

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΕΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΓΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ -
ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΚΙΕΚΚΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΧΑΙΡΑΚΑΚΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2005 , ΠΑΤΡΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Α' ΜΕΡΟΣ

1^ο Κεφάλαιο

1.1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΟΚΕΤΟΥ

1.1.1. Ορισμός.....σελ. 7
1.1.2. Είδη τοκετού.....σελ. 7
1.1.3. Πρόδρομα ευρήματα και συμπτώματα του τοκετού.....σελ. 8
1.1.4. Έναρξη και διάγνωση του τοκετού.....σελ. 9
1.1.5. Ψευδής έναρξη τοκετού.....σελ. 11
1.1.6. Πρόδρομα σημεία αληθούς τοκετού.....σελ. 11

1.2. ΣΤΑΔΙΑ

1.2.1. 1 ^ο Στάδιο του τοκετού (στάδιο της διαστολής).....σελ. 14
1.2.2. 2 ^ο Στάδιο του τοκετού (στάδιο της εξώθησης).....σελ. 18
1.2.3. Περινεοτομία – Ρήξη περινέου.....σελ. 21
1.2.4. 3 ^ο Στάδιο του τοκετού (στάδιο υστεροτοκίας).....σελ. 24
1.2.5. Ο μηχανισμός του τοκετού.....σελ. 27
1.2.5.1. Η κεφαλή του εμβρύου.....σελ. 27
1.2.5.2. Θέση της προβολής.....σελ. 30

1.3. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

1.3.1. Ορισμός.....	σελ. 36
1.3.2. Αντενδείξεις για εκτέλεση καισαρικής τομής.....	σελ. 38
1.3.3. Προϋποθέσεις για εκτέλεση καισαρικής τομής.....	σελ. 38
1.3.4. Τεχνική εκτέλεσης καισαρικής τομής.....	σελ. 38
1.3.4.1. Κλασσική.....	σελ. 39
1.3.4.2. Χαμηλή κάθετη.....	σελ. 39
1.3.4.3. Χαμηλή εγκάρσια.....	σελ. 39
1.3.4.4. Εξωπεριτοναϊκή.....	σελ. 40
1.3.5. Καισαρική υστερεκτομή.....	σελ. 40
1.3.6. Επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή.....	σελ. 40

2° Κεφάλαιο

2.1. ΠΟΝΟΣ, ΩΔΙΝΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

2.1.1. Ωδίνες.....	σελ. 45
2.1.2. Πόνος.....	σελ. 47
2.1.2.1. Ο πόνος του πρώτου σταδίου του τοκετού.....	σελ. 47
2.1.2.2. Ο πόνος του δεύτερου σταδίου του τοκετού.....	σελ. 48
2.1.2.3. Ο πόνος του τρίτου σταδίου του τοκετού.....	σελ. 49
2.1.3. Αναλγησία – αναισθησία.....	σελ. 49
2.1.3.1. Μέθοδοι αναλγησίας στον φυσιολογικό τοκετό.....	σελ. 50
2.1.3.2. Ναρκωτικά – αναλγητικά.....	σελ. 50
2.1.3.3. Ηρεμιστικά.....	σελ. 51
2.1.3.4. Περιοχική αναισθησία.....	σελ. 51
2.1.3.4.1. Ενδείξεις και αντενδείξεις της επισκληρίδιου αναισθησίας κατά τον τοκετό.....	σελ. 52
2.1.3.5. Μαιευτική αναισθησία.....	σελ. 53
2.1.3.6. Αναισθησία στην καισαρική τομή.....	σελ. 54

Β' ΜΕΡΟΣ

3^ο Κεφάλαιο

3.1. ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

3.1.1. Ιστορική αναδρομή.....σελ.	57
3.1.2. Η ψυχοπροφυλακτική στην Ελλάδα.....σελ.	59
3.1.3. Προετοιμασία ψυχοπροφυλακτικού τοκετού.....σελ.	60
3.1.4. Ασκήσεις νευρομυϊκής χαλάρωσης.....σελ.	61
3.1.5. Αναπνευστικές ασκήσεις.....σελ.	65
3.1.5.1. Αργή και βαθιά αναπνοή.....σελ.	65
3.1.5.2. Επιπόλαιη αναπνοή.....σελ.	65
3.1.5.3. Μεταβατική αναπνοή με φύσημα.....σελ.	66
3.1.5.4. Η αναπνοή στο στάδιο της εξώθησης.....σελ.	66
3.1.6. Ασκήσεις ευλυγισίας.....σελ.	67
3.1.7. Ασκήσεις που προετοιμάζουν την εξώθηση.....σελ.	68
3.1.7.1. Άσκηση εξώθησης.....σελ.	69
3.1.8. Μασάζ, ψηλάφηση και αναλγητική πίεση.....σελ.	70
3.1.9. Η μέθοδος του αυτογενούς αναπνευστικού training (R. T. A.).....σελ.	71

Γ' ΜΕΡΟΣ

4^ο Κεφάλαιο

4.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ ΣΤΑ ΤΡΙΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

4.1.1. Νοσηλευτική φροντίδα-διεργασία κατά την διάρκεια του 1 ^{ου} σταδίου...σελ.	74
4.1.2. Νοσηλευτική φροντίδα-διεργασία κατά την διάρκεια του 2 ^{ου} σταδίου...σελ.	79
4.1.3. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια του τρίτου σταδίου.....σελ.	83

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 85
---------------------------	----------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τα πανάρχαια χρόνια ο τοκετός ήταν πολύ στενά συνδεδεμένος με την έννοια του πόνου. Και στις μέρες μας ακόμη, η πλειοψηφία των γυναικών στην προσπάθεια τους να περιγράψουν την εμπειρία του τοκετού, μιλούν για "μία πολύ δυσάρεστη στιγμή που δεν μπορείς να αποφύγεις". Υπεύθυνο για την διαμόρφωση όλων αυτών των αντιλήψεων μπορεί να χαρακτηριστεί το πλήθος πληροφοριών και των γραπτών παραδόσεων που, δυστυχώς, φορτίζει το γεγονός του τοκετού με αγχώδεις προκαταλήψεις μετατρέποντας το σε τραυματικό.

Η Ιατρική Επιστήμη από τότε που πρωτοεμφανίστηκε, στοχεύει στην εξαφάνιση του ανθρώπινου πόνου. Επίτευγμα της που εξυπηρετεί αυτό το σκοπό, αποτελεί αναμφισβήτητα η ανακάλυψη των αναισθητικών που αποβλέπουν στο να αποκοιμίσουν την συνείδηση έτσι ώστε να καταπραϊνθεί ο πόνος.

Η τεχνική του ανώδυνου τοκετού, από την άλλη, επιδιώκει ακριβώς το αντίθετο. Θέλει το άτομο συνειδητοποιημένο, πιο απελευθερωμένο από την άγνοια και τις προκαταλήψεις, ούτως ώστε να επέλθει η αποδραματοποίηση του γεγονότος του τοκετού. Έτσι, αβίαστα, προκύπτει ένα άτομο απαλλαγμένο από την αγωνία που προκαλεί φόβο.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1^ο Κεφάλαιο

1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΟΚΕΤΟΥ

1.1.1. Ορισμός

Τοκετός καλείται το σύνολο των φαινομένων κατά των οποίων πραγματοποιείται η έξοδος του εμβρύου και των λοιπών στοιχείων της κύησης (πλακούντας, υμένες) από τη μήτρα προς τον έξω κόσμο μετά την 24^η εβδομάδα της κύησης. Αυτό γίνεται είτε διαμέσου του πυελογεννητικού σωλήνα (κολπικός τοκετός), είτε κατόπιν διάνοιξης της μήτρας μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων (καισαρική τομή).¹

1.1.2. Είδη τοκετού

Ο τοκετός λέγεται:

Αυτόματος, όταν αρχίσει μόνος του.

Προκαλούμενος, όταν εμείς προκαλέσουμε την έκλυσή του.

Προγραμματισμένος, όταν τον εκτελέσουμε προγραμματισμένα και χωρίς παθολογική ένδειξη.

Φυσιολογικός, όταν εξελιχθεί χωρίς τη βοήθειά μας.

Κατευθυνόμενος, όταν εξελιχθεί ύστερα από φαρμακευτική αγωγή.

Τεχνητός, όταν τον προκαλέσουμε με κολπική ή κοιλιακή επέμβαση.

Οξύς, όταν στην πρωτοτόκο εξελιχθεί σε χρονικό διάστημα μικρότερο των τριών ωρών.

Παρατεινόμενος, όταν εξελιχτεί σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δεκαοχτώ ωρών.

Πρόωρος, όταν εξελιχτεί ανάμεσα στην 28η-37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Πρώιμος, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 20η-27η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Τη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού την ονομάζουμε *ευτοκία* και την ανώμαλη εξέλιξη του *δυστοκία*.

Όταν η εγκυμοσύνη διακοπεί πριν από την 20^η εβδομάδα, τότε δεν χρησιμοποιούμε τον ορό "τοκετός", αλλά τον ορό *αυτόματη έκτρωση ή αποβολή*. Τα προϊόντα των αυτόματων εκτρώσεων και συγκεκριμένα αυτά που είναι μέχρι 24 εβδομάδων, σύμφωνα με τη νομοθεσία μας, δεν δηλώνονται στο Ληξιαρχείο. Αυτά όμως που είναι μεγαλύτερα των 24 εβδομάδων, πρέπει να δηλώνονται και, όταν πεθαίνουν, πρέπει να γίνεται κανονική ταφή τους.

Η έγκυος, που βρίσκεται κάτω από την εξέλιξη του τοκετού, λέγεται *επίτοκος*, κι αυτή, που γέννησε φυσιολογικά ή με καισαρική τομή, *τεκούσα*. Η γυναίκα, που δεν γέννησε, λέγεται *άτοκος*. Όταν η γυναίκα γεννήσει ένα έμβρυο μεγαλύτερο των 20 εβδομάδων, λέγεται *πρωτοτόκος* και όταν γεννήσει περισσότερα από ένα, *πολυτόκος*. Την πολυτοκία χαρακτηρίζουμε με τους λατινικούς αριθμούς Π.χ. *Πτόκος* για τη δευτεροτόκο.²

Τα αίτια έναρξης του τοκετού δεν είναι απολύτως εξακριβωμένα. Για να πραγματοποιηθεί η έξοδος του εμβρύου απαιτείται διαστολή του τραχηλικού στομίου, που επιτυγχάνεται με τις συστολές της μήτρας, οι οποίες αποτελούν χαρακτηριστική κλινική εκδήλωση της έναρξης του τοκετού. Οι συστολές καθίστανται αντιληπτές από τη μητέρα υπό μορφήν άλγους στην κοιλία και καλούνται ωδίνες. Επειδή όμως οι συστολές της μήτρας εμφανίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ ψευδούς και αληθούς έναρξης του τοκετού.³

1.1.3. Πρόδρομα ευρήματα και συμπτώματα του ΤΟΚΕΤΟΥ

Στις πρωτοτόκες, η κεφαλή του εμβρύου αρχίζει συνήθως την κάθοδο μέσα στην πύελο, δηλαδή εμπεδώνεται, λίγες εβδομάδες πριν αρχίσει ο τοκετός. Στις πολυτόκες η έκπτυξη του κατωτέρου τμήματος της μήτρας και η εξάλειψη του τραχήλου είναι λιγότερο πλήρης και η κεφαλή συνήθως παραμένει έξω από την πύελο μέχρι την έναρξη του τοκετού.

Εάν στην πρωτοτόκο η κεφαλή δεν είναι εμπεδωμένη τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης, δε σημαίνει ότι η γυναίκα δε θα γεννήσει φυσιολογικά, αλλά ο μαιευτήρας θα πρέπει να σκεφθεί και ενδεχομένως να ερευνήσει την πιθανότητα ανώμαλης θέσεως του εμβρύου, δυσαναλογίας και οποιασδήποτε άλλης καταστάσεως που μπορεί να εμποδίσει την κάθοδο και εμπέδωση της κεφαλής. Καθώς λοιπόν το έμβρυο κατέρχεται, η πίεση στο διάφραγμα ελαττώνεται και η έγκυος αναπνέει καλύτερα, αλλά αισθάνεται αυξημένη πίεση στην πύελο, έχει συχνουρία και γενικά δυσφορία από την πίεση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου στα πυελικά όργανα.

Λίγες μέρες πριν από την πραγματική έναρξη του τοκετού, μπορεί να γίνουν αισθητές από την έγκυο συστολές της μήτρας που συνοδεύονται από πόνο. Αυτές οι συστολές είναι συνήθως ακανόνιστες και μικρής διάρκειας, αλλά μπορεί να συνεχίζονται για αρκετές ώρες. Οι συστολές αυτές ονομάζονται ψευδείς και ο πόνος εντοπίζεται χαμηλά στο υπογάστριο και τους βουβώνες, ενώ ο πόνος των συστολών του πραγματικού τοκετού αρχίζει από την οσφύ και κατεβαίνει στο υπογάστριο.

Καθώς η πίεση στον τράχηλο αυξάνεται κάνοντάς τον να εξαλειφθεί, η έγκυος παρατηρεί αύξηση της κοιλιακής εκκρίσεως, που είναι αποτέλεσμα εξόδου από τον τράχηλο προς τον κόλπο της βλέννης, που σχηματίζει το τραχηλικό βύσμα, και τμημάτων των τραχηλικών αδένων που έχουν υπερπλασθεί κατά τη διάρκεια της κυήσεως. Συχνά η κοιλιακή αυτή έκκριση περιέχει σταγόνες αίματος. Ο τοκετός αρχίζει συνήθως λίγες ώρες ή ημέρες μετά από την εμφάνιση των φαινομένων αυτών.^{4,5}

1.1.4. Έναρξη και διάγνωση του τοκετού

Το πρωταρχικό απαραίτητο κριτήριο για τη διάγνωση της ενάρξεως του τοκετού είναι η επίδραση των συστολών της μήτρας στη λέπτυνση και τη διαστολή του τραχήλου, καθώς και στην κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, παρά τα χαρακτηριστικά των συστολών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ο τοκετός εξελίσσεται γρήγορα, ενώ οι συστολές εμφανίζονται ακανόνιστα, δεν προκαλούν έντονο πόνο και δίνουν την εντύπωση ασθενών συστολών. Σε άλλες δε διαπιστώνεται πρόοδος του τοκετού, ενώ οι συστολές είναι ρυθμικές, προκαλούν πόνο και δίνουν την εντύπωση δυνατών συστολών. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται ψευδής τοκετός και συνήθως οι συστολές σταματάνε αυτόματα. Συνήθως όμως οι συστολές του τοκετού αρχίζουν να εμφανίζονται σε αραιά διαστήματα στην αρχή και προοδευτικά τα μεσοδιαστήματα μικραίνουν, ενώ οι συστολές γίνονται όλο και ισχυρότερες, προκαλώντας εντονότερο πόνο στην επίτοκο. Ενώ τα μεσοδιαστήματα των συστολών της μήτρας είναι στην αρχή του τοκετού περίπου 10 λεπτά, προς το τέλος του οι συστολές εμφανίζονται κάθε 1 λεπτό.

Οι περίοδοι ηρεμίας ή παύλας μεταξύ των συστολών είναι απαραίτητες για την καλή κατάσταση του εμβρύου. Μόνιμη έντονη συστολή της μήτρας προκαλεί υποξία του εμβρύου και είναι συνήθως αποτέλεσμα αλόγιστης χρήσεως φαρμάκων όπως η ωκυτοκίνη ή μη καλής παρακολουθήσεως της επιτόκου.

Η διάρκεια κάθε συστολής είναι 30" με 90" με μέση διάρκεια 1 λεπτό. Η ένταση των συστολών διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα, κατά τη διάρκεια του τοκετού, έτσι ώστε, ενώ η μέση πίεση που προκαλείται στο αμνιακό υγρό είναι περίπου 40 mmHg και μπορεί να ποικίλλει από 20 μέχρι 60 mmHg.^{4,6}

Η πραγματική έναρξη της κήσεως χαρακτηρίζεται από μια ή περισσότερες από τις ακόλουθες ενδείξεις:

- ♦ **εμφάνιση αίματος στην κολπική κοιλότητα προ του τοκετού**
- ♦ **ρήξη των υμένων θύλακος με αμνιακό υγρό**
- ♦ **κανονικές συσπάσεις της μήτρας.**

Η εμφάνιση αίματος προ του τοκετού είναι μια ροζ κολπική απέκκριση που αποτελείται από παχύρρευστη, ινώδη βλέννα με γραμμώσεις αίματος (ονομάζεται βλεννώδες βύσμα): το αίμα οφείλεται στη ρήξη των αιμοφόρων αγγείων στον τράχηλο και στο κατώτερο τμήμα της μήτρας. Πραγματική αιμορραγία σε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι μη φυσιολογική και πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός.

Ρήξη των υμένων (θύλακας με αμνιακό υγρό) είναι η ρήξη των υμένων που περιέχουν το αμνιακό υγρό που στήριζε το μωρό κατά την περίοδο της κήσεως. Το αμνιακό υγρό μπορεί να εκρέει ή να στάζει από τον κόλπο ανάλογα με το βαθμό ρήξεως του αμνιακού σάκου. Η ρήξη των υμένων μπορεί να συμβεί αλλά μπορεί και να μη συμβεί με την έναρξη των συσπάσεων (Πίνακας 1). Οι συσπάσεις της μήτρας προκαλούνται από το μυομήτριο και αναφέρονται συχνά σαν "ωδίνες του τοκετού". Κάθε σύσπαση διαρκεί από 45" έως 90" (λιγότερο από 1 1/2 λεπτό). Η μέση σύσπαση διαρκεί περίπου 1 λεπτό. Κάθε σύσπαση έχει τρεις φάσεις:

- ♦ **αύξηση: η ένταση των συσπάσεων αυξάνεται**
- ♦ **κορυφή: η σύσπαση βρίσκεται στην κορυφή της**
- ♦ **κοιλία: η ένταση της σύσπασης μειώνεται.**

Οι συσπάσεις της μήτρας είναι διακοπτόμενες, με περιόδους χαλάρωσης ανάμεσά τους. Οι συσπάσεις χρονομετρούνται από την αρχή της μιας έως την αρχή της επόμενης και η συχνότητα μετριέται σε λεπτά. Η διάρκεια υπολογίζεται από την αρχή έως το τέλος μιας σύσπασης και μετριέται σε δευτερόλεπτα, η ένταση μπορεί να μετρηθεί με ένα καρδιοτοκογράφο και έχει άμεση σχέση με την πρόοδο του τοκετού.⁷

ΣΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ		
Σημείο	Τι είναι	Πότε συμβαίνει
Αίσθημα ότι το μωρό έχει κατέλθει χαμηλά	Φωτεινότητα αναφέρεται συνήθως στην "πτώση του εμβρύου".	Από λίγες εβδομάδες μέχρι λίγες ώρες πριν αρχίσει η γέννηση
Υπάρχει αυξημένο κολπικό έκκριμμα (καθαρό, ροδόχρουν ή ελαφρώς αιματηρό)	Εμφάνιση: Έμβολο παχέος εκκρίματος συσσωρεύεται στον τράχηλο κατά τη διάρκεια του τοκετού. Όταν ο τράχηλος αρχίζει να ανοίγει και να γίνει ευρύτερος, το έμβολο πιέζεται εντός του κόλπου.	Αρκετές ημέρες προ της έναρξης της γεννήσεως ή με την εμφάνιση της γεννήσεως
Συνεχές έκκριμμα υδατώδους υγρού από τον κόλπο	Ρήξη των μεμβρανών: έχουμε την διαρροή υγρών.	Από αρκετές ώρες προ της έναρξης της γεννήσεως με οποιοδήποτε χρόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού
Αίσθημα αντιλήψεως των κανονικών χαρακτήρων των κραμπών ή μπορεί να προσομοιάζουν με ραχιαλγία ή κραμπών της εμμηνορροϊκής	Συσπάσεις: συσπάσεις και χαλαρώσεις της μήτρας. Αίσθημα εντόνου πιέσεως όταν είναι συσφιγκτικές. Οι συσπάσεις μπορεί να προκαλέσουν άλγος, όταν ανοίξει ο τράχηλος και όταν το μωρό κινείται μέσω του σωλήνα γεννήσεως.	Συνήθως με την εμφάνιση της γεννήσεως

Πίνακας 1

1.1.5. Ψευδής έναρξη τοκετού

Ανώδυνες συστολές της μήτρας εμφανίζονται από την 9η εβδομάδα, οι οποίες ψηλαφώνται από την 20^η εβδομάδα της κύησης (συστολές Braxton Hicks). Με την πρόοδο της κύησης αυτές καθίστανται συχνότερες, προοδευτικά εντονότερες και γίνονται αντιληπτές από τη μήτρα ως άλγος. Σύγχυση μεταξύ αληθής και ψευδούς τοκετού μπορεί να γίνει στο τέλος της κύησης, οπότε αυτές είναι αρκετά έντονες και συχνές (πίνακας 2). Τα χαρακτηριστικά όμως αυτών είναι ότι εμφανίζονται κατά ακανόνιστα μεταξύ τους χρονικά διαστήματα, με διαφορετική ένταση η μία από την άλλη και δεν καταλήγουν σε διαστολή του τραχηλικού στομίου ή καθόδου της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου.³

1.1.6. Πρόδρομα σημεία αληθούς τοκετού

Παρά τον μη συγχρονισμό των ανωτέρω συστολών, αυτές προς το τέλος της κύησης θεωρούνται ως πρόδρομες του αληθούς τοκετού, αφού συνήθως προετοιμάζουν τον τράχηλο με τη διαστολή του έσω τραχηλικού στομίου (εξάλειψη του τραχήλου). Η εξάλειψη αυτή του τραχήλου διαπιστώνεται με την κολπική εξέταση (λίγο πριν την έναρξη του αληθούς τοκετού), οπότε ο τράχηλος ανευρίσκεται βραχύτερος και λίαν μαλακός

κατά τη σύσταση. Ενίοτε, ανευρίσκεται διαστολή και του έξω τραχηλικού στομίου μέχρι 1-1,5 cm στις πρωτοτόκες και 3 cm στις πολυτόκες. Συνέπεια της εξάλειψης του έξω τραχηλικού στομίου είναι η ελαφρά κάθοδος της προβάλλουσας μοίρας εντός της πυέλου εκδηλούμενη ως πτώση του πυθμένα της μήτρας σε χαμηλότερο επίπεδο (1ος χειρισμός του Leopold). Με τη διαστολή του τραχηλικού στομίου αποβάλλεται μέσω του κόλπου μικρή ποσότητα τραχηλικής βλέννας αναμειγμένης με αίμα η οποία ως βύσμα πληρούσε τον τραχηλικό σωλήνα.¹

ΑΛΗΘΗΣ έναντι ΨΕΥΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ		
Τύπος της Μεταβολής	Αληθής Τοκετός	Ψευδής Τοκετός
Χρόνος των συστολών	Γίνονται σε κανονικά διαστήματα	Συνήθως είναι ανώμαλοι και δεν είναι συνεπείς μεταξύ των (ονομάζονται συσπάσεις των Braxton-Hicks)
Αλλαγή με την κίνηση	Οι συσπάσεις συνεχίζονται παρά την κίνηση	Οι συσπάσεις μπορεί να σταματήσουν όταν οι ασθενείς περπατούν ή αναπαύονται ή μπορεί ακόμη να σταματήσουν με την αλλαγή της θέσεως
Εντόπιση των συσπάσεων	Συνήθως αρχίζουν από πίσω και επεκτείνονται κυκλικά προς τα εμπρός	Συνήθως γίνονται αντιληπτοί στην κοιλία
Ένταση των συσπάσεων	Η αύξηση των συσπάσεων είναι σταθερή	Συνήθως είναι ασθενείς και δε γίνονται ισχυρότεροι

Πίνακας 2

1.2. ΣΤΑΔΙΑ

Ο τοκετός χωρίζεται σε τρία στάδια:

1^ο στάδιο: Το πρώτο στάδιο του τοκετού διαρκεί από την έναρξη της διαστολής του τραχήλου μέχρι την τέλεια διαστολή αυτού. Οι υμένες συνήθως ρήγνυνται κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου, αλλά μπορεί να διαρραγούν νωρίτερα ή να παραμείνουν ακέραιοι μέχρι το τέλος του τοκετού.

Θυλάκιο ονομάζουμε την προβάλλουσα μοίρα των υμένων μέσα από το διαστελλόμενο τράχηλο. Πίσω από το θυλάκιο που προβάλλει υπάρχει άλλοτε άλλη ποσότητα αμνιακού υγρού και ο πόλος του εμβρύου .

2^ο στάδιο: Το δεύτερο στάδιο αρχίζει όταν ο τράχηλος έχει φθάσει στην τέλεια διαστολή και τελειώνει με την έξοδο του εμβρύου. 20 περίπου συστολές της μήτρας ή διάρκεια περίπου 50 λεπτών για την πρωτοτόκο, και 10 συστολές ή και λιγότερες για την πολυτόκο, ή διάρκεια 20 λεπτών περίπου, είναι αρκετά για τη διεκπεραίωση του φυσιολογικού τοκετού. Η εξέλιξη τόσο του πρώτου όσο και του δεύτερου σταδίου, μπορεί να παρακολουθείται με ακρίβεια, με την κατά διαστήματα εξέταση της επιτόκου. Οι επανειλημμένες κολπικές εξετάσεις θα πρέπει να αποφεύγονται για το φόβο της εισόδου μικροβίων στην κοιλότητα της μήτρας. Η παρακολούθηση μπορεί να γίνεται και με δακτυλική εξέταση από τον ορθό.

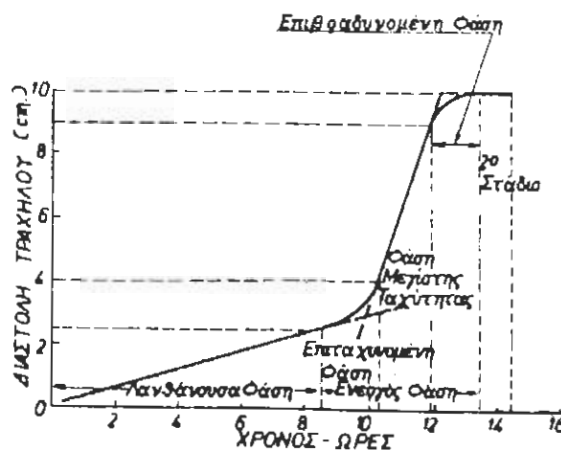
3^ο στάδιο: Το τρίτο στάδιο αρχίζει με τη γέννηση του παιδιού και τελειώνει με την έξοδο του πλακούντα που ονομάζεται υστεροτοκία. Λίγα λεπτά μετά τη γέννηση του παιδιού αρχίζουν ήπιες συστολές της μήτρας που αποκολλούν τον χαλαρά προσκολλημένο πλακούντα που βγαίνει από τον κόλπο και στη συνέχεια προς το έξω γεννητικό όργανο της γυναίκας, χωρίς βίαιες έλξεις.⁴

1.2.1. 1^ο Στάδιο του τοκετού (στάδιο της διαστολής)

Στις σύγχρονες απόψεις για τη χρονική διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, δεν υπάρχουν σοβαρές διαφορές μεταξύ των συγγραφέων. Θεωρείται όμως ότι η συμβολή του Friedman στην κατανόηση των χρονικών ορίων της διαδικασίας του τοκετού, είναι σημαντική και γι' αυτό την περιγράφουμε.⁸

Το πρώτο στάδιο του τοκετού -το στάδιο της διαστολής- χωρίζεται σε λανθάνουσα και ενεργό φάση. Η λανθάνουσα φάση, κατά τη διάρκεια της οποίας η διαστολή του τραχήλου φθάνει τα 2 cm, διαρκεί στην πρωτοτόκο περίπου 8 ώρες. Η ενεργός φάση χωρίζεται στα τρία: στη φάση της επιταχύνσεως με διάρκεια περίπου 2 ώρες, στη φάση της μέγιστης ταχύτητας με διάρκεια περίπου 2-6 ώρες και διαστολή 9 cm και στη φάση της επιβραδύνσεως με διάρκεια περίπου 1 ώρα, που η διαστολή γίνεται τέλεια. Η ενεργός φάση διαρκεί περίπου 8 ώρες, όσο δηλαδή και η λανθάνουσα φάση. Γενικά η χρονική διάρκεια της ενεργού φάσεως για τις πρωτοτόκες είναι περίπου 8,7 ώρες, ενώ για τις πολυτόκες περίπου 5,4 ώρες.

Η φυσιολογική ταχύτητα της διαστολής του τραχήλου κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσεως είναι, για την πρωτοτόκο περίπου 0,7 cm ανά ώρα, ενώ για την πολυτόκο περίπου 1,1 cm ανά ώρα (σχήμα 1). Εμφανής επιβράδυνση της διαστολής κάτω από τα όρια αυτά θα πρέπει να κάνει το μαιευτήρα να επανεκτιμήσει την κατάσταση. Τη λανθάνουσα φάση η επίτοκος με άρρηκτο θυλάκιο συνήθως την περνάει στο σπίτι της, με βάση τις οδηγίες που έχουν δοθεί κατά τη διάρκεια της παρακολουθήσεως της εγκυμοσύνης.⁴



Φασίες της διαστολής στην πρωτοτόκο (Friedman, E.A. Obet. Gynec. 6:567).

Σχήμα 1

Τις περισσότερες φορές, το θυλάκιο ρήγνυται κατά την διάρκεια ωδίνας, όταν η διαστολή του τραχήλου μεγαλώσει. Πρόωρα σπάζει συνήθως σε εγκάρσιο σχήμα, ισχιακή προβολή, δυσαναλογία και πολύδυμη εγκυμοσύνη. Αν η έξοδος του αμνιακού υγρού μετά τη ρήξη είναι απότομη, υπάρχει κίνδυνος πρόπτωσης του ομφάλιου λώρου και πρέπει να προσέξουμε την κατάσταση του εμβρύου, ακούγοντας τους καρδιακούς παλμούς του.

Κάποτε, ενώ δεν συμβαίνει ρήξη του θυλακίου, παρατηρείται ροή αμνιακού υγρού από τον τράχηλο. Αυτό συμβαίνει, γιατί ο αμνιακός σάκος έσπασε σε σημείο, που βρίσκεται ψηλότερα μέσα στη μητριάια κοιλότητα. Αυτό λέγεται *ψηλή ρήξη των υμένων*.

Η αντίληψη, πως, όταν σπάσει το θυλάκιο, ο τοκετός δεν προχωρεί γιατί δεν ανοίγει εύκολα ο τράχηλος, δεν ευσταθεί, γιατί η πίεση της κεφαλής του εμβρύου τον ανοίγει ευκολότερα. Πολλοί μαιευτήρες προτιμάνε τη ρήξη του θυλακίου, όταν η διαστολή φτάσει τα 3 εκ., για να συντομεύσουν τον τοκετό (σχήμα 2).

Με την ενέργεια των διασταλτικών ωδίνων, την υδροστατική πίεση που ασκείται, όταν το θυλάκιο είναι ακέραιο, στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και στον τράχηλο, και με το μηχανισμό, που αναφέραμε, η διαστολή του τραχήλου γίνεται τελεία. Τότε, η μητριάια κοιλότητα γίνεται μία με την κοιλική και το πρώτο στάδιο του τοκετού τελειώνει (σχήμα 3,4).²



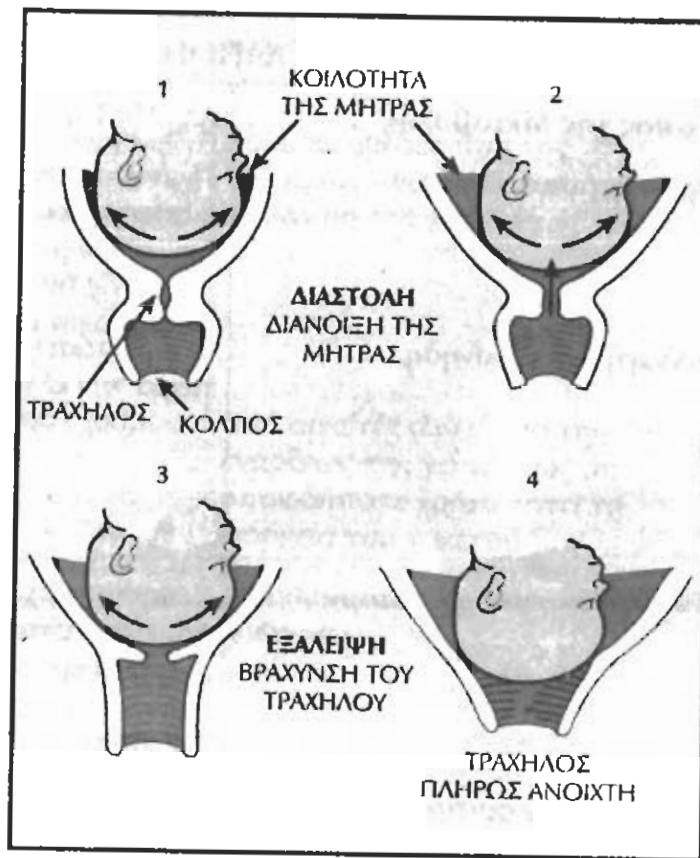
Τεχνητή ρήξη θυλακίου

Σχήμα 2

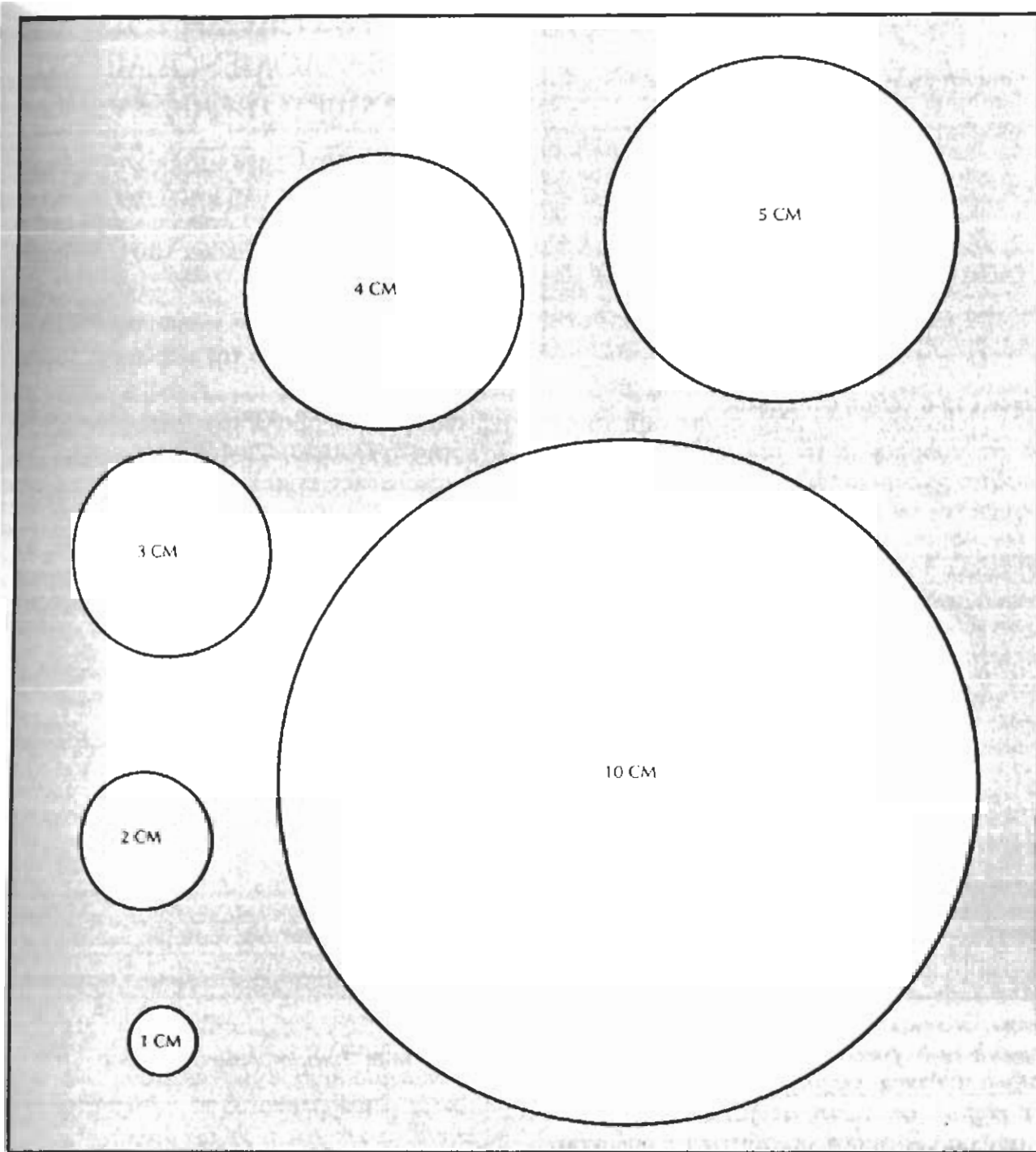
•**Οδηγίες:** Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, η επιτόκος ενημερώνεται πώς θα αναγνωρίσει την έναρξη του τοκετού και τι θα κάνει όταν αρχίσουν οι συστολές.

•**Πότε θα πάει στο νοσοκομείο:** Η πρωτοτόκος θα πάει στο νοσοκομείο όταν οι συστολές επαναλαμβάνονται κάθε 5 λεπτά, ενώ η πολυτόκος θα πρέπει να πάει μόλις επισημάνει τις πρώτες ρυθμικά επαναλαμβανόμενες συστολές, γιατί πολλές φορές ο τοκετός της εξελίσσεται ταχύτατα.

•**Η ρήξη των υμένων:** Σημαίνει άμεση μεταφορά της επιτόκου στο νοσοκομείο, ανεξάρτητα από έναρξη τοκετού και ηλικία κύησης.⁹



Διαστολή και εξάλειψη της μήτρας κατά τη διάρκεια του τοκετού
Σχήμα 3



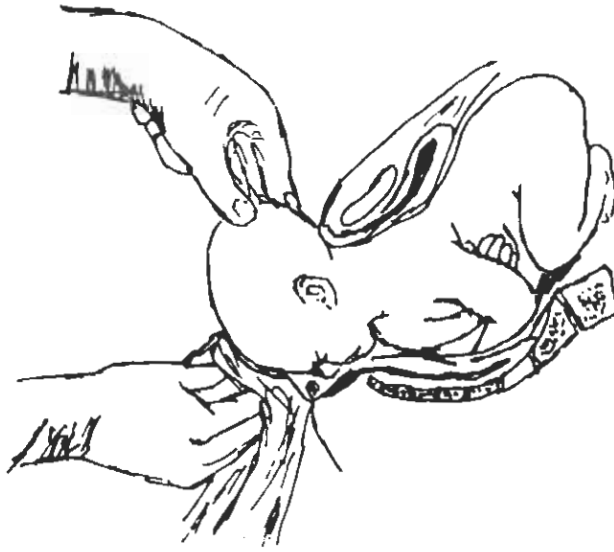
Διαστολή τραχήλου
Σχήμα 4

1.2.2. 2^ο Στάδιο του τοκετού (στάδιο εξώθησης)

Αρχίζει με την τελεία διαστολή του τραχηλικού στομίου. Ειδικά, το δεύτερο στάδιο του τοκετού μπορούμε να το διαιρέσουμε σε δύο φάσεις. Η πρώτη είναι η *πυελική* φάση και αρχίζει από την στιγμή, που η διαστολή του τραχήλου είναι τελεία, και τελειώνει όταν η προβάλλουσα μοίρα διατείνει το περίνεο. Σε αυτή τη φάση δεν πρέπει να επιχειρείται εξώθηση, εκτός και αν υπάρχει έντονο αίσθημα για αφόδευση. Η δεύτερη λέγεται *περινεϊκή* φάση και τελειώνει με τον τοκετό της κεφαλής. Οι προσπάθειες εξώθησης στις πρωτοτόκες πρέπει να αρχίζουν όταν έχει ολοκληρωθεί η κάθοδος και η στροφή της κεφαλής ή όταν έχουν ισχυρό αίσθημα για αφόδευση.²

Το δεύτερο στάδιο μπορεί να παραταθεί και περισσότερο από τα χρονικά διαστήματα που αναφέρονται, χωρίς κίνδυνο για την υγεία του εμβρύου ή της επιτόκου.³

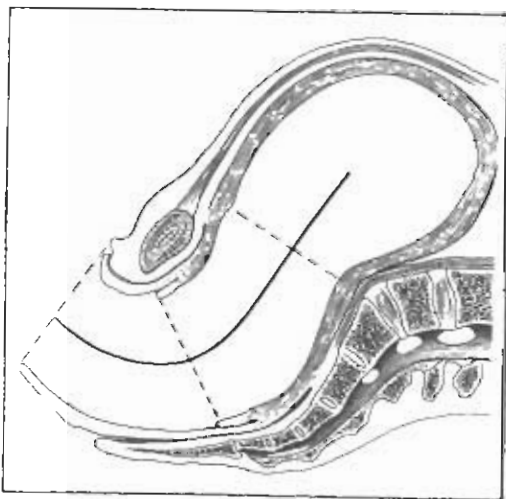
Κατ' αυτό, το έμβρυο ωθείται προς τα κάτω και τελικώς εξέρχεται της μήτρας οπότε υποδηλώνεται το τέλος του δεύτερου σταδίου. Οι συστολές της μήτρας σ' αυτό το στάδιο καθίστανται συχνότερες (ανά 2-3 λεπτά) και μεγαλύτερης έντασης. Η ένταση τους ενισχύεται από τη σύσπασση του διαφράγματος και του κοιλιακού τοιχώματος, λόγω των εξωθητικών κινήσεων της επιτόκου. Έτσι, η ενδομητρική πίεση ανέρχεται από 110 έως 130 mmHg. Η προαναφερθείσα έγερση της μήτρας προς το κοιλιακό τοίχωμα κατά το στάδιο της διαστολής είναι πλέον έκδηλη, λόγω της έντονης συστολής των στρογγυλών και ιερομητρικών συνδέσμων. Αντανακλαστική χάλαση των μυών του περινέου κατά τη συστολή υποβοηθεί την κάθοδο του εμβρύου. Έτσι, ο κόλπος και το περίνεο διατείνονται, και η είσοδος του κόλπου διευρύνεται από την πίεση της προβάλλουσας μοίρας η οποία και εμφανίζεται προοδευτικά. Κατά την κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας, η πίεση του ορθού δημιουργεί επιθυμία προς αφόδευση. Με τη χάλαση της μήτρας μετά το πέρας εκάστης συστολής, η προβάλλουσα μοίρα υποχωρεί ελαφρώς, αλλά προωθείται περισσότερο κατά την επόμενη συστολή. Με την πλήρη χάλαση του περινέου και τη διάνοιξη του αιδοίου εξέρχεται η προβάλλουσα μοίρα και στη συνέχεια ολόκληρο το εμβρυϊκό σώμα. Επί κεφαλικής προβολής και κατά την έξοδο της κεφαλής πραγματοποιείται υπό του ιατρού υποστήριξη του περινέου με το δεξιό χέρι και αναχαίτιση της κεφαλής με το αριστερό (σχήμα 5).^{5,6,8}



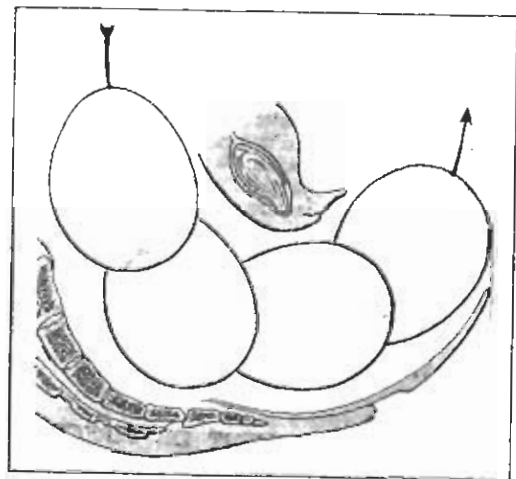
Ο τυπικός χειρισμός για την αναχαίτιση της κεφαλής

Σχήμα 5

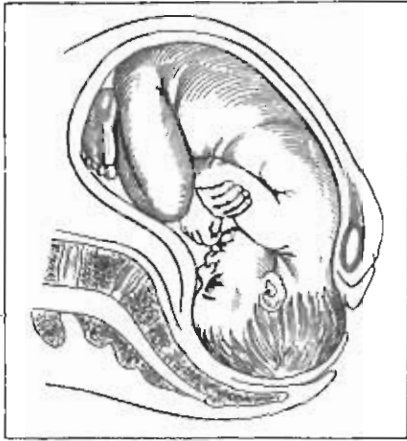
Στη συνέχεια, η κεφαλή συλλαμβάνεται αμφιβρεγματικώς, μεταξύ των δακτύλων και των δύο χεριών και έλκεται προς τα κάτω, αρχικά προς έξοδο του προσθίου και στη συνέχεια προς τα άνω προς έξοδο του οπισθίου ώμου. Αφού εξέλθει ολόκληρο το έμβρυο, αποκόπτεται ο ομφάλιος λώρος μεταξύ δύο λαβίδων Kocher. Μετά από αυτά παρατηρείται μία παύση των συστολών επί λίγα λεπτά (σχήμα 6 – 14).³



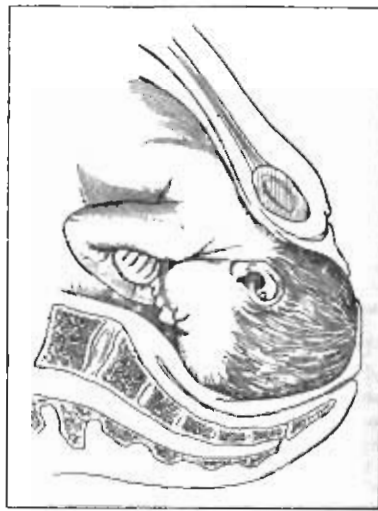
Άξονας καθόδου του εμβρύου



Πορεία κεφαλής του εμβρύου



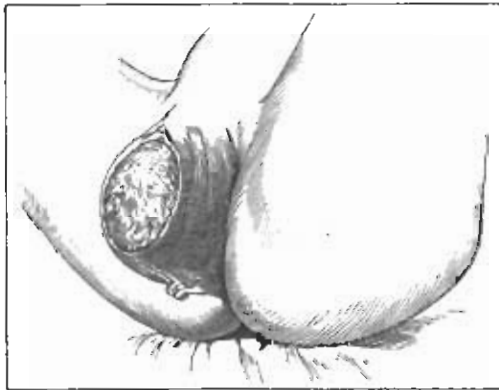
Αριστερή πρόσθια θέση ινιακής προβολής



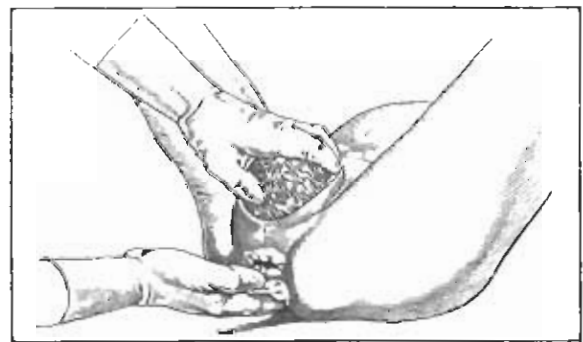
Το ινίο κάτω από την ηβική σύμφυση



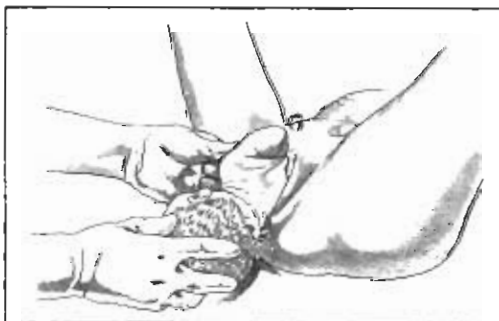
Έκταση κεφαλής



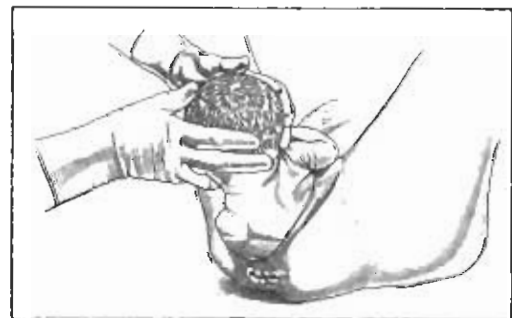
Διάταση περινέου



Αναχαίτιση κεφαλής



Έξοδος πρόσθιου ώμου



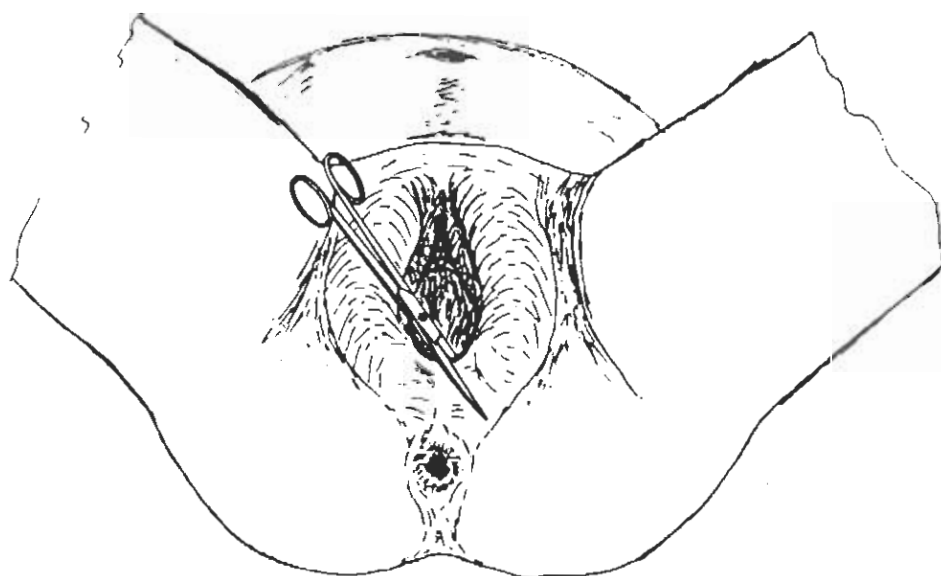
Έξοδος οπίσθιου ώμου

Σχήμα 6 - 14

1.2.3. Περινεοτομία – Ρήξη περινέου

Παρά το ότι συνηθίζεται να αναφέρεται στα κλασικά συγγράμματα ότι η περινεοτομία γίνεται «όταν χρειάζεται», πρακτικά η τομή αυτή του περινέου υπάγεται στις ενέργειες του γιατρού που σκοπό έχουν να βοηθήσουν και να προφυλάξουν τη γυναίκα από μεταγενέστερα προβλήματα και γίνεται σχεδόν σε κάθε τοκετό. Η περινεοτομία λοιπόν είναι απαραίτητη και γίνεται σε όλες σχεδόν τις πρωτοτόκες, γιατί αποφεύγεται η ρήξη του περινέου, συντομεύεται ο τοκετός, ελαττώνεται η έντονη και παρατεταμένη πίεση της κεφαλής του εμβρύου και προλαμβάνεται η υπερβολική χαλάρωση του περινέου. Πέρα αυτών η περινεοτομία επιβάλλεται στην ισχιακή προβολή, στην εμβρυουλκία και σε πρόωρο τοκετό με ανώριμο νεογνό.

Όπως φαίνεται (σχήμα 15) η περινεοτομία γίνεται στην 5η ώρα και οι ιστοί που διατέμνονται είναι το δέρμα και το υποδόριο, ο βλεννογόνος του κόλπου, η ινώδης περιτονία του περινέου, ο εγκάρσιος μυς του περινέου και όταν η περινεοτομία είναι βαθιά, όπως στην ισχιακή προβολή, τμήμα του ανελκτήρος του πρωκτού.¹

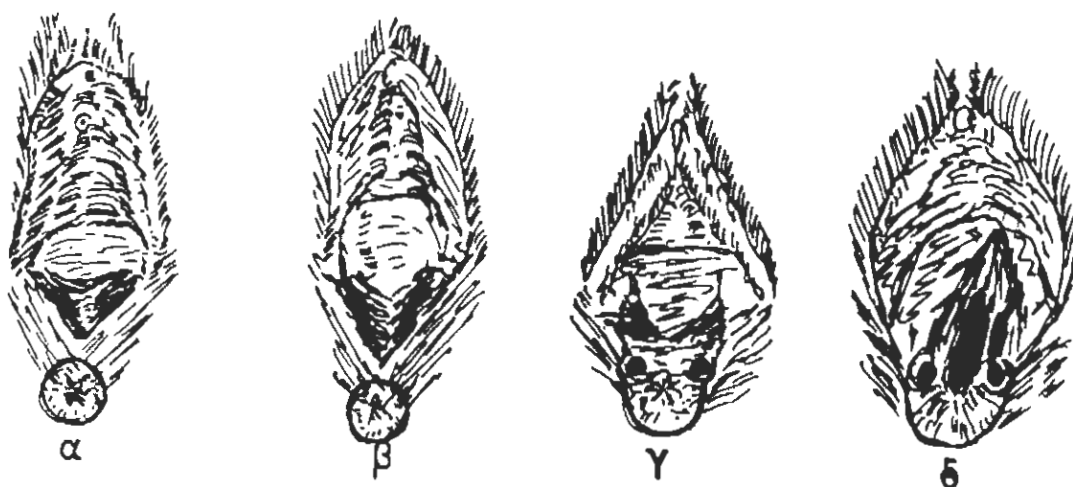


Τυπική περινεοτομία στην 5η ώρα, ώστε να αποφύγουμε την ανεξέλεγκτη ρήξη του περινέου.

Σχήμα 15

Εκτός από την κλασική περινεοτομία, που όπως αναφέρθηκε, γίνεται στην 5η ώρα, εφαρμόζεται και η μέση περινεοτομία που η τομή γίνεται στην 6η ώρα. Η μέση περινεοτομία δεν πρέπει να γίνεται σε περιπτώσεις βαθιάς τομής όπως στην ισχιακή προβολή, γιατί επέκτασή της θα προκαλούσε ρήξη του εντέρου.¹⁰

Μετά το τέλος του τοκετού οι ιστοί των οποίων έγινε διατομή με την περινεοτομία, αποκαθίστανται με προσοχή. Πρώτα ράβεται ο βλεννογόνος του κόλπου, έτσι ώστε τα υπολείμματα του παρθενικού υμένους να συμπέσουν με ακρίβεια, στη συνέχεια ο μυς του περινέου και η περιτονία. Τέλος, αποκαθίσταται το δέρμα. Οι ενέργειές μας κατά τη ραφή της περινεοτομίας αποβλέπουν στην αποκατάσταση των ιστών και στη διατήρηση του φυσιολογικού σχήματος του αιδοίου.



Βαθμοί ρήξεως του περινέου. α – πρώτου, β – δευτέρου, γ – τρίτου, δ – τετάρτου βαθμού

Σχήμα 16

Σε περίπτωση που δε γίνει περινεοτομία, ιδιαίτερα στην πρωτοτόκο, υπάρχει πιθανότητα να γίνει ρήξη του περινέου. Βέβαια ακόμη και όταν έχει γίνει περινεοτομία μπορεί να συμβεί επέκταση της τομής και εδώ θα παίζει ρόλο η αναχαίτιση της εξόδου της κεφαλής από το γιαιτρό που διεκπεραιώνει τον τοκετό.

Η ρήξη του περινέου κατατάσσεται ανάλογα με την έκτασή της (σχήμα 16). α- ρήξη πρώτου βαθμού, αφορά μόνο το βλεννογόνο του κόλπου και το δέρμα, β- ρήξη δευτέρου βαθμού, τα προηγούμενα και επιπλέον μυς του περινέου (όχι όμως το σφιγκτήρα του πρωκτού), γ- ρήξη τρίτου βαθμού: όλα τα προηγούμενα και το σφιγκτήρα του πρωκτού, δ- ρήξη τετάρτου βαθμού: τα προηγούμενα και επιπλέον η ρήξη επεκτείνεται στο ορθό έντερο.

Η αποκατάσταση των κακώσεων της ρήξεως του περινέου γίνεται κατά στρώματα όπως και στην περινεοτομία.

Μετά τη διεκπεραίωση του τοκετού και την αποκατάσταση της περινεοτομίας ή της ρήξεως του περινέου, η λεχвіδα θα πρέπει να παρακολουθείται στενά το λιγότερο για μία ώρα. Στο διάστημα αυτό θα πρέπει ο ρυθμός και η συχνότητα της καρδιακής λειτουργίας να ελέγχονται κάθε 15 λεπτά. Θα πρέπει επίσης να ελεγχθεί η σύσπαση της μήτρας, η κολπική αιμορραγία, το περίνεο και η αρτηριακή πίεση.

Ο γιατρός δεν αποχωρεί παρά αφού περάσει τουλάχιστον μία ώρα μετά τον τοκετό και αφού βεβαιωθεί ότι η γενική κατάσταση της λεχвіδας έχει σταθεροποιηθεί.⁴

1.2.4. 3^ο Στάδιο του τοκετού (στάδιο υστεροτοκίας)

Υστεροτοκία είναι το διάστημα που παρεμβάλλεται μεταξύ της γεννήσεως του εμβρύου και της εξόδου του πλακούντος και χωρίζεται σε δύο στάδια, το στάδιο της αποκόλλσεως και το στάδιο της εξόδου του πλακούντος.

Ο πλακούντας είναι χαλαρά συνδεδεμένος με το τοίχωμα της μήτρας μέσω των στελεχιαίων λαχνών και λεπτών τοιχωματικών αγγείων. Μετά τη γέννηση του νεογνού οι συστολές της μήτρας συνεχίζονται, με ηπιότερη ένταση και προκαλούν τη ρήξη των χαλαρών αυτών δεσμών μεταξύ του πλακούντα και του τοιχώματος της μήτρας. Η όλη διαδικασία προκαλεί την αποκόλληση του πλακούντα συνήθως 5 λεπτά μετά την έξοδο του νεογνού.

Η αποκόλληση του πλακούντα μπορεί να είναι:

- **περιφερική**, οπότε εκδηλώνεται με άμεση εμφάνιση αίματος από τον κόλπο
- **κεντρική**, οπότε το αίμα της αποκόλλσεως θα εμφανισθεί όταν συμπληρωθεί η αποκόλληση του πλακούντα. Η κεντρική αποκόλληση του πλακούντα προκαλεί διόγκωση του πυθμένος της μήτρας. Η διόγκωση αυτή οφείλεται στη συγκέντρωση αίματος μεταξύ του πλακούντα και του τοιχώματος της μήτρας, που ονομάζεται οπισθοπλακουντιακό αιμάτωμα.

Μετά την αποκόλλησή του ο πλακούντας περνά από την κοιλότητα της μήτρας προς τον κόλπο και καθώς κατεβαίνει, ο ομφάλιος λώρος (που κρέμεται έξω από τα γεννητικά όργανα της γυναίκας με την αιμοστατική λαβίδα) επιμηκύνεται. Τότε η γυναίκα νιώθει την ανάγκη να εξωθήσει και ο πλακούντας αρχίζει να προβάλλει μέσα από το αιδοίο. Όταν η διαδικασία της υστεροτοκίας έχει φθάσει σ' αυτό το σημείο και μόνο τότε, ο γιατρός μπορεί να παρέμβει πιάνοντας και περιστρέφοντας τον πλακούντα, με ηπιότητα, ώστε να βγουν και οι υμένες του θυλακίου ακέραιοι.

Αν υπάρχουν αμφιβολίες για το κατά πόσο έχει αποκολληθεί ο πλακούντας εφαρμόζεται ο χειρισμός του Kustner. Δηλαδή τοποθετούμε το δεξί χέρι πάνω από την ηβική σύμφυση και πιέζουμε, οπότε αν ο πλακούντας βρίσκεται μέσα στον κόλπο, ο ομφάλιος λώρος επιμηκύνεται βγαίνοντας προς τα έξω, ενώ αν δεν έχει αποκολληθεί και βρίσκεται ακόμη μέσα στη μήτρα, ο ομφάλιος λώρος έλκεται προς τα μέσα.

Δεν επιτρέπεται να τραβάμε τον ομφάλιο λώρο για να αποκολληθεί ο πλακούντας, γιατί συχνά θα έχουμε μεγαλύτερη της συνήθους αιμορραγίας και σπανιότερα μπορεί να συμβεί εκτροφή της μήτρας. Σε περίπτωση εκτροφής το ενδομήτριο θα προβάλλει από το αιδοίο σαν στρογγυλή αιμάσουσα επιφάνεια.

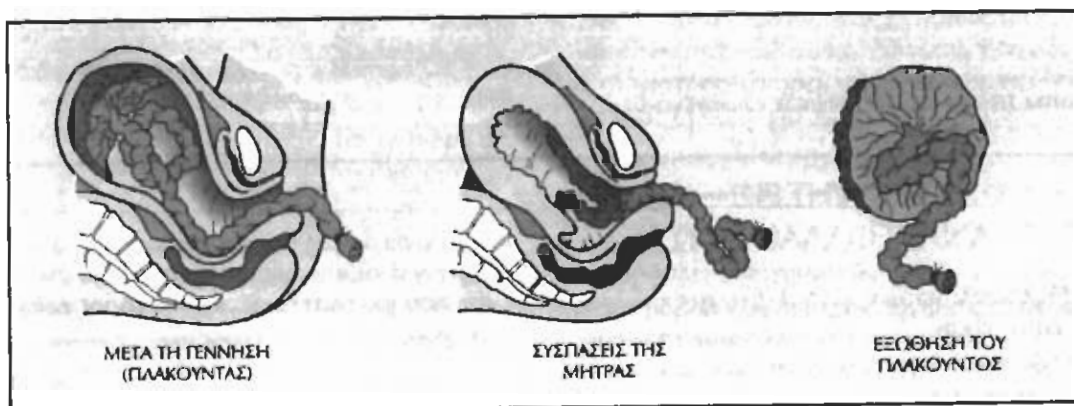
Στην περίπτωση αυτή με το δεξί μας χέρι σε γροθιά πιέζουμε την αιμάσουσα επιφά-

νεια, ενώ με την αριστερή μας παλάμη ελέγχουμε την προς τα πάνω ώθηση της μήτρας, μέχρι να αποκατασταθεί στη φυσιολογική της θέση.

Δεν επιτρέπεται να πιέζουμε τον πυθμένα της μήτρας για να αποκολληθεί ο πλακούντας (χειρισμός του Crede). Τέτοιου είδους χειρισμοί που εφαρμόζονταν παλαιότερα, έχει δειχθεί ότι είναι τραυματικοί και οδηγούν σε αιμορραγία.

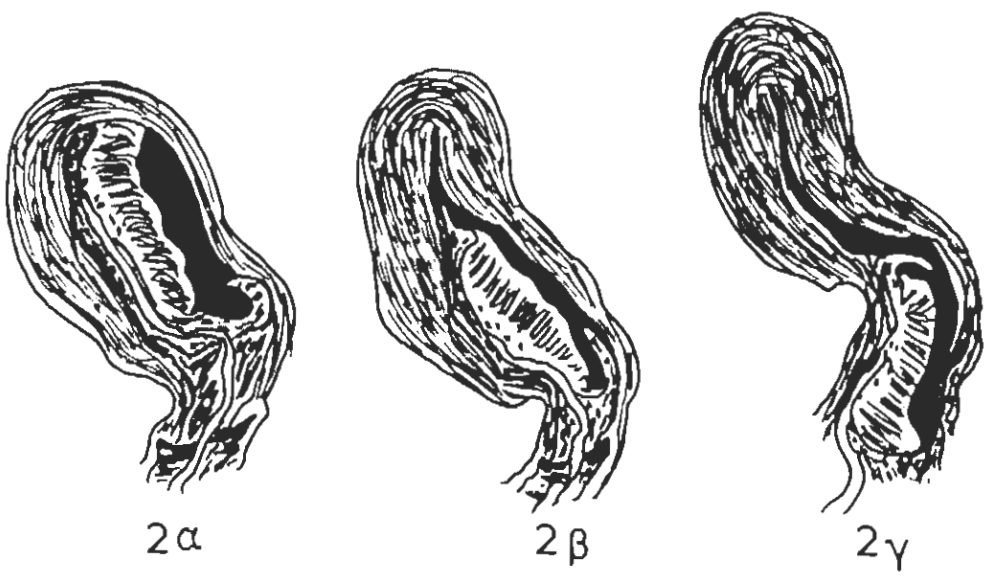
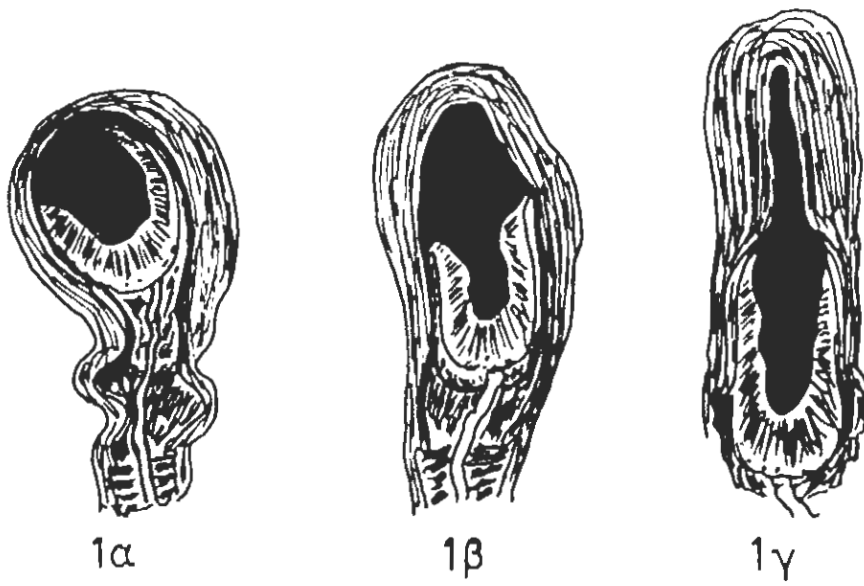
Εάν ο πλακούντας δεν αποκολληθεί μέσα σε 15 λεπτά της ώρας από τη γέννηση του νεογνού, εφαρμόζονται οι μέθοδοι που περιγράφονται στις διαταραχές της αποκόλλσεως του πλακούντα, κάθε άλλη ενέργεια είναι απαρχαιωμένη και επικίνδυνη. Η ποσότητα του αίματος που χάνεται κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής υστεροτοκίας υπολογίζεται σε 500 ml περίπου.^{4,11}

Η παρακολούθηση της επιτόκου στο στάδιο της υστεροτοκίας πρέπει να είναι επισταμένη, γιατί πολλές και σοβαρές επιπλοκές μπορούν να συμβούν σ' αυτό. Από την αρχή πρέπει να τονισθεί, πως οι χειρισμοί και οι πολυπραγμοσύνες στο στάδιο της υστεροτοκίας απαγορεύονται. Επιβάλλεται υπομονή μέχρι να συμβεί η αποκόλληση του πλακούντα (σχήμα 17 – 18). Μόνο σε περίπτωση σημαντικής απώλειας αίματος επεμβαίνουμε για τον έλεγχο της αιτίας, που την προκάλεσε. Επίσης, επιβάλλεται η παρακολούθηση της θερμοκρασίας, των σφύξεων και της πίεσης του αίματος και ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης, όταν αυτή είναι γεμάτη.²



Το τρίτο στάδιο του τοκετού

Σχήμα 17



Αποκόλληση του πλακούντος. Κεντρική, 1 α, 1 β, 1 γ και περιφερική, 2 α, 2 β, 2 γ.

Σχήμα 18

1.2.5. Ο μηχανισμός του τοκετού

Είναι το σύνολο των κινήσεων τις οποίες εκτελεί το έμβρυο προκειμένου να εξέλθει του πυελογεννητικού σωλήνα. Πριν από την περιγραφή του μηχανισμού του φυσιολογικού τοκετού είναι απαραίτητη η γνώση των στοιχείων από τα οποία αποτελείται η εμβρυϊκή κεφαλή και των διαστάσεών της, καθώς και του καθορισμού της έννοιας "θέση της προβολής".¹²

1.2.5.1. Η κεφαλή του εμβρύου

Ενδιαφέρει κυρίως ο θόλος του κρανίου, ο οποίος αποτελείται από 4 οστά, το ινιακό, τα δύο βρεγματικά και το μετωπιαίο που στο έμβρυο χωρίζεται σε δύο. Τα οστά αυτά ενώνονται μεταξύ τους με υμενώδεις χόνδρους που λέγονται ραφές. Τα σημεία που συναντώνται οι ραφές λέγονται πηγές. Οι ραφές είναι: η οβελιαία που ενώνει τα δύο βρεγματικά μεταξύ τους, η μετωπιαία, συνέχεια της οβελιαίας που ενώνει τα δύο μετωπιαία οστά μεταξύ τους, η στεφανιαία, που ενώνει τα δύο μετωπιαία με τα δύο βρεγματικά διασταυρούμενη με την οβελιαία και τη μετωπιαία, η λαμβδοειδής που ενώνει τα δύο βρεγματικά με το ινιακό. Από τη συνένωση των ραφών σχηματίζονται δύο πηγές: μικρή ή οπίσθια πηγή που είναι τριγωνική και σχηματίζεται στο σημείο που η οβελιαία ραφή συναντάει τη λαμβδοειδή και η μεγάλη ή πρόσθια πηγή που έχει σχήμα ρόμβου και σχηματίζεται στο σημείο που η οβελιαία ραφή και η μετωπιαία συναντούν τη στεφανιαία. Το σχήμα του εμβρυϊκού κρανίου είναι ανώμαλο, ωοειδές, στενότερο μπροστά και ευρύτερο προς τα πίσω.

Οι διαστάσεις της κεφαλής του εμβρύου, υπολογίζονται με τη μέτρηση των αποστάσεων καθορισμένων σημείων της κεφαλής. Οι αποστάσεις αυτές λέγονται διάμετροι, γιατί μπορεί να θεωρηθούν διάμετροι νοερών περιφερειών κύκλων. Οι κυριότερες από τις διαμέτρους αυτές είναι:

α) η υπινιοβρεγματική: ενώνει το σημείο άρθρωσης του ινίου με τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο, με τη μεγάλη πηγή. Έχει μήκος 9,5 cm.

β) η μετωποϊνιακή: ενώνει το ινιακό όγκωμα με το ριζορρίνιο. Έχει μήκος 12 cm.

γ) η πωγωνοϊνιακή: ενώνει τον πώγωνα με το ινιακό όγκωμα. Έχει μήκος 13 cm.

δ) η υποπωγωνοβρεγματική: ενώνει τη μεγάλη πηγή με το μέσο νοητής γραμμής που εκτείνεται ανάμεσα στις δύο γωνίες της κάτω γνάθου. Έχει μήκος 9,5cm.

ε) η αμφιβρεγματική: ενώνει τα δύο βρεγματικά ογκώματα. Το ύψος της μέσα στη πύελο καθορίζει την εμπέδωση της κεφαλής. Έχει μήκος 9,5 cm.

στ) η αμφικροταφική: ενώνει τα περισσότερο απομακρυσμένα σημεία των κροταφικών οστών. Έχει μήκος 8 cm.

Περίμετρος της κεφαλής του εμβρύου είναι το μήκος της περιφέρειας των κύκλων που αντιστοιχούν οι παραπάνω διάμετροι. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

α) η υπινιοβρεγματική: αντιστοιχεί στην υπινιοβρεγματική διάμετρο. Έχει μήκος 32 cm.

β) η μετωπωϊνιακή: αντιστοιχεί στη μετωπωϊνιακή διάμετρο. Έχει μήκος 34 cm.

γ) η πωγωνοϊνιακή: αντιστοιχεί στην πωγωνοϊνιακή διάμετρο. Έχει μήκος 35 cm.

Από τις παραπάνω διαμέτρους, η αμφιβρεγματική είναι σπουδαίας σημασίας γιατί αυτή όπως αναφέρθηκε, καθορίζει την εμπέδωση της κεφαλής και γιατί τα βρεγματικά ογκώματα είναι τα σημεία με τα οποία η κεφαλή αντιμετωπίζει τις μεγαλύτερες αποστάσεις που συναντά, καθώς περνάει μέσα από τον πνευλογεννητικό σωλήνα.

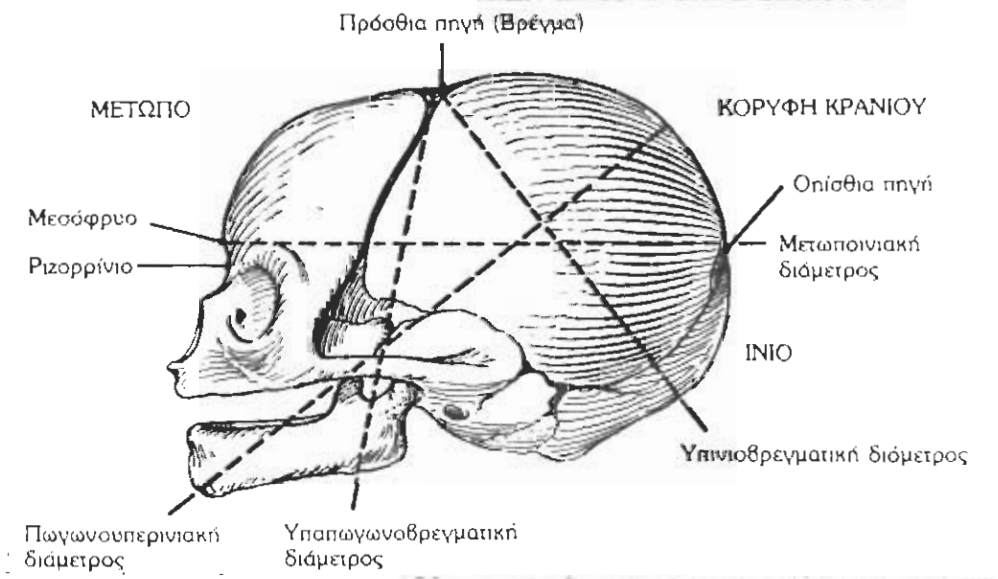
Από τις υπόλοιπες διαμέτρους, οι 4 πρώτες είναι οι διάμετροι με τις οποίες η κεφαλή περνάει την είσοδο της μικρής πυέλου. Το ποιά διάμετρος θα είναι αυτή εξαρτάται από το βαθμό κάμψης και έκτασης της κεφαλής. Έτσι, όταν η κεφαλή βρίσκεται σε υπέρκαμψη, η οδηγούσα διάμετρος είναι η υπινιοβρεγματική και η προβολή λέγεται ινιακή. Οδηγό σημείο αυτής είναι η μικρή πηγή, δηλαδή στην κολπική εξέταση το δάκτυλο συναντάει τη μικρή πηγή. Όταν η κάμψη της κεφαλής είναι μικρότερη, οδηγούσα διάμετρος είναι η μετωπωϊνιακή και η προβολή λέγεται βρεγματική. Οδηγό σημείο είναι η μεγάλη πηγή. Στην κολπική εξέταση ψηλαφώνται και οι δύο πηγές (σχήμα 19). Όταν η κεφαλή βρίσκεται σε σχετική έκταση, οδηγούσα διάμετρος είναι η πωγωνοϊνιακή και η προβολή λέγεται μετωπική. Οδηγό σημείο είναι το ριζορρίνιο. Στην κολπική εξέταση ψηλαφώνται εκτός από αυτό και η μεγάλη πηγή. Τέλος, όταν η κεφαλή βρίσκεται σε υπερέκταση, η οδηγούσα διάμετρος είναι η υποπωγωνοβρεγματική και η προβολή λέγεται προσωπική. Οδηγό σημείο είναι ο πώγωνας που ψηλαφείται στην κολπική εξέταση μαζί με το στόμα του εμβρύου (σχήμα 20).³

Σε αντίθεση με την κεφαλή του εμβρύου, οι διαστάσεις του κορμού του δεν παρουσιάζουν ενδιαφέρον γιατί το σώμα του εμβρύου είναι ευπίεστο και περνάει σχετικά εύκολα μέσα από τον πνευλογεννητικό σωλήνα.¹³



Κολπική εξέταση

Σχήμα 19



Διαστάσεις κεφαλής του εμβρύου

Σχήμα 20

1.2.5.2. Θέση της προβολής

Ο όρος αναφέρεται μόνο στο κάθετο σχήμα και συνεπώς στην κεφαλική ή ισχιακή προβολή. Λέγεται θέση της προβολής η σχέση του οδηγού σημείου της προβολής με τα τεταρτοκύκλια της πυέλου. Εάν χωριστεί νοερά η πύελος με δύο κάθετους άξονες οι οποίοι περνούν από τις προσθιοπίσθιες και τις εγκάρσιες διαμέτρους, θα προκύψουν αντίστοιχα 4 τεταρτοκύκλια, δηλαδή δύο πρόσθια και δύο οπίσθια ή δύο αριστερά και δύο δεξιά. Έτσι, ανάλογα πού ψηλαφάται το οδηγό σημείο στην κολπική εξέταση θα υπάρχουν οι εξής θέσεις της προβολής: αριστερή πρόσθια, αριστερή οπίσθια, δεξιά πρόσθια και δεξιά οπίσθια. Εάν το οδηγό σημείο βρίσκεται στο όριο πρόσθιων και οπίσθιων τεταρτοκυκλίων, τότε η θέση λέγεται εγκάρσια αριστερή ή δεξιά, ενώ αν βρίσκεται στο όριο των δεξιών και αριστερών η θέση λέγεται κάθετη πρόσθια ή οπίσθια. Οι 4 τελευταίες θέσεις, ανάλογα με το ύψος της προβάλλουσας μοίρας, λέγονται υψηλή ή χαμηλή εγκάρσια και υψηλή ή χαμηλή κάθετος. Οι συχνότερες θέσεις είναι οι αριστερές εγκάρσιες και η πρόσθια (περίπου 50%) (σχήμα 21- 22 - 23).

Πρέπει να σημειωθεί ότι στην κεφαλική προβολή η θέση της προβολής και η θέση του εμβρύου συμπίπτουν μόνο στην ινιακή προβολή. Στις λοιπές επί μέρους προβολές της κεφαλικής προβολής, η θέση του εμβρύου και η θέση της προβολής είναι αντίθετες (π.χ. αν η θέση του εμβρύου είναι αριστερή πρόσθια η θέση της προβολής είναι δεξιά οπίσθια).

Κατωτέρω περιγράφεται ο μηχανισμός τοκετού επί κεφαλικής ινιακής προβολής. Οι κυριότεροι χρόνοι κατά την ανωτέρω διαδικασία είναι οι εξής:

1. Κάμψη της κεφαλής,
2. Εμπέδωση κεφαλής,
3. Έσω στροφή,
4. Έκταση,
5. Αποκατάσταση και έσω στροφή,
6. Έξοδος των ώμων και του υπολοίπου σώματος.

Η εμπέδωση της κεφαλής μπορεί να έχει συμβεί πριν την έναρξη του τοκετού (μέχρι 3 εβδομάδες, ιδίως στις πρωτοτόκες). Πριν από την εμπέδωση η κεφαλή βρίσκεται πάνω από το επίπεδο της εισόδου με οδηγούσα διάμετρο τη μετωπιοϊνιακή προσηρμοσμένη συνήθως στην εγκάρσια διάμετρο της εισόδου και σε αριστερή θέση.

Σπανιότερα η προσαρμογή γίνεται στη δεξιά λοξή, ώστε η θέση να είναι πρόσθια (η μικρή πηγή είναι στραμμένη προς τα εμπρός- θέση αριστερή πρόσθια). Οι δυνάμεις οι οποίες ασκούνται επί του εμβρύου εκ των συστολών της μήτρας εξαναγκάζουν την κεφαλή του εμβρύου να καμφθεί. Αυτό γίνεται διότι η κεφαλή συναντά την αντίσταση των οστών της πυέλου, επειδή δε η σπονδυλική στήλη και η κεφαλή σχηματίζουν ένα είδος μοχλού, οι ασκούμενες στη σπονδυλική στήλη δυνάμεις (μακρό σκέλος του μοχλού), αναγκάζουν την κεφαλή σε κάμψη (μικρό σκέλος του μοχλού). Κατ' αυτόν τον τρόπο οδηγούσα διάμετρος γίνεται η υπινιοβρεγματική η οποία είναι η μικρότερη (9,5 εκ.) με αποτέλεσμα η κεφαλή να μπορεί να διέλθει δια της εισόδου της πυέλου. Κατά την πορεία αυτή η οβελιαία ραφή απέχει εξίσου από την ηβική σύμφυση και το ακρωτήριο των Μαιευτήρων (συγκλιτισμός). Σπάνια αυτή βρίσκεται πλησιέστερα προς την ηβική σύμφυση (οπίσθιος ασυγκλιτισμός), αλλά στη συνέχεια επανέρχεται σε φυσιολογική θέση.

Τη στιγμή της μεγαλύτερης κάμψης της κεφαλής, η υπινιοβρεγματική και η αμφιβρεγματική διάμετρος βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο και συνεπώς διαπερνούν μαζί το επίπεδο της εισόδου της μικρής πυέλου. Τότε γίνεται η εμπέδωση της κεφαλής. Μετά την εμπέδωση η κεφαλή ωθούμενη εξακολουθεί να κατέρχεται μέχρι του πυελικού εδάφους. Ήδη τη στιγμή της εμπέδωσης, το περισσότερο προέχον τμήμα της κεφαλής μέσα στην πύελο, βρίσκεται στο επίπεδο του στενού (ισχιακές άκανθες). Επειδή το μέρος αυτό της κεφαλής συναντά την αντίσταση του πυελικού εδάφους, ωθούμενο εξαναγκάζεται σε στροφή φέροντας το ινίο προς τα εμπρός.

Έτσι, η οβελιαία ραφή που πριν προσαρμοζόταν στην αριστερή εγκάρσια διάμετρο, τώρα προσαρμόζεται στη δεξιά λοξή διάμετρο και όσο η κεφαλή κατέρχεται η οβελιαία ραφή πλησιάζει προς την προσθιοπίσθια διάμετρο στην οποία προσαρμόζεται, όταν το περισσότερο προέχον τμήμα της κεφαλής φτάσει το επίπεδο της εξόδου. Η παραπάνω στροφή της κεφαλής λέγεται έσω στροφή και γίνεται στην περιοχή του λαιμού. Η θέση προβολής μετά την παραπάνω στροφή της κεφαλής γίνεται πρόσθια χαμηλή κάθετη. Κατά τη διάρκεια όλης αυτής της διαδικασίας, οι ώμοι, δηλαδή η αμφιακρωμιακή διάμετρος που βρίσκεται σε επίπεδο κάθετο στο επίπεδο που βρίσκεται η οβελιαία ραφή προσαρμόζεται στην προσθιοπίσθια διάμετρο της εισόδου και στη συνέχεια στην αριστερή λοξή. Η προσαρμογή στην αριστερή λοξή γίνεται τη στιγμή της έσω στροφής της κεφαλής. Η στροφή όμως αυτή των ώμων είναι μικρότερη κατά 45° περίπου της

στροφής της κεφαλής.

Με την προσαρμογή της οβελιαίας ραφής στην προσθοπίσθια διάμετρο της εξόδου, το ινίο φέρεται κάτω από την ηβική σύμφυση η οποία παρεμποδίζει την παραπέρα κάθοδο της κεφαλής. Έτσι, η κεφαλή ωθούμενη εξαναγκάζεται σε έκταση, οπότε εξέρχονται κατά σειρά το ινίο, το βρέγμα, το μέτωπο και το πρόσωπο, με αποτέλεσμα ολόκληρη η κεφαλή να εξέλθει του αιδοίου. Μόλις εξέλθει η κεφαλή, ελεύθερα πλέον προσαρμόζεται στη φυσική της θέση, δηλαδή στρέφεται κατά 45° προς τα αριστερά και έτσι η οβελιαία ραφή ξαναγίνεται κάθετη στην αμφιακρωμιακή διάμετρο η οποία τώρα έχει κατέλθει προσαρμοσμένη στην αριστερή λοξή διάμετρο της πυέλου. Η μικρή αυτή στροφή της κεφαλής λέγεται αποκατάσταση. Οι ώμοι έχουν τώρα φτάσει στο έδαφος της πυέλου και αυτός που βρίσκεται κάτω από την ηβική σύμφυση λέγεται πρόσθιος, ο δε άλλος προς το ιερούν οστούν οπίσθιος. Στη συνέχεια, η αμφιακρωμιακή διάμετρος προσαρμόζεται στην προσθιοπίσθια διάμετρο της εξόδου, με στροφή των ώμων, την οποία ακολουθεί και η κεφαλή, με αποτέλεσμα η οβελιαία ραφή να βρίσκεται σε εγκάρσιο επίπεδο. Η στροφή αυτή της κεφαλής λέγεται έξω στροφή. Στη συνέχεια, εξέρχεται ο πρόσθιος ώμος και κατόπιν ο οπίσθιος ακολουθεί δε εύκολα το υπόλοιπο εμβρυϊκό σώμα.

Στη διάρκεια του προαναφερθέντα μηχανισμού του τοκετού η κεφαλή δέχεται ισχυρές πιέσεις πάνω στα οστά της πυέλου εξαιτίας των συστολών της μήτρας. Επειδή τα οστά είναι σχετικά μαλακά και συνδέονται με υμενώδεις χόνδρους, έχουν τη δυνατότητα μετακίνησης. Έτσι, στην κεφαλική ινιακή προβολή παρατηρείται μία τάση επιπεδώσεως από εμπρός προς τα πίσω, δηλαδή πιέζονται τα μετωπιαία οστά και προβάλλει το ινίο. Επίσης, τα οστά αφιππεύουν το ένα με το άλλο και συγκεκριμένα τα μετωπιαία και το ινιακό έρχονται κάτω από τα βρεγματικά το ένα κάτω από το άλλο.

Έτσι, μειώνεται ο όγκος της κεφαλής για την ευκολότερη και περισσότερο ανώδυνη διέλευσή της μέσα από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Στο σημείο που η πίεση είναι μεγαλύτερη εμφανίζεται οίδημα και εξαγγείωση στοιχείων αίματος, οπότε σχηματίζεται διόγκωση που λέγεται προκεφαλή. Η διάκριση από το κεφαλαιμάτωμα (συλλογή αίματος κάτω από το περίοστεο) είναι εύκολη (το κεφαλαιμάτωμα κλυδάζει). Η προκεφαλή συνήθως εξαφανίζεται σε 24-36 ώρες και τα οστά επανέρχονται στη φυσιολογική τους θέση στο τέλος της πρώτης εβδομάδος μετά τον τοκετό.³



Ινιακή προβολή



Βρεγματική προβολή



Προσωπική προβολή

Σχήμα 21



Πρόσθια ινιακή προβολή



Οπίσθια ινιακή προβολή



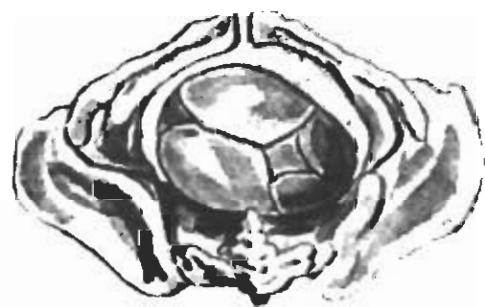
Πρόσθια βρεγματική προβολή



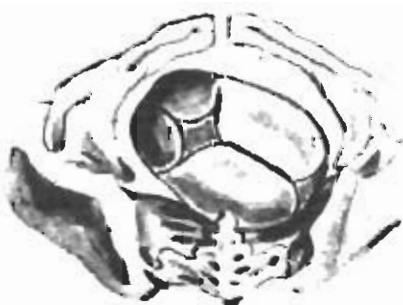
Οπίσθια βρεγματική προβολή



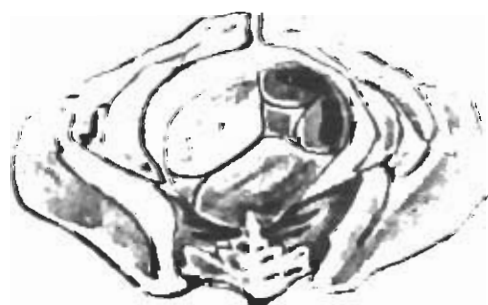
Αριστερή πρόσθια ινιακή προβολή



Δεξιά πρόσθια ινιακή προβολή



Αριστερή οπίσθια ινιακή προβολή



Δεξιά οπίσθια ινιακή προβολή



Αριστερή εγκάρσια ινιακή προβολή

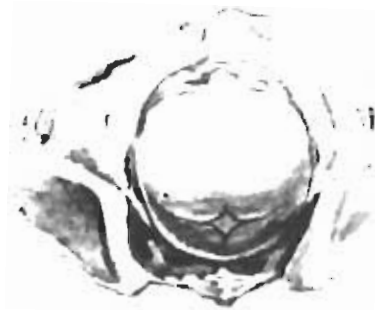


Δεξιά εγκάρσια ινιακή προβολή

Σχήμα 22



Πρόσθια μετωπική προβολή



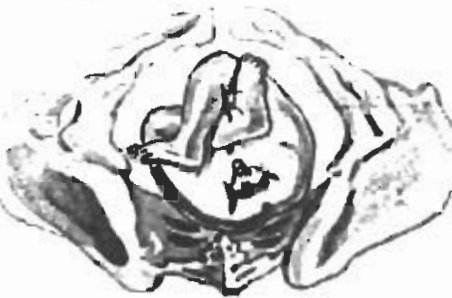
Οπίσθια μετωπική προβολή



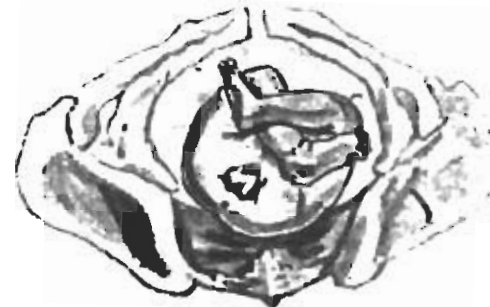
Πρόσθια προσωπική προβολή



Οπίσθια προσωπική προβολή



Αριστερή οπίσθια ισχιακή προβολή



Δεξιά οπίσθια ισχιακή προβολή



Αριστερή πρόσθια ισχιακή προβολή



Δεξιά πρόσθια ισχιακή προβολή



Αριστερή εγκάρσια ισχιακή προβολή



Δεξιά εγκάρσια ισχιακή προβολή

Σχήμα 23

1.3. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

1.3.1. Ορισμός

Καισαρική τομή είναι η εγχείρηση με την οποία εκμαιεύεται το κύημα μετά από τομή των τοιχωμάτων της κοιλίας και της μήτρας. Ανάλογες εγχειρήσεις εκτελούνταν και στη ρωμαϊκή εποχή αλλά μόνο μετά το θάνατο εγκύου γυναίκας και αυτό γιατί ο ρωμαϊκός νόμος απαγόρευε την ταφή χωρίς προηγούμενη κένωση της μήτρας από το κύημα. Λέγεται ότι όσα κυήματα επιζούσαν ονομάζονταν *caesares* ή *caesones*, από το λατινικό ρήμα *caedeo* (κόβω), από όπου και η ονομασία του Ιουλίου Γαίου Καίσαρα.

Ανεξάρτητα αν ο τρόπος του τοκετού του Ιουλίου Καίσαρα ήταν ο ανωτέρω, η ονομασία καισαρική τομή επικράτησε αντί του όρου κοιλιομητροτομία που είχε προτείνει ο Ν.Κ. Λούρος. Η παράδοση αναφέρει ότι η πρώτη καισαρική τομή σε ζωντανή γυναίκα έγινε στην αρχή του 16^{ου} μ.Χ. αιώνα από τον Ελβετό χοιροβοσκό Nuffer, που με την εγχείρηση αυτή κατόρθωσε να φέρει σε πέρας τον τοκετό της γυναίκας του με επιτυχία. Έναν αιώνα αργότερα, ο Γερμανός ιατρός Trautman αποφάσισε να εκτελέσει καισαρική τομή. Το παράδειγμά του ελάχιστοι το μιμήθηκαν λόγω της σχεδόν απόλυτης μητρικής θνησιμότητας.

Η σύγχρονη εποχή για την καισαρική τομή άρχισε το 1882, όταν ο Sanger περιέγραψε τη συρραφή των μητρικών τοιχωμάτων κατά στρώματα και την εφαρμογή των μεθόδων ασηψίας και αντισηψίας, ώστε να περιορισθούν οι μητρικοί θάνατοι. Σήμερα η εξέλιξη της χειρουργικής τεχνικής, της αναισθησίας και της προ και μετεγχειρητικής αγωγής έχουν τοποθετήσει την καισαρική τομή στις ασφαλείς επεμβάσεις που τείνουν να μηδενίσουν τη μητρική θνησιμότητα. Παρ' όλα, αυτά η καισαρική τομή όχι μόνο δεν μπορεί να αντικαταστήσει το φυσιολογικό τοκετό, αλλά ούτε και να δώσει λύση σ' όλες τις μαιευτικές επιπλοκές. Η συχνότητά της κυμαίνεται από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και από χώρα σε χώρα μεταξύ 25-50%. Στα περισσότερα ιδρύματα του κόσμου καθώς και στη χώρα μας η συχνότητα της καισαρικής τομής είναι περίπου 12%. Πριν ο μαιευτήρας λάβει την απόφαση να εκτελέσει καισαρική τομή, πρέπει να λάβει υπ' όψι του όχι μόνο τις ενδείξεις και τις προϋποθέσεις, αλλά και ότι δεν υπάρχει καμία απόλυτη αντένδειξη. Ο ιατρός που αναλαμβάνει την εκτέλεση της καισαρικής επί πρωτοτόκου πρέπει να γνωρίζει ότι η εγχείρηση αυτή θα συνοδεύει τη γυναίκα καθ' όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ζωής.

Οι ενδείξεις για εκτέλεση της καισαρικής τομής είναι:

1) **Κεφαλοπυελική δυσαναλογία** (ανώμαλα σχήματα και προβολές του εμβρύου, όγκος της πυέλου, στενωμένη πύελος, αγκύλωση των ισχίων).

2) **Ισχιακή προβολή** (επί ευμεγέθους εμβρύου, κυρίως επί πρωτοτόκου).

3) **Προδρομικός πλακούντας** (απόλυτη ένδειξη επί επιπωματικού. Σχετική ένδειξη επί επιχειλίου, παραχειλίου ή σε χαμηλή πρόσφυση που θα εξαρτηθεί από το μέγεθος της αιμορραγίας).

4) **Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα** (περιφερειακή ή κεντρική).

5) **Αδράνεια της μήτρας** (Εφόσον έχουν εξαντληθεί όλες οι προσπάθειες για ωδινοποίηση).

6) **Αλλοίωση καρδιακών παλμών** (Στο 1^ο στάδιο του τοκετού και στο 2^ο στάδιο, όταν δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για κολπικό τοκετό).

7) **Πρόπτωση ομφαλίδας** (Στο 1^ο στάδιο του τοκετού και στο 2^ο στάδιο, όταν δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για κολπικό τοκετό).

8) **Νοσήματα της μητέρας** (Καρδιοπάθεια, πνευμονική φυματίωση, σακχαρώδης διαβήτης, νεφροπάθεια, εφόσον υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του ειδικού παθολόγου για αδυναμία φυσιολογικού τοκετού).

9) **Προηγθείσα κολποπερινεορραφία**

10) **Κυστεοκολπικά, ουρηθροκολπικά, ουρητηροκολπικά, ορθοκολπικά συρίγγια.**

11) **Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας**

12) **Φλεγμονές των έξω γεννητικών οργάνων** (έρπης, βαρθολινίτης).

13) **Εκλαμψία** (Στο 1^ο στάδιο του τοκετού και στο 2^ο στάδιο, όταν δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για κολπικό τοκετό).

14) **Προηγθείσα καισαρική τομή** (απόλυτη ένδειξη, όταν η προηγούμενη ήταν κάθετη ή υπήρχε ένδειξη δυσαναλογίας ή υπήρχε εμπύρετη πορεία, σχετική ένδειξη, όταν η προηγούμενη ήταν εγκάρσια).

15) **Προηγθείσα διάνοιξη της μητρικής κοιλότητας** (Εκπυρήνιση ινομυωμάτων, μητροπλαστική κ.λ.π.).

1.3.2. Αντενδείξεις για εκτέλεση Καισαρικής Τομής

1) Νεκρό έμβρυο (εκτός επί προώρου αποκολλήσεως του πλακούντα ή απόλυτης ιατρικής αντενδείξεως για κολπικό τοκετό).

2) Τερατόμορφα έμβρυα (υδροκέφαλα, ακέφαλα κ.λ.π.).⁴

1.3.3. Προϋποθέσεις για εκτέλεση Καισαρικής τομής

Η καισαρική τομή εκτελείται με ασφάλεια μόνο όταν υπάρχει το κατάλληλο προσωπικό και περιβάλλον.

1) Επαρκείς συνθήκες (Σύγχρονη χειρουργική μονάδα, τράπεζα αίματος, πεπειραμένη αναισθησιολόγος και βοηθητικό ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό).

2) Ικανός χειρουργός (Ο μαιευτήρας που θα αποφασίσει να εκτελέσει καισαρική τομή πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε εγχειρητική επιπλοκή που θα προκύψει).

3) Η μητέρα και το κύημα να βρίσκονται στην πλέον δυνατή καλή κατάσταση. (Ενυδάτωση, μετάγγιση, όταν υπάρχει ανάγκη πριν την καισαρική τομή, ικανή νεογνολογική μονάδα και παιδίατρος).

1.3.4. Τεχνική εκτελέσεως Καισαρικής τομής

Όπως σ' όλες τις εγχειρήσεις της κοιλίας έτσι και στην καισαρική τομή ακολουθούνται όλοι οι ανάλογοι με τις λαπαροτομίες τρόποι. Η τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων μπορεί να είναι μέση κάθετη υπομφάλιος ή εγκάρσια κατά Pfannenstiel. Μετά τη διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας εκτελείται η τομή των μητρικών τοιχωμάτων.

Διάφοροι τρόποι καισαρικών τομών έχουν επινοηθεί. Οι πλέον διαδεδομένοι είναι η κλασική, η χαμηλή κάθετη και χαμηλή εγκάρσια (σχήμα 24).

1.3.4.1. Κλασική

Στη κλασική καισαρική τομή εκτελείται κάθετη τομή στο ανώτερο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας. Είναι εύκολη στην εκτέλεση, αλλά έχει πολλά μειονεκτήματα. Ουσιαστικά έχει εγκαταλειφθεί και εκτελείται μόνο όταν είναι αδύνατη η αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής λόγω πολλαπλών συμφύσεων της κύστεως με το έντερο και επίπλουν ή σε προχωρημένο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας. Η κλασική καισαρική τομή είναι πολύ αιμορραγική, γιατί η τομή γίνεται στο παχύ ανώτερο τμήμα του μυομητρίου. Επιπλέον δεν μπορεί να καλυφθεί με την κυστεομητρική πτυχή και η επούλωση δεν είναι πολύ καλή, με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό μετεγχειρητικών φλεγμονών και συμφύσεων. Η ρήξη της μήτρας σε επόμενη εγκυμοσύνη είναι πολύ πιο συχνή απ' ό,τι στις άλλες μορφές των καισαρικών τομών. Η τομή του μητρικού τραύματος συρράπτεται σε δύο ή τρία στρώματα σε συνεχή ραφή χρησιμοποιώντας ράμμα cat gut chromic No 1.

1.3.4.2. Χαμηλή κάθετη

Στη χαμηλή κάθετη καισαρική τομή η τομή εκτελείται στο κατώτερο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας, αφού πρώτα αποκολληθεί η κυστεομητρική πτυχή. Το βασικό πλεονέκτημα της τομής αυτής είναι η αποφυγή μετεγχειρητικών φλεγμονών, γιατί το μητρικό τραύμα καλύπτεται από την κυστεομητρική πτυχή.

1.3.4.3. Χαμηλή εγκάρσια

Η τομή αυτή σήμερα έχει επικρατήσει και έχει αντικαταστήσει τη χαμηλή κάθετη. Αναλυτικότερα οι χρόνοι εκτελέσεως της χαμηλής εγκάρσιας έχουν ως εξής: μετά την απώθηση των εντερικών ελίκων με βρεγμένα σπληνία τοποθετείται πάνω στην ηβική σύμφυση ο διαστολέας του Doyen και αποκολλάται η κυστεομητρική πτυχή. Κατόπιν στο κάτω μέρος της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας αντίστοιχα με το έσω τραχηλικό στόμιο διανοίγεται με μαχαιρίδιο εγκάρσια η μήτρα σε έκταση 1 cm περίπου. Η τομή επεκτείνεται με τη βοήθεια των δύο δεικτών αρκετά, ώστε να εισαχθεί η παλάμη του δεξιού χεριού του χειρουργού κάτω από το κεφάλι του εμβρύου και ενεργώντας σαν υπομόχλιο να εξαχθεί το έμβρυο. Ακολούθως αποκόπτεται από τον πλακούντα ο ομφάλιος λώρος και εκτελείται η υστεροτομία με το χειρισμό Crede ή με δακτυλική αποκόλληση αυτού. Τα τραυματικά χείλη της μήτρας συρράπτονται με συνεχή ή διακεκομμένη ραφή σε ένα ή δύο στρώματα. Χρησιμοποιούνται ράμματα chromic cat gut No 1 ή No 0. Ακολουθεί η συρραφή της κυστεομητρικής πτυχής και μετά των λοιπών στρωμάτων της κοιλίας όπως σ' όλες τις λαπαροτομίες (σχήμα 25).

Η μετεγχειρητική πορεία τις περισσότερες φορές είναι ομαλή και η επούλωση του μητρικού τραύματος άριστη. Μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι οι συνηθισμένες για τις λαπαροτομίες καθώς και αυτές του φυσιολογικού τοκετού. Συνήθως δε χρειάζεται η προληπτική αντιβίωση εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες που υπήρχε ρήξη των υμένων και κολπικές εξετάσεις πριν την εκτέλεση της καισαρικής τομής.⁹

1.3.4.4. Εξωπεριτοναϊκή

Στην καισαρική αυτή η τομή γίνεται στο κατώτερο μητρικό τοίχωμα κάθετα ή εγκάρσια, αφού πρώτα αποκολληθεί η κύστη από το πρόσθιο περιτόναιο. Με τον τρόπο αυτό εκτίθεται στο χειρουργικό πεδίο η μήτρα χωρίς να ανοιχθεί η περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο τρόπος αυτός της καισαρικής είναι αρκετά αιματηρός και απαιτεί έμπειρο χειρουργό, καθόσον οι τραυματισμοί της κύστεως και των ουρητήρων είναι συχνοί. Προτείνεται για τις περιπτώσεις εκείνες που ο κίνδυνος για μετεγχειρητική περιτονίτιδα είναι πολύ μεγάλος. Παρά ταύτα σήμερα τείνει να εγκαταλειφθεί, καθόσον η χρήση των νέων αντιβιοτικών δίνει ικανοποιητική λύση στο πρόβλημα.

1.3.5. Καισαρική υστερεκτομή

Η ολική υστερεκτομή μετά την εκτέλεση της καισαρικής τομής αποφασίζεται στις περιπτώσεις ρήξεως, ατονίας καθώς και πολλαπλών ινομυωμάτων της μήτρας. Επίσης εκτελείται, όταν υπάρχει φλεγμονή της μήτρας με μικροαποστημάτια στα τοιχώματά της και υπάρχει κίνδυνος σηπτικών εμβολών και σηψαιμίας. Ιστορικά αναφέρεται ότι ο Pogo το 1876 εκτελούσε καισαρική τομή και ακολούθως υφολική υστερεκτομία για να μειώσει τη μητρική θνησιμότητα από τις μετεγχειρητικές θανατηφόρες λοιμώξεις.

1.3.6. Επαναλαμβανόμενη Καισαρική

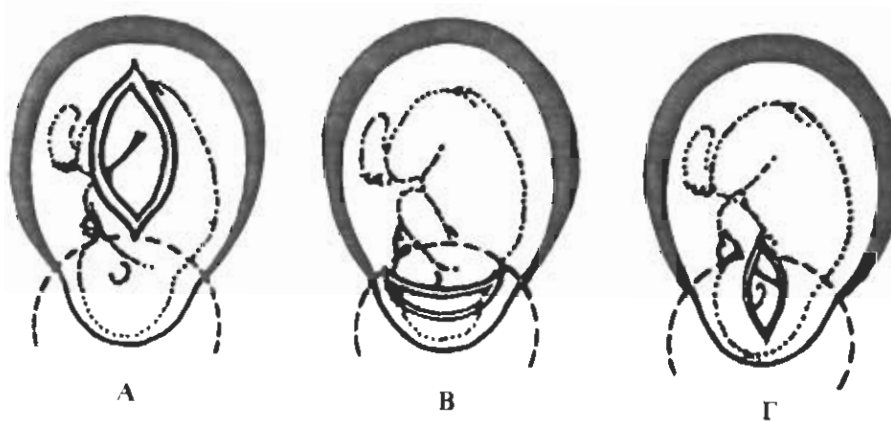
Ο τρόπος του τοκετού στη γυναίκα που έχει υποβληθεί σε καισαρική τομή προβληματίζει πάντοτε τον μαιευτήρα. Αν θα γίνει εκ νέου καισαρική τομή ή κολπικός τοκετός εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ισχυρό στοιχείο για φυσιολογικό τοκετό αποτελεί η ύπαρξη καλά επουλωμένου τραύματος καθώς και η απουσία δυσαναλογίας. Παρά ταύτα δεν έχει βρεθεί ακόμα αξιόπιστη μέθοδος για τον έλεγχο της αντοχής της ουλής του τραύματος κατά την κύηση. Η προηγούμενη ομαλή μετεγχειρητική πορεία ή η εγκάρσια

καισαρική τομή δεν εξασφαλίζουν πάντα το μαιευτήρα. Έτσι αν αποφασισθεί η εκτέλεση κοιλιακού τοκετού, αυτός πρέπει να γίνει σε καλά οργανωμένο μαιευτήριο. Η δε επίτοκος πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή καρδιοτοκογραφικό έλεγχο, να αποφεύγεται η χρήση ωδινόποιητικών και να εκτελείται μετά τον τοκετό πάντοτε δακτυλική επισκόπηση της μήτρας για τον έλεγχο της ακεραιότητάς της. Στην κρίση του μαιευτήρα αφήνεται η εκτέλεση εμβρυουλκίας της εξόδου για ελάττωση των εξωθητικών προσπαθειών.

Υπάρχουν όμως και καταστάσεις όπου απαραίτητα εκτελείται νέα καισαρική τομή.

Αυτές είναι⁴:

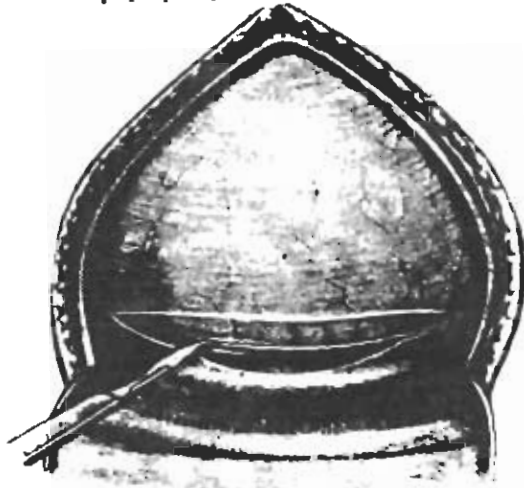
- 1) Προηγούμενη κάθετη καισαρική
- 2) Εμπύρετη μετεγχειρητική πορεία
- 3) Σχετική ή απόλυτη δυσαναλογία
- 4) Παράταση της κυήσεως ή του τοκετού
- 5) Ευαισθησία της ουλής κατά τον τοκετό.



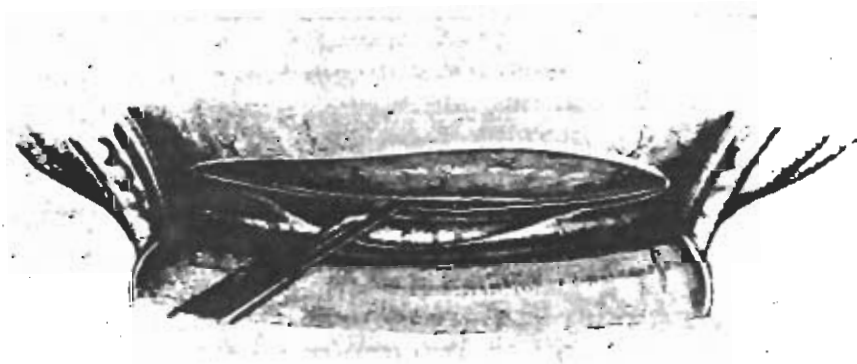
Καισαρική τομή. Α)Κλασική Β) Χαμηλή εγκάρσια Γ) Χαμηλή κάθετη

Σχήμα 24

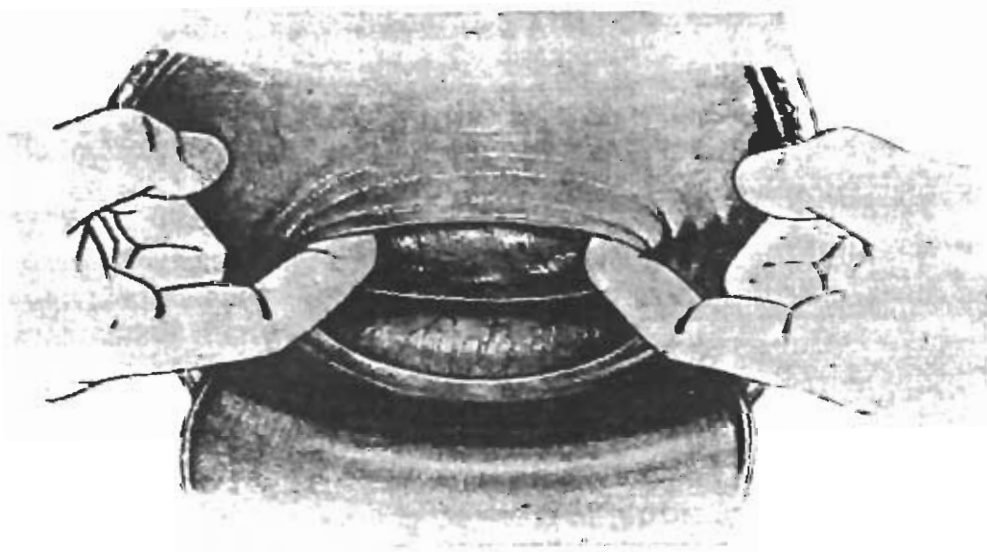
Χαμηλή Εγκάρσια Τομή. Χρόνοι



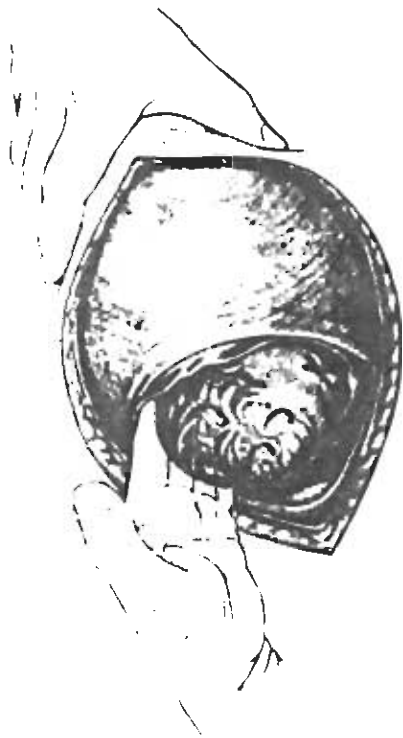
Διάνοιξη κυστεομητρικής πτυχής.



Διάνοιξη της μητρικής κοιλότητας με το μαχαιρίδιο.



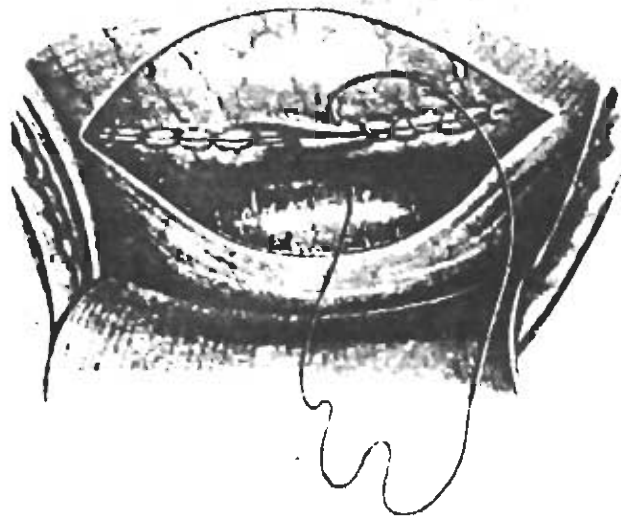
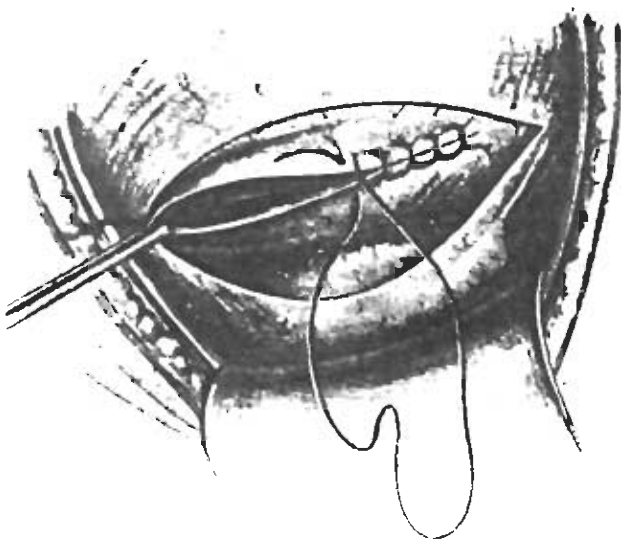
Επέκταση της τομής με τους δείκτες.



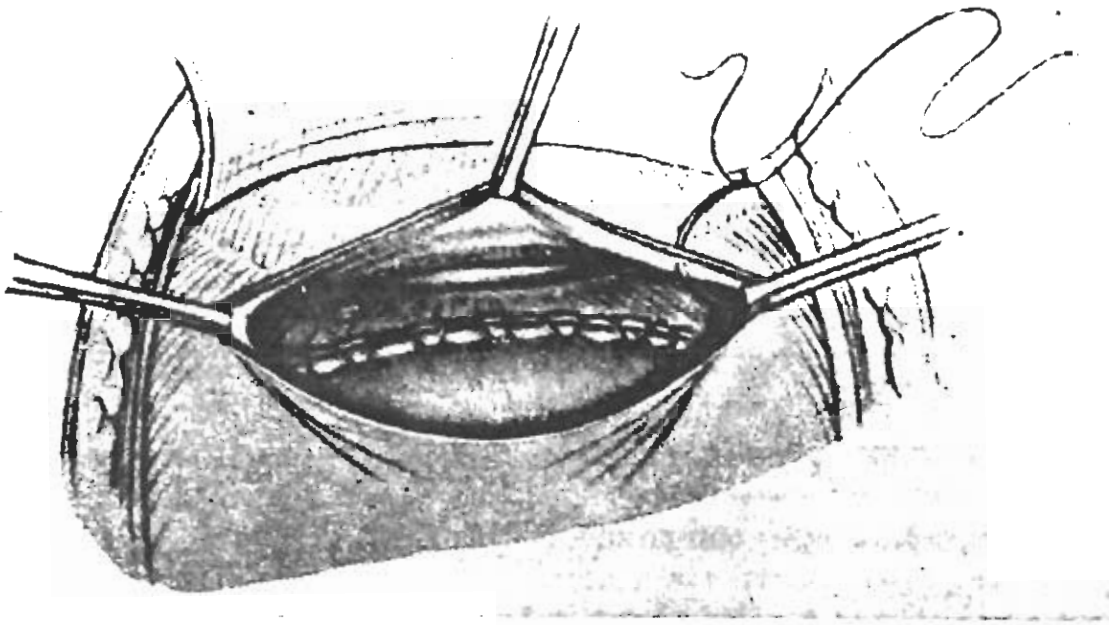
Εξόδος της κεφαλής του εμβριου



Εξόδος του πλακούντα



Συρραφή της μήτρας.



Συρραφή της κυστεομητρικής πτυχής

Σχήμα 25

2^ο Κεφάλαιο

2.1. ΠΟΝΟΣ, ΩΔΙΝΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

2.1.1. Ωδίνες

Η λέξη ωδίνα χαρακτηρίζει τη σύσπαση του μυομητρίου, που προάγει τον τοκετό. Οι ίνες του μυομητρίου, όπως όλες οι μυϊκές ίνες, έχουν την ικανότητα να συσπώνονται και να χαλαρώνουν. Όμως, οι ίνες του μυομητρίου όταν χαλαρώνουν ύστερα από σύσπαση δεν ξαναγυρίζουν στο αρχικό μήκος τους, όπως συμβαίνει με τις άλλες μυϊκές ίνες. Έτσι, γίνονται βραχύτερες, δηλαδή συρρικνώνονται. Η συρρίκνωση αυτή προκαλεί όλα και περισσότερη ελάττωση της χωρητικότητας της μήτρας, και αυτή την προώθηση του εμβρύου, όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν. Το τμήμα της μήτρας, που περισσότερο συσπάται, είναι το ανώτερο, δηλαδή ο πυθμένας της, που παίζει κυρίαρχο ρόλο στην πρόοδο του τοκετού. Το μεσαίο τμήμα της συσπάται λιγότερο. Το κατώτερο τμήμα της, μαζί με τον τράχηλο, που έχουν και μικρότερο αριθμό μυϊκών ινών, με την εξέλιξη του τοκετού, διατείνονται.

Πιστεύουμε, πως η μήτρα διαθέτει συντονιστές, που ρυθμίζουν την έναρξη των ωδίνων και ελέγχουν την περιοδικότητά τους. Σήμερα, είναι γνωστό, πως δεν υπάρχουν συντονιστές σ' ένα μόνο μέρος της μήτρας, αλλά ομάδες κυττάρων, που έχουν ειδική ευαισθησία και βρίσκονται σκορπισμένες σε διάφορα μέρη του μυομητρίου. Περισσότερες από αυτές βρίσκονται στα κέρατα της μήτρας και τα ερεθίσματα επεκτείνονται σε ολόκληρο το μυομήτριο ως το κατώτερο τμήμα του σώματος, μέσα σε 10"-20" και με ταχύτητα 2 cm σε κάθε δευτερόλεπτο.

Τις ωδίνες τις διακρίνουμε σε γνήσιες και νόθες.

1) Γνήσιες ωδίνες. Αυτές χαρακτηρίζουν και προάγουν τον τοκετό και συνοδεύονται με πόνο, γι' αυτό επικράτησε ο όρος "άρχισαν οι πόνοι". Είναι ρυθμικές, διαρκούν 35-50" και ανάμεσά τους μεσολαβεί χρονικό διάστημα 3-4 λεπτά που λέγεται *παύλα*. Κάθε ωδίνα εμφανίζει *αρχή*, *ακμή* και *παρακμή*. Η πίεση, που ασκεί κάθε ωδίνα στην ενδομήτρια

κοιλότητα στην ακμή της, φτάνει τα 40-55 mmHg, ενώ στη διάρκεια της παύλας πέφτει στα 8-12 mmHg. Στο τέλος της διαστολής φτάνει στα 80-90 mmHg. Στο στάδιο της εξώθησης μεγαλώνει ακόμη περισσότερο. Όταν όμως περάσει τα 80 mmHg, τότε ελαττώνει την αιμάτωση της μήτρας και την παροχή οξυγόνου στο έμβρυο. Η πίεση της ωδίνας μικραίνει την κοιλότητα της μήτρας και ωθεί τον κάτω πόλο του εμβρύου προς τα κάτω. Η συχνότητα των ωδίνων αυξάνεται με την πρόοδο του τοκετού. Στην αρχή αυτές έρχονται κάθε 20 λεπτά, ύστερα κάθε 5 λεπτά και προς το τέλος της διαστολής του τραχήλου κάθε 1 λεπτό. Η παύλα, που μεσολαβεί ανάμεσα στις ωδίνες, είναι απαραίτητη για την αποφυγή εμβρυϊκής υποξυγοναιμίας από διαταραχή της μητροπλακουντικής ροής, του αίματος.

Τις γνήσιες ωδίνες διακρίνουμε σε **διασταλτικές, εξωθητικές και υστεραίες**.

α) Οι διασταλτικές, γιατί αυτές προκαλούν διαστολή του τραχήλου στο πρώτο στάδιο του τοκετού, είναι ρυθμικές και εμφανίζονται σε συχνότητας 5-20 κάθε ώρα.

β) Οι εξωθητικές, γιατί αυτές εξωθούν το έμβρυο στο δεύτερο στάδιο του τοκετού και διακρίνονται από τις πρώτες γιατί έχουν μεγαλύτερη διάρκεια, προκαλούν μεγαλύτερο πόνο στην επίτοκο και γιατί εμφανίζονται σε συχνότητα 5-8 κάθε δέκα λεπτά.

γ) Οι υστεραίες, γιατί βοηθάνε την έξοδο του πλακούντα στο τρίτο στάδιο του τοκετού και συνοδεύονται με ελάχιστο ή ανύπαρκτο πόνο και τανυσμό.

2) Νόθες ωδίνες. Αυτές διακρίνονται σε προπαρασκευαστικές και επανορθωτικές.

α) Οι προπαρασκευαστικές που είναι άρρυθμες και εμφανίζονται στις πρωτοτόκες 4-5 εβδομάδες πριν από τον τοκετό, για να διαστείλουν το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο και να εξαλείψουν τον τράχηλο, ενώ στις πολυτόκες δεν εμφανίζονται, γιατί το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο ανοίγει με την επίδραση των γνήσιων ωδίνων. Η έγκυος αισθάνεται ελαφρά οσφυαλγία και ο πυθμένας της μήτρας σε κάθε τέτοια ωδίνα γέρνει προς τα πάνω και εμπρός. Έτσι, ο κάθετος άξονας της μήτρας συμπίπτει με τον κάθετο άξονα του γεννητικού σωλήνα.

β) Οι επανορθωτικές που είναι άρρυθμες, εμφανίζονται από τον όγδοο μήνα της εγκυμοσύνης και έχουν σκοπό να καθορίσουν τη θέση, το σχήμα και την προβολή του εμβρύου.²

2.1.2. Πόνος

Ο πόνος του τοκετού απασχόλησε ανέκαθεν την ανθρωπότητα. Παρά τις πρόσφατες προόδους στο πεδίο αυτό, η ορθή αντιμετώπιση του πόνου του τοκετού εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα ιατρικής περίθαλψης σε πολλές προηγμένες χώρες. Ο μηχανισμός πρόκλησης του είναι ποικίλος και διαφορετικός. Παράλληλα με τον πόνο εξελίσσεται όλο εκείνο το ψυχικό συνακόλουθο του επιτακτικού προστατευτικού αντανακλαστικού συμπεριφοράς και συγκίνησης, για την οργάνωση αποφυγής του πόνου.

Παράγοντες που επηρεάζουν τον πόνο, κατά τον φυσιολογικό τοκετό, είναι η ένταση και η διάρκεια των συσπάσεων της μήτρας, ο βαθμός διαστολής του τραχήλου και η πρόοδος της μετά από κάθε ωδύνα, η διάταση του περινέου και η αναλογία κυήματος και γεννητικού σωλήνα. Μια από τις πιο συχνές αιτίες που επιδεινώνουν τον πόνο είναι η άγνοια και η κακή πληροφόρηση. Επιπρόσθετοι παράγοντες είναι η ηλικία, η φυλή και η πνευματική και κοινωνική ανάπτυξη.

Ως ιδανική μέθοδος αναλγησίας κατά το φυσιολογικό τοκετό θεωρείται εκείνη που παρέχει ένα υψηλό ποσοστό επιτυχίας, ικανοποιητική αναλγησία, ασφάλεια μητέρας-νεογνού και απουσία αναστολής της εξέλιξης του τοκετού. Οι κυριότερες μέθοδοι καταστολής του πόνου του τοκετού είναι η ενδοφλέβιος ή ενδομυϊκή φαρμακολογική αναλγησία και η περιοχική αναλγησία. Για την καλύτερη κατανόηση των διαφόρων μεθόδων καταστολής του πόνου, ο τοκετός διακρίνεται σε τρία στάδια.³

2.1.2.1. Ο πόνος του πρώτου σταδίου τοκετού

Οφείλεται στη διαστολή του τραχήλου και του κατωτέρου σώματος της μήτρας και στην ισχαιμία που επακολουθεί τη διάτασή τους, κατά τη διάρκεια των συστολών της μήτρας. Τα επώδυνα μεταβιβάζονται στα T10- T12 και S1 νευροτόμια με τις A-δ και C κεντρομόλες ίνες, οι οποίες πορεύονται με τις ίνες του συμπαθητικού. Στη λανθάνουσα φάση του πρώτου σταδίου (διάρκεια 12-20 ώρες), οι διεγέρσεις μεταβιβάζονται αρχικά στα T11- T12 νευροτόμια, με αποτέλεσμα η ασθενής να αισθάνεται πόνο και δυσφορία στα αντίστοιχα δερματόμια.

Με τη πρόοδο του τοκετού (ενεργός φάση - διάρκεια 4-12 ώρες) ο πόνος καθίσταται πιο έντονος (αύξηση της έντασης των συσπάσεων της μήτρας) και επεκτείνεται στα T10 και S1 νευροτόμια. Η επίτοκος παραπονείται για οξύ πόνο στην οσφυοϊερή χώρα, στην έσω επιφάνεια του ανωτέρου τμήματος των μηρών και στην υπερηβική χώρα.

Στη λανθάνουσα φάση του πρώτου σταδίου, προέχει η ανησυχία, ενώ ο πόνος είναι ήπιος. Είναι γεγονός ότι η κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία και η συμπαράσταση του ιατρού και του συζύγου μειώνουν την αγωνία και το φόβο της επιτόκου, όπως και τις απαιτούμενες ποσότητες φαρμάκων. Η ενδοφλέβια χορήγηση ηρεμιστικών ή αναλγητικών συνιστάται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπως π.χ. βαριά προεκλαμψία.

Ο χρόνος έναρξης της ενεργού φάσης είναι δύσκολο να προσδιορισθεί. Θεωρείται ότι αρχίζει όταν η διαστολή του τραχήλου είναι 3-4cm. Στην ενεργό φάση του πρώτου σταδίου, όπου ο πόνος είναι ισχυρότερος και συχνότερος, ενδείκνυται η επισκληρίδια αναισθησία με σκοπό να αποκλεισθούν οι τελικές απολήξεις των αισθητικών ινών των T10 - S1. Εφόσον υπάρχει άρνηση για επισκληρίδιο αναλγησία, συνιστάται η φαρμακευτική αντιμετώπιση που έχει ως βάση τα ναρκωτικά αναλγητικά τα οποία χορηγούνται ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως.⁸

2.1.2.2. Ο πόνος του δεύτερου σταδίου του τοκετού

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού αρχίζει με την τέλεια διαστολή του τραχήλου και τελειώνει με την έξοδο του εμβρύου από τον πυελογεννητικό σωλήνα (διάρκεια 1-2 ώρες). Ο πόνος προέρχεται από διάταση του κατώτερου γεννητικού ισθμού του αιδοίου και του περινέου. Ο πόνος από τη μήτρα μεταβιβάζεται και πάλι στα T10 και S1 νευροτόμια, ενώ ο πόνος που προέρχεται από το περίνεο, την ουροδόχο κύστη, την ουρήθρα και το ορθό (άσκηση πίεσης) μεταβιβάζεται στα ιερά νευροτόμια S2-S4.

Σκοπός της επισκληρίδιου αναλγησίας είναι ο αποκλεισμός των τελικών απολήξεων T10 - S4. Για την επίτευξη αναλγησίας του περινέου (αποκλεισμός ιερών νευροτομιών), η χορήγηση του αναισθητικού διαλύματος γίνεται με την επίτοκο σε καθιστή θέση. Εφόσον δεν έχει εφαρμοσθεί επισκληρίδιο αναισθησία, η αναλγησία συνεχίζεται με ναρκωτικά αναλγητικά που παρέχονται ενδοφλεβίως και συμπληρωματικά, με στελεχιαία διήθηση του αιδοϊκού πλέγματος ή περινεϊκή διήθηση.

2.1.2.3. Ο πόνος του τρίτου σταδίου του ΤΟΚΕΤΟΥ

Προέρχεται από τη διαστολή του τραχήλου, τη δίοδο του πλακούντα και από τη συστολή της μήτρας. Μεταβιβάζεται στα T11- T12 νευροτόμια. Ο πόνος από τη διάταση των ωοθηκών, των σαλπίνγων, των συνδέσμων και άλλων πυελικών σχηματισμών, μεταβιβάζεται στο T10 νευροτόμιο. Η αναισθησία συνεχίζεται με επισκληρίδιο αναισθησία ή με ισχυρά αναλγητικά, ενδοφλέβια.¹⁰

2.1.3. Αναλγησία – Αναισθησία

Η εφαρμογή της μαιευτικής αναλγησίας και της αναισθησίας κατά τη διάρκεια του τοκετού στοχεύει στην απαλλαγή της μητέρας από τον πόνο, με την προϋπόθεση ότι τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα δεν επηρεάζουν το έμβρυο. Αλλά ο διπλός αυτός στόχος, θετικός για τη μητέρα (απαλλαγή από τον πόνο) και ουδέτερος για το έμβρυο (διατήρηση της καλής κατάστασής του), δύσκολα στέφεται με πλήρη επιτυχία.

Η αναλγησία και η αναισθησία διαφέρουν σημαντικά. Η επιλογή της μιας ή της άλλης μεθόδου εξαρτάται από την πιθανολογούμενη διάρκεια του τοκετού ή της εγχειρητικής επέμβασης και την πιθανότητα να επιβραδυνθεί η ομαλή εξέλιξη του τοκετού ή να επηρεασθεί το έμβρυο (εμβρυϊκή δυσφορία) και η καρδιοαναπνευστική κατάσταση της μητέρας (όπως στην υπέρταση και την αιμορραγία).

Αναλγησία σημαίνει απαλλαγή από τον πόνο χωρίς απώλεια των αισθήσεων, ενώ **αναισθησία** σημαίνει απώλεια της αισθητικότητας με ή χωρίς απώλεια των αισθήσεων (γενική ή περιοχική αναισθησία).

Η αναλγησία εφαρμόζεται κατά τον τοκετό και σε διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις, με στόχο την απαλλαγή από τον πόνο κατά το επιθυμητό χρονικό διάστημα.

Η **γενική αναισθησία** εφαρμόζεται κατά τον τοκετό και χαρακτηρίζεται από καταστολή του ΚΝΣ και απώλεια της συνείδησης, επιτυγχάνεται δε συνήθως με τη χορήγηση πτητικών εισπνεόμενων αναισθητικών, κατά τη διάρκεια του τοκετού, ή ενός συνδυασμού ενδοφλεβίως χορηγούμενων αναισθητικών και αερίων ή πτητικών αναισθητικών (γενική ενδοτραχειακή αναισθησία), κυρίως στην καισαρική τομή.

Η **περιοχική αναισθησία** εφαρμόζεται κατά τον τοκετό με τον αποκλεισμό σε μια ορισμένη περιοχή του σώματος των νευρικών οδών, με την κατάργηση δηλαδή της

μεταβίβασης των νευρικών ερεθισμάτων από την περιφέρεια προς το κέντρο.

Τοπική αναισθησία είναι η αναισθησία μιας ορισμένης περιοχής και επιτυγχάνεται με ένεση κάποιου τοπικού αναισθητικού παράγοντα σ' αυτή την περιοχή.⁸

2.1.3.1. Μέθοδοι αναλγησίας στον φυσιολογικό τοκετό

Στη Μαιευτική, η χρήση κατασταλτικών ή ο συνδυασμός τους με αναλγητικά είναι περιορισμένη. Συνήθως, χρησιμοποιείται η νιτραζεπάμη ως υπνωτικό στη λανθάνουσα φάση του πρώτου σταδίου του τοκετού. Η διαζεπάμη συνιστάται μόνο για την αποτροπή σπασμών, σε επιτόκους με βαριά προεκλαμψία.

2.1.3.2. Ναρκωτικά αναλγητικά

Τα ναρκωτικά αναλγητικά αμβλύνουν τον πόνο, χωρίς να τον εξουδετερώνουν, επειδή χορηγούνται αναγκαστικά σε μικρές δόσεις, για αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών στην επίτοκο και στο έμβρυο. Η χορήγησή τους στη λανθάνουσα φάση του πρώτου σταδίου του τοκετού, ελαττώνει την τονικότητα της μήτρας, επιβραδύνει τη διαστολή του τραχήλου και επιμηκύνει τη φάση αυτή, γι' αυτό και δε συνιστούνται. Στην ενεργό φάση του πρώτου σταδίου, καθιστούν τις συσπάσεις της μήτρας ρυθμικές και μειώνουν τη διάρκεια του τοκετού.

Το φάρμακο που χρησιμοποιείται στα περισσότερα μαιευτικά κέντρα είναι η πεθιδίνη. Προτιμάται από τη μορφίνη, γιατί προκαλεί σε μικρότερο βαθμό έμετο στη μητέρα, και περνά δυσκολότερα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό του εμβρύου.

Η πεθιδίνη περνά πολύ γρήγορα τον πλακούντα. Σε 6 λεπτά βρίσκονται ίσες ποσότητες του φαρμάκου στη μητέρα και στο νεογνό. Η καταστολή του νεογέννητου εξαρτάται από το ρυθμό χορήγησης της δόσης, την οδό και το χρόνο που περνά ανάμεσα στη χορήγηση και τον τοκετό. Η μεγαλύτερη νεογνική καταστολή παρατηρείται 2,5 - 3,5 ώρες μετά την ενδομυϊκή χορήγηση και η μικρότερη κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας, ή τέσσερις ώρες μετά τη χορήγησή της.

Διαταραχές της νευροφυσιολογικής συμπεριφοράς εμφανίζονται μέχρι και 72 ώρες μετά τον τοκετό και αποδίδονται στην αυξημένη ποσότητα του μεταβολίτη της, τη νορμεπεριδίνη. Η νορμεπεριδίνη έχει αναλγητική δράση και πιθανώς μεγαλύτερη τοξικότητα από την πεθιδίνη.

Η διάρκεια δράσης της πεθιδίνης ανέρχεται στις 3-4 ώρες, είναι σχετικά μικρή και δεν προσφέρεται σε παρατεταμένο τοκετό. Χορηγούνται συνήθως 50-100 mg ενδομυϊκώς ή 25-50 mg ενδοφλεβίως. Στα περισσότερα μαιευτικά κέντρα δεν υπερβαίνουν τη δεύτερη δόση.

Η μέθοδος της αυτοχορήγησης (Patient Controlled Analgesia), στο φυσιολογικό τοκετό, θεωρείται επίσης ασφαλής και τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά. Με την κατάλληλη συσκευή η επίτοκος χορηγεί μόνη της 15-20 mg πεθιδίνης με ρυθμό έγχυσης 3-4 λεπτά σε διαστήματα μεγαλύτερα των 10 λεπτών και επιτυγχάνεται ικανοποιητική αναλγησία, ενώ η ολική δόση της πεθιδίνης είναι μικρότερη από αυτήν που απαιτείται με την ενδομυϊκή χορήγηση.¹⁴

2.1.3.3. Ηρεμιστικά

Τα ηρεμιστικά φάρμακα χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με τα ναρκωτικά αναλγητικά. Με το συνδυασμό αυτό ελαττώνεται η μητρική ανησυχία και αντιμετωπίζονται κυρίως η ναυτία και οι έμετοι, που τείνουν να προκαλέσουν τα ναρκωτικά αναλγητικά. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται καλύτερα με τις φαινοθειαζίνες (προμεθαζίνη).

Αντίθετα η διαζεπάμη (Valium, Stedon), που ανήκει στις βενζοδιαζεπίνες, πρέπει να χορηγείται κατά τον τοκετό με επιφύλαξη, επειδή η κατασταλτική της επίδραση (υποτονία, λήθαργος, υποθερμία) στο έμβρυο και μετέπειτα νεογνό διαρκεί αρκετές ημέρες.⁸

2.1.3.4. Περιοχική αναλγησία

Ικανοποιητική αναλγησία, κατά την επισκληρίδιο αναλγησία επιτυγχάνεται σε ποσοστό 80%. Σε ποσοστό 12% των περιπτώσεων, παρατηρείται ετερόπλευρος αποκλεισμός που οφείλεται σε υπερβολική ή σε πλάγια προώθηση του καθετήρα. Σε ποσοστό 6-7%, παρατηρείται μη αποκλεισμός ορισμένων νευροτομιών και εξαρτάται από το τοπικό αναισθητικό και τη πυκνότητα του.¹⁵

Η οσφυϊκή επισκληρίδιος αναλγησία θεωρείται η αποτελεσματικότερη μέθοδος καταστολής του πόνου του τοκετού και η μέθοδος που προφυλάσσει περισσότερο τη μητέρα και το έμβρυο από τις ανεπιθύμητες επιδράσεις των διαφόρων ορμονών και ιδιαίτερα των κατεχολαμινών. Η εφαρμογή επισκληρίδιου αναλγησίας ελαττώνει σημαντικά τα επίπεδα αδρεναλίνης και κορτιζόλης στο αίμα των επιτόκων που βρίσκονται στον τοκετό. Τα επίπεδα της νοραδρεναλίνης ελαττώνονται σε μικρότερο βαθμό. Η ελάττωση των επιπέδων των κατεχολαμινών που επιτυγχάνεται με επισκληρίδιο αναι-

σθησία έχει ευεργετική επίδραση στην αιμάτωση της μήτρας, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η βελτίωση της αιμάτωσης των λαχνών, αφορά τόσο υγιείς επιτόκους, όσο και επιτόκους με προεκλαμψία. Έχει όμως διαπιστωθεί ότι η συνήθης δοκιμασία του τοκετού δεν επηρεάζει το έμβρυο εφόσον δεν υπάρχει δυσλειτουργία του πλακούντα ή πτώση της αρτηριακής πίεσης. Η εφαρμογή της επισκληρίδιου αναισθησίας συνιστάται συνεπώς αν ζητηθεί από την επίτοκο.³

2.1.3.4.1. Ενδείξεις και αντενδείξεις της επισκληρίδιου αναλγησίας κατά τον τοκετό

Οι *ιδιαίτερες ενδείξεις* της επισκληρίδιου αναλγησίας είναι:

- ο εργώδης παρατεταμένος τοκετός
- η προεκλαμψία
- οι πνευμονικές παθήσεις και
- ορισμένες καρδιοπάθειες.

Πρέπει πάντως να τονιστεί ότι, για την επιτυχή έκβαση της αναλγησίας και για την ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού, απαιτείται να βρίσκεται στην αίθουσα τοκετού ειδική ομάδα εκπαιδευμένων αναισθησιολόγων και μαιών ολόκληρο το 24ωρο.

Απόλυτες αντενδείξεις της επισκληρίδιου αναλγησίας αποτελούν:

- ◆ η άρνηση της επίτοκου
- ◆ η τοπική ή γενική λοίμωξη
- ◆ οι διαταραχές της πήξης του αίματος
- ◆ η θρομβοκυτοπενία και
- ◆ η ολιγαμία.
- ◆ Επιπλέον αντένδειξη αποτελούν οι παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Τονίζεται όμως ότι στην προεκλαμψία, η εφαρμογή επισκληρίδιου αναλγησίας δεν αντενδείκνυται εφόσον βέβαια ελέγχονται οι μηχανισμοί πήξης του αίματος.¹⁴

2.1.3.5. Μαιευτική αναισθησία

Για την ορθή αναισθησιολογική αντιμετώπιση στη μαιευτική, ο υπεύθυνος ιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις σημαντικές μεταβολές που παρατηρούνται σε όλα τα οργανικά συστήματα της εγκύου, κατά τη διάρκεια της κύησης. Όλες αυτές οι μεταβολές επιτείνονται με την πρόοδο της εγκυμοσύνης και κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι επιδράσεις των διαφόρων αναισθητικών τεχνικών και φαρμάκων στο έμβρυο και στο νεογνό.

Οι μεταβολές στα οργανικά συστήματα της εγκύου είναι οι εξής:

1. Καρδιαγγειακό σύστημα και αιμοδυναμικές μεταβολές.

Ο όγκος του πλάσματος αυξάνει και φθάνει το υψηλότερο επίπεδο στις αρχές του τρίτου τριμήνου (30-50%). Η αύξηση είναι ακόμη μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ταυτόχρονα, εμφανίζεται αύξηση του όγκου των ερυθρών η οποία είναι μικρότερη από την αύξηση του όγκου του πλάσματος (αιμοαραίωση -φυσιολογική αναιμία). Η σημαντική αύξηση του πλάσματος συνοδεύεται και από αύξηση του ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου ύδατος και επίσης από αύξηση στην κατακράτηση νατρίου, καλίου και ασβεστίου.

Η κεντρική φλεβική πίεση παραμένει αμετάβλητη. Η αρτηριακή πίεση είναι ελαφρά μειωμένη. Παρατηρείται μείωση των ολικών περιφερικών αντιστάσεων και αύξηση της αιμάτωσης των νεφρών, της μήτρας και των κάτω άκρων.

Η αύξηση της καρδιακής παροχής, είναι αποτέλεσμα της αύξησης του καρδιακού ρυθμού και της μείωσης του μεταφορτίου. Ο όγκος παλμού δεν υφίσταται αξιόλογη μεταβολή. Στο τρίτο στάδιο τοκετού, η καρδιακή παροχή αυξάνει κατά 80% σε σχέση με τα προ της κύησης επίπεδα, λόγω της αυτομετάγγισης από τη μήτρα.

2. Αναπνευστικό σύστημα

Άνω αναπνευστικές οδοί: Η αγγείωση των βλεννογόνων των ανωτέρω αναπνευστικών οδών αυξάνεται και μαζί με το συνυπάρχον οίδημα, είναι δυνατό να καταστήσει προβληματική τη διασωλήνωση της τραχείας. Η αδυναμία διασωλήνωσης της τραχείας ή η δύσκολη διασωλήνωση αποτελούν σήμερα την κύρια αιτία θανάτου της επιτόκου κατά την αναισθησία στην καισαρική τομή.

Αναπνευστική λειτουργία: Κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρούνται οι

ακόλουθες μεταβολές της αναπνευστικής λειτουργίας.

α. Αύξηση του *αριθμού των αναπνοών*

β. Άνοδος του *διαφράγματος* και αύξηση της προσθιοπισθίας διαμέτρου του θώρακα.

γ. Αύξηση της *κατανάλωσης Οξυγόνου*

3. Γαστρεντερικό σύστημα

Οι κυριότερες μεταβολές που παρατηρούνται είναι:

α. Αύξηση χρόνου γαστρικής κένωσης

β. Αύξηση ενδογαστρικής πίεσης

γ. Ελάττωση του τόνου του γαστροοισοφαγικού σφιγκτήρα και αυξημένη παραγωγή γαστρικού υγρού.

4. Νευρικό σύστημα.

Ο επισκληρίδιος και ο υπαραχνοειδής χώρος ελαττώνονται κατά την κύηση και τον τοκετό, λόγω των διογκωμένων φλεβών της περιοχής.³

2.1.3.6. Αναισθησία στην καισαρική τομή

Η χορήγηση αναισθησίας για καισαρική τομή αποτελεί υψίστη ευθύνη για τον αναισθησιολόγο, γιατί πρέπει να φροντίσει δύο ζωές. Αποδεκτές μέθοδοι για αναισθησία στην καισαρική τομή, είναι η επισκληρίδιος, η υπαραχνοειδής και η γενική αναισθησία. Η εκλογή της κατάλληλης για κάθε περίπτωση αναισθητικής τεχνικής εξαρτάται από το βαθμό του επείγοντος της περίπτωσης, την αναισθησιολογική εμπειρία, την ένδειξη για καισαρική τομή και τη συναίνεση της επιτόκου. Είναι αυτονόητο ότι η γνώση της παθοφυσιολογίας της και των άλλων πιθανών παθήσεων, είναι απαραίτητη για την ασφαλή εφαρμογή κάθε αναισθησιολογικής τεχνικής. Και οι τρεις μέθοδοι αναισθησίας συνοδεύονται από τους ιδιαίτερους για κάθε περίπτωση παράγοντες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ένα επιπλέον αρνητικό παράγοντα αποτελεί ο βαθμός του επείγοντος της καισαρικής τομής. Οι ενδείξεις για την επείγουσα καισαρική τομή είναι η εμβρυϊκή ασφυξία, η αποκόλληση του πλακούντα, ο προδρομικός πλακούντας και η πρόπτωση του ομφάλιου λώρου. Δυνητικά επείγουσα είναι η εμβρυοπυελική δυσαναλογία, η αδυναμία εξέλιξης του τοκετού, η ανώμαλη προβολή, η υπερτασική νόσος, η πολλαπλή κύηση και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Τεκμηριωμένες συγκριτικές μελέτες, όσον αφορά τη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε σχέση με την αναισθησιολογική μέθοδο, δεν έχουν γίνει μέχρι σήμερα. Όμως η ανάλυση μητρικής θνησιμότητας στην αναισθησία, δείχνει ότι συνδέονται περισσότερο με την ανεπαρκή παρακολούθηση και την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και όχι με το είδος της αναισθησίας. Οποιαδήποτε όμως και αν είναι η μέθοδος που θα επιλεγεί, πρέπει να πληρεί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Αποφυγή της μητρικής υποξίας
- Εξασφάλιση της μητροπλακουντικής κυκλοφορίας
- Εξασφάλιση ικανοποιητικής οξυγόνωσης του εμβρύου
- Διατήρηση του τόνου της μήτρας και αποφυγή αιμορραγίας
- Ικανοποιητικό βάθος αναισθησίας.¹⁶

Β' ΜΕΡΟΣ

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1. ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

3.1.1. Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία της αναλγησίας μέσω ψυχολογικών μεθόδων είναι γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων, υποστηρίζεται δε ότι τη γνώριζαν οι Εβραίοι. Η κατάσταση στην οποία βρέθηκε ο Αδάμ κατά τη δημιουργία της Εύας, αναφέρεται στα εβραϊκά με τη λέξη "tardomah" η οποία σημαίνει "ύπνος βαθύς - λήθαργος". Στη Γένεση της Παλαιάς Διαθήκης γράφεται χαρακτηριστικά: " και επέβαλεν ο Θεός έκστασιν επί τον Αδάμ, και ύπνωσε και έλαβε μίαν των πλευρών αυτού".

Η Αρχαία Ελληνική Γραμματεία αναφέρει πολλαπλά παραδείγματα θεικής παρεμβολής κατά τη διάρκεια του τοκετού, με την επέλευση δε του Χριστιανισμού εξακολουθεί να θεωρείται απαραίτητη η προστασία της γέννησης από το θείον.

Οι γυναίκες της Αρχαίας Ελλάδας αφιέρωναν δώρα και θυσίαζαν στην Ειλήθειαν, κόρη της Ήρας, δια να επιτύχουν ολιγότερο κοπιώδη και επικίνδυνο τοκετό.

Στη Χριστιανική θρησκεία και την Ορθοδοξία, η Παναγία και οι Άγιοι βοηθούν στην διεξαγωγή του τοκετού και υπάρχουν ειδικές παρακλήσεις και προσευχές.

Από τη παιδική της λοιπόν ηλικία, η γυναίκα επηρεάζεται από το περιβάλλον με διηγήσεις και ο πόνος κατά τον τοκετό είναι συνδεδεμένος με τη συστολή της μήτρας. Η επίτοκος έχει σχεδόν διδαχθεί να συνδέει τις λέξεις: συστολή της μήτρας= πόνος, τοκετός= συστολή της μήτρας= πόνος.

Η ανικανότητα δημιουργίας εξαρτημένων συνδέσεων, ικανών να αποκλείσουν το οδυνηρό αντανακλαστικό, οφείλεται στην πλήρη άγνοια της επιτόκου. Η άγνοια επιτρέπει, ώστε διάφορα ερεθίσματα να επιφέρουν δυσαρμονία στη λειτουργία του φλοιού του εγκεφάλου και των υποφλοιωδών κέντρων, η οποία και επαυξάνει με την έναρξη του τοκετού. Σκοπός της ψυχοπροφυλακτικής είναι να αναδιοργανώσει την πιο πάνω λειτουργία, ώστε με τη κατάλληλη διδασκαλία να αφαιρούνται εγκατεστημένα επιβλαβή

εξαρτημένα αντανακλαστικά και αντ' αυτών να δημιουργούνται νέα ωφέλιμα, ικανά να συνδέουν τη συστολή με θετική δραστηριότητα του φλοιού.

Ο Ιησουΐτης κληρικός Athanasius Kircher είναι ο πρώτος ο οποίος, κατά το 1654, εξετέλεσε πειράματα ύπνωσης, ενώ ο Antoine Mesmer, κατά το τέλος του 18ου αιώνα, ομιλεί περί της αλληλεπίδρασης ενός ατόμου επί άλλου, το οποίο ονομάσθηκε "Ζωικός μαγνητισμός". Ο Maxime de Busuancy το 1784, απέδειξε ότι ο μαγνητιστής δύναται να προκαλέσει στο άτομο κατάσταση "ύπνωσης", χωρίς να αναφέρει τον όρο ενώ ο Braid το 1843, εισήγαγε τον όρο "υπνωτισμός" καθόσον μέχρι τότε ο όρος ήταν "μαγνητικά φαινόμενα".

Η Σχολή του Ρανιον έδωσε τις κατάλληλες ερμηνείες στη θεωρία της ύπνωσης και κυρίως ότι ο φλοιός διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στην παραγωγή του ύπνου και εισαγάγει τον όρο "διέγερσις" και "αναστολή". Ο ύπνος κατά τον Ρανιον σημαίνει αναστολή, ενώ η ύπνωση είναι ενδιάμεση κατάσταση μεταξύ ύπνου και εγρήγορσης, είναι "δηλαδή μερική αναστολή, μερικός ύπνος.

Την Ιστορία επομένως της αναλγησίας του τοκετού με Ψυχολογικές μεθόδους διακρίνουμε σε δύο περιόδους:

α) της ύπνωσης και υποβολής και

β) της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου.

Όπως αναφέραμε η ύπνωση έλαβε χώρα κατά τον προηγούμενο αιώνα και τις αρχές του παρόντος ως μέσο μαιευτικής αναλγησίας, αλλά και χειρουργικής στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη. Όμως, παρουσίαζε δυσχέρεια επέκτασης.

Νέοι ορίζοντες αναφαίνονται μετά τις εργασίες του Ρανιον, ο οποίος ερμήνευσε επιστημονικώς την κατάσταση του ύπνου, το 1920. Το ίδιο έτος, ο ψυχίατρος Platonov αναπτύσσει στο Χάρκοβο τη θεωρία του Ρανιον επί της υπνώσεως και υποβολής, και το 1923 με το μαθητή του Velvoski στο 20 Συνέδριο Ψυχιατρικής και Νευρολογίας στο Λένινγκραντ, μιλούν περί εφαρμογής της ύπνωσης και υποβολής στη Χειρουργική, Μαιευτική - Γυναικολογία και Οδοντιατρική. Έκτοτε, ο Platonov ασχολείται με τη διάδοση της ύπνωσης κατά τον τοκετό, σε συνεργασία με διάφορους Μαιευτήρες. Ο πρώτος Μαιευτήρας μετά τον Ρανιον, ο οποίος δημοσίευσε εργασία επί της φυσιολογίας της ύπνωσης - υποβολής, είναι ο Nicolaïev το 1929. Τίτλος της εργασίας: "Θεωρία και Πρακτική της ύπνωσης υπό το φως της φυσιολογίας του Ρανιον".

Από την εποχή αυτή ο Platonov και ο Nicolaïev υποστηρίζουν την αναγκαιότητα της καταπολέμησης του φόβου και του πόνου της γυναίκας κατά τον τοκετό με ψυχοθεραπευτικά μέσα, είτε υπό ύπνωση, είτε σε κατάσταση εγρήγορσης ή και με

έμμεσο υποβολή δια ψευδοφαρμακευτικής αναλγησίας (placebo). Οι Nicolaïev (1936) και Platonov (1939), μετά την ευμενή υποδοχή και τα θεαματικά αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθόδου, επιμένουν για την ανάγκη εκπαίδευσης της γυναίκας προ του τοκετού, βεβαιωθέντες ότι η κατάλληλη προπαρασκευή δρα ώστε η γυναίκα να δέχεται την πράξη του τοκετού, σε αντίθεση με την απροετοίμαστη, η οποία είναι πεπεισμένη για την αδυναμία απαλλαγής της από τους πόνους.

Η θεωρία του Pavlov όμως, μολονότι χρήσιμη, επειδή εξηγεί τον μηχανισμό της υποβολής και ύπνωσης και της αναστολής του πόνου, δεν είχε ακόμη χρησιμοποιηθεί για τη φυσιολογική εξήγηση του πόνου του τοκετού, ο οποίος ακόμη θεωρούνταν απαραίτητη.

Η πρώτη προσπάθεια Νευροφυσιολογικής ανάλυσης του πόνου του τοκετού είναι έργο του Nicolaïev το 1936 στο Λένινγκραντ, έτος κατά το οποίο αρχίζει η εφαρμογή της Ψυχοπροφυλακτικής προσπάθειας, κατά την οποία, αντικαθίσταται η άμεσος υποβολή η οποία χρησιμοποιείται στις διάφορες μεθόδους υπνωτισμού – υποβολής, από στοιχεία έμμεσης ψυχοθεραπείας.

Η διαπαιδαγώγηση και εκπαίδευση της επιτόκου γίνεται σε κατάσταση εγρήγορσης και επομένως η γυναίκα δεν υφίσταται παθητικά τον τοκετό, αλλά "εν εγρηγόρσει" και με πλήρη δραστηριότητα της συνείδησης. Μέχρι το 1947, το επιστημονικό προσωπικό του Καθηγητού Velvoski επεξεργάζεται τη μέθοδο την οποία αποκαλεί " ψυχοθεραπευτική μέθοδο αναλγησίας του τοκετού.

Το 1954 οι Platonov, Velvoski και Plotitcher ανακοινώνουν τα μαθήματα τα οποία είναι απαραίτητα για την εκπαίδευση των Μαιευτήρων για την πρακτική εφαρμογή της μεθόδου και το 1956, στο Συνέδριο του Κιέβου, γίνεται απολογισμός της πρακτικής εφαρμογής και δίνεται νέα ονομασία στη μέθοδο η οποία εφεξής αποκαλείται " Μέθοδος Ψυχοπροφυλακτικής προπαρασκευής της επιτόκου δια τον τοκετό".¹⁷

3.1.2. Η ψυχοπροφυλακτική στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η Ψυχοπροφυλακτική μέθοδο εφαρμόσθηκε στο Μαιευτήριο "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" στην Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική την οποία διηύθυνε ο Νικόλαος Λούρος, από τη Χάρι Κλαδάκη η οποία ακολούθως την εφάρμοζε στην Ιδιωτική της κλινική. Μετά την αποχώρηση από την Κλινική Λούρου της Κλαδάκη, τη μέθοδο εξακολούθησε να χρησιμοποιεί ο Ιωάννης Λύδης. Συγχρόνως με την Κλαδάκη εφάρμοσε τη μέθοδο η Ιφιγένεια Λιναρδάκη η οποία και ανακοίνωσε το 1956 στη Μαιευτική και

Γυναικολογική Εταιρεία Αθηνών, την εργασία "Ανώδυνος Τοκετός δια Ψυχοπροφυλακτικής Μεθόδου", ενώ στον Πειραιά εφάρμοσε τη μέθοδο ο Αναστάσιος Τζιγγούνης, ο οποίος και ανακοινώνει τα πρώτα συμπεράσματα από την εφαρμογή της το 1957, στην Ιατρική Εταιρεία Πειραιώς και το 1959, στην Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία Αθηνών. Η πρώτη περίοδος εφαρμογής της μεθόδου στην Ελλάδα τελειώνει με τη Διδακτορική Διατριβή της Κλαδάκη από την Κλινική Λούρου το έτος 1961 και την εισαγωγή του μαθήματος "Ψυχοπροφυλακτική Μέθοδος" στους κλήρους των υποψηφίων Υφηγητών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο Διονύσιος Κασκαρέλης συνέβαλε πολλαπλώς στη διάδοση της Μαιευτικής Ψυχοπροφυλακτικής, με την ίδρυση της Ελληνικής, Μαιευτικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρείας, την επιτυχή διοργάνωση σχετικού Συνεδρίου το έτος 1982 και τη δημοσίευση πολλών επιστημονικών εργασιών μετά στενών συνεργατών του, πολλές από τις οποίες εξακολουθούν να θεωρούνται πρωτότυπες. Παρά τις προσπάθειές του για την εξεύρεση επαρκούς χώρου στο Μαιευτήριο "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" για την εκπαίδευση επιτόκων και Μαιών στην Ψυχοπροφυλακτική, αυτό πραγματοποιήθηκε μετά την αποχώρησή του το 1986 από το Διονύσιο Αραβαντινό.¹⁸

3.1.3. Προετοιμασία ψυχοπροφυλακτικού τοκετού

Η Ψυχοπροφυλακτική μέθοδος ή μέθοδος Ανώδυνου τοκετού, σκοπό έχει να αποδείξει στη μέλλουσα μητέρα τα αίτια του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού και να υποδείξει τους διάφορους τρόπους καταπολέμησής του. Η μέθοδος βασίζεται στις πειραματικές έρευνες του Ρώσου Φυσιολόγου Ρανιον και των μαθητών του. Με την κατάλληλη εκπαίδευση από τον Ιατρό ή τη Μαία, δηλαδή με την ψυχοπροφυλακτική εκπαίδευση, η επίτοκος διδάσκεται με ποιο τρόπο θα αντιμετωπίσει όλες τις φάσεις του τοκετού και η στάση της γυναίκας κατά την ώρα του τοκετού σταματάει να είναι παθητική και γίνεται ενεργητική.¹⁹

Η προετοιμασία του ψυχοπροφυλακτικού τοκετού αρχίζει από την αρχή της εγκυμοσύνης και είναι μια θεωρητική εκμάθηση της εξέλιξης της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Πρόκειται για μια πραγματική προσαρμογή στις ειδικές συνθήκες του τοκετού. Ειδικευμένοι ιατροί και μαίες διδάσκουν κατά ομάδες τις επιτόκους, ανάλογα με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Σ' αυτές τις ασκήσεις, η γυναίκα πρέπει να ασκείται καθημερινά, ιδίως μετά τον 4^ο - 5^ο μήνα της κύησης, ώστε η εκτέλεσή τους να γίνει, κατά το δυνατόν, απλή και φυσική.¹⁸

Η διδασκαλία και εκπαίδευση της επιτόκου αρχίζει από την πρώτη επίσκεψη στο Μαιευτήρα, ο οποίος πρέπει να αναφερθεί λεπτομερώς στο κοινό αναμνηστικό (ομαλή ή ανώμαλη περίοδος, προηγηθέντα νοσήματα, προηγηθείσες εγκυμοσύνες ή τοκετοί κ.λ.π.) αλλά και το ψυχολογικό αναμνηστικό, όπως στάση της γυναίκας έναντι της εγκυμοσύνης και του τοκετού, διάφορες δυσμενείς επιδράσεις κατά τη παιδική ηλικία, ψυχοτραυματικά γεγονότα, οικογενειακή και συζυγική ζωή, αντίδραση στις δυσκολίες της ζωής και τρόπος αντιμετώπισης κ.λ.π. Στις επισκέψεις που θα ακολουθήσουν, η διδασκαλία περιλαμβάνει στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας του Γεννητικού συστήματος, διδασκαλία των διαφόρων φάσεων του τοκετού, τη θεωρία του Ρανιον, διδασκαλία και εφαρμογή μυϊκής χαλάρωσης, καθώς και ασκήσεις αναπνευστικών κινήσεων για όλα τα στάδια του τοκετού.

Κατά γενικό κανόνα και στην καθημερινή πρακτική η προετοιμασία γίνεται σταδιακά, σε 7-9 μαθήματα ή συναντήσεις, άλλοτε ομαδικά και άλλοτε ιδιαιτέρως. Σε κάθε συνάντηση διδάσκεται η εκτέλεση ορισμένων ασκήσεων τις οποίες κάθε γυναίκα πρέπει να επαναλαμβάνει καθημερινά στο σπίτι της, για λίγα λεπτά, και αν είναι δυνατόν, με την επίβλεψη του συζύγου, ώστε να είναι βέβαιη για τη σωστή εκτέλεση των κινήσεων. Η προετοιμασία για τον τοκετό με τη μέθοδο της ψυχοπροφυλακτικής περιλαμβάνει ιδίως ασκήσεις νευρομυϊκής χαλάρωσης, αναπνευστικές ασκήσεις και γυμναστικές ασκήσεις ευλυγισίας. Επίσης, περιλαμβάνει την έντονη ψηλάφηση ή αναλγητική πίεση, και ασκήσεις οι οποίες υποβοηθούν τη γυναίκα κατά το στάδιο της εξώθησης.²⁰

3.1.4. Ασκήσεις νευρομυϊκής χαλάρωσης

Οι ασκήσεις της ομάδας αυτής είναι ίσως οι σημαντικότερες και αποβλέπουν στο να μάθει η γυναίκα να ελέγχει τις συσπάσεις του σώματος της, έτσι ώστε να είναι σιγά -σιγά σε θέση να χαλαρώνει εκούσια. Όταν γίνουν αισθητές οι συσπάσεις της μήτρας, οι περισσότερες γυναίκες αντιδρούν με σφίξιμο δηλ. με εκδήλωση έντασης των μυών τους. Αυτό είναι ένα εξαρτημένο αντανακλαστικό που όχι μόνο δε βοηθά στην καλή εξέλιξη του τοκετού αλλά έχει και αρνητικό αποτέλεσμα γιατί αυξάνει την μυϊκή κόπωση. Κατά συνέπεια αυξάνουν οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο, ενώ λόγω της κόπωσης προκαλείται πόνος που γίνεται όλο και πιο οδυνηρός.

Η μυϊκή χαλάρωση λοιπόν, στοχεύει στην κατάργηση του εξαρτημένου αντανακλαστικού φόβος - σύσπαση - πόνος και στην αποκατάσταση του από το εκούσιο αντανακλαστικό χαλάρωσης δηλαδή η αντίληψη των συσπάσεων να έχει σαν αντίδραση τη χαλάρωση των μυών και να εξαλείφεται ο πόνος. Επίσης, οι ασκήσεις αυτές ενισχύουν την εγκεφαλική δραστηριότητα και την ικανότητα συγκέντρωσης, η οποία πλέον στρέφεται

στους μύες και στη χαλάρωση τους και όχι στον παράγοντα "πόνος". Ιδιαίτερη σημασία έχει το ότι κατά την εκτέλεση κάθε άσκησης πρέπει να συσπώνται και ύστερα να χαλαρώνουν μόνο τα μέρη του σώματος που αφορά η κάθε κίνηση.

Κατά την νευρομυϊκή χαλάρωση η γυναίκα πρέπει να είναι ξαπλωμένη ανάσκελα στο πάτωμα με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι κι ένα άλλο κάτω από τα γόνατα, τις γάμπες χαλαρές και τα χέρια κατά μήκος του σώματος.

α) Χαλάρωση εκούσια και τέλεια όλων των μυών: Αυτή η χαλάρωση ελέγχεται νοερά. Ο σύζυγος καλείται να εξακριβώσει αν τα άκρα είναι χαλαρά. Για να συμβαίνει αυτό πρέπει να πέφτουν βαριά στο κρεβάτι μόλις πάψει να τα συγκρατεί. Η κνήμη ανασηκώνεται σε ύψος 30 cm από το έδαφος και στη συνέχεια αφήνεται. Η άσκηση διαρκεί ένα λεπτό.

β) Χαλάρωση των ποδιών: Η γυναίκα τεντώνει ελαφρά τα χέρια και κάνει συστολή των μυών μέχρι τους ώμους. Κατόπιν τη χαλάρωση σε άλλους μύες. Ο σύζυγος καλείται να ελέγξει τη χαλάρωση των ποδιών όπως και προηγουμένως. Η χαλάρωση πρέπει να διατηρείται για δέκα περίπου δευτερόλεπτα, ενώ η άσκηση επαναλαμβάνεται τρεις φορές.

γ) Χαλάρωση των χεριών: Η κίνηση αυτή είναι αντίθετη από την προηγούμενη. Η γυναίκα τεντώνει τα πόδια και συγκεντρώνεται στη χαλάρωση των άλλων μυών που πρέπει να ελεγχθούν από το σύζυγο. Διατηρείται για δέκα δευτερόλεπτα και επαναλαμβάνεται τρεις φορές.

δ) Συμμετρική χαλάρωση: Η γυναίκα συστέλλει τους μύες του δεξιού χεριού και ποδιού. Συγχρόνως προσπαθεί να χαλαρώσει τέλεια το αριστερό πόδι, το οποίο ελέγχεται από το σύζυγο. Στη συνέχεια, η άσκηση εναλλάσσεται. Συστολή της αριστερής πλευράς, χεριού και ποδιού, και χαλάρωση της δεξιάς. Αυτή η εναλλασσόμενη χαλάρωση διαρκεί δέκα δευτερόλεπτα και επαναλαμβάνεται 3 φορές την κάθε πλευρά.

ε) Ασύμμετρη χαλάρωση: Η γυναίκα συστέλλει τους μύες του δεξιού χεριού και του αριστερού ποδιού, ενώ συγχρόνως χαλαρώνει το αριστερό χέρι και το δεξιό πόδι, τα οποία ελέγχονται. Στη συνέχεια γίνεται η αντίθετη κίνηση. Τεντώνεται το αριστερό χέρι και το δεξιό πόδι και χαλαρώνει το δεξιό χέρι και το αριστερό πόδι. Η χαλάρωση διαρκεί δέκα δευτερόλεπτα από κάθε πλευρά και επαναλαμβάνεται 3 φορές. Οι ασκήσεις αυτές απαιτούν πολλή προσοχή και επιμέλεια. Αν την πρώτη φορά φανεί δύσκολο σε μια γυναίκα να πραγματοποιήσει αυτή τη χαλάρωση, μπορεί να κάνει συστολή των μυών όλου του σώματος, να παρακολουθήσει με την σκέψη της την προσπάθεια που κάνει ώστε να τη συνειδητοποιήσει, και στη συνέχεια να χαλαρώσει. Γενικά πρέπει να συνηθίσει να συγκεντρώνει την προσοχή και την σκέψη της σε αυτό που κάνει. Είναι γεγονός ότι δεν είναι εύκολο να πραγματοποιηθεί η νευρομυϊκή χαλάρωση και απαιτείται

μακρόχρονη εξάσκηση. Ενώ όμως στην αρχή θα πάρει ώρα, στο τέλος θα αρκούν λίγα δευτερόλεπτα για τη χαλάρωση όλου του σώματος της γυναίκας. Η γυναίκα πρέπει να αντιληφθεί ότι κατά τη διάρκεια του τοκετού, η νευρομυϊκή χαλάρωση παρουσιάζει δυο όψεις: όσο κρατά η συστολή της μήτρας είναι μια συγκεκριμένη δραστηριότητα- απάντηση προσαρμογής, ανάμεσα στις συστολές είναι ένα παθητικό φαινόμενο για ανάκτηση δύναμης. Τέλος έχοντας αποκτήσει πλήρη έλεγχο των μυών της, τη στιγμή του τοκετού, η γυναίκα θα ξέρει να χρησιμοποιήσει τους κοιλιακούς μύες και συγχρόνως να χαλαρώνει τους μύες του περινέου (σχήμα 26 - 28).^{21,22}



Σχήμα 26. Ξεκινώντας από την θέση της γέφυρας με την λεκάνη ανυψωμένη και τις γάμπες κεκαμμένες, κινεί ρυθμικά τον κορμό δεξιά και αριστερά.



Σχήμα 27. Θέση ύπτια. Τα κάτω άκρα σε γωνία 60 μοιρών με τον κορμό.



Σχήμα 28. Ύπτια θέση. Λυγισμένα πόδια, γόνατα ανοιχτά, πέλματα που ακουμπούν μεταξύ τους. Τα χέρια πιάνουν τους αστραγάλους, τραβάνε τα πόδια προς το περίνεο. Έτσι συσπώνται και χαλαρώνουν οι μύες της λεκάνης, του περινέου και οι γλουτιαίοι.



Σχήμα 29. Ύπτια θέση με λυγισμένες κνήμες. Λυγίζει με δύναμη τον δεξί μηρό βάζοντας αντίσταση με το αριστερό χέρι τεντωμένο, ενώ τα αντίθετα μέλη παραμένουν σταθερά.

3.1.5. Αναπνευστικές ασκήσεις

Αυτές οι ασκήσεις της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου διδάσκουν την έγκυο πως να κατευθύνει την αναπνοή της, ανάλογα με την εξέλιξη του τοκετού. Επίσης, διδάσκεται να χρησιμοποιεί σωστά το διάφραγμα, που είναι ο βασικός μύς της αναπνοής.

Είναι εύκολο να κατανοηθεί η σπουδαιότητα της καλής λειτουργίας της αναπνοής, ιδίως κατά την ώρα του τοκετού, δεδομένου ότι:

α) με την εισπνοή παρέχεται αρκετή ποσότητα οξυγόνου στους ιστούς και τους μύες, ιδιαιτέρως δε στη μήτρα. Έτσι, αποφεύγεται η μυϊκή κόπωση της μήτρας, η οποία κάνει τον τοκετό επώδυνο. Εφοδιάζεται με οξυγόνο ο εγκέφαλος, ώστε να λειτουργεί επαρκώς και να κατευθύνει τους μύες σε συστολή ή χαλάρωση και με τη φυσιολογική αιμάτωση του πλακούντα το νεογνό διατηρεί σταθερή την οξυγόνωση, η οποία είναι απαραίτητη.

β) με την εκπνοή αποβάλλεται το διοξείδιο του άνθρακα, το οποίο σε μεγάλη ποσότητα είναι βλαβερό για τους ιστούς και της μητέρας και του εμβρύου.

Υπάρχουν 3 αναπνευστικοί ρυθμοί που θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της διαστολής και πραγματοποιούνται μόνο κατά τη διάρκεια της συστολής της μήτρας ως και ιδιαίτερο είδος αναπνοής για το στάδιο της εξώθησης.

3.1.5.1. Αργή και βαθιά αναπνοή

Η γυναίκα κατά την αρχή του τοκετού και το διάστημα μεταξύ των συστολών, παίρνει μια βαθιά αναπνοή, εκπνέει κανονικά από το στόμα, και αμέσως μετά κάνει μια επιπλέον εκπνοή με το στόμα σχεδόν κλειστό σαν να φυσά ένα κερί.

Με αυτό τον τρόπο, το μεγαλύτερο μέρος του διοξειδίου του άνθρακα αποβάλλεται από τους πνεύμονες και εμπλουτίζεται με οξυγόνο το αίμα το οποίο κυκλοφορεί στον οργανισμό της μητέρας, αλλά και του εμβρύου.

3.1.5.2. Επιπόλαιη αναπνοή

Η αναπνοή αυτή πραγματοποιείται κατά την περίοδο της διαστολής και κατά τη διάρκεια των συστολών της μήτρας, αμέσως μόλις αρχίσουν. Είναι γνωστό ότι ο πυθμένας της μήτρας πιέζει το διάφραγμα από τον έκτο περίπου μήνα της εγκυμοσύνης μέχρι τον τοκετό. Έτσι, μια βαθιά αναπνοή κατεβάζει το διάφραγμα και θα προκληθεί πίεση στη μήτρα, αν το διάφραγμα κατέβει κατά τη στιγμή που η μήτρα συστέλλεται. Η

πίεση αυτή επιφέρει ενίοτε άλγος. Γι'αυτό και η αναπνοή πρέπει να είναι ανάλαφρη, ώστε να μην κινητοποιείται η κάτω περιοχή του θώρακα. Η γυναίκα παίρνει λοιπόν μικρές συχνές εισπνοές (ταχεία επιπόλαιη αναπνοή), κινητοποιώντας μόνο την άνω περιοχή του θώρακα. Μόλις συμπληρωθεί η συστολή, σταματά την επιπολής αναπνοή και κάνει μια βαθιά εισπνοή-εκπνοή.

3.1.5.3. Μεταβατική αναπνοή με φύσημα

Το είδος αυτό της αναπνοής πραγματοποιείται κατά τη στιγμή που η διαστολή έχει σχεδόν συμπληρωθεί, και πλησιάζει η φάση της εξώθησης. Οι συστολές είναι πιθανώς πιο έντονες και η γυναίκα αρχίζει να αισθάνεται την ανάγκη της απόδευσης, την οποία όμως θα πρέπει να συγκρατήσει, ώστε η διαστολή να συμπληρωθεί. Η γυναίκα παίρνει, τη μια μετά την άλλη, 4-5 γρήγορες εισπνοές που ακολουθούνται από εκπνοή. Αυτό επαναλαμβάνεται αρκετές φορές.

3.1.5.4. Η αναπνοή στο στάδιο της εξώθησης

Μία καλή γνώση της αναπνευστικής τεχνικής επιτρέπει, εκτός των άλλων και τη χρήση του διαφράγματος ως σημείου πίεσης και στηρίγματος του πυθμένα της μήτρας, κάνοντας έτσι την εξώθηση αποτελεσματικότερη. Η γυναίκα εισπνέει από τη μύτη και εκπνέει από το στόμα, ώστε οι πνεύμονες να γεμίζουν αέρα. Επίσης, πρέπει να κρατά την αναπνοή της για αρκετά δευτερόλεπτα. Η εξώθηση (το σπρώξιμο) γίνεται όταν οι πνεύμονες είναι σε εισπνοή και το ακινητοποιημένο διάφραγμα έχει κατέλθει στο χαμηλότερο σημείο του. Μόλις η εξώθηση συμπληρωθεί, η γυναίκα εκπνέει βαθιά και ξαναπαίρνει 1-2 φορές βαθιά εισπνοή εκπνοή, ώστε να χαλαρώσουν όλοι οι μυς.

Οι ασκήσεις αναπνοής γίνονται συνήθως ενώ η γυναίκα είναι ξαπλωμένη ανάσκελα στο δεξιό ή στο αριστερό πλευρό. Οι διάφοροι ρυθμοί αναπνοής πρέπει να συνδυάζονται με τη νευρομυϊκή χαλάρωση σε όλες τις ανωτέρω στάσεις. Πραγματοποιείται χαλάρωση όλων των μυών με την αργή και βαθιά αναπνοή, έπειτα με την επιπόλαιη αναπνοή και ακολούθως με τους άλλους συνδυασμούς. Η άσκηση αυτή, συνδυασμού και εναλλαγής ασκήσεων χαλάρωσης και αναπνοής, διαρκεί περίπου 15 λεπτά.³

3.1.6. Ασκήσεις ευλυγισίας

Οι ασκήσεις ευλυγισίας επιτρέπουν στην έγκυο να αποφύγει τα κυκλοφορικά προβλήματα και μετριάζουν τους οσφυϊκούς πόνους της εγκυμοσύνης (σχήμα 29). Επίσης βελτιώνουν τον τόνο των μυών του περινέου και της λεκάνης και επιτρέπουν στην γυναίκα να εκμεταλλευτεί την αυξημένη ευλυγισία των συνδετικών μεμβρανών που χαρακτηρίζει όλες τις έγκυες. Στόχος των ασκήσεων είναι όχι μόνο να εξασκήσουν τους μύες και τις αρθρώσεις που θα κινητοποιηθούν την ώρα του τοκετού, αλλά να διορθώσουν προληπτικά τις ελαττωματικές στάσεις που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν εμπόδια και κύρτωση στην αρχή του τοκετού και τη στιγμή της προώθησης.^{21,22}

α) Το σταυροπόδι: Η γυναίκα κάθεται σταυροπόδι και ακουμπά ελαφρά τις παλάμες της πάνω στα γόνατα.

β) Ο βάτραχος: Η γυναίκα ξαπλώνει στο πάτωμα με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι και τα χέρια, κατά μήκος του σώματος και τους μηρούς ανοιχτούς. Στη συνέχεια ενώνει τις πατούσες φέρνοντας τα πόδια προς το σώμα και ακουμπά τα χέρια πάνω στους μηρούς. Μένει σε αυτή τη στάση για λίγα δευτερόλεπτα.

γ) Λύγισμα των ποδιών: Η γυναίκα ξαπλώνει στο πάτωμα με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι, με τα χέρια κατά μήκος του σώματος, τα γόνατα λυγισμένα και τις πατούσες να ακουμπούν στο πάτωμα. Σηκώνει το δεξί πόδι τεντωμένο και λυγίζει το γόνατο προς το στήθος. Κατεβάζει πάλι το πόδι στο πάτωμα. Επαναλαμβάνει την ίδια άσκηση με το αριστερό πόδι.

δ) Το άνοιγμα των ποδιών: Η γυναίκα ξαπλώνει με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι, με τα χέρια κατά μήκος του σώματος, τις γάμπες λυγισμένες και τις πατούσες να ακουμπούν στο πάτωμα. Σηκώνει το δεξί πόδι τεντωμένο και το απομακρύνει προς το πλάι. Επαναφέρει κατόπιν το πόδι στο σημείο που ήταν πριν και το αφήνει να ακουμπήσει στην αρχική του θέση. Επαναλαμβάνεται η ίδια άσκηση και με το αριστερό πόδι. Σ' αυτή τη άσκηση απαιτείται προσοχή, ώστε να μη σηκώσει ποτέ η γυναίκα και τα δύο πόδια συγχρόνως, διότι τούτο είναι όχι μόνο κουραστικό, αλλά ενίοτε και επικίνδυνο.

ε) Τραμπάλα: Η γυναίκα ξαπλώνει μ' ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι, τα πόδια λυγισμένα και τις πατούσες να ακουμπούν στο πάτωμα. Εφαρμόζει την πλάτη της στο πάτωμα εισπνέοντας, μέχρι να ακουμπήσει στο χαλί ολόκληρη η σπονδυλική στήλη, ο ένας δίσκος μετά τον άλλο. Στη συνέχεια, επιστρέφει με εκπνοή στην αρχική της θέση και επαναλαμβάνει την άσκηση.³



Σχήμα 29

3.1.7. Ασκήσεις που προετοιμάζουν την εξώθηση

Η εξώθηση είναι πιο ενεργητική εργασία από ότι η διαστολή. Αυτό σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια των συστολών της μήτρας προστίθεται η συνειδητή προσπάθεια της γυναίκας. Μια απροετοίμαστη γυναίκα είναι δυνατόν να δυσχεραίνει το έργο της εξώθησης αντί να το ενισχύει. Η ενίσχυση της εξώθησης επιτυγχάνεται με τη διατήρηση του διαφράγματος σε θέση βαθιάς εισπνοής, με τη συστολή των κοιλιακών μυών και τη χαλάρωση των μυών του περινέου. Οι ασκήσεις προετοιμασίας εξώθησης πρέπει να επαναλαμβάνονται 3-4 φορές, κάτω από την επίβλεψη ειδικά εκπαιδευμένης μαίας. Διδάσκεται η γυναίκα να συνειδητοποιήσει τη συστολή των ανώτερων μυών της κοιλιάς και εκείνων του περινέου και να συνειδητοποιήσει την κίνηση της εξώθησης με την κοιλιά προτεταμένη, σε συνδυασμό με την αναπνοή που αντιστοιχεί στη φάση αυτή. Τα πόδια χρησιμοποιούνται ως σημεία έλξης.

3.1.7.1. Άσκηση εξώθησης

Η γυναίκα μισοξαπλώνει με τους ώμους να στηρίζονται σε ένα μαξιλάρι, με τα πόδια λυγισμένα και τις πατούσες να ακουμπάνε καλά στο πάτωμα. Ακουμπά τα χέρια κάτω από τα γόνατα στην οπίσθια επιφάνεια των μηρών, με τους αγκώνες μακριά από το σώμα, τις ωμοπλάτες ανοιχτές, με το κεφάλι προς το στέρνο και τη κοιλιά προτεταμένη. Εισπνέει από τη μύτη και εκπνέει από το στόμα. Κατόπιν εισπνέει πάλι και κρατά τον αέρα, ενώ συγχρόνως σφίγγει την κοιλιά φέρνοντας τους μηρούς προς το κοιλιακό τοίχωμα. Η στάση αυτή διαρκεί 10". Στη συνέχεια, χαλαρώνει τα μπράτσα, ξαπλώνει μαλακά πίσω και αναπαύεται με αργές και βαθιές αναπνοές. Παραλλαγή αποτελεί η ίδια κίνηση συνδυασμένη με καινούργια αναπνοή, άσκηση η οποία προετοιμάζει για εξωθήσεις μεγαλύτερης διάρκειας. Η διαφορά είναι ότι κατά τη διάρκεια της εξώθησης, χωρίς να αλλάξει τη στάση της, η γυναίκα ρίχνει πίσω το κεφάλι εκπνέοντας από το στόμα. Εισπνέει ξανά και κρατάει τον αέρα. Μετά σπρώχνει ξαναφέροντας το κεφάλι προς το στέρνο και σφίγγοντας τους μυς της κοιλιάς. Η προσπάθεια παρατείνεται για 20-30". Τέλος ξαπλώνει πίσω μαλακά με τους βραχίονες κατά μήκος του σώματος, αναπνέοντας αργά και βαθιά (σχήμα 30).

Οι ασκήσεις εξώθησης πρέπει πάντα να γίνονται παρουσία μαιάς και, κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας, να μην γίνονται δυνατές προσπάθειες. Πολύ σημαντική κατά την προετοιμασία είναι και η συμβολή του συζύγου, ο οποίος μπορεί να ελέγχει τη στάση της λεκάνης και τη χαλάρωση.^{17,18}



Σχήμα 30. Σε ύπτια θέση λυγίζει δυνατά τους μηρούς προς την κοιλιά και την κοιλιά προς το στήθος στηριζόμενη σε τεντωμένα μπράτσα.

3.1.8. Μασάζ, ψηλάφηση και αναλγητική πίεση

Κατά τη διάρκεια των συσπάσεων της μήτρας, το δέρμα και οι μύες της κοιλιάς τεντώνονται στο έπακρο. Οι συσπάσεις αυτές ξεκινώντας από την περιοχή της ήβης ανέρχονται προς την κοιλιά. Τότε η γυναίκα αισθάνεται καθαρά τους μύες να γίνονται κοντύτεροι, και αυτό που νιώθει είναι πολύ σχετικό με μια έντονη κράμπα. Ο ρόλος του μασάζ είναι να συμβάλλει στην μείωση αυτού του σφιξίματος.

•**Μασάζ της κοιλιάς:** Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυτή η άσκηση μπορεί να γίνει σε καθιστή στάση. Τη στιγμή του τοκετού οι ψηλαφήσεις θα γίνονται την ώρα των συσπάσεων, συγχρόνως με την ρηχή αναπνοή, η γυναίκα ξαπλώνει στο πάτωμα με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι και άλλο ένα κάτω από τα γόνατα. Με τα χέρια μαζεμένα ακουμπά τα δάκτυλα στην περιοχή της ήβης. Ψηλαφά την κοιλιά από κάτω προς τα πάνω, απομακρύνοντας μεταξύ τους τα χέρια καθώς τα ανεβάζει προς τους γοφούς (ανερχόμενο ψηλάφισμα). Στη συνέχεια αρχίζει η ίδια ψηλάφηση ξεκινώντας από τους γοφούς προς την περιοχή της ήβης (κατερχόμενη ψηλάφηση).

•**Μασάζ και οσφυϊκή πίεση:** Οι συσπάσεις της μήτρας συνοδεύονται από οσφυϊκούς πόνους που είναι δυνατόν να ανακουφιστούν με μασάζ κι αναλγητικές πιέσεις. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, την ώρα που γίνεται μια σύσπαση, ένα οσφυϊκό μασάζ μπορεί να γίνεται με το ένα χέρι αν η γυναίκα είναι ξαπλωμένη σε ύπτια θέση χαλάρωσης. Τα ίδια μασάζ μπορούν να γίνονται και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αφού οι οσφυϊκοί πόνοι είναι συχνοί στις έγκυες, ιδίως μετά τον τέταρτο ή τον πέμπτο μήνα.

Τα μασάζ αυτά μπορούν να γίνονται σε διάφορες στάσεις:

- Η γυναίκα να είναι όρθια με τις πατούσες να ακουμπάνε καλά στο πάτωμα και τους δείκτες πάνω στα οστά της λεκάνης. Σπρώχνει με δύναμη τα δάκτυλα πάνω στο ευαίσθητο σημείο κάνοντας μικρές περιστροφικές κινήσεις.
- Ξαπλώνει με τις γάμπες χαλαρές, με ένα μαξιλάρι κάτω από τα γόνατα (η με τις γάμπες λυγισμένες να στηρίζονται με ένα όρθιο μαξιλάρι). Επαναλαμβάνει την προηγούμενη άσκηση, δηλ. με τους δείκτες πάνω στους γοφούς, τα δάκτυλα σπρώχνουν το ευαίσθητο σημείο και κάνουν μικρές περιστροφικές κινήσεις.
- Στέκεται όρθια με τις πατούσες να ακουμπάνε καλά στο πάτωμα και πιέζει δυνατά με τις γροθιές πάνω στο ευαίσθητο σημείο.^{21,22}

3.1.9. Η μέθοδος του αυτογενούς αναπνευστικού training (R. A. T.)

Η ψυχοπροφυλακτική του τοκετού με τη μέθοδο αυτή (Respiratory Autogenic Training), αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '60 στην Ιταλία, από τον Καθηγητή Umberto Piscicelli. Αρχικά αναπτύχθηκε ως μέθοδος θεραπείας των ψυχοσωματικών ασθενειών και βασίζεται στις εμπειρίες από την πρακτική της ύπνωσης και του αυτογενούς Training του Schultz, από την αντανάκλασιολογία, από την ψυχοθεραπεία της ομάδας και από τους νόμους της ψυχοδυναμικής. Η έννοια "αυτογενές" υποδηλώνει τη συστηματική κινητοποίηση και ψυχοφυσιολογική υποβοήθηση της αυτορύθμισης και των ομοιοστατικών μηχανισμών. Η αυτογενής αυτή θεραπεία έχει ως σκοπό να προωθήσει και να διευκολύνει τα αυτορυθμιζόμενα αποτελέσματα φυσιολογικών και ψυχοδυναμικών μηχανισμών. Τα επιτυχή κλινικά αποτελέσματα τα οποία είχε η αυτογενής θεραπεία για τις ψυχοσωματικές ασθένειες, ήταν εκείνα τα οποία προκάλεσαν το ενδιαφέρον πολλών μαιευτήρων να την εφαρμόσουν, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Η εκμάθηση της μεθόδου R.A.T. επιτρέπει στο άτομο να φτάσει στην κατάσταση της αυτογενούς αλλαγής εντός σχετικά μικρού χρονικού διαστήματος. Τα τμήματα προετοιμασίας μπορούν να τελειώσουν μέσα σε 8-9 εβδομάδες και μπορούν να προσαρμοστούν σε οποιαδήποτε στιγμή της εγκυμοσύνης και απαίτηση του περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει 7 ασκήσεις οι οποίες πραγματοποιούνται στις 7 πρώτες συναντήσεις. Αφού τις μάθουν οι έγκυες, θα πρέπει να τις τελειοποιήσουν στις εβδομάδες που προηγούνται του τοκετού. Οι ασκήσεις είναι οι ακόλουθες:

α) Άσκηση ενεργητικής χαλάρωσης: Αποβλέπει στη χαλάρωση του μυϊκού τόνου και στην ελαστικότητα του σώματος, με την αυτογενή χαλάρωση

β) Άσκηση της φαντασίας για νοητική παράσταση του σώματος ως ολότητας: Αποβλέπει στη νοητική απόσπαση της γυναίκας από το σώμα της (διαχωρισμός), καθώς και στη δημιουργία αίσθησης της εσωτερικότητας του σώματος της.

γ) Άσκηση της φαντασίας για νοητική παράσταση του σώματος κατά τμήματα: Η γυναίκα καλείται να αυτοσυγκεντρωθεί στα διάφορα μέρη του σώματος της και κατόπιν να αισθανθεί την εσωτερικότητα τους (κυρίως τα χέρια, τα πόδια και κοιλιά). Τέλος, καλείται να φανταστεί ότι εξομοιώνεται με το έμβρυο το οποίο βρίσκεται εντός της μήτρας.

δ) Άσκηση της αυτογενούς μεταλλαγής: Με την άσκηση αυτή η γυναίκα φαντάζεται ότι το σώμα της είναι ένας χώρος γεμάτος, και αποτυπώνει την αίσθηση αυτή στη μνήμη της. Και οι τέσσερις ασκήσεις αποβλέπουν στην χαλάρωση και τη διόρθωση ψυχοσωματικών

μηχανισμών που προκαλούν πόνο κατά τον τοκετό.

ε) Άσκηση αυτογενούς αναπνοής (και αναπνευστικής ιδιοδεκτικότητας): Στοχεύει στην εκμάθηση και την εφαρμογή της αυτογενούς αναπνοής η οποία χρησιμοποιείται ως μέσο συναισθηματικής έντασης.

στ) Άσκηση των απαντήσεων και της συνήθειας: Δίνονται στη γυναίκα σειρά ερεθισμάτων τα οποία αυξάνονται, ενώ κλιμακώνεται η εκπαίδευση της.

ζ) Άσκηση της εξαρτημένης σήμανσης και της συνήθειας στην συστολή της μήτρας: Μεταξύ των ηχητικών ερεθισμάτων της προηγούμενης άσκησης παρεμβάλλονται ερεθίσματα εξαρτώμενα δίκην σήμανσης ("η μήτρα συστέλλεται"), με σκοπό την παρουσία πραγματικών μυϊκών συστολών. Επίσης, βοηθούμε τη γυναίκα ανάμεσα στις συχνές συστολές να κάνει θετικές φαντασιώσεις, και αυτό βοηθά στην αποφυγή καταθλιπτικών αντιδράσεων.¹⁸

Η μέθοδος του Αυτογενούς Training έχει τα ακόλουθα περιοριστικά μέτρα:

α) Δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις εγκύους

β) Τα τμήματα πρέπει να έχουν περιορισμένο αριθμό συμμετοχής

γ) Απαιτείται μακροχρόνια εξάσκηση για την προετοιμασία

δ) Η ανταπόκριση των διαφόρων κλασικών ασκήσεων του Schultz δεν είναι η ίδια από όλες τις εγκύες, γιατί διαφέρουν στην ευαισθησία και στην ψυχολογική τους σύνθεση.

ε) Στερείται ορισμένης καθοδήγησης η οποία να προσαρμόζει τη χαλάρωση στις διάφορες φάσεις και συνθήκες του τοκετού.

Ο F.Miraglia αναφέρει χαρακτηριστικά ότι ο τοκετός με τη μέθοδο R.A.T είναι "αποκλειστική δημιουργία της επιτόκου, και βραβείο για την πίστη και τη συμπεριφορά της".³

Γ' ΜΕΡΟΣ

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ ΣΤΑ ΤΡΙΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

4.1.1. Νοσηλευτική φροντίδα – διεργασία κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου

Στην αρχή του τοκετού η ασθενής μπορεί να βρίσκεται εκτός κρεβατιού εάν δεν έχει επέλθει ρήξη των υμένων. Τροφή ίσως δοθεί, ίσως και όχι, εξαρτάται από την πρόοδο του τοκετού και τις οδηγίες του γιατρού. Παγάκια ή μια καθαρή, βρεγμένη πετσέτα μπορούν να αντικαταστήσουν το νερό και να ανακουφίσουν το ξηρό στόμα, αλλά πρέπει να τηρείται φάκελος υγρών εισερχομένων και εξερχόμενων. Ο πατέρας ή ο καθοδηγητής του τοκετού ίσως επιθυμεί να συμμετέχει σε μερικές από αυτές τις δραστηριότητες ανακούφισης. Εάν το ζευγάρι έχει παρακολουθήσει προπαρασκευαστικά τμήματα τοκετού ίσως επιθυμούν να προχωρήσουν στον τοκετό χρησιμοποιώντας τις τεχνικές χαλάρωσης και τις ασκήσεις αναπνοής που έχουν μάθει. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας παραμένει αυτός της υποστήριξης, στενής παρακολούθησης και πληροφόρησης του ζευγαριού σχετικά με το πως προχωράει ο τοκετός.

Τα κλινοσκεπάσματα αντικαθίστανται όταν χρειάζεται. Συναισθηματική υποστήριξη, για να κρατηθεί η μέλλουσα μητέρα όσο το δυνατόν πιο χαλαρωμένη και πιο άνετα, είναι σημαντική για τον τοκετό να προχωρήσει ενεργά σε αυτό το στάδιο. Εάν ο πατέρας δεν είναι με την ασθενή, ο ρόλος της νοσηλεύτριας γίνεται ακόμα πιο σημαντικός.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσει τις εξετάσεις και τις μεθόδους που απαιτούνται κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού. Η ασθενής θα είναι πιο χαλαρωμένη και πιο πρόθυμη να δεχθεί αυτές τις θεραπείες και μεθόδους όταν ξέρει τι να περιμένει. Συγκεκριμένη νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1) Ενθαρρύνετε την ασθενή με άνεση, αισιοδοξία και συμπάθεια. Διαβεβαιώστε την για την πρόοδο που κάνει.

2) Παρατηρήστε το χαρακτήρα των συσπάσεων της ασθενούς: συχνότητα, διάρκεια, ένταση.

3) Παρατηρήστε την παρουσία αίματος πριν τον τοκετό. Σε μεγάλες ποσότητες υποδεικνύει ταχεία πρόοδο. Το χρώμα του αίματος συνήθως αλλάζει από ροζ σε κόκκινο καθώς γίνεται πρόοδος.

4) Ελέγχετε το σφυγμό. Εάν ο σφυγμός είναι πάνω από 100 σφίξεις το λεπτό, η ασθενής ίσως έχει αφυδατωθεί.

5) Ελέγχετε την πίεση του αίματος. Άνοδος ίσως υποδεικνύει προεκλαμψία ή τοξιναιμία της κυήσεως. Αναφέρατε οποιαδήποτε ανωμαλία και επαναλάβετε συχνά τον έλεγχο. Παρατηρήστε τους εμβρυϊκούς καρδιακούς τόνους. Ο φυσιολογικός ρυθμός είναι 120-160 σφίξεις το λεπτό. Ο ρυθμός μειώνεται ελαφρά κατά τη διάρκεια κάθε σύσπασης. Επιβράδυνση ή επιτάχυνση των εμβρυϊκών τόνων υποδεικνύει δυσφορία εάν ο ρυθμός δεν επιστρέφει στα φυσιολογικά όρια μεταξύ συσπάσεων.

α. Αναφέρετε όλες τις μη φυσιολογικές ενδείξεις αμέσως.

β. Διατηρήστε ακριβή αρχεία

6) Συνιστάται την ασθενή να ουρεί συχνά. Μια διατεταμένη ουροδόχος κύστη μπορεί να ψηλαφηθεί πάνω από την ηβική σύμφυση. Ο τοκετός μπορεί να επιβραδυνθεί από μια διατεταμένη ουροδόχο κύστη.

7) Καταγράψτε τα υγρά και την τροφή που λαμβάνονται.

α. Υγρά μπορούν να δίνονται έως 4-6 ώρες περίπου πριν τη γέννηση, ανάλογα με τον τύπο της αναισθησίας που χορηγείται.

β. Καλή ισορροπία υγρών προλαμβάνει την αφυδάτωση και την εξάντληση. Ο γιατρός ίσως συστήσει ενδοφλέβια χορήγηση σε περίπτωση τοκετού μακράς διάρκειας.

8) Βοηθήστε τη μητέρα να παραμείνει όσο το δυνατόν χαλαρωμένη.

9) Προσέξτε για ενδείξεις του δευτέρου σταδίου του τοκετού. Διατηρήστε στενή παρακολούθηση ώστε ο γιατρός να μπορεί να ενημερωθεί έγκαιρα πριν τον τοκετό.

10) Όταν η γέννηση είναι επικείμενη ή όταν το περίνεο αρχίζει να διογκώνεται και το κεφάλι του εμβρύου είναι ορατό, μεταφέρετε την ασθενή στην Αίθουσα τοκετού και ετοιμάστε την. Τα νοσοκομεία με δωμάτια γέννησης ίσως απλά χρειαστούν να έχουν έτοιμο και διαθέσιμο για το γιατρό τον εξοπλισμό του ιατρείου (πίνακας 3 - 4 - 5).⁷

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: Πρώτο Στάδιο του Τοκετού

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ(-ΟΙ)	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΛΟΓΙΚΗ
Ελαφρές συσπάσεις	Οι γυναίκες παραμένουν γαλήνιες και χαλαρωμένες με κατανόηση του τι συμβαίνει στο δικό τους παιδί.	<p>Η μητέρα συνήθως αισθάνεται ήσυχη κατά το χρόνο αυτό.</p> <p>Επιτρέπεται να έχει ήσυχες δραστηριότητες, όπως το διάβασμα, να παίζει χαρτιά, να βλέπει τηλεόραση ή να ακούει ραδιόφωνο.</p> <p>Αποφεύγονται οι θορυβώδεις προετοιμασίες, οι θόρυβοι, οι ψίθυροι και το κροτάλισμα των ρωθώνων.</p> <p>Αν οι μεμβράνες είναι άθικτες, επιτρέπεται στην ασθενή να βαδίζει και να κάνει ντους.</p>	<p>Η ψυχολογική διάθεση και η ικανότητα της γυναίκας να παραμένει γαλήνια και χαλαρωμένη έχουν μεγάλη επίδραση στην ικανότητά της να συνεργάζεται κατά τη διάρκεια του τοκετού.</p> <p>Επιδιώκονται οι οικογενειακές δραστηριότητες επειδή θα προάγουν τη χαλάρωση.</p>
Δίψα	Χορταίνετε η δίψα χωρίς επίδραση επί της υγείας.	Επιτρέπεται η λήψη υγρών εκτός αν αντενδείκνυται.	Η επαρκής λήψη υγρών προλαμβάνει την αφυδάτωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ(-ΟΙ)	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΛΟΓΙΚΗ
Ραχιαλγία	Η οσφυαλγία ελαττώνεται ή υποχωρεί.	Εφαρμόζεται πίεση σε μικρή περιοχή της οσφύος της μητέρας. Συμβουλευεται η ασθενής ότι οι χειρισμοί αυτοί μπορεί να βοηθήσουν στην υποχώρηση της ραχιαλγίας.	Οι χειρισμοί αυτοί βοηθούν στην ανακούφιση από τη ραχιαλγία.
Έντονη αναπνοή	Η γυναίκα αισθάνεται ανακουφισμένη.	Πλένονται τα χέρια και το πρόσωπο της ασθενούς με κρύο νερό.	Προσφέρεται έτσι βοήθεια για την επίτευξη της χαλάρωσης.
Φόβος και άγχος	Η πληροφόρηση βοηθάει στην ελάττωση τούτων.	Καθησυχάζονται οι γονείς και συνιστάται στον πατέρα η ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας κατά την εξέλιξη του τοκετού.	Η ψυχολογική υποστήριξη θα βοηθήσει στην πρόληψη του συνδρόμου φόβος – ένταση- άγχος. Ο πατέρας μπορεί να βοηθήσει στην καθυσύχηση της μητέρας αν αυτός ενημερωθεί.
Φόβος της αναισθησίας	Ο φόβος είναι ελαττωμένος με την εξήγηση και κατανόηση.	Εξηγείται η επίδραση του χρησιμοποιούμενου παράγοντος προ της αναισθησίας. Χρησιμοποιείται ήσυχη, καθυσυχαστική φωνή.	Η προηγούμενη γνώση θα βοηθήσει στην ανακούφιση από το άγχος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ(-ΟΙ)	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΛΟΓΙΚΗ
Πλήρης ουροδόχος κύστη	Η ουροδόχος κύστη κενούται κανονικά και παρακολουθείται για διάταση.	Ενθαρρύνεται η ασθενής να κενώνει την ουροδόχο κύστη κάθε 3 ή 4 ώρες. Αν καθετηριασμός είναι απαραίτητος, ο καθετήρας τοποθετείται μεταξύ των συσπάσεων.	Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί να επιδράσει στη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού.
Ευερεθιστότητα	Τα συμπτώματα είναι αποδεκτά ως φυσιολογικό τμήμα του τοκετού.	Γίνεται αποδεκτή οποιαδήποτε μορφή ευερεθιστότητας αφού αξιολογηθεί προσεκτικώς. Εξηγείται στη μητέρα και στον πατέρα ότι η αντίδραση ευαισθησίας είναι φυσιολογική κατά τη διάρκεια του τοκετού.	Πρέπει να γίνεται ψυχολογική υποστήριξη της μητέρας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η αυξημένη ευερεθιστότητα συνήθως δείχνει ότι το πρώτο στάδιο της κνήσεως τελείωσε πρωίμως.

4.1.2. Νοσηλευτική φροντίδα – διεργασία κατά τη διάρκεια του δευτέρου σταδίου

1) Κρατήστε το περίνεο καθαρό.

2) Τοποθετήστε τα πόδια του ασθενούς υπό την καθοδήγηση του ιατρού.

3) Όταν ο ιατρός είναι έτοιμος, καθοδηγήστε την ασθενή να πάρει δύο βαθιές αναπνοές αμέσως μόλις αρχίσει η επόμενη συστολή. Τότε με την αναπνοή της κρατημένη, το κεφάλι της ανασηκωμένο, το σαγόνι στο στήθος αυτή θα ασκεί προς τα κάτω πίεση όπως γίνεται με την κίνηση του παχέος εντέρου. Η προσπάθεια θα πρέπει να υποβοηθείται κατά το μέγιστο δυνατόν, με μια γρήγορη ανάσα κάθε 6" έως 12" κατά τη διάρκεια των συστολών (για την οξυγόνωση του αίματος και τη συνέχεια της εξώθησης με τη μέγιστη προσπάθεια).

4) Αυτή τη στιγμή, βάλτε την ασθενή να σπρώξει με τα λυγισμένα πόδια προς το τραπέζι ή τους αναβολείς.

5) Ελέγξτε συχνά τους καρδιακούς ήχους του εμβρύου.

6) Ανακουφίστε τις μυϊκές κράμπες εάν καταστεί ανάγκη. Οι κράμπες των ποδιών παρουσιάζονται συχνά στο δεύτερο στάδιο του τοκετού γιατί το κεφάλι του μωρού ασκεί πίεση σε ορισμένα νεύρα της πυέλου. Αυτές οι κράμπες ανακουφίζονται αλλάζοντας τη θέση των ποδιών και εξαναγκάζοντας το πόδι προς τα πάνω με πίεση στα γόνατα.

7) Σημειώστε την ακριβή ώρα γεννήσεως.

8) Παραλάβετε το έμβρυο από τον ιατρό με μια αποστειρωμένη πετσέτα.

9) Συμπληρώστε τα αρχεία και παραμείνετε στο δωμάτιο μέχρι να τελειώσει ο ιατρός.

10) Μόλις ο ιατρός τελειώσει, καθαρίστε την ασθενή, απλώστε τα περιναϊκά μαξιλαράκια και αλλάξτε την τήβεννο του ασθενούς, εάν σας υποδειχθεί.

11) Ρίξτε το τραπέζι του τοκετού ή το κρεβάτι της γέννας.

12) Μετακινήστε τα πόδια του ασθενούς από τον αναβολέα μετακινώντας και τα δύο πόδια την ίδια στιγμή.

13) Μόλις ολοκληρωθεί ο τοκετός, καθαρίστε την αίθουσα τοκετού και προετοιμάστε την για τον επόμενο τοκετό (πίνακας 6 - 7).⁷

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ(-ΟΙ)
Σχεδιασμός για πίεση. Φόβος για λέρωμα του κρεβατιού	Οι γυναίκες χρησιμοποιούν τους κοιλιακούς μύες για την επίτευξη αποτελεσματικής πίεσεως όπως έχει συσταθεί.
Κράμπες των ακρών	Οι κράμπες των ακρών υποχωρούν με την υπερέκταση ή τη θερμότητα.
Ξηρά χείλη	Τα χείλη διατηρούνται υγρά.
Επαρκής αναπνοή	Η ασθενής αισθάνεται καλλίτερα.
Διατεταμένη ουροδόχος κύστη	Η ουροδόχος κύστη κενώνεται πριν αρχίσει να εμποδίζεται ο τοκετός.

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΠΙΝΑΚΑ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΛΟΓΙΚΗ
<p>Εξηγείται στον ασθενή και καθησυχάζεται ότι αυτό είναι αναλόφευκτο και αποδεκτό στο στάδιο αυτό.</p> <p>Συνιστάται στη γυναίκα να στρίβει προς τα κάτω με κάθε συστολή μέχρι της κορυφής και ακολούθως να παίρνει βραχείες, ταχείες αναπνοές.</p>	<p>Το μωρό δίνει στη μητέρα το αίσθημα της πίεσεως στο ορθό λόγω της εισόδου στο γεννητικό σωλήνα. Η μητέρα τις περισσότερες φορές χρησιμοποιεί τους κοιλιακούς μύες στην εξώθηση του εμβρύου.</p> <p>Η μητέρα δεν θα πρέπει να εξωθεί κατά τη διάρκεια προκειμένου να αποφευχθούν οι εξελκώσεις του περινέου και επιτρέπουν στο μωρό να εξέλθει βραδέως και ευχερώς.</p>
<p>Συνιστάται στην ασθενή να τεντώνει το πόδι της προς τα έξω βιαίως έλκοντας το πόδι της έμπροσθεν του γόνατος.</p> <p>Αν παρατείνεται, μπορεί να εφαρμοσθούν θερμές πετσέτες στην προσβληθείσα περιοχή.</p>	<p>Η υπερέκταση ισχυροποιεί τους μύες και σπάζει την οδό του άλγους.</p> <p>Η θερμότητα θα βοηθήσει στη μυϊκή χαλάρωση.</p>
<p>Εφαρμόζεται ελαιούχος ή κρύα κρέμα στα χείλη.</p>	<p>Οι βραχείες, κολλώδεις αναπνοές κατά τη διάρκεια της γεννήσεως οδηγούν στην εμφάνιση ξηρών χειλιών. Το λαδί ή κρέμα θα προλάβουν τις ραγάδες και θα παράσχουν ανακούφιση στην ασθενή.</p>
<p>Εφαρμόζεται κρύο πανί στο μέτωπο και τα χέρια.</p>	<p>Ανακουφίζεται η μητέρα κατά τη διάρκεια της σκληρής δοκιμασίας της γεννήσεως.</p>
<p>Βοηθείται ο γιατρός στον καθετηριασμό.</p>	<p>Η διατεταγμένη ουροδόχος κύστη επηρεάζει την εξέλιξη της γεννήσεως και προκαλεί στη μητέρα μη απαραίτητη δυσφορία.</p>

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ(-ΟΙ)
Άγχος	Το επίπεδο του άγχους ελαχιστοποιείται με την πληροφόρηση και την ενθάρρυνση.
Επείγουσα πίεση κατά τη διάρκεια	Η γέννηση του εμβρύου είναι ελεγχόμενη και χωρίς βιασύνη και διαφυλάσσεται το περίνεο.

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΠΙΝΑΚΑ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΛΟΓΙΚΗ
Γίνεται ενημέρωση της μητέρας και του πατέρα όσον αφορά την εξέλιξη της γεννήσεως και ενθαρρύνονται και καθυσιχίζονται για αυτό.	Η καλλίτερη πληροφόρηση και η γνώση της μητέρας είναι αποτελεσματικός τρόπος για την καλλίτερη εξέλιξη της γεννήσεως.
Ενθαρρύνεται το λαχάνιασμα.	Τούτο βοηθάει τη μητέρα να εξωθεί καλύτερα.

4.1.3. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια του τρίτου σταδίου

- 1) Παρατηρήστε τη μητέρα για αιμορραγία και shock.
- 2) Παρατηρήστε το έμβρυο για αναπνοή, βλέννα, χροιά και κλάμα.
- 3) Ψηλαφίστε και μαλάξτε τη μήτρα όπως έχει προταθεί από τον ιατρό αμέσως μετά τη γέννηση του εμβρύου για να προκαλέσει συστολή για να αποβάλλει τον πλακούντα.
- 4) Όταν δούμε μια ξαφνική αναπήδηση του αίματος και ο ομφάλιος λώρος επιμηκυνθεί, τότε ασκείται ελαφρά πίεση στην κάτω κοιλία του ασθενούς προς αποβολή του πλακούντα.
- 5) Κρατήστε το δοχείο ακριβώς κάτω από το κολπικό άνοιγμα για να δεχθεί τον πλακούντα.
- 6) Ελέγξτε το σφυγμό της μητέρας και κοιτάξτε για σημάδια επικείμενου shock (γρήγορος σφυγμός και κρύος ιδρώτας).
- 7) Μαλάξτε τη μήτρα εάν χαλαρώσει. Χαλάρωση της μήτρας είναι προφανής σε περιπτώσεις άφθονης αιμορραγίας ή ατονία της μήτρας.
- 8) Ελέγξτε συχνά για υπερβολική αιμορραγία. Βεβαιωθείτε ότι η μήτρα παραμένει σφιχτή.
- 9) Δώστε φαρμακευτική αγωγή όπως συνιστάται. Απλώστε μαξιλάρια στο περίνεο της μητέρας μετά την ολοκλήρωση του τοκετού.
- 10) Ξεφορτωθείτε τον πλακούντα σύμφωνα με την τακτική του νοσοκομείου.
- 11) Τελειώστε τις σημειώσεις που αφορούν την ώρα και τον τύπο του τοκετού και την ακριβή ώρα παράδοσης του πλακούντα.

Επίσης ελέγξτε την ασθενή για τα εξής:

A) Κολπική αποχέτευση. Αν γεμίσουν παραπάνω από 2 υγιεινές πετσέτες με αιματηρή απόχρωση κατά τη διάρκεια των πρώτων 4 ωρών μετά τον τοκετό, τότε υπάρχει μαζική αιμορραγία. Το φυσιολογικό ποσοστό του κολπικού αίματος μέσα στις πρώτες 2 ώρες είναι περίπου 60 gr. Δεν πρέπει να υπάρχουν πήγματα αίματος. Αν συνεχιστεί η αιματηρή ροή, τότε η μήτρα θα πρέπει να μαλαχτεί μέχρι να συσπαστεί.

Β) Σφυγμός. Μετά τον τοκετό μπορεί να υπάρξει μικρή πτώση του σφυγμού, 60-80 ανά λεπτό. Γρήγορος σφυγμός, σημαίνει εμφάνιση shock ή μη εμφανής αιμορραγία. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να το αναφέρει αμέσως στον ιατρό.

Γ) Θερμοκρασία. Μπορεί να υπάρξει μικρή άνοδος της θερμοκρασίας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Γενικά η θερμοκρασία πρέπει να παραμείνει σε φυσιολογικά όρια.

Δ) Αρτηριακή πίεση. Η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να μετριέται συχνά και να σημειώνεται. Οποιαδήποτε ανώτερη τιμή θα πρέπει να αναφέρεται. Δεν είναι ασυνήθιστο η μητέρα να παραπονεθεί για πονοκέφαλο. Αν ξαπλώσει οριζόντια, ανακουφίζεται.

Ε) Πυθμένας. Η κορυφή της μήτρας πρέπει να είναι σκληρή και σφικτή. Πρέπει να βρίσκεται κάτω από τον ομφαλό. Αν ο πυθμένας είναι μαλακός και ευρύς, θα πρέπει να μαλάσσεται μαλακά μέχρι να σκληρύνει. Φυσιολογικά η μήτρα ανταποκρίνεται στις μαλάξεις. Να μην υπερμαλάσσεται.^{7,23}

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Μανταλενάκης Ι. Σ. "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας" , Β' έκδοση, Α' τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000
- 2) Παπανικολάου Ν. "Μαιευτική" , Β' έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1994
- 3) Λώλης Ε. Δ. "Γυναικολογία και Μαιευτική" , Β' έκδοση, Β' τόμος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2004
- 4) Αραβαντινός Ι. Δ. "Μαιευτική" , Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1989
- 5) Κασκαρέλης Δ. "Μαιευτική και Γυναικολογία" , Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1971
- 6) Λούρος Ν. Κ. "Μαιευτική και Γυναικολογία" , Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1971
- 7) Shapiro S. P. "Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική" Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001
- 8) Καλογερόπουλος Α. " Μαιευτική " , University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1992
- 9) Piper E. B., Bachman C. "The prevention of fetal injuries in breech delivery", 1929
- 10) Λώλης Ε. Δ. "Γυναικολογία και Μαιευτική", Β' έκδοση, Α' τόμος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2004
- 11) Μανταλενάκης Ι. Σ. "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας", Β' έκδοση, Β' τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000
- 12) Oxorn H. – Oxorn F. "Human Labor and Birth", 5th ed., Norwook, 1986
- 13) Reid P. E. "A textbook of obstetrics", Ed. W.B. Saunders, Philadelphia 1962
- 14) Βαρβάτη – Χατζηλεωνίδου Μ. "Αναλγησία στο Φυσιολογικό Τοκετό". Στο «Θέματα Ανασθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής», Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ , Αθήνα 1996
- 15) Shaper S. C. "Analgesia for labor". In "Current opinions in anesthesiology",

1996

- 16) Βαρβάτση – Χατζηλεωνίδου Μ. "Γενική Αναισθησία στην Καισαρική τομή", Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1998
- 17) Παπαδάκης Ν. "Η Επικοινωνία στη Μαιευτική Ψυχοπροφύλαξη" , 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Ιωάννινα – Μάιος 1991
- 18) Κλαδάκη–Κούγια Χ. "Ανώδυνος Τοκετός δι' εφαρμογής της Ψυχοπροφυλακτικής Μεθόδου", διατριβή επί διδακτορία, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1961
- 19) Lamaze F. "Les maternités soviétiques et l'accouchement sans douleurs", "Revue de la Nouvelle Médecine", 1955
- 20) Malcovati P. "Per una piu larga e coretta diffusione del metodo Psicologico" , Monografia, Ed. Rizzoli , 1958
- 21) Pirre Vellay "Σεξουαλική Ανάπτυξη και Μητρότητα", Απόδοση στα Ελληνικά: Λιναρδάκη – Παπαχρυσάνθου Ιφιγένεια
- 22) Κασκαρέλης Δ. "Η Ψυχοπροφυλακτική στη Μαιευτική με τη μέθοδο του Αυτογενούς Αναπνευστικού Training"
- 23) Hamilton P. M. "Basic Maternity in Nursing", 6th ed. , St. Louis, 1969

