μια ενδοκρινολογική μελέτη της ασθενούς.

Άλλη νοσολογική οντότητα πάνω στο πλαίσιο της μικρής παθολογίας της λοχείας είναι και μια ατονία που αισθάνεται η γυναίκα η οποία θεραπεύεται, αν γεννάται λόγος, με πολυβιταμίνες, μέταλλα και η κατάσταση βελτιώνεται.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η διαιτητική αγωγή δεν παρουσιάζει τίποτα το ενδιαφέρον. Η ομαλή διατροφή είναι αρκετή και δεν χρειάζεται υπερσιτισμός. Η

επικρατούσα αντίληψη στα "λαϊκά" κυρίως στρώματα ότι η λεχвіδα έχει ανάγκη αφθονότερης τροφής είναι τελείως εσφαλμένη.

Μερικές γυναίκες, απαλλαγμένες από τους διαιτητικούς περιορισμούς της κύησης, επιδεικνύουν βουλιμία στην οποία συντελεί ίσως και η ευφορία της μητρότητας. Ο φραγμός σ' αυτό είναι απαραίτητος, προς αποφυγή παχυσαρκίας (η οποία, όπως έχουμε πει, εγκαθίσταται όχι σπανίως μετά τον τοκετό) ή τουλάχιστον της αύξησης του βάρους.

Δεν υπάρχει ανάγκη χορήγησης φαρμάκων κατά τη λοχεία, εκτός της χορήγησης βιταμινών της ομάδας Β, βιταμίνης G και σιδήρου. Κι αυτό επειδή ένα μεγάλο μέρος βιταμινών από τη μητέρα διοχετεύεται μέσω του γάλακτος στο νεογέννητο. Οσον αφορά το σίδηρο δίνεται σε επαρκή ποσότητα γιατί δεν περιέχεται στο μητρικό γάλα.

Λόγω της κύησης προκαλείται χαλάρωση του μυϊκού συστήματος και για την αποκατάστασή του εφαρμόζουμε γυμναστική των κάτω άκρων.

Η πρώιμη έγερση της λεχвіδος αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία διαφόρων συστημάτων (κυκλοφορικό, πεπτικό, ουροποιητικό). Τα πλεονεκτήματα αυτής είναι πολλά:

1. Τονώνεται η κυκλοφορία και αποφεύγεται η φλεβική στάση.
2. Περιορίζεται ο κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδας, ο οποίος πάντα απειλεί τη λεχвіδα.
3. Υποβοηθείται η λειτουργία του εντέρου και της κύστεως.
4. Η παλινδρόμηση της μήτρας διεξάγεται καλύτερα και υποβοηθείται και η αποκατάσταση της τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων.
5. Επίσης παρεμποδίζεται η κάμψη της μήτρας και αποφεύγεται ο κίνδυνος μελλοντικών προπτώσεών της.

Κάνουμε, όπως έχουμε τονίσει, σχολαστική διδασκαλία στη γυναίκα για το θηλασμό, η οποία αναφέρεται τόσο στα γεύματα του νεογνού όσο και στη μεγάλη καθαριότητα της θηλής για την αποφυγή δημιουργίας μολύνσεων.

Στο πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνεται και η ρύθμιση του επισκεπτηρίου. Η λεχώιδα 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.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΟΓΝΟΥ

Ανάνηψη νεογνού: Το νεογνό, μετά την απολίνωση της ομφαλίδος, μεταφέρεται σε ειδική τράπεζα και προβαίνουμε σε καθαρισμό του προσώπου, του στόματος, της μύτης δι' αποστειρωμένης γάζας και στη συνέχεια σε αναρρόφηση από το φάρυγγα και τους ρινικούς θαλάμους με τη βοήθεια είτε ειδικού αναρροφητήρα είτε ειδικού πουάρ. Στη συνέχεια εξασφαλίζεται ο αερισμός των πνευμόνων ή και η χορήγηση οξυγόνου. Περιτυλίγουμε το νεογνό για τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματός του και εξασφαλίζουμε συνθήκες ηρεμίας.

Συμβολικά όλη η ανάνηψη του νεογνού εκφράζεται σαν Δ = διαβατότητας αεροφόρων οδών, O = χορήγηση οξυγόνου (O_2), θ = θερμική ισορροπία, H = ηρεμία.

Συνήθως η φροντίδα αυτή είναι αρκετή για την ανάνηψη του νεογνού. Περιποιούμεθα την ομφαλίδα απολινώνοντας αυτή διαταινίας, επαλείφοντάς την με αντισηπτικό διάλυμα όπως το βάμμα

ιωδίου, Dettol, και στη συνέχεια επιθέτου με αποστειρωμένη γάζα και μεταφέρουμε το νεογνό στο τμήμα νεογνών.

Σε περίπτωση που δεν επιτευχθεί με τα μέσα αυτά εγκατάσταση ομαλού κλαυθμού στο νεογνό, που σημαίνει ομαλή λειτουργία αναπνοής, τότε επιχειρείται τεχνητή αναπνοή, είτε με τη βοήθεια ειδικού αναπνευστήρα είτε με τη μέθοδο στόμα με στόμα, κατά την οποία, με την παρεμβολή ασήπτου γάζας, εμφυσάται αέρας στα πνευμόνια του νεογνού. Η τεχνητή αναπνοή πρέπει να γίνεται από έμπειρο προσωπικό, για το φόβο ρήξης των κυψελίδων. Μια κάπως παρατεταμένη ανοξία του νεογνού επιβάλλει την ενδοφλέβια χορήγηση διττανθρακικού νατρίου δια της ομφαλίδος, για την καταπολέμηση της οξέωσης.

Το νεογνό που παρουσιάζει δυσχέρεια στην ανάνηψη λέμε ότι πάσχει από ανοξία ή ανοξαιμία, που διακρίνεται σε λευκή και κυανή. Σαν ανοξαιμικό επιβάλλεται να νοσηλευθεί στη θερμοκοιτίδα και να παρακολουθείται από ειδικό παιδίατρο.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΧΩΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Το περιεχόμενο της ενημέρωσης περιλαμβάνει:

Οδηγίες ως προς τη γενική καθαριότητα του σώματος και ιδιαίτερα της περιοχής της τομής.

- Μετά την καισαρική τομή η μήτρα παρουσιάζει στο σημείο της ουλής μια μειωμένη αντίσταση, που προδιαθέτει σε ρήξη της μήτρας. Για το λόγο αυτό συνιστάται η αποφυγή νέας κύησης προ της παρέλευσης χρονικού διαστήματος που για τους παλαιότερους

ήταν δυο χρόνια, σήμερα όμως έχει περιορισθεί, κατ' άλλους σε ένα χρόνο, κατ' άλλους σε έξι μήνες. Πάντως, σήμερα επικρατεί η αντίληψη πως και αν αμέσως μετά την καισαρική τομή επισυμβεί κύηση δεν πρέπει να διακόπτεται. Βέβαια, σ' ένα παρόμοιο ενδεχόμενο η παρακολούθηση της επιτόκου πρέπει να είναι πιο προσεκτική και μάλιστα κατά τους δυο τελευταίους μήνες.

Οι γεννητήσιες σχέσεις πρέπει να επαναληφθούν μόνο μετά την πάροδο 45 ημερών, γιατί τα λόχεια τότε θα έχουν διακοπεί πλήρως, τα γεννητικά όργανα θα έχουν επανέλθει στο φυσιολογικό και η γυναίκα θα έχει ψυχικώς ηρεμήσει από όλη την ταλαιπωρία του τοκετού.

Η καισαρική τομή αντικαθιστά το φυσιολογικό τοκετό όταν αυτός αποτελεί για τη μητέρα και το παιδί μεγάλο κίνδυνο. Επίσης έχει αλλάξει την εικόνα της ιατρικής γενικότερα, με την εξαφάνιση ολόκληρης σειράς νοσημάτων άλλων ειδικοτήτων και την προσθήκη άλλων που είναι απότοκα αυτής, όπως η προηγηθείσα καισαρική τομή κ.λπ.

Γενικότερα:

- Καθαριότητα γενική και τοπική.
- Περιποίηση θηλών των μαστών.
- Καλή διατροφή.
- Βαθμιαία επανάληψη των οικιακών της υποχρεώσεων.
- Δυνατότητα επανάληψης της συνουσίας μετά το επιτρεπτό διάστημα.
- Σύσταση συχνής επαφής με το γιατρό ή τη μαία για οποιοδήποτε πρόβλημα.

Γενικά για το νεογνό:

- Τήρηση του ωραρίου θηλασμού.

- Σχολαστική καθαριότητά του και συχνή αλλαγή της άσηπτης περιέδεσης του ομφαλού.
- Προσεκτικό ζύγισμά του προ και μετά το θηλασμό και ανά διήμερο.
- Προσοχή στο ντύσιμό του και στο περιβάλλον του.
- Προσοχή στις συμβουλές ανεύθυνων.
- Επαφή με τον παιδίατρο.

Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η καισαρική τομή, με τα σύγχρονα διεθνή δεδομένα, έχει ανέβει σ' ένα υψηλό ποσοστό που πολλές φορές ξεπερνάει το 15% στο σύνολο των τοκετών. Είναι γεγονός ότι η αύξηση της καισαρικής τομής από το 3% που ήταν παλιότερα στο 6-7% κατά την περασμένη δεκαετία, έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική ελάττωση της θνησιμότητας της περιγεννητικής, γιατί μειώθηκαν οι εμβρυουλκίες της ευρυχωρίας και αυξήθηκαν οι ενδείξεις για καισαρική τομή σε ισχιακή προβολή, σε παράταση εγκυμοσύνης, σε πρόωρους τοκετούς κ.τ.λ.

Η σημερινή αύξηση του ποσοστού καισαρικής τομής στο επίπεδο του 15% και άνω δεν παρουσιάζει καμία αξιόλογη βελτίωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, ενώ η νοσηρότητα της καισαρικής τομής, παρά την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών που γίνεται, συχνά βρίσκεται γύρω στο 27%, ιδιαίτερα με εκδήλωση ενδομητρίτιδας.

Παράλληλα η μητρική θνησιμότητα από καισαρική τομή είναι 80 θάνατοι στις 100.000 καισαρικές τομές, ενώ η αντίστοιχη μητρική θνησιμότητα είναι 27 θάνατοι στους 100.000 φυσιολογικούς τοκετούς.

Πίνακας: Ενδείξεις καισαρικής τομής στην Α' Μαιευτική -
Γυναικολογική κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης

Σε 1.714 περιπτώσεις σε σύνολο 9.908

(1985-1990)

Στο σύνολο τοκετών

I. Προηγηθείσες καισαρικές τομές	8,1
II. Πρώτη καισαρική τομή:	
Κεφαλοπυελική δυσαναλογία	1,4
Εμβρυϊκή δυσπραγία	1,2
Ισχιακή προβολή:	
πρωτότοκες	1,3
πολύτοκες	0,2
Προδρομικός πλακούντας	0,3
Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα	0,3
Βεβαρυμένο μαιευτικό ιστορικό	0,4
Πρόπτωση ομφαλίδας	0,1
Υπερτασική νόσος	0,8
Σακχαρώδης διαβήτης	0,3
Παρήλιξ πρωτότοκος	0,2
Ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης εμβρύου	0,1
Εγκάρσιο σχήμα	0,3
Προηγηθείσα επέμβαση στη μήτρα	0,1
Διαπλαστικές ανωμαλίες μήτρας	0,08
Πολύδυμη κύηση:	
Δίδυμος	0,2
Τρίδυμος	0,01
Παθολογική συσταλτικότητα μυομητρίου	0,06
Ογκος γεννητικών οργάνων	0,04

Προσωπική προβολή	0,06
Καρδιοπάθεια	0,06
Δρεπανοκυτταρική αναιμία	0,04
Μεταμόσχευση νεφρού	0,05
Χειρ/θέν ανεύρυσμα εγκεφαλικής αρτηρίας	0,01
Ογκος εγκεφάλου	0,01
Προηγθέν εγκεφαλικό επεισόδιο	0,01
Σ. Guillain Basse	0,01
Μυασθένεια	0,01
Προηγθείσα κολπορραφία	0,02
Ορθοκολπικό συρίγγιο	0,02
Κονδυλώματα κόλπου	0,01
Ερυθματώδης λύκος	0,01
Θρομβοπενική πορφύρα	0,03
Κιρσοί κάτω άκρων και αιδοίου	0,01
Ρήξη μήτρας	0,01
Πρόπτωση μήτρας II βαθμού	0,01
Θρόμβωση (Δ) οφθαλμού	0,01

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Περιστατικό 1

Η ασθενής διεκομίσθη στο 409 (Στρατιωτικό Νοσοκομείο) Πατρών στις 15/1/92 και ώρα 9 π.μ. Ήταν γυναίκα 25 χρόνων, πρωτότοκη, με διαστολή 2-3cm. Παρουσίαζε ρήξη θυλακίου αυτόματη με πρόπτωση ομφαλίδος και οδηγήθηκε στο χειρουργικό κρεβάτι για επείγουσα Κ.Τ. Ηλικία: 25 ετών.

Πρωτότοκη.

Επάγγελμα: δασκάλα.

Η ασθενής βγαίνοντας από το χειρουργείο μεταφέρθηκε στο ήρεμο περιβάλλον του δωματίου του νοσοκομείου για να επανέλθει, απολαμβάνοντας τις φροντίδες γιατρών και νοσηλευτριών.

1η μετεγχειρητική ημέρα

Η ασθενής παρουσιάζει θρομβοφλεβίτιδα, η οποία είναι μια από τις περισσότερο συνηθισμένες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παρουσιάστηκε λοιπόν φλεγμονή του φλεβικού τοιχώματος, με αποτέλεσμα να θρομβωθεί και το διερχόμενο αίμα και να διασταλεί τοπικά η κυκλοφορία:

Παρουσιάζει: Δυνατό πόνο τοπικά στη γαστροκνημία, ερυθρότητα κατά μήκος της φλέβας που διαγράφεται σαν σχοινοειδές μόρφωμα κάτω από το δέρμα. Τοπικά παρατηρείται και οίδημα. Από τη γενική κατάσταση παρατηρείται υψηλός πυρετός και ταχυσφυγμία.

Νοσηλευτική φροντίδα: Κάτω από το φλεγμονώδες τοίχωμα της φλέβας υπάρχει θρόμβος που είναι δυνατό ν' αποσπασθεί και να προκαλέσει εμβολή και αιφνίδιο θάνατο στη λεχωίδα. Για το λόγο αυτό

επιβάλλεται η περίδεση του σκέλους με ελαστικό επίδεσμο, που θα προφυλάξει από τη μετακίνηση του θρόμβου, δίχως όμως και να ανακόπτει και την κυκλοφορία. Η θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας περιλαμβάνει, εκτός από την ακινησία του σκέλους, την τοπική θεραπεία.

2η μετεγχειρητική ημέρα

Η τοπική θεραπεία συνεχίζεται με αλοιφές που περιέχουν αντιπηκτικά, όπως το Lasonil, Hivudoid και αντιφλεγμονώδη, όπως είναι τα φάρμακα της σειράς της βουταζολιδίνης, ακόμα και φάρμακα που ελαττώνουν την πηκτικότητα του αίματος, όπως ηπαρίνη, Tromexan κλπ.

3η μετεγχειρητική ημέρα

Σαν προδιαθετικός παράγοντας στην περίπτωση της ασθενούς γι' αυτή τη μετεγχειρητική επιπλοκή ήταν το κίρσικό σύνδρομο που επιδεινώθηκε κατά την κύηση. Την 3η ημέρα συνεχίστηκαν οι φροντίδες για την αποκατάσταση της ασθενούς.

4η μετεγχειρητική ημέρα

Η πορεία της θρομβοφλεβίτιδας ήταν ομαλή, παρά τα έντονα τοπικά και γενικά φαινόμενα. Με τη συριγγοποίηση του θρόμβου και την υποχώρηση της φλεγμονής του φλεβικού τοιχώματος αποκαθίσταται σταδιακά η επαναλειτουργία της φλέβας. Στην περίπτωση μας δεν έγινε φλεβοτομή, γιατί η πορεία της γυναίκας ήταν ομαλή.

5η μετεγχειρητική ημέρα

Η ασθενής βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, τρέφεται, περπατά, δέχεται τις φροντίδες των νοσηλευτριών σαν μια γυναίκα που απλά χρειάζεται βοήθεια για τις πρώτες ημέρες μετά από εγχείρηση.

6η μετεγχειρητική ημέρα

Παραμονή δυο ημερών στο νοσοκομείο για παρακολούθηση. Η κατάσταση της ήταν πολύ καλή, καθώς και του βρέφους. Της δόθηκαν οδηγίες από τον ιατρό και τη νοσηλεύτρια, για την ίδια και το βρέφος και δόθηκε εξιτήριο.

Αξιολόγηση ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής παρουσιάζει δυνατό πρόβλημα, ερυθρότητα κατά μήκος της φλέβας που διαγράφεται σαν μάρφωμα κάτω από το δέρμα. Τοπικά παρατηρείται οίδημα. Από τη γενική κατάσταση παρατηρείται πυρετός και ταχυσφυγμία.</p>	<p>Σκοπός της Νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ελάττωση του πόνου, του πυρετού και της ταχυσφυγμίας, καθώς και η καταπολέμηση του οιδήματος.</p>	<p>Προγραμματίστηκε η περίθαλψη του σκέλους με ελαστικό επίδεσμο, που θα προφυλάξει από τη μετακίνηση του θρόμβου, δίχως να αποκόπτει την κυκλοφορία. Η θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας περιλαμβάνει εκτός από ακινησία και τοπική θεραπεία.</p>	<p>Η περίθαλψη του σκέλους.</p>	<p>Μετά το τέλος της φροντίδας ο πόνος υποχωρεί από την περίθαλψη και δεν αφήνει κατάλοιπα.</p>

Αξιολόγηση Ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλ. φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
<p>Η τοπική θεραπεία συνεχίζεται με αλοιφές που περιέχουν αντιπηκτικά όπως Iasonil, Hivudoid και αντιφλεγμονώδη.</p>	<p>Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας επιπλέον είναι η σωστή δασολογία με το σωστό τρόπο τις σωστές ώρες.</p>	<p>Γίνεται προγραμματισμός της θεραπευτικής αγωγής σε φάρμακα, αλοιφές και έχου με ομαλή πορεία της θρομβοφλεβίτιδας, ακόμα και με συριγγοποίηση του θρόμβου.</p>	<p>Δόθηκαν τα φάρμακα όλο το 24ωρο και οι κατάλληλες αλοιφές.</p>	<p>Η ασθενής βρσκειται σε ικανοποιητικά επίπεδα τρέφεται, περπατά, δέχεται τις φροντίδες της νοσηλεύτριας.</p>
<p>Μετά το πέρας του 48ώρου χρειάζεται λουτρό επί κλίνης.</p>	<p>Πλύση καθαριότητας, φροντίδα, συμπαράσταση, τάξη και όμορφο περιβάλλον. Ψυχολογική υποστήριξη.</p>	<p>Ετοιμασία του λουτρού, καθαρός ιματισμός, ησυχία, χωρίς επισκέπτες.</p>	<p>Μπάνιο επί κλίνης με τη σωστή βοήθεια έμπειρης νοσηλεύτριας.</p>	<p>Η ασθενής καθαρή σε καλή κατάσταση όπως και το βρέφος. Δοθηκαν οδηγίες από το γιατρό και τη νοσηλεύτρια.</p>

Περιστατικό 2

Γυναίκα 30 χρονών οδηγήθηκε για καισαρική τομή μετά από αλλοίωση παλμών που δεν ανατάσσεται μετά από χορήγηση O_2 , ενάμνιο έντονα κεχρωσμένο. Ηλικία: 30 ετών, Πρωτότοκη, Επάγγελμα: Οικιακά

Μετά από κοπιώδη καισαρική τομή παρατηρείται ένα χάσμα στην ηβική σύμφυση από την καταστροφή του χόνδρου.

1η μετεγχειρητική ημέρα

Αφού μεταφέρθηκε στο ήρεμο περιβάλλον του δωματίου της, η ασθενής παρουσίασε έντονο άλγος που έγινε πιο έντονο κατά την προσπάθεια βαδίσματος τη δεύτερη ημέρα. Το βάδισμά της παρουσιάστηκε δυσχερές με αστάθεια.

2η μετεγχειρητική ημέρα

Αφού παρουσίασε αστάθεια και έντονο άλγος, η νοσηλεύτρια οδήγησε την ασθενή για μια απλή ακτινογραφία, κατά την οποία παρατηρήθηκε το χάσμα της ηβικής σύμφυσης. Η καταστροφή του συνδετικού χόνδρου επέρχεται με ενζυματική λύση με σχεδόν άγνωστο τρόπο.

3η μετεγχειρητική ημέρα

Η πορεία της πάθησης είναι ομαλή, ήδη η πύελος της ασθενούς έχει περιδεθεί με ισχυρό ύφασμα.

4η Μετεγχειρητική ημέρα

Η ασθενής παραμένει κλινήρης. Χορηγούνται Ga και καλουρονιδάση. Με τη θεραπεία αυτή αποκαθίσταται τόσο το βάδισμα όσο και τ' ακτινολογικά ευρήματα της πιέλου, ο δε πόνος υποχωρεί από την περίδεση σχεδόν αμέσως. Γενικά δεν αφήνει κατάλοιπα.

5η μετεγχειρητική ημέρα

Δοθησαν οδηγίες στην ασθενή, η οποία πήρε εξιτήριο και έφυγε από την κλινική.

Αξιολόγηση ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Μετά από κοπιώδη κ.τ. παρατηρείται χάσμα στην ηβική σύμφυση από την καταστροφή του χόνδρου.	Να επανέλθει η ασθενής στη φυσιολογική κατάσταση.	Αφού παρουσίασε αστάθεια με έντονο άλγος, η νοσηλεύτρια οδήγησε την ασθενή για ακτινογραφία κατά την οποία διαπιστώθηκε χάσμα ηβικής σύμφυσης.	Έχει ήδη μεταφερθεί στο ήρεμο περιβάλλον του δωμάτιου. Η πορεία της πάθησης είναι ομαλή η πύελος έχει ήδη περιδεθεί με ισχυρό ύφασμα. Η ασθενής μένει κλινήρης. Χορηγούνται Ga και καλουρονιδάση. Αποκαθίσταται το βάδισμα, ο πόνος υποχωρεί.	Με τη θεραπεία αποκαθίσταται το βάδισμα και τα ακτινολογικά ευρήματα της πύελου. Ο πόνος υποχωρεί από την περίδεση. Γενικά δεν αφήνει κατάλοιπα.

Αξιολόγηση ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής παρουσίασε πυρετό.</p> <p>Αγωνία και φόβος για την πορεία της εγχείρησης. Ψυχολογικά προβλήματα.</p>	<p>Να επανέλθει στη φυσιολογική θερμοκρασία.</p> <p>Απαλλαγή της ασθενούς από αισθήματα αγωνίας και φόβου. Ψυχολογική στήριξη, διδασκαλία αυτής και των οικείων της.</p>	<p>Χορήγηση αντιπυρετικών. Σημείωση της θερμοκρασίας. Ενίσχυση να παίρνει υγρά.</p> <p>Να επιτευχθεί επικοινωνία με την ασθενή και τους οικείους. Να γίνει η σωστή νοσηλεία.</p>	<p>Χορηγήθηκε αντιπυρετικό φάρμακο. Ο πυρετός υποχωρεί. Σημειώνεται η θερμοκρασία σε σχεδιάγραμμα κάθε τρεις ώρες.</p> <p>Η νοσηλεύτρια εξηγεί την παρουσία της και την τάση της και την καθουχάζει.</p>	<p>Ο πυρετός υποχωρεί.</p> <p>Υποχωρεί ο έντονος φόβος και λειτουργεί φυσιολογικά μετά από αυτή την τόσο κοπιώδη κατάσταση.</p>

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η Μαιευτική δεν έχει δικό της σταθμό σε ό,τι αφορά τη γένεσή της, γιατί αρχίζει με τη γέννηση του ανθρώπου. Δηλαδή δεν υπάρχει εποχή που να συνδέεται με τη δημιουργία της μαιευτικής σαν τέχνη, διότι η τέχνη του τοκετού διδάχθηκε στον άνθρωπο από την ίδια τη 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 υπόληψη από εκείνη της γυναίκας. Στο γεγονός αυτό οφείλεται και η γέννηση της καισαρικής τομής. Δηλαδή εκείνο που ενδιέφερε κυρίως ήταν ο πιθανός διάδοχος και όχι η ζωή της μητέρας. Δουλεύοντας αυτή την εργασία, συγκλονίστηκα απ' αυτή την τεκμηριωμένη ανακάλυψη και είδα καθαρά, για μια ακόμη φορά, την ταπεινωτική θέση της γυναίκας - μητέρας στις περασμένες κοινωνίες, γεγονός που δυστυχώς έχει ακόμα θέση σε κάποιες μικρές κοινωνίες ανθρώπων.

β) Τα πρόσωπα που παρίσταντο στον τοκετό μιας γυναίκας ήταν γυναίκες. Η ανισότητα των δυο φύλων, με απόλυτη κυριαρχία του άνδρα, δεν άφηνε περιθώρια για συνδιαλλαγή μεταξύ των γιατρών και της μαίας - όπως λεγόταν η γυναίκα που βοηθούσε στους τοκετούς.

γ) Ηθικο-θρησκευτικοί λόγοι που κυριάρχησαν σ' όλο το Μεσαίωνα δεν άφησαν τόσο τον άνθρωπο να εμπιστευθεί τη θέα των γεννητικών οργάνων της γυναίκας στα μάτια των ιατρών, όσο και στα χέρια του ιατρού, στην περιοχή εκείνη που τόσα ταμπού κάλυπτε.

Προσωπικά, δουλεύοντας αυτή την εργασία έμαθα πολλά για την τεχνική του τοκετού και της καισαρικής τομής. Αλλά το μεγάλο όφελος είναι η μάθηση της πορείας της μαιευτικής μέσα στους αιώνες και η τιμή που φέρνουμε να είμαστε γυναίκες, κουβαλώντας αυτό το θείο προνόμιο της μητρότητας. Η ζωή του μωρού είναι ίδια με τη ζωή της μητέρας του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Cancer Society: "Facts and Figures". Τόμος Α', Εκδοση 2η. Εκδόσεις Εστία, Αθήνα 1981.

BERNARDO A. HOUSSAY. "Η φυσιολογία του ανθρώπου". Τόμος Α', Εκδοση 4η. Εκδόσεις Παρισιάνος Γρηγ., Αθήνα 1961.

ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Ι. ΣΕΡΓΙΟΣ, "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας". Τόμος Α', Εκδόσεις Νεοφύτου Μεταξά, Αθήνα 1980.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Π., "Πρακτική Μαιευτική". Τόμος Α', Εκδόσεις Νεοφύτου Μεταξά 29, Αθήνα 1968.

ΠΟΥΓΓΟΥΡΑ Θ. Π., "Μαιευτική". Τόμος Α', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1987.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ., "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική", Τόμος Α', Μέρος 2ο, Εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ., "Νοσηλευτικές διαδικασίες", Τόμος Α' (β' επανέκδοση), Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.

ΧΑΤΖΗΜΗΝΑΣ Ι., "Σημειώσεις Φυσιολογίας", Τόμος Α', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1968.

