

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Νοσηλευτική φροντίδα  
ασθενούς με "Καισαρική Τομή".

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

της Σπουδαστριας

ΤΕΓΟΥ ΠΑΡΘΕΝΑΣ.

Υπεύθυνος Καθηγητής

( Υπογραφή).....

Όνοματεπώνυμο

ΚΑΡΝΑΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Επιτροπή Εγκρίσως Πτυχιακής

Εργασίας.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

1)

2)

3)

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής.

Πάτρα

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	186A
----------------------	------

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
1. Πρόλογος	1.
2.1 Ανατομία γεννητικού συστήματος της γυναίκας.	3
2.2 Κύηση	5
3.1 Ορισμός Καισαρικής τομής	8
3.2 Ιστορία	8
3.3 Συχνότητα	10
4.1 Ενδείξεις Καισαρικής τομής	12
4.2 Αντεδείξεις	16
5.1 Είδη τομών	18
5.2 Εκλογή τομής	19
6.1 Κάθετη καισαρική τομή	21
6.2 Χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή	22
6.3 Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ κάθετης και εγκάρσιας καισαρικής τομής	23
7. Εγχείρηση	25
7.1 Προεγχειρητική φροντίδα	25
7.2 Αναισθησία	28
7.3 Χρόνοι της επέμβασης της καισαρικής τομής	30
7.4 Το νεογνό, νοσηλευτική φροντίδα	36
7.5 Μετεγχειρητική φροντίδα	45
8. Επιπλοκές	48
9.1 Καισαρική υστεροκτομία.	53
9.2 Μεταθανάτια καισαρική τομή	54
10. Νοσηλευτική διεργασία	55
10.1 Μαιευτικό ιστορικό	56
10.2 Μαιευτικό ιστορικό	64
11. Βιβλιογραφία.	

## 1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μέσα στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας που ετοιμάζει κάθε σπουδαστής στο τελευταίο εξάμηνο φοίτησης μου δόθηκε η ευκαιρία να ασχοληθώ με το θέμα "Καισαρική τομή".

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

Κατά την διάρκεια της έρευνας μου σε σχετικά βιβλία διαπίστωσα την σημαντική αύξηση του ποσοστού των τοκετών που γίνονται με καισαρική τομή στα τελευταία χρόνια. Το ποσοστό ανέρχεται περίπου στο 15% στο σύνολο όλων των τοκετών. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε παράγοντες όπως, η βελτίωση της τεχνικής της Καισαρικής τομής. Οι συνθήκες γενικά του χειρουργείου (αναισθησία, μετάγγιση αίματος) και τέλος η εμφάνιση των αντιβιοτικών που προφυλάσσουν από τις λοιμώξεις.

Η εργασία περιλαμβάνει 10 κεφάλαια στα οποία περιγράφονται η ιστορία, η συχνότητα, οι ενδείξεις και αντενδείξεις, η επέμβαση η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και τέλος οι επιπλοκές που εμφανίζει η Καισαρική τομή. Στο 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο στην 4<sup>η</sup> ενότητα περιγράφεται η άμεση φροντίδα που παρέχεται στο νεογνό που μόλις ήρθε στον κόσμο μετά από την Καισαρική τομή, κρίνοντας ότι είναι ένα κομμάτι στενά συνδεδεμένο με την επέμβαση. Στο 10<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφεται η νοσηλευτική φροντίδα, που στηρίχτηκε στην μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, δύο μαιευτικών ιστορικών.

Ελπίζω η εργασία μου να έχει καλύψει το μεγαλύτερο μέρος του θέματος της Καισαρικής τομής.

Τελειώνοντας θέλω να ευχαριστήσω όσους με βοήθησαν κατά την διάρκεια της συλλογής της βιβλιογραφίας στην οποία στηρίχτηκα για την συγγραφή της εργασίας μου.

## 2.1 ANATOMIA ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε:

- α) Έσω γεννητικά όργανα.
- β) Έξω γεννητικά όργανα ή αιδοίο.

Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται στην Ελάσσονα πύελο και είναι: οι δύο ωοθήκες, οι δύο αγωγοί ή σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλεός ή κόλπος.

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

#### Οι ωοθήκες

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

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

#### Οι αγωγοί ή σάλπιγγες.

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

Η λήκυθος είναι μακρύτερη και φαρδύτερη μοίρα του αγωγού. Ο ισθμός είναι το στενότερο τμήμα. Η μητριάια μοίρα, είναι το

τιμήμα που βρίσκεται στο τοίχωμα της μήτρας.

#### Η μήτρα

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

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

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

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

#### Ο Κολεός.

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

## 2.2 ΚΥΗΣΗ.

Το ωάριο πρέπει να γονιμοποιηθεί μέσα σε 6 -12 ώρες, αλλιώς εκφυλίζεται. η γονιμοποίηση συνήθως γίνεται στην λήθυκο του ωαγωγού και μέσα σε πέντε μέρες το έμβρυο μετακινείται στην μήτρα. Σ' αυτή τη χρονική περίοδο σχηματίζεται μια κεντρική ομάδα κυττάρων, η εμβρυοβλάστη που περιβάλλεται από ένα κυτταρικό τοίχωμα, την τροφοβλάστη. Το έμβρυο εμφυτεύεται με την βοήθεια ενζύμων στο ενδομήτριο είτε στο οπίσθιο, είτε στο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας. Η τροφοβλάστηση σχηματίζει λάχνες από τις οποίες μόνο οι βασικές εξακολουθούν να αναπτύσσονται. Αυτές εισδύουν στη βασική μοίρα του ενδομητρίου και ο συνδυασμός αυτός καλείται "φθαρτός". Μαζί αποτελούν το δισκοειδούς σχήματος πλακούντα, το όργανο με το οποίο γίνεται η ανταλλαγή αερίων και αίματος μεταξύ της εμβρυϊκής και της μητρικής κυκλοφορίας.

Ο Ομφάλιος λώρος συνδέει το έμβρυο με τον πλακούντα. Στην εμβρυοβλάστη σχηματίζεται ανά μία κοιλότητα πάνω και κάτω από το έμβρυο-ο αμνιακός ασκός και ο λεκιθικός ασκός. Ο λεκιθικός ασκός υποπλάσσεται σε λεκιθικό κυστίδιο ενώ ο αμνιακός ασκός μεγαλώνει μαζί , με το έμβρυο. Η αμνιακή κοιλότητα περιέχει το αμνιακό υγρό που στο τέλος της κύησης ανέρχεται στο 1 λίτρο. Το έμβρυο πλέει μέσα στο αμνιακό υγρό συγκρατούμενο από τον ομφάλιο λώρο.

Ορμόνες: Το έμβρυο σχηματίζει χοριακές γοναδοτροπίνες που έχουν δράση παρόμοια με την ICSH (LH) . Έτσι αντιρροπείται η εξαφάνιση της LH της υπόφυσης στο τέλος του εμμηνορρυσιακού κύκλου και εξασφαλίζεται η συνέχεια του ωχρού σωματίου και του ενδομητρίου και σταματάει η εμφάνιση εμμηνορρυσίας από την αρχή της κύησης. Οι χοριακές γοναδοτροπίνες αποβάλλονται με τα ούρα σε μεγάλες ποσό-



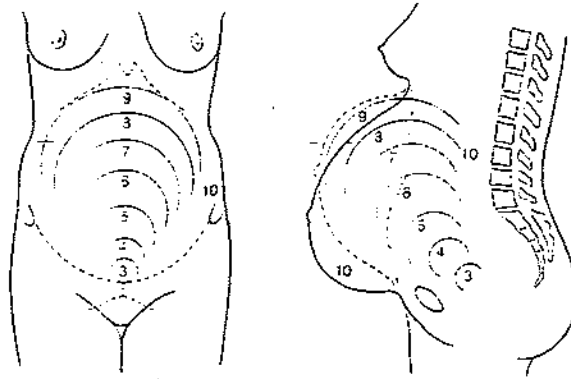
τητες και χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση εγκυμοσύνης μετά από ένεση ούρων σε πειραματόζωα. Το ωχρο σωματίο της κύησης λειτουργεί μέχρι τον 5ον μήνα που αναλαμβάνουν οι πλακουντιακές ορμόνες και το ωχρο σωματίο εκφυλίζεται.

Κατά μήκος αύξηση του εμβρίου (μήνας σεληνιακός μήνας):

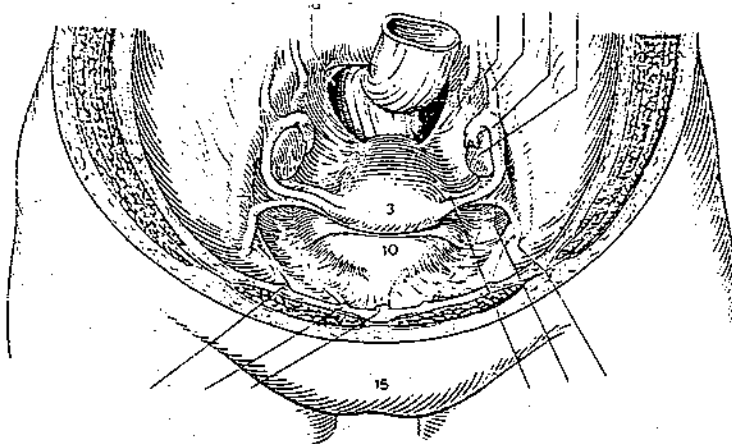
1ος	μήνας	0,8cm	από	κορυφή	βρέγματος	μέχρι	κόκκυγα.
2ος	"	3"	από	κορυφή	βρέγματος	μέχρι	πτέρνα.
3ος	"	7"	"	"	"	"	"
4ος	"	"(4X4)16"	"	"	"	"	"
5ος	"	"(5X5)25"	"	"	"	"	"
6ος	"	"(6X5)30"	"	"	"	"	"
7ος	"	"(7X5)35"	"	"	"	"	"
8ος	"	"(8X5)40"	"	"	"	"	"
9ος	"	"(9X5)45"	"	"	"	"	"
10ος	"	"(10X5)50"	"	"	"	"	"

Ο πυθμένας της μήτρας βρίσκεται:

Τον 6 <sup>ο</sup>	μήνα	στο	ύψος	του	ομφαλού.		
Τον 7 <sup>ο</sup>	"	3	δάκτυλα	πάνω	από	τον	ομφαλο.
Τον 8 <sup>ο</sup>	"	μεταξύ	ομφαλού	και	ξίφοειδούς	αποφύσεως.	
Τον 9 <sup>ο</sup>	"	κατά	την	ξίφοειδή	απόφυση.		
Τον 10 <sup>ο</sup>	"	πάλι	μεταξύ	ομφαλού	και	ξίφοειδούς.	



Σχ. 1 Θέσεις του πυθμένα της μήτρας κατά την διάρκεια της κύησης 1<sup>ου</sup> - 10<sup>ου</sup> σεληνιακός μήνας.



Σχ. 2. Θέση των γυναικείων γεννητικών οργάνων στην ελάσσονα πύελο.

### 3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.

Με τον όρο καισαρική τομή εννοούμε την επέμβαση, με την οποία εξάγουμε το έμβρυο ύστερα από τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων (λαπαροτομία) και διάνοιξη των τοιχωμάτων της μήτρας (υστεροτομία). Στη περίπτωση που γίνεται έξοδος του εμβρύου μετά από ρήξη μήτρας ή κοιλιακή εγκυμοσύνη δεν εκτελούμε καισαρική τομή αλλά λαπαροτομία. Στην περίπτωση εξόδου εμβρύου βάρους κάτω των 500 γρ. η μύλης κύησης εκτελούμε μητροτομία.

### 3.2 Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Α .

Η προέλευση του όρου "Καισαρική τομή" δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένη. Για μερικούς έχει πάρει το όνομα της από τον Ιούλιο Καίσαρα ο οποίος γεννήθηκε με τέτοια επέμβαση. Στην εποχή όμως του Καίσαρα (100 π.χ) μια τέτοια επέμβαση ήταν θανατηφόρα και είναι γνωστό ότι η μητέρα του Καίσαρα έζησε πολλά χρόνια. Εξάλλου η εγχείρηση της Καισαρικής τομής δεν αναφέρεται σε κανένα ιατρικό κείμενο πριν τον 17<sup>ο</sup> αιώνα. Σύμφωνα με άλλους η εγχείρηση πήρε το όνομα της από το ρωμαϊκό νόμο, του 8ου π.χ αιώνα, που συνιστούσε την εκτέλεση της επέμβασης στις γυναίκες που πέθαιναν και βρισκόταν στις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης για να βαπτιστεί το νεογνό. Από τη λέξη "Caesarea" που αναφέρει ο νόμος προέκυψε η λέξη καισαρική. Όμως κανείς συγγραφέας δεν αναφέρει ότι υπήρχε τέτοιο άρθρο νόμου.

Και για άλλους ο όρος επικράτησε στην διάρκεια του Μεσαίωνα από το λατινικό ρήμα "Caedere" που σημαίνει "κόβω". Όμοια είναι και η λέξη "caesura", που σημαίνει "κόψιμο". Πιθανόν αυτή η θεωρία να βρίσκεται πιο κοντά στην αλήθεια. Επίσης ο Ιπποκράτης δεν αναφέρει σε κανένα γραπτό τον όρο καισαρική τομή, επίσης ούτε και

ο Σωρανός που έχει γράψει πολλά μαιευτικά κείμενα.

Την πρώτη καισαρική τομή σε ζωντανή έγκυο γυναίκα, εκτέλεσε ο Γερμανός ευνουχιστής χοίρων Jacob Nufer στη γυναίκα του, το 1500 μ.χ, η γυναίκα του έζησε και επέκτησε, με φυσιολογικό τοκετό και άλλα παιδιά. Κάτι τέτοιο είναι απίστευτο, αν σκεφτούμε ότι εκείνη την εποχή η συρραφή του τραύματος της μήτρας ήταν άγνωστη.

Ο Rousset το 1851 αναφέρει για πρώτη φορά σε επιστημονικό σύγγραμμα την εκτέλεση καισαρικής τομής από τον ίδιο. Έπειτα το 1668 ο Mauriceau αναφέρει σε κλασσικό του σύγγραμμα την επέμβαση.

Μέχρι και τις αρχές του αιώνα μας ήταν υψηλή η θνησιμότητα από την εκτέλεση καισαρικής τομής. Το 1865 έφτανε το 85%. Το 1882 ο Sanger πρώτος προτείνει τη συρραφή της μήτρας και έτσι ελαττώθηκε η θνησιμότητα. Μέχρι εκείνη την εποχή επικρατούσε η αντίληψη ότι οι ραφές της μήτρας έβλαπταν παρά ωφελούσαν.

Έπειτα από την μείωση της θνησιμότητας, με την συρραφή της μήτρας προσπάθησαν να την μειώσουν ακόμα περισσότερο περιορίζοντας την εκδήλωση περιτονίτιδας που ακολουθούσε την επέμβαση. Ο Ροκκο τότε συνέστησε την εκτέλεση υφολικής υστερεκτομίας μετά από την έξοδο του εμβρύου και τη μαρσιποποίηση του κολοβώματος του τραχήλου.

Για πρώτη φορά το 1907 περιγράφεται από τον Frank η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή. Το 1912 ο Kronig υποστήριξε ότι η αξία της εξωπεριτοναϊκής καισαρικής τομής έγκειται όχι στο ότι αποφεύγεται η περιτονίτιδα, αλλά στο ότι η τομή γίνεται χαμηλά στη μήτρα και το τραύμα σκεπάζεται με την κυστεομητρική πτυχή. Με μια μικρή τροποποίηση καθιερώθηκε αυτή η τεχνική της χαμηλής καισαρικής τομής από τον DE LEE το 1922. Ο KERR το 1926 πρότεινε την εκτέλεση εγκάρσιας τομής της μήτρας αντί κάθετης που είναι δεκτός ως σήμερα.

Έτσι σήμερα η κάθετη τομή στο σώμα της μήτρας, δηλ. η κλασσική καισαρική τομή δεν εκτελείται και αντί 'γι' αυτή εκτελείται η χαμηλή εγκάρσια τομή και σπάνια η κάθετη.

### 3.3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Στις μέρες μας η καισαρική τομή αποτελεί την πιο συχνή μαιευτική επέμβαση το ποσοστό φτάνει το 15% στο σύνολο των τοκετών. Η εκτέλεση της είναι εύκολη και οφείλεται στη βελτίωση της τεχνικής της και των συνθηκών γενικά της αναισθησίας, η χορήγηση αίματος είναι κάτι εύκολο και απλό σήμερα, επίσης ένας άλλος παράγοντας είναι η μείωση της νοσηρότητάς της με την χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.

Η αύξηση της καισαρικής τομής από το 3% παλαιότερα στο 6-7% την προηγούμενη δεκαετία οδήγησε στη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας γιατί ελαττώθηκαν οι εμβρυουλκίες της ευρυχωρίας και αυξήθηκαν οι ενδείξεις για καισαρική τομή, όπως στην ισχιακή προβολή, στη παράταση εγκυμοσύνης, στον πρόωρο τοκετό κ.λ.π.

Η αύξηση του ποσοστού σε 15% σήμερα, δεν παρουσιάζει καμία αξιόλογη βελτίωση της περιγεννητικής θνησιμότητας. Η νοσηρότητα όμως της Καισαρικής τομής φθάνει στο 25% κυρίως με την εκδήλωση ενοδηπρίτιδας, παρά την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.

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

Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η προηγηθείσα καισαρική τομή. Η σχέση προηγηθείσας καισαρικής και πρώτης είναι 5:4 δηλ. το 55,8% των καισαρικών είναι προηγηθείσες. Αυτό οφείλεται στην αντίληψη που είχε επικρατήσει στα πιο πολλά μαιευτικά κέντρα, δηλ.

προηγηθείσα καισαρική τομή συνεπάγεται νέα καισαρική, κυρίως όταν η προηγηθείσα καισαρική ήταν κάθετη και δεν υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ρήξης της μήτρας κατά τον τοκετό.

Στον διεθνή χώρο, και στην Ελλάδα όμως, στις μέρες μας επεκτείνεται η εκτέλεση της χαμηλής εγκάρσιας καισαρικής τομής, που πλεονεκτεί σχετικά με την καλύτερη επούλωση και το σχηματισμό ανθεκτικότερης ουλής. Έτσι ώστε ενώ το γενικό ποσοστό της καισαρικής τομής αυξάνεται σταδιακά αναθεωρείται η άποψη για την εκτέλεση καισαρικής τομής σε γυναίκα με προηγηθείσα καισαρική τομή. Με τακτική παρακολούθηση μπορούν να γεννήσουν φυσιολογικά αρκετές περιπτώσεις προηγηθείσας καισαρικής που η τομή ήταν εγκάρσια και η μετεγχειρητική πορεία ομαλή. Σε ορισμένα μαιευτήρια φτάνει το 40% .

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα ποσοστά καισαρικής τομής ανάλογα με την ένδειξη, στην Α' Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του Αριστοτελείου πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης σε 1691 περιπτώσεις σε σύνολο 12.218 τοκετών σε διάστημα 7 ετών.

	%
I Προηγηθείσες καισαρικές τομές	7,7
II. Πρώτη καισαρική τομή	
- Κεφαλοπυελική δυσανολογία	1,1
- Ανώμαλες θέσεις	0,4
- Εμβρυϊκή δυσπραγία	1,2
- Προδρομικός πλακούντας	0,4
- Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα	0,1
- Παθολογική συσταλτικότητα μυομητρίου	0,5
- Υπέρτασική νόσος	0,5
- Πρόπτωση ομφαλίδας	0,1
- Προηγηθείσα επέμβαση στη μήτρα	0,1
- Βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό	0,2
- Συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις	0,2
- Άλλες αιτίες	0,3
	<b>13,8</b> στο σύνολο τοκετών

#### 4.1 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Πρίν ο μαιευτήρας προχωρήσει στην εκτέλεση της καισαρικής τομής πρέπει ο τοκετός να είναι ανέφικτος ώστε να μπορεί να εκθέσει την έγκυο και το έμβρυο σε κίνδυνο. Συχνά η έλλειψη υπομονής και πείρας στη τεχνική του τοκετού ή στις μαιευτικές επεμβάσεις που βοηθούν στην έξοδο του εμβρύου, του μαιευτήρα οδηγούν στην εύκολη λύση της Καισαρικής τομής. Για το λόγο αυτό για την εκτέλεση της πρέπει όχι μόνο να υπάρχει η ένδειξη και οι προϋποθέσεις αλλά να μην υπάρχει ούτε αντέδειξη για την εκτέλεσή της.

Η Καισαρική τομή ενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. "Η προηγούμενη καισαρική τομή": αυτή η ένδειξη αποτελεί το 1/3 του συνόλου αριθμού των καισαρικών τομών. Στην περίπτωση όμως που η γυναίκα έχει πριν την καισαρική τομή ένα ή περισσότερους τοκετούς φυσιολογικούς, ο τράχηλος είναι ευκολοδιάστατος, η τομή στη μήτρα είναι χαμηλή εγκάρσια και το έμβρυο μικρό και ο χώρος έχει οργάνωση τέτοια ώστε να αντιμετωπιστεί έγκαιρα κάθε επιπλοκή, τότε μπορεί να αποπεραιωθεί ο τοκετός από τον κόλπο, υπάρχει όμως και ο κίνδυνος της αυτόματης ρήξης της μήτρας. Η ρήξη οφείλεται στην ελαττωμένη αντίσταση που υπάρχει στη θέση της παλιάς ουλής. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται η αποπεράτωση του τοκετού με εμβρυουλκία. Στην εκτίμηση της αντοχής της χειρουργικής ουλής στη μήτρα έχουν σημασία οι πληροφορίες σχετικά με τη μετεγχειρητική πορεία της προηγούμενης επέμβασης γιατί ομαλή μετεγχειρητική πορεία συνεπάγεται την δημιουργία καλής ποιότητας ουλής.

Στην περίπτωση προηγηθείσης καισαρικής τομής θα εκτελεσθεί οπωσδήποτε δεύτερη προγραμματισμένη όταν:

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

2. "Η ύπαρξη δυσαναλογίας" που οφείλεται σε:

α) Ανώμαλες προβολές και θέσεις του εμβρύου τέτοιες είναι το εγκάρσιο, λοξό και παραμελημένο εγκάρσιο σχήμα, η οπίσθια προσωπική, η μετωπική, η βρεγματική και καμία φορά η οπίσθια ινιακή προβολή, που δεν επιτρέπουν την εμπέδωση του πόλου του εμβρύου.

β) Σε ανατομικά ανώμαλη πύελο η δυσανάλογα μεγάλη κεφαλή του εμβρύου.

3. "Η ύπαρξη δυστοκίας" που οφείλεται σε μηχανικά αίτια: όπως κύστεις της ωθήκης, ινομυώματα της μήτρας και όγκοι του κατωτέρου τμήματος του γεννητικού συστήματος.

4. "ο προσδιορισμός πλακούντα". Όταν είναι επιπωματικός πλακούντας, ή όταν είναι επιχείλιος που συνοδεύεται από σκληρό τράχηλο ο οποίος δεν διαστέλλεται και προκαλείται αιμορραγία η καισαρική τομή είναι η λύση εκλογής. Επίσης σε κάθε μεγάλη αιμορραγία που οφείλεται σε προδρομικό πλακούντα η λύση εκλογής είναι η καισαρική τομή.

5. "Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα". Όταν ο τοκετός προβλέπεται εργώδης και παρατεταμένης διάρκειας επιβάλλεται η εκτέλεση καισαρικής ακόμη και αν το έμβρυο μπορεί να είναι πια νεκρό. Για να σωθεί το έμβρυο πρέπει η καισαρική να γίνει σε μικρό χρονικό διάστημα από την έναρξη αποκόλλησης του πλακούντα και πριν ολοκληρωθεί.



6. "Η προεκλαμψία και η εκλαμψία". Στην περίπτωση εκδήλωσης εκλαμπτικού παροξυσμού και έπειτα από έλεγχο της γενικής κατάστασης ή σε βαριά προεκλαμψία που δεν είναι δυνατόν να ρυθμιστεί με φαρμακευτική αγωγή.

7. "Η ισχιακή προβολή". Επιβάλλεται η εκτέλεση καισαρικής τομής στις πρωτοτόκες με στενωμένη πύελο στα μεγάλα έμβρυα και στα πρόωρα. Πρέπει να παίρνονται υπόψιν και άλλοι παράγοντες για τη λήψη οριστικής απόφασης. Στην περίπτωση διατήρησης της φυσιολογικής στάσης της κεφαλής και των μελών του εμβρύου προς το σώμα, ο βαθμός εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας είναι παράγοντας για απόφαση κολπικής διεξαγωγής του τοκετού. Ένας άλλος παράγοντας για την απόφαση τοκετού από τον κόλπο είναι η ταχύτητα στην εξέλιξη του τοκετού.

8. "Η πρόπτωση του Ομφάλιου λώρου" επιβάλλει άμεση εκτέλεση καισαρικής και ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια να παρεμποδιστεί η εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Σ' αυτή την περίπτωση ένας βοηθός παρεμποδίζει την εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας με τα δάκτυλα από τον κόλπο έως ότου γίνει η καισαρική τομή, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η οξυγόνωση του εμβρύου.

9. "Οι δυσλειτουργικές διαταραχές του μυομητρίου". Σε υπερτονική ή ασύντακτη αδράνεια, σε παράταση της εγκυμοσύνης ύστερα από αποτυχία πρόκλησης τοκετού με χορήγηση ενδοφλεβίως ωδινοποιητικών φαρμάκων. Σήμερα το ποσοστό καισαρικών τομών αυτής της περίπτωσης έχει ελαττωθεί σημαντικά με την συστηματοποιημένη φαρμακευτική αγωγή και την τοκογραφική παρακολούθηση της επιτόκου.

10. "Η ακαμψία του τραχήλου". Σήμερα η εκτέλεση καισαρικής τομής σε άκαμπτο και σκληρό τράχηλο, έχει μειωθεί αισθητά αυτό

οφείλεται στη θεραπευτική εφαρμογή της προσταγλανδίνης E2. Σύμφωνα με έρευνες σε περίπτωση ακαμψίας του τραχήλου μόνο το 2-3% φτάνει σε καισαρική τομή μετά την εφαρμογή της PGE2.

11. "Η προηγούμενη εγχείρηση μήτρας", για την αποκατάσταση διαπλαστικών ανωμαλιών και στην περίπτωση εκφυρήνισης τοιχωματικών ινομυομάτων μήτρας.

12. "Μετεγχειρητικές ουλές του κόλπου και συρίγγια του γεννητικού συστήματος".

13. "Οι κακώσεις της πυέλου και η ύπαρξη αναπηρίας που δεν επιτρέπει το άνοιγμα των οσέλων".

14. "Καρδιοπάθειες, νεφροπάθειες, πνευμονοπάθειες, και άλλες παθήσεις" που δεν είναι δυνατόν η έγκυος να εκτεθεί στη δοκιμασία του τοκετού.

15. "Ο σακχαρώδης διαβήτης". Γίνεται πρώτη εκτίμηση της ωριμότητας του εμβρύου και σε συνεργασία με τον ειδικό διαβητολόγο.

16. "Η μακροχρόνια θεραπεία στειρώσης".

17. "Η ηλικιωμένη ( 35 ετών) και η νεαρή ( 17 ετών) πρωτότοκος" στην περίπτωση εκτέλεσης κολπικού τοκετού εμφανίζουν αυξημένο ποσοστό μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και έτσι ενδείκνυται η καισαρική τομή. Σ' αυτή την περίπτωση ένας ακόμη παράγοντας είναι το "πολύτιμο μωρό". Σίγουρα όλα τα μωρά είναι πολύτιμα, όμως ηλικιωμένη πρωτοτόκος με το μακροχρόνιο πρόβλημα στειρότητας επίσης και η έγκυος με βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό (επανειλημμένες αποτυχημένες εγκυμοσύνες ή προβληματικός προηγούμενος τοκετός) είναι παράγοντες που οδηγούν στην απόφαση εκτέλεσης καισαρικής τομής.

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

19. "Οι περιπτώσεις με βαριά ευαισθητοποίηση στον παράγοντα RHESUS".

20. Στην περίπτωση "αποτυχίας εκτέλεσης εμβρυολκίας" επιβάλλεται η αναθεώρηση της απόφασης για κολπική διεξαγωγή του τοκετού.

21. "Η εμβρυϊκή δυσπράγία" Ενδείξεις από το έμβρυο όπως η αλλοίωση της συχνότητας των καρδιακών παλμών ή χρωματισμένο ενάμνιο οδηγούν στην λήψη απόφασης για εκτέλεση καισαρικής τομής μόνο όταν υπάρχει συστηματική καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση, που συνδυάζεται και με μέτρηση της οξεοβασικής ισορροπίας του εμβρύου.

22. "Η ερπητική κολπίτιδα και αιδοιίτιδα". Σε αυτές τις περιπτώσεις η καισαρική επιβάλλεται να γίνει προτού σπάσουν οι υμένες του εμβρύου ή το πολύ 4έως6 ώρες αργότερα.

#### 4.2 ΑΝΤΕΔΕΙΞΕΙΣ.

Η Καισαρική τομή στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. "Νεκρό έμβρυο". Μόνο όταν είναι μεγάλο, υπάρχει απόλυτη ή δυσανολογία ή υδροκεφαλία και ο μαιευτήρας δεν έχει την πείρα εκτέλεσης της ανάλογης μαιευτικής επέμβασης τότε επιτρέπεται η εκτελεσή της ώστε να αποφευχθούν επικίνδυνες κακώσεις του πνευμονογεννητικού σωλήνα.

2. "Έκλυση προώρου τοκετού" και δεν είναι σίγουρη η βιωσιμότητα του εμβρύου από ανωριμοτητά του.

3. "Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος", στην περίπτωση αυτή είναι προτιμότερο τοκετός από τον κόλπο .

4. "Η ανεπαρκής κάλυψη από χειρουργικό εξοπλισμό και διαθέσιμο αίμα".

5. "Η ενδομήτρια διάγνωση εμβρυϊκών τεράτων". Σ' αυτή την περίπτωση συζητείται γιατί η διεξαγωγή κολπικού τοκετού είναι αδύνατη όπως στη περίπτωση συνένωσης διδύμων.

Αντεδείξεις όπως επανελλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες κολπικού τοκετού, ή πρόιμη ρήξη των υμένων από ημέρες και η φλεγμονή των γεννητικών οργάνων έχουν ξεπεραστεί σε μεγάλο βαθμό σήμερα με την προφυλακτική αντιβίωση.

### 5.1 ΕΙΔΗ ΤΟΜΩΝ.

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

Κοιλιακών τοιχωμάτων: προτιμάται κάθετη και η εγκάρσια τομή

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

β. Εγκάρσια τομή (PFANNENSTIEL): γίνεται στο υπογάστριο ακριβώς επάνω από το αψηβαίο.

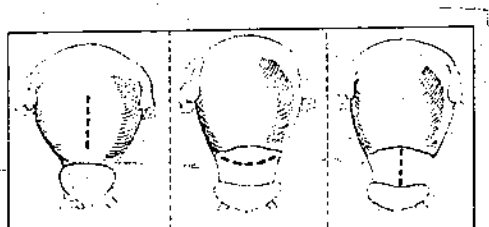
Τοιχωμάτων της μήτρας: Εκτελούνται οι εξής τομές:

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

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

γ. Εξωπεριτονοϊκή τομή (WATERS): εκτελείται στην περίπτωση υποψίας ενδομήτριας μόλυνσης, στο κατώτερο τμήμα της μήτρας έπειτα από αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής με ειδική τεχνική ώστε να αποφευχθεί η διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας. Συνήθως αυτή η τομή δεν προτιμάται γιατί δεν υπερτερεί από την χαμηλή εγκάρσια.

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



Σχ. 3. Είδη τομών τοιχωμάτων μήτρας.

## 5.2 ΕΚΛΟΓΗ ΤΟΜΗΣ.

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

### Κοιλιακών τοιχωμάτων:

α. Κάθετη τομή: στη περίπτωση που η έγκυος είναι παχύσαρκη και το έμβρυο μεγάλο. Εκτελείται γρήγορα και αποφεύγεται η απώλεια αίματος. Έτσι σε σοβαρή αλλοίωση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών ή σε επιβαρημένη κατάσταση της επιτόκου, μεγάλη αιμορραγία, προτιμάται η κάθετη τομή. Μειονεκτήματα της είναι ότι μπορεί να προκαλέσει μετεγχειρητική κοιλιοκήλη που επουλώνεται δυσκολότερα.

β. Εγκάρσια τομή: προτιμάται γιατί τα αισθητικά αποτελέσματα είναι καλύτερα, δεν προκαλεί μετεγχειρητική κοιλιοκήλη και επουλώνεται καλύτερα. Μειονεκτεί στο ότι ο χρόνος που απαιτείται για την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων είναι μεγαλύτερος η απώλεια αίματος μεγαλύτερη και τέλος μπορεί να συμβεί τραυματισμός της ουροδόχου κύστεως κυρίως όταν υπάρχουν συμφύσεις από προηγούμενη εγχείρηση.

### Τοιχωμάτων μήτρας:

α. Ψηλή κάθετη τομή, σήμερα δεν προτιμάται, γιατί εκτελείται στο συσταλτό μέρος της μήτρας και υπάρχει ο κίνδυνος ρήξεως της ουλής σε επόμενη εγκυμοσύνη, γιατί δημιουργείται εύκολα μόλυνση του τραύματος και εγκατάσταση περιτονίτιδας και τέλος γιατί δημιουργεί συμφύσεις ανάμεσα στα τοιχώματα της μήτρας, στο επίπλου ή στις εντερικές έλικες. Προτιμάται μόνο στην περίπτωση ινομυώματος της πρόσθιας επιφάνειας του κατώτερου τμήματος της μήτρας.

β. Χαμηλή κάθετη τομή, προτιμάται γιατί στην περίπτωση δυσκολίας εξόδου του εμβρύου είναι εύκολο να γίνει επέκταση στην πάνω

γωνία της. Άν γίνει επέκταση προς τα κάτω μπορεί να συμπεριλάβει τον τραχήλο, κόλπο και μερικές φορές και την ουροδόχο κύστη. Κυρίως προτιμάται στις περιπτώσεις που:

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

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

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

Αυτές οι παραλλαγές θέτουν τη μήτρα σε κίνδυνο ρήξης της ουλής σε επόμενη εγκυμοσύνη και έτσι πρέπει να αποφεύγεται η εκτέλεση της χαμηλής κάθετης τομής.

### 6.1 ΚΑΘΕΤΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.

Η κάθετη καισαρική τομή γίνεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας με αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής ή χωρίς αυτήν σε έκταση 8-12εκ . Μετά την διάνοιξη της κοιλότητας της μήτρας και των εμβρυϊκών υμένων, ο χειρουργός εκτελεί την εξαγωγή του εμβρύου με χειρισμούς που εξαρτώνται από την προβολή του εμβρύου.

Σε κεφαλική προβολή, ο χειρουργός τοποθετεί το χέρι του - εκτός τον αντίχειρα - μέσα από το τραύμα της μήτρας, πίσω από την προβάλλουσα μοίρα έτσι ώστε να το χρησιμοποιήσει σαν μοχλό για να διευκολύνει την εξαγωγή της κεφαλής. Αν η κεφαλική προβολή είναι οπίσθια τότε στρέφει το πρόσωπο προς τα πίσω και έτσι διευκολύνεται η έξοδος της κεφαλής με την παλάμη. Υποβοηθητικά πρέπει να ασκείται πίεση πάνω στον πυθμένα της μήτρας με το άλλο χέρι του χειρουργού ή από τον βοηθό. Έπειτα η έξοδος του εμβρύου ακολουθεί τους κανόνες του φυσιολογικού τοκετού.

Σε ισχιακή προβολή, οι χειρισμοί είναι ίδιοι με αυτούς του κοιλιακού τοκετού σε ισχιακή προβολή, δηλαδή μετά τη σύλληψη των ποδιών και την έξοδο του κορμού του εμβρύου γίνεται με προσοχή εξαγωγή των χεριών και της κεφαλής.

Στην περίπτωση που το σχήμα είναι εγκάρσιο, επιβάλλεται ο μετασχηματισμός του εμβρύου, συνήθως σε ισχιακή προβολή και έπειτα γίνεται η εξαγωγή του. Σπάνια η έξοδος της κεφαλής στις οπίσθιες θέσεις είναι προβληματική οπότε χρησιμοποιείται εμβρυουλκός.

Μετά την εξοδό του, το έμβρυο τοποθετείται, πάνω στα πόδια της μητέρας και αφού απελευθερωθούν οι αεροφόρες οδοί από τις εκκρίσεις συλλαμβάνεται με δύο λαβίδες ο ομφάλιος λώρος και αποκόπτεται. Έπειτα παραδίδεται το νεογέννητο στον παιδίατρο.

Αφού δοθούν μητροσυσπαστικά φάρμακα στη συνέχεια ο χειρουργός



προχωρεί στην υστεροτοκία με το χειρισμό του CREDE.

Αν ο πλακούντας δεν έχει ξεκολλήσει, τότε γίνεται δακτυλική αποκόλλησή του. Πρέπει να γίνεται έλεγχος με δακτυλική επισκόπηση της μήτρας ώστε να διαπιστωθεί ότι δεν έχει παραμείνει τμήμα του πλακούντα ή υμένες. Έπειτα γίνεται η συρραφή του εγχειρητικού τραύματος την μήτρας σε τέσσερα στρώματα: μυομήτριο σε δύο στρώματα, μυομήτρια-ορογόνους το τρίτο, μόνο ορογόνους το τέταρτο με συνεχείς ραφές και ζωϊκά ατραυματικά ράμματα χρωμιωμένα, N<sup>0</sup> 1, στα δύο πρώτα στρώματα, N<sup>0</sup> 0 στο τρίτο και N<sup>0</sup> 2/0 στον ορογόνο. Σύμφωνα με άλλη τεχνική η συρραφή γίνεται σε τρία στρώματα το πρώτο συνεχής, το δεύτερο διακεκομμένη και το τρίτο συνεχής αποφεύγοντας τη συρραφή του ενδομητρίου.



ΣΧ. 4

Κάθετη καισαρική τομή



ΣΧ. 5

Χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή.

## 6.2 ΧΑΜΗΛΗ ΕΓΚΑΡΣΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.

Η χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή γίνεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας που δε συστέλλεται μετά από διατομή αποκόλλησης και κα-

τάσπαση της κυστεομητρικής πτυχής.

Η τομή γίνεται ημικυκλικά με την κυρτότητα προς τα κάτω και αφορά τους επιπολείς ιστούς του τραχήλου. Στη συνέχεια γίνεται στο κέντρο της τομής μια διαμπερής αμβλεία διάνοιξη με λαβίδα που επεκτείνεται στη συνέχεια προς τα πλάγια με τους δείκτες των χεριών του χειρουργού. Μετά εισάγεται η άκρα χείρα εκτός του αντίχειρα από το τραύμα μέσα στη μήτρα και γίνεται η εξαγωγή του εμβρύου. Μετά την υστεροτομία γίνεται έλεγχος της κοιλότητας της μήτρας με δακτυλική επισκόπηση, ελέγχεται η τυχόν αιμορραγία και αρχίζει η συρραφή με προσοχή στις γωνίες του τραύματος. Το εγχειρητικό τραύμα της μήτρας συγκλείνεται σε ένα ή δύο στρώματα, με ισάριθμες συνεχείς ραφές ή συνεχή ραφή-διακεκομμένη. Σε μερικές περιπτώσεις η συρραφή γίνεται με μία μόνο διακεκομμένη ραφή του μυϊκού χιτώνα. Η επούλωση και αντοχή του τραύματος της μήτρας στη περίπτωση αυτή πλεονεκτεί και γίνεται φανερό στην επόμενη καισαρική τομή. Στη συνέχεια γίνεται αποκατάσταση της κυστεομητρικής πτυχής με συνεχή ραφή. Τα ράμματα είναι ζωϊκά χρωμιωμένα N<sup>o</sup> 1 για τις δύο πρώτες ραφές και N<sup>o</sup> 2/0 για την κυστεομητρική πτυχή. Κατά μία άποψη η υπέγερση της μήτρας έξω από τα κριλιακά τοιχώματα βοηθάει στη, καλύτερη και λιγότερο αιμορραγική αποκατάσταση του τραύματος της μήτρας στην περίπτωση κυρίως που πρέπει να γίνει η αποκατάσταση της κυστεομητρικής πτυχής.

### 6.3 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΘΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΡΣΙΑΣ

#### ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.

Η χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή πλεονεκτεί απέναντι στην κάθετη, ιδιαίτερα στην κλασική που δε γίνεται απόθεση της κυστεομητρικής πτυχής:

Μετά τη συρραφή της το τραύμα απομονώνεται σε όλη του την έκταση από την περιτονοϊκή κοιλότητα. Ελαττώνεται ο κίνδυνος μετεγχειρητικής περιτονίτιδας, ειλεού και συμφύσεων.

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

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

## 7. Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Σ Η

### 7.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η σωστή προεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς προλαβαίνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή της. Η προεγχειρητική φροντίδα της εγκύου, που πρόκειται να υποβληθεί σε καισαρική τομή, είναι ίδια με αυτήν που γίνεται σε κάθε λαπαροτομία.

Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει: α) την ψυχολογική προετοιμασία και β) την φυσική προετοιμασία.

Α) Ψυχολογική προετοιμασία: Η έγκυος πριν την επέμβαση και όταν αυτή είναι προγραμματισμένη και δεν είναι απόφαση κατά την διάρκεια του τοκετού, έχει φόβο και άγχος όχι μόνο για τον τοκετό αλλά και για την επέμβαση που θα υποβληθεί. Αυτή η ψυχολογική κατάσταση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη STRESS και την πρόκληση υδατοηλεκτρολυτικών διαταραχών από την προεγχειρητική περίοδο. Για τον λόγο αυτό η νοσηλεύτρια όταν υπάρχει ο χρόνος πριν την επέμβαση πρέπει να συζητήσει με την έγκυο τους φόβους και τις απορίες της. Να προσπαθήσει να τις δώσει με απλά και κατανοητά λόγια, πληροφορίες σχετικά με την επέμβαση όπως για την αναισθησία, την τομή, το έμβρυο και όλα όσα θα ακολουθήσουν. Μετά από την συζήτηση με την νοσηλεύτρια, η έγκυος θα είναι πιο ήρεμη γιατί θα γνωρίζει τι θα γίνει και επίσης θα ξέρει ότι, όλοι μέσα στην κλινική βρίσκονται για να βοηθήσουν αυτή και το μωρό που πρόκειται να έρθει στον κόσμο.

Β) Φυσική προετοιμασία: Κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την καλή κατάσταση θρέψης έτσι ώστε να μπορεί η επίτοκος να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό

αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλυμμελή σίτηση των πρώτων ημερών μετεγχειρητικά χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό της.

Προεγχειρητικά όταν υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος:

1. Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή.
2. Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.
3. Γίνεται μετάγγιση αίματος αν υπάρχει αναιμία.
4. Σε περίπτωση που οι εμβρυϊκοί υμένες είχαν ραγεί πρέπει η χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων να αρχίσει πριν την εγχείρηση.
5. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί για την διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωϊνών ούρων στην προεγχειρητική έγκυο.
6. Διδάσκει την έγκυο πως να αναπνέει βαθειά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.
7. Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν την επέμβαση. Πρέπει να αποφεύγονται τα ισχυρά καθαρτικά γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου γίνεται με την δίαιτα.

#### Ειδικές εξετάσεις.

Είναι υποχρεωτική η εξέταση του αίματος πριν τη γενική αναισθησία και στην περίπτωση ιστορικού αιμορραγίας ή θρόμβωσης ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος.

Επίσης γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακα.

Τοποθετείται μόνιμος καθετήρας, αφού προηγηθεί η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου με ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου και της κοιλιάς ως τον οφαλό και γίνεται επάλειψη όλης της περιοχής

της κοιλιάς με αντισυπτική διάλυση.

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

Πρίν την μεταφορά της εγκύου στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια:

1. Την ντύνει με αποστειρωμένο ρουχισμό αφήνοντας ακάλυπτη την περιοχή του δέρματος ανάμεσα στον ομφαλό και στην ηβική σύμφυση.
2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
3. Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα.
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
5. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία της εγκύου.

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

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

## 7.2 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ.

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

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

Η γενική αναισθησία συχνά προκαλεί καταστολή του εμβρύου αμέσως μετά τον τοκετό. Ο βαθμός της καταστολής αυξάνει με το χρόνο μέχρι την απελευθέρωση, γι' αυτό η προετοιμασία της εγκύου (ευπρεπισμός, πλύσιμο και αντισηψία) πρέπει να γίνεται πριν την χορήγηση της γενικής αναισθησίας. Δεν πρέπει όμως να υπάρχει υπέρμετρη βιασύνη για την έξοδο του εμβρύου, γιατί, όταν η οξυγόνωση της εγκύου είναι ικανοποιητικά και η αρτηριακή πίεση της φυσιολογική, μπορεί το έμβρυο να βγει μέσα σε 5'-10' ή και 15' χωρίς να έχει επηρεαστεί.

Έτσι στην καισαρική τομή η νάρκωση μέχρι την έξοδο του εμβρύου πρέπει να είναι επιπολής δίχως όμως να έχει αίσθηση η έγκυος και να μην επηρεαστεί το έμβρυο. Για το λόγο αυτό χορηγούνται μικρές δόσεις βαρβιτουρικού μέχρι την έξοδο του εμβρύου και η νάρκωση αρχίζει όταν ο χειρουργός είναι έτοιμος και πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα διασωλήνωσης του εμβρύου σε περίπτωση που θα υπάρξει πρόβλημα.

κατά την ανάνηψη του νεογνού ώστε να γίνει τεχνητή αναπνοή. Μόλις χορηγηθεί κουράριο - προκαλεί παράλυση των μυών και έτσι καταργείται η θωρακική και διαφραγματική αναπνοή και ο χειρουργός εργάζεται ελεύθερα - διασωληνώνεται η έγκυος, γιατί παραλύουν οι αναπνευστικοί μύες η αναπνοή γίνεται μέσω τραχειοσωλήνα, και ο χειρουργός αρχίζει την επέμβαση για την ταχύτερη έξοδο του εμβρύου.

Στην συνέχεια χορηγείται συμπληρωματική δόση κουραρίου και βαρβιτουρικών και η γυναίκα κοιμάται πιο βαθιά, μετά την υστεροτομία χορηγείται ωκυτοκίνη για μητροσύσπαση που περιορίζει την μεγάλη απώλεια αίματος.

Τα ταχείας δράσης βαρβιτουρικά διαπερνούν το φράγμα του πλακούντα, συγκεντρώνονται από τον εγκέφαλο του νεογνού που είναι πλούσιος σε λιποειδή και χάνουν έτσι μεγάλη από την ναρκωτική τους επίδραση στο έμβρυο σε σχέση με εκείνη του ενήλικα.

Η φαρμακολογική ιδιότητα που μας ενδιαφέρει για κάθε φάρμακο που χορηγείται στην έγκυο είναι αν διέρχεται και σε τι ποσότητα το φράγμα του πλακούντα.

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



### 7.3 ΧΡΟΝΟΙ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.

Η εγχείρηση της καισαρικής τομής περιλαμβάνει τους εξής χρό-  
νους:

1<sup>ος</sup> Γίνεται με την τομή που έχει επιλεχτεί, διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων με γρήγορους χειρισμούς και αποφεύγεται η απολίνωση των αγγείων του υποδρώριου ιστού. Κατά τη διάρκεια αυτού του χρόνου ο βοηθός κρατά τη μήτρα μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων και του ρουχι-  
σμού επικάλυψής τους, στη μέση γραμμή. Αν ο αναισθησιολόγος διαπι-  
στώσει πτώση της αρτηριακής πίεσης τότε ο βοηθός αφήνει τη μήτρα να πέσει προς τα πλάγια.

2<sup>ος</sup> Έπειτα από την εφαρμογή διαστολέων κοιλιακών τοιχωμάτων διορθώ-  
νεται η θέση της μήτρας για την καλύτερη αποκάλυψη της πρόσθιας επι-  
φάνειας και απωθούνται οι εντερικές έλικες προς τα πάνω με μεγάλα σπλήνια. Τοποθετούνται τρία σπλήνια για την καλύτερη απόθεση των εντερικών ελικών και την καλύτερη απομόνωση του εγχειρητικού πεδίου. Ένα στο πυθμένα της μήτρας και δύο στα πλαγιά της. Έτσι αποφεύγε-  
ται η διαφυγή αμνιακού υγρού ή αίματος μέσα στην περιτονοϊκή κοιλό-  
τητα.

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

4<sup>ος</sup> Ο χειρουργός συλλαμβάνει με χειρουργική λαβίδα την κυστεομητρική πτυχή και την κόβει με ψαλίδι, την αποκολλά με τα δάκτυλα ή με το-  
λυπιο, εφαρμοσμένο σε τολουπολαβίδα σε έκταση όχι παραπάνω από 5 εκ. και την κατασπά προς την ουροδόχο κύστη, με σύγχρονη και σε μικρό βάθος αποκόλληση του ορογόνου χιτώνα της μήτρας, που αντιστοιχεί στο

πάνω χείλος της τομής. Η αποκόλληση του άνω χείλους βοηθά στην καλύτερη επικάλυψη της τομής στο τέλος της εγχείρησης. Αν η αποκόλληση προβλέπεται δύσκολη εγκαταλείπεται για να μην καθυστερεί η επέμβαση.

5<sup>ος</sup> Αφαιρείται ο διαστολέας DOYEN από το βοηθό και ξανατοποθετείται, έτσι ώστε να συγκρατεί το κάτω χείλος της τομής της κυστεομητρικής πτυχής.

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

Άλλος τρόπος διάνοιξης, της τομής των τοιχωμάτων της μήτρας, που πρέπει να προτιμάται, όταν η γυναίκα βρίσκεται σε τοκέτο, γιατί το τοίχωμα της μήτρας στο σημείο αυτό είναι λεπτό, είναι η ημισελήνοειδής και σε έκταση 2-3 εκ. χάραξη με νυστέρι του κατώτερου τμήματος της μήτρας, χωρίς αυτή να φτάνει ως την ενδομήτρια κοιλότητα σε όλη της την έκταση, παρά μόνο στο κέντρο. Ύστερα με τους δείκτες μέσα στο άνοιγμα επεκτείνεται η τομή προς τα πλάγια.

7<sup>ος</sup> Ο βοηθός αφαιρεί το διαστολέα της κάτω γωνίας του τραύματος.

Ο χειρουργός εισάγει την αριστερή παλάμη του (αν βρίσκεται αριστερά της γυναίκας) κάτω από την κεφαλή του εμβρύου και πιέζει το πυθμένα της μήτρας με το δεξί του χέρι, βοηθούμενος από τον άλλο βοηθό ώστε η κεφαλή του εμβρύου χρησιμοποιώντας τη παλάμη του σαν υπομόχλιο να εξέλθει από το άνοιγμα της τομής. Σε ισχιακή προβολή ή σε εγκάρσιο σχήμα ο χειρουργός συλλαμβάνει το πόδι του εμβρύου με την βοήθεια σπληνίας, για να μην του γλιστρήσει.

8<sup>ος</sup> Αναρρόφονται οι εκκρίσεις του στόματος και της μύτης του εμβρύου από τον έναν βοηθό αμέσως μετά την απελευθέρωση της κεφαλής, και έλκεται η κεφαλή προς τα έξω, όπως στο φυσιολογικό τοκετό, για να ελευθερωθούν οι ώμοι του και να βγει ολόκληρο το έμβρυο. Αν η έξοδος της κεφαλής είναι δύσκολη, χρησιμοποιείται ειδικός εμβρυολικός του SIMIPSON για να βοηθηθεί.

9<sup>ος</sup> Ο χειρουργός συλλαμβάνει το έμβρυο από τα σφυρά αμέσως μετά την έξοδο του γίνεται αναρρόφηση των εκκρίσεων από το στόμα και τη μύτη του, ο βοηθός απολινώνει τον ομφάλιο λώρο και το νεογνό παραδίνεται στο βοηθητικό προσωπικό ή στο νεογνολόγο για την περιθαλπή του.

Η συγκράτηση του νεογνού από τα σφυρά σε υψηλότερο επίπεδο από το πεδίο του πλακούντα επιβάλλει τη γρήγορη απολίνωση του ομφάλιου λώρου, γιατί συμβαίνει σημαντική απώλεια αίματος, για το νεογνό. Είναι προτιμώτερο η απολίνωση του ομφάλιου λώρου να γίνεται όταν το έμβρυο βρίσκεται ανάμεσα στους μηρούς της γυναίκας.

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

11<sup>ος</sup> Ο πρώτος βοηθός αποσπογγίζει το αίμα του τραύματος και ο χειρουργός συλλαμβάνει με ρυτιδωμένες λαβίδες τις δύο γωνίες του για

την αποφυγή αιμορραγίας.

12<sup>OS</sup> Ο πρώτος βοηθός έλκει προς τα πάνω τις δύο θυριδωτές λαβίδες για την καλύτερη έκθεση του τραύματος και ο χειρουργός με το αριστερό χέρι συλλαμβάνει τον ομφάλιο λώρο, ενώ με το δεξί χέρι ασκεί πίεση στον πυθμένα της μήτρας πάνω από τα κοιλιακά τοιχώματα, για να βγει ο πλακούντας. Μετά από την έξοδο ελέγχεται η ακαιρεότητα του. Αν δεν βγαίνει με αυτό το χειρισμό ο πλακούντας ή αν διαπιστωθεί ότι δεν είναι ολόκληρος τότε ο χειρουργός εκτελεί δαχτυλική επισκόπηση της μήτρας. Μετά την έξοδο του πλακούντα χρησιμοποιείται λαβίδα KOCHER για την αποκόλληση και έξοδο των εμβρυϊκών υμένων.

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

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

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

Η πρώτη ραφή γίνεται με συνεχόμενο χρωμιωμένο ράμμα CAT-GUT

No 0 ή 1 σε στρογγυλή βελόνα, και πιάνει το φθαρτό χιτώνα και μέρος του μυϊκού χιτώνα. Τα άκρα του ράμματος των δύο γωνιών συλλαμβάνονται με λαβίδες KOCHER και κρατούνται από τον δεύτερο βοηθό πρόστα επάνω και έξω αφού αφαιρεθούν οι δύο θυριδωτές λαβίδες των γωνιών. Η πρώτη ραφή πρέπει να τελειώσει όσο πιο γρήγορα γίνεται, για την αποφυγή απώλειας αίματος και για την καλύτερη σύσπαση της μήτρας. Στη συνέχεια, με δεύτερη συνεχόμενη ραφή, από το ίδιο ράμμα, καλύπτεται η πρώτη με τη συμπλησίαση του μυϊκού τοιχώματος της μήτρας, ενώ ο βοηθός κρατά πάλι τις δύο γωνίες του τραύματος.

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

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

16<sup>ος</sup> Ο πρώτος βαθμός εισάγει διαστολέα κοιλιακών-τοιχωμάτων στην πάνω γωνία του τραύματος, ο χειρουργός αφαιρεί τα σπλήνια που είχε απομονώσει το χειρουργικό πεδίο και την περιτοναϊκή κοιλότητα και αποσπογγίζει ολόκληρη τη κοιλότητα από το αμνιακό υγρό ή το αίμα. Ταυτόχρονα γίνεται έλεγχος της συσπαστικότητας της μήτρας. Για να γίνει καλύτερα αποσπόγγιση του χώρου δίπλα από την μήτρα, πιέζεται το σώμα της μήτρας πρόστα αριστερά με τολουπολαβίδα και με μια δεύτε-

ρη σπογγίζεται το δεξιό υπογάστριο. Ύστερα πιέζεται το σώμα προς τα δεξιά και με την δεύτερη τολουπολαβίδα σπογγίζεται το αριστερό υπογάστριο. Σε περίπτωση που η περιτοναϊκή κοιλότητα ρυπάνθηκε γίνεται εκπλυσή της με φυσιολογικό ορό.

17<sup>ος</sup> Αφού αφαιρεθούν οι διαστολείς των κοιλιακώντοιχωμάτων συλλαμβάνονται με λαβίδες τα χείλη του περιτοναίου και στη συνέχεια γίνεται σύγκλειση του τραύματος της κοιλιάς κατά στρώματα, αφού προηγουμένως γίνει έλεγχος της κατάστασης των σαλπίγγων, ωθηκών και ολόκληρης της περιτοναϊκής κοιλότητας. Αν ο έλεγχος της περιτοναϊκής κοιλότητας δείξει την ύπαρξη φλεγμονής της σκληροειδούς απόφυσης γίνεται σκληροδεκτομή χωρίς τον κίνδυνο επιβάρυνσης της κατάστασης της γυναίκας.

18<sup>ος</sup> Συνθλίβεται ο πυθμένας της μήτρας μετά την συρραφή των κοιλιακών τοιχωμάτων και πριν η γυναίκα συνέλθει από την αναισθησία για να βγούν τα πήγματα αίματος, και αποσπογγίζεται η κοιλότητα του κόλπου με τούμπια εφαρμοσμένα σε τολουπολαβίδα για την απελευθέρωση του από πήγματα αίματος που έχουν συγκεντρωθεί σ' αυτόν.

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

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

#### 7.4 ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ.

Περίμετρος κεφαλής 33-35 εκ. Μπορεί να καλύπτεται από λεπτή τρίχωση "χνούδι" το οποίο μετά από λίγο καιρό θα αποπέσει.

Ο θώρακας είναι λίγο μικρότερος από την κεφαλή. Οι αναπνοές είναι 30/λεπτό και στην αρχή επιπόλαιες. Το νεογνό θα πρέπει να κλάψει κατά τη γέννηση.

Θερμοκρασία ορθού:  
36,7-37,2°C.

Διογκώμενη κοιλία. Σχετικά μεγάλο ήπαρ και ατονία των κοιλιακών μυών.

Τα άκρα είναι θερμά και καλοσηματισμένα. Το δέρμα πρέπει σύντομα να γίνει ρόδινο.

Το νεογνό περιβάλλεται μέσα στη μήτρα από σμήγμα που καλείται "VERNIX CASEOSA". Το σμήγμα αυτό προστατεύει το δέρμα από τη διαπότιση με το αμνιακό υγρό.

Μήκος 51 εκ(20 ίντρες)

Βάρος 3,5 Kgr (7 1/2 lb)

Οφθαλμοί ξηροί.

Το νεογνό δεν δακρύζει.

Το χρώμα των ματιών είναι πάντοτε γαλάζιο κατά την γέννηση.

Σφύξεις (καρδιακή ώση)  
120-140/λεπτό.

Το κολόβωμα του ομφάλιου λώρου απολινώνεται. Θα πρέπει να αποφραχθεί μέσα σε 3-4 ημέρες και να αποπέσει περίπου την 6<sup>η</sup> ημέρα.

Οι όρχεις στα αρρενα νεογνά μπορεί να μην έχουν κατέλθει ακόμα στο όσχεο.



### ΑΜΕΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ.

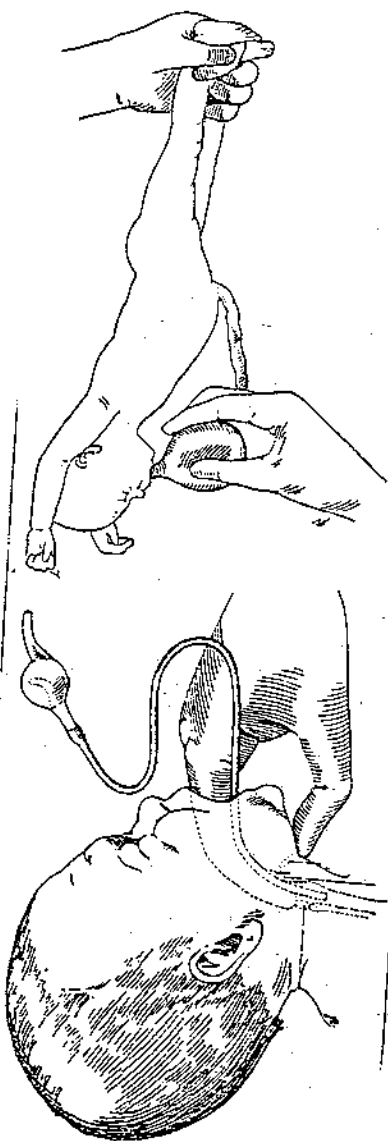
Η πείθαλψη του νεογού αρχίζει αμέσως μετά τον τοκετό και είναι υποχρέωση όχι μόνο του νεογνολόγου-παιδίατρου αλλά και του μαιευτήρα.

#### ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ.

Όταν ακόμα ο μαιευτήρας κρατά το νεογνό από τα σφυρά με το αριστερό του χέρι, τότε με το δεξί, και με μια αποστειρωμένη μικρή γάζα, απελευθερώνονται το στόμα και η μύτη του από τη βλένα, το αμνιαζτό υγρό και το αίμα, που μπορεί με τις πρώτες αναπνοές να εισροφηθούν.

Σχ. 6

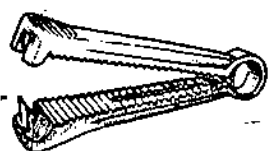
Αναρρόφηση εκκρίσεων



Μετά την απελευθέρωση του στόματος και της μύτης, το νεογνό τοποθετείται σε ύπτια θέση με το κεφάλι του σε χαμηλότερο επίπεδο, και με ειδικό καθετήρα αναρροφούνται οι υπάρχουσες ύλες στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα. Στα πρόωρα και κουρασμένα νεογνά η περιποίηση γίνεται σε θερμοκιτίδα ή σε ειδικό θερμαινόμενο κρεβάτι. Η αναρρόφηση γίνεται μόνο στο στόμα και φάρυγγα και όχι στον λάρυγγα και την τραχεία και δεν πρέπει να κρατήσει περισσότερο από ένα λεπτό. Έπειτα από την απελευθέρωση των ανώτερων αναπνευστικών οδών, ο καθετήρας εισάγεται στο στομάχι και αφαιρούνται τα υγρά του. Στα νεογνά με καισαρική τομή τα υγρά είναι περισσότερα και η αφαίρεσή τους διευκολύνει τις κινήσεις του διαφράγματος. Όταν η ποσότητα των υγρών του στομάχου







λώρο και με το ίδιο ομφαλόδεμα δένεται για δεύτερη φορά σε απόσταση 1εκ από τον ομφαλό. Μετά κόβεται ο ομφάλιος λώρος πάνω από την δεύτερη περίδεση.

Σχήμα 10.

CLIP του HOLLISTER για β) Χρησιμοποιείται το ίδιο ομφαλόδεμα και την απολίνωση της ομφαλίδος. δένεται ο ομφάλιος λώρος σε απόσταση 2εκ. από τον ομφαλό του νεογνού. Μετά γίνεται ίδια περίδεση με άλλο ομφαλόδεμα σε απόσταση 2εκ. πάνω από την πρώτη. Έπειτα κόβεται ο ομφάλιος λώρος πάνω από τη δεύτερη περίδεση.

γ) Αντί για περίδεση χρησιμοποιείται αποστηρομένος ειδικός πλαστικός αγκιτήρας (CLIP), που εφαρμόζεται 2εκ. από τον ομφαλό. Αυτός απολινώνει, με πίεση τα αγγεία. Ο ομφάλιος λώρος κόβεται σε μικρή απόσταση από το σημείο εφαρμογής του CLIP.

Γίνεται προσεκτικός έλεγχος του κολοβώματος του ομφάλιου λώρου για τον κίνδυνο αιμορραγίας, και μετά από την εξέταση και το λουτρό του νεογνού απολυμαίνεται και καλύπτεται με άσηπτη γάζα. Πάνω από τη γάζα και γύρω από την κοιλιά του νεογνού τοποθετείται υφασμάτινη λεπτή ταινία πλάτους 10-12εκ. που λέγεται ομφαλεπίδεσμος και δένονται οι δυο λεπτές άκρες του. Σύμφωνα με μερικούς το κολοβώματος ομφάλιου λώρου δεν πρέπει να καλύπτεται γιατί όταν είναι ακάλυπτο, ξηραίνεται ευκολότερα, πέφτει γρηγορότερα και παρακολουθείται καλύτερα.

Η περίδεση του ομφάλιου λώρου πρέπει να γίνεται όταν σταματούν οι σφύξεις του. Σε χαλαρή περίδεση μπορεί να εμφανισθεί αιμορραγία και σε πολύ ισχυρή και με λεπτό ομφαλόδεμα μπορεί να κοπούν τα αγγεία του ομφάλιου λώρου.

### ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΜΑΤΙΩΝ.



Σχ. 11.

από τα δάκρυα.

Μετά από την περίδεση του ομφάλιου λώρου με "αποστηρωμένη" γάζα που έχει εμποτιστεί με "αποστηρωμένο" φυσιολογικό ορό καθαρίζονται τα μάτια του νεογνού και γίνεται ενστάλλαξη κολλυρίου νεομυκίνης ή πενικιλλίνης για την αποφυγή μόλυνσης του (οφθαλμία) από μικρόβια του κόλπου, όπως ο γονόκκος. Οι δακρυϊκοί αδένες του νεογνού δεν λειτουργούν και δεν υπάρχει αντισηπτική προστασία

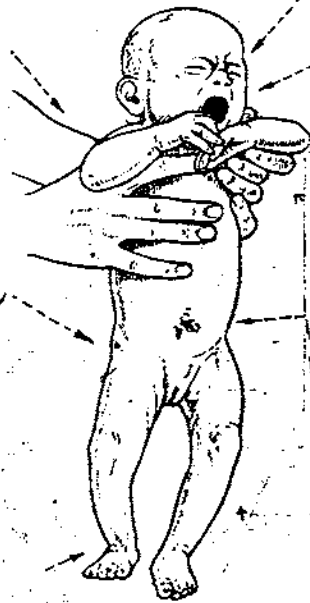
### ΕΞΕΤΑΣΗ

Ορισμένες από τις συχνότερες βλάβες θα πρέπει να σημειώνονται κατά τη γέννηση.

Οι βλάβες του νευρικού συστήματος είναι οι συχνότερες.

Πρέπει να εξετάζεται όλη η σπονδυλική στήλη και να ψηλαφάται για ύπαρξη ΜΗΝΙΓΓΟΚΗΔΗΣ.

Το μικρο δακτυλο του χεριού μας πρέπει να τοποθετείται ήπια μέσα στο πρωκτό για να αποκλεισθεί η ΑΠΡΗΣΙΑ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ.



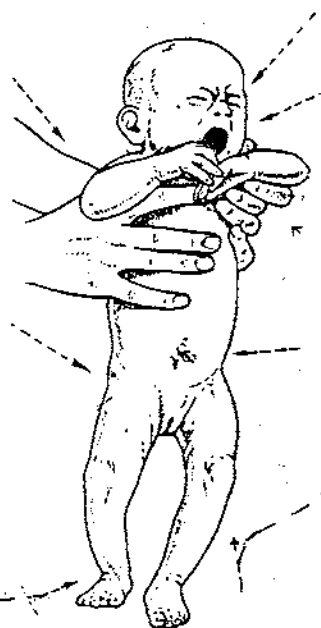
Μπορεί να υπάρχουν περισσότερα πτερύγια ή ακόμα απουσία ενός αυτιού.

Το πρόσωπο μπορεί να έχει χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν διανοητικές βλάβες όπως ο ΜΟΓΓΟΛΙΣΜΟΣ.

Ο ομφαλός μπορεί να μην είναι καλά σχηματισμένος με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί

Τα κατω άκρα μπορεί να δείχνουν σημεία ΣΤΡΕΒΛΟΠΟΔΙΑΣ. Αμφότερα τα άνω και κάτω άκρα μπορεί να έχουν ΜΕΣΟΔΑΚΤΥΛΙΕΣ ΠΤΥΧΕΣ

ή  
ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΑ ΔΑΚΤΥΛΑ.



ΕΞΩΜΦΑΛΟΣ. Πρέπει να υπάρχουν τρία ομφαλικά αγγεία.

Τα έξω γεννητικά όργανα μπορεί να παρουσιάζουν ανωμαλίες με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν δυσκολίες στον καθορισμό του φύλου του νεογνού - ΜΕΣΟΦΥΛΙΑ. Στο αρσενικό νεογνό μπορεί να παρατηρηθεί ΥΠΟΣΠΤΑΔΙΑ.

Η εξέταση του νεογνού γίνεται μετά από την άμεση περίθαλψη του όταν η καταστασή του το επιτρέπει, εξετάζεται με λεπτομέρεια διαφορετικά αναβάλλεται για αργότερα όχι όμως περισσότερο από 24 ώρες. Ακόμη το νεογνό εξετάζεται απαραίτητα από τον παιδίατρο την ημέρα εξόδου της λεχωίδας από την κλινική.

οι εξετάσεις που μπορούν να γίνουν στο πρώτο 24ωρο είναι:

- α) Προσδιορισμός αιμοσφαιρίνης.
- β) Καταμέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων.
- γ) Γενική εξέταση ούρων.
- δ) Προσδιορισμός ασβεστίου ορού.
- ε) Προσδιορισμός ολικών λευκωμάτων ορού.

ΛΟΥΤΡΟ.

Μετά την άμεση περίθαλψη, γίνεται λουτρό στο νεογνό σε νερό θερμοκρασίας 36° - 37° C και η θερμοκρασία δωματίου είναι 23° - 24° C. Γίνεται σε ειδικό βρεφολουτήρα ή σε οποιαδήποτε καθαρή λεκάνη, κρα-

τώντας το νεογνό με το ένα χέρι από τον τράχηλο και τη ράχη του και με το άλλο από την οπίσθια επιφάνεια των μηρών του. Μετά το λουτρό το νεογνό στεγνώνεται με άσηπτο οθόνιο και αλείφονται οι δερματικές πτυχές με ειδικό λάδι. Σε περίπτωση, που το σώμα του νεογνού έχει άφθονο σμήγμα, που είναι απαραίτητο για την προστασία του από τη διαποτισή του με αμνιακό υγρό, τότε πρώτα καθαρίζεται με ειδικό λάδι και έπειτα γίνεται το λουτρό του.

#### ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ.

Μετά από το λουτρό τοποθετείται στο δεξιό του νεογνού ειδική πλαστική ταυτότητα στην οποία είναι γραμμένο το επώνυμο της μητέρας του. Για μεγαλύτερη ασφάλεια προτιμάται η λήψη αποτυπώματος του πέλματός του στο ιστορικό της λεχωίδας δίπλα σε δικό της δακτυλικό αποτύπωμα.

#### ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΗΣΗ.

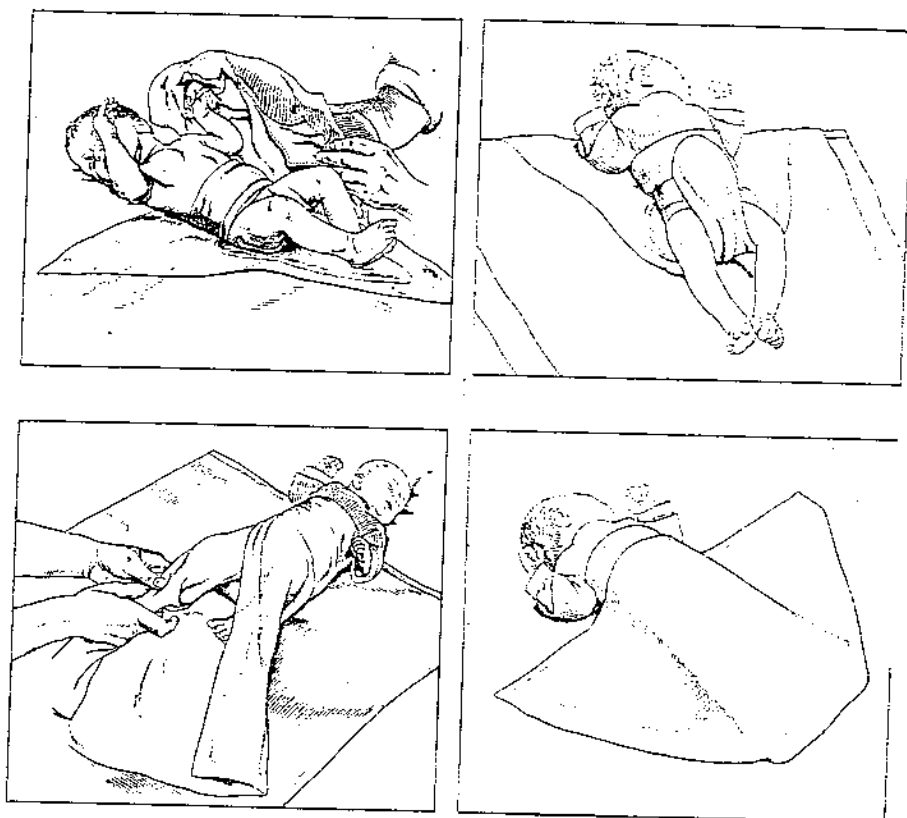
Γίνεται από το ορθό δύο φορές την ημέρα.

#### ΖΥΓΙΣΗ

Μετά την περίθαλψη του προσδιορίζεται στον βρεφοζυγό το βάρος του νεογνού και αναγράφεται στο βιβλίο τοκετού και στο ιστορικό της λεχωίδας. Στο φυσιολογικό τελειόμηνο νεογνό το βάρος κυμαίνεται από 2.500-4.500 γραμ. και ο μέσος όρος βάρους για τα αρσενικά είναι 3.400 γρ. και για τα θυλυκά 3.250 γρ.

#### ΣΠΑΡΓΑΝΩΣΗ

Μετά το λουτρό του νεογνού ακολουθεί η σπαργάνωση του δηλ. η ένδυση του με ειδικό λεπτό υποκάμισο και η τοποθέτησή του πάνω σε δύο τετράγωνα οθόνια διπλωμένα σε τριγωνικό σχήμα. Το μικρότερο τοποθετείται εσωτερικά έτσι ώστε η βάση του τριγώνου να φτάνει στις μασχάλες του και η κορυφή στους γλουτούς. Το μεγαλύτερο τοποθετείται εξωτερικά έτσι ώστε να τυλίγει και τα δύο άνω άκρα.



Σχ. 12 Σπαργάνωση του νεογνού.

Μετά την σπαργάνωση τοποθετείται στο λίκνο του χωρίς μαξιλάρι. Το λίκνο πρέπει να καθαρίζεται εύκολα να είναι έτσι κατασκευασμένο ώστε να μπορεί η κεφαλή του να κατεβαίνει χαμηλότερα. Το νεογνό παραμένει για 24 ώρες μετά τη γεννησή του σε ειδικό θάλαμο για παρακολούθηση και ύστερα, μεταφέρεται στο τμήμα, νεογνών η στο δωμάτιο της μητέρας του. Πρέπει να προσέχεται από ρεύματα του αέρα και από εστίες μόλυνσης.

#### ΔΙΑΤΡΟΦΗ.

Η διατροφή του νεογνού διακρίνεται σε φυσική διατροφή ή θηλασμό σε τεχνητή διατροφή και σε μεικτή διατροφή. Ο πρώτος θηλασμός γίνεται μέσα στις πρώτες 24 ώρες από τη γεννησή του. Το πρώτο γεύμα τεχνητής διατροφής γίνεται από βρασμένο νερό ή φυσιολογικό ορό, γιατί

αν χορηγηθεί γάλα και υπάρχει διαπλαστική ανωμαλία, μπορεί το νεογνό να πάθει εισρόφηση που είναι επικύνδυνη ενώ με το νερό ο κίνδυνος είναι μικρότερος.

Σχ. 13 Τρόπος τοποθέτησης του νεογνού στη θηλή του μαστού.



### 7.5 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

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

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

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι:

- Η λεχωίδα να παραμένει σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
- Λήψη των ζωτικών σημείων σε συχνά διαστήματα.
- Παρακολούθηση τραύματος.
- Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών. Έπειτα από την ανάνηψη η λεχωίδα μεταφέρεται στον θαλαμό της. Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας στο στάδιο αυτό είναι:
- Πρέπει να παρακολουθεί τη λοχεία τις πρώτες μέρες.
- Πρέπει να φροντίσει να τηρούνται οι οδηγίες του γιατρού.
- Πρέπει να λάβει μέτρα για την πρόληψη των επιπλοκών.

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

Πρέπει να γίνεται έλεγχος, των ζωτικών σημείων δύο φορές την ημέρα. Η αύξηση της θερμοκρασίας μπορεί να οφείλεται στην εγκατάσταση έκκρισης του γάλακτος ή στην κατακράτηση λοχείων στη μήτρα. Όταν η θερμοκρασία υπερβεί τους 38<sup>0</sup>C υποψιαζόμαστε λοίμωξη που προέρχεται από τους μαστούς



ή το ενδομήτριο και γίνεται άμεση χορήγηση αντιβιοτικών για την καταστολή της.

Πρέπει καθημερινά να γίνεται έλεγχος της παλινδρόμησης της μήτρας για την αποβολή κατακρατουμένων λοχειών αφού προηγηθεί κένωση της ουροδόχου κύστης. Γίνεται χορήγηση μητροσυσταλτικών φαρμάκων γιατί εξαιτίας ανεπαρκών συστολών της μήτρας ή ατελούς κένωσης της ουροδόχου κύστεως γίνεται δύσκολα, η αποβολή των λοχειών.

Τις πρώτες μέρες το έντερο παρουσιάζει ατονία, και μετεωρισμό την τρίτη ημέρα γίνεται ελαφρός υποκλιτισμός. Αποφεύγονται τα υπακτικά και καθαρτικά φάρμακα γιατί αυτά επιδρούν στην γαλουχία.

Η διαίτα δεν έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Δεν χρειάζεται υπερσιτισμός πρέπει να γίνει έλεγχος του διαιτολογίου για την αποφυγή της παχυσαρκίας ή της αύξησης του βάρους. Δεν χρειάζεται η χορήγηση φαρμάκων εκτός από, την χορήγηση βιταμινών της ομάδας Β και την βιταμίνη C και σίδηρο γιατί ένα μεγάλο μέρος αυτών διοχετεύεται από την μητέρα στο νεογνό μέσω του γάλατος. Ο σίδηρος δίνεται σε αρκετή ποσότητα γιατί δεν υπάρχει στο μητρικό γάλα.

Εξαιτίας της χαλάρωσης του μυϊκού συστήματος από την κύηση εφαρμόζεται γυμναστική των κάτω άκρων για την αποκατάσταση. Με την πρώιμη έγερση της λεχώιδας πετυχαίνουμε την ομαλή λειτουργία των διαφόρων συστημάτων (κυκλοφοριακό-ουροποιητικό-πεπτικό).

- Τονώνεται η κυκλοφορία και αποφεύγεται η βλεβική στάση.
- Περιορίζεται ο κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδας.
- Υποβοηθείται η λειτουργία του εντέρου και της κύστεως.
- Γίνεται η παλινδρόμησης της μήτρας καλύτερα.
- Υποβοηθείται η αποκατάσταση της τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων.

- Παρεμποδίζεται η κάμψη της μήτρας και ο κίνδυνος μελλοντικών προπτώσεων της.

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

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

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

Η αφαίρεση των ραμμάτων γίνεται την 6<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα και την 8<sup>η</sup> μέρα η λεχвіδα επιστρέφει στο σπίτι της ανδ εν έχει εμφανίσει κάποια επιπλοκή ή δυσχέρεια.

## 8. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

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

α. Επέκταση τομής: Συμβαίνει κατά την προσπάθεια εξόδου του εμβρύου από την κοιλότητα της μήτρας. Η επέκταση μπορεί να συμβεί προς τα πλάγια, όταν η τομή είναι χαμηλή εγκάρσια, και να προκαλέσει ρήξη μεγάλων αγγείων και το σχηματισμό αιματώματος στο παραμήτριο. Όταν η τομή είναι χαμηλή κάθετη μπορεί η επέκταση, να συμβεί προς τα κάτω και να προκαλέσει τραυματισμό του τραχήλου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις συλλαμβάνονται με θυριδωτές λαβίδες οι γωνίες της ρήξης και ράβονται με ξεχωριστά ράμματα από χρωμιωμένο CAT-GUT N<sup>o</sup> 1 ή 2.

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

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

Αν και η απολίνωση της, μητριαίας αρτηρίας δεν βοηθήσει στον έλεγχο της αιμορραγίας, γιατί είναι διάχυτη, δηλαδή είναι "τοιχοειδική" και προέρχεται από πολλά σημεία. Τότε επιπωματίζεται πιε-

στικά το παραμήτριο και κλείνονται τα τοιχώματα της μήτρας. Μετά αφαιρείται ο πρόχειρος επιπωματισμός του παραμήτριου και γίνεται νέος με μακριά γάζα και μένει η άκρη της έξω, από τα κοιλιακά τοιχώματα, στην έξω γωνία του τραύματος σε εγκάρσια τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων, ή σε ξεχωριστή χαμηλή παράμεση τομή σε κάθετη τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων.

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

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

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

Τότε ο χειρουργός δεν θα συρράψει τα τοιχώματα της μήτρας αλλά με ξεχωριστά ράμματα από χρωμιωμένο CAT - GUT N<sup>o</sup> 1 και με την βοήθεια θυριδωτής λαβίδας θα πιάσει τα αγγεία και θα τα απολινώσει. Έπειτα θα συνεχίσει με στη ραφή του πρώτου στρώματος των τοιχωμάτων της μήτρας.

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

δ. Συρραφή οπίσθιου τοιχώματος μήτρας: Μπορεί ο χειρουργός από παράβλεψη του κατά την πρώτη ραφή του τραύματος της μήτρας να συλλάβει με την βελόνα του το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας, αποτέλεσμα είναι η κατάργηση της παροχέτευσης αίματος από την μητριαία κοιλότητα, η ανάπτυξη μόλυνσης και η διάσπαση του τραύματος της μήτρας. Η επιπλοκή αυτή αποφεύγεται όταν ο χειρουργός περνώντας τις βελονιές στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, εισάγει το δείκτη και μεσαίο δάκτυλο του αριστερού χεριού έτσι ώστε η βελόνα να περνάει πάνω από τα δάχτυλα.

ε. Ατονία μήτρας: Πρίν την σύγκλειση, των κοιλιακών τοιχωμάτων στην καισαρική τομή πρέπει να γίνει έλεγχος της συσπαστικότητας της μήτρας. Η καλά συσπασμένη μήτρα είναι σκληρή και έχει χρώμα ρόδινο.

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

Αν και με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση η ατονία συνεχίζεται, όπως μπορεί να συμβεί στη μήτρα πολυτόκου σε πολύδυμη κύηση, σε

πολυοίμνιο, σε προεκλαμψία, σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα τότε γίνεται ολική υστερεκτομία χωρίς τα εξαρτήματα.

Στην περίπτωση που η γυναίκα είναι σε μικρή ηλικία και το έμβρυο γεννήθηκε πρόωρα και υπάρχουν αμφιβολίες για την επιβίωσή του, τότε εκτελείται ειδική επέμβαση, που συνίσταται στον αλληπάλληλο ενταφιασμό του τραύματος της μήτρας, με ξεχωριστά από χρωμιωμένα CAT-GUT N<sup>o</sup> 1 ράμματα, σε κάθετη τομή, ή την αλληπάλληλη αναδίπλωσή του πρόσθιου τοιχώματος, της μήτρας αν πρόκειται για εγκάρσια τομή. Με αυτή την τεχνική μικραίνει ο όγκος της μήτρας και μπορεί να αποφευχθεί η ακρωτηριαστική εγχείρηση της ολικής υστεροεκτομίας.

στ. Τραυματισμός της ουροδόχου κύστεως: Συμβαίνει στην προηγηθείσα καισαρική τομή όταν έχουν αναπτυχθεί συμφώσεις και έχει γίνει χαμηλή εγκάρσια τομή. Σ' αυτή την περίπτωση συλλαμβάνονται με λεπτές λαβίδες οι δύο γωνίες του τραύματος και ράβονται τα χείλη του με χρωμιωμένο CAT-GUT N<sup>o</sup> 000 σε συνεχόμενη ραφή, που πιάνει το βλενογόνο χιτώνα της ουροδόχου κύστης και λίγο από τον μυϊκό. Ακολουθεί δεύτερη, επικαλυπτική ραφή σε συνεχόμενη ραφή από ατραυματικό μετάξινο ράμμα για την ενίσχυση της πρώτης. κατά την συγκλείση των κοιλιακών τοιχωμάτων τοποθετείται λεπτός παροχετευτικός σωλήνας στο χώρο του RETZIUS. Ο μόνιμος καθετήρας πρέπει να παραμείνει για δύο εβδομάδες.

ζ. Μετεγχειρητικές επιπλοκές: Οι πιο συνηθισμένες είναι: ο ειλεός, συμβαίνει τις πρώτες 24-48 ώρες και απαιτεί ειδική αγωγή. Η διάσπαση του τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων, απαιτεί επανασυρραφή. Η διάσπαση του τραύματος της μήτρας σε ψηλή κάθετη τομή απαιτεί εκτέλεση ολικής υστερεκτομίας. Η πνευμονική

εμβολή , η ενδομητρίτιδα και η θρομβοφλεβίτιδα.

Απώτερες επιπλοκές είναι η δημιουργία ενδομήτριων συμφήσεων  
και η ρήξη της ουλής της μήτρας σε επόμενη εγκυμοσύνη.

### 9.1 ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ

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

Οι ενδείξεις υστερεκτομίας είναι:

- Σε ενδομήτρια μόλυνση.
- Σε ελαττωματική ουλή έπειτα από ρήξη της μήτρας όταν η επανασυρραφή της είναι απραγματοποίητη, μετά την χορήγηση ωδινοποιητικών φαρμάκων, μετά από ανώμαλο σχήμα ή προβολή ή μετά από μαιευτική επέμβαση.
- Σε ατονία της μήτρας, όταν δεν υποχωρεί με την συντηρητική αγωγή με τη χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων και την εκτέλεση μαλάξεων.
- Σε μεγάλη αιμορραγία, από προδρομικό πλακούντα ή πρόωρη αποκόλληση ή ανώμαλη διεύθυνση του πλακούντα.
- Σε εκτεταμένο αιμάτωμα που προήλθε από τη ρήξη μεγάλων αγγείων.
- Σε περίπτωση που η καισαρική τομή γίνεται σε φλεγμονή ή υπάρχει ο κίνδυνος για φλεγμονή λόγω παρατεταμένης ρήξης των υμένων.
- Σε όγκους της μήτρας, κυρίως ινομυώματα. Σπάνια σε κακοήθεις όγκους των ωοθηκών.
- Σε αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Σε καρκίνωμα του μαστού που απαιτείται εξαίρεση των ωοθηκών.
- Όταν γίνεται στείρωση μετά την καισαρική τομή.



Μειονεκτήματα της καισαρικής υστεροτομίας είναι:

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

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

## 9.2 ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.

Όταν διαπιστωθεί ο θάνατος της εγκύου μετά από ηλεκτροκαρδιακό ή ηλεκτρογκεφαλικό έλεγχο και το έμβρυο είναι βιώσιμο τότε μπορεί να γίνει καισαρική τομή για την έξοδο του ζωντανού εμβρύου.

Στην περίπτωση αυτή δεν τηρούνται οι αντισηπτικές διαδικασίες αλλά γίνεται κάθετη τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων και των τοιχωμάτων της μήτρας, ελευθερώνεται το έμβρυο και παραδίδεται στο τμήμα εντατικής παρακολούθησης νεογνών. Γίνεται συρραφή των κοιλιακών τοιχωμάτων χωρίς σχολαστικότητα.

Μετά τη διαπίστωση του θανάτου της εγκύου η επέμβαση πρέπει να είναι άμεση. Είναι αδικαιολόγητη η αναζήτηση καρδιακών παλμών του εμβρύου και η σπατάλη χρόνου. Τα έμβρυα που γεννιούνται στο πρώτο δεκάλεπτο της ώρας από το θάνατο της μητέρας έχουν καλή πρόγνωση. Μετά από την παρέλευση δέκα λεπτών η πρόγνωση είναι βαριά ενώ μετά από είκοσι λεπτά η επέμβαση είναι άχρηστη.

## 10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Στην αρχή γίνεται νοσηλευτική αξιολόγηση της επιτόκου από την νοσηλεύτρια, η οποία παίρνει πληροφορίες από το νοσηλευτικό - ιατρικό - ιστορικό φάκελο, το διάγραμμα τις νοσηλεύτριες, τον μαιευτήρα σχετικά με την εξέλιξη της καισαρικής τομής, ακόμη άλλος παράγοντας είναι η κλινική παρατήρηση και αυτά όλα συσχετίζονται σύμφωνα με τις γνώσεις και την πείρα την νοσηλεύτριας. Έπειτα η νοσηλεύτρια αφού διαπιστώσει τις ανάγκες επιτόκου-λεχωίδας προγραμματίζει τις νοσηλευτικές ενέργειες που στηρίζονται πάνω στις ανάγκες-προβλήματα και έπειτα εφαρμόζει το πρόγραμμα. Τέλος εκτιμά τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας και στην περίπτωση μη ικανοποιητικού αποτελέσματος κάνει αναθεώρηση και αναπροσαρμογή του προγράμματος.

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

#### 10.1 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

ΕΠΩΝΥΜΟ: Πολυμεροπούλου, ΟΝΟΜΑ: Δήμητρα, ΗΛΙΚΙΑ: 25 ετών.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 5/1/90, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: 13/1/90

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ. ΓΕΝΟΣ: 0<sup>7</sup>, ΒΑΡΟΣ: 4.300 Kgr

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Μακροχρόνια θεραπεία στειρώσης.

ΒΑΡΟΣ: 80 Kgr, ΥΨΟΣ: 1.70cm ΑΠ: 130/80 mmHg. ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ: 36,4°C

ΑΝΑΠΝΟΕΣ : 16/min ΣΟΡΥΞΕΙΣ: 80/min.

Νέα ασθενής εισήλθε σήμερα σε καλή κατάσταση με πιθανή ημερομηνία τοκετού 6/1/90. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και μετά από την ιατρική εξέταση αποφασίσθηκε να υποβληθεί η ασθενής σε καισαρική τομή. Η επέμβαση προγραμματίσθηκε για την επομένη 6/1/90.

Μετά την είσοδο της εγκύου την ανέλαβα στην πρωινή βάρδια και θέλοντας να την γνωρίσω ήρθα σε επαφή μαζί της οπότε διαπίστωσα τον φόβο και την αγωνία που ένοιωθε και ότι έπρεπε να προγραμματισθεί η προεγχειρητική ετοιμασία.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
<p><u>ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ</u></p> <p>1) Άγχος και αγωνία εγκύου.</p>	<p>1) Ελάττωση του άγχους και της αγωνίας της εγκύου.</p>	<p>1) Η συζήτηση εγκύου-νοσηλεύτριας σχετικά με την επέμβαση.</p>	<p>1) α) Μετά την είσοδο της εγκύου στην κλινική διαπιστώθηκε ότι την έχει καταλάβει άγχος και αγωνία για την ίδια και κυρίως το μωρό που πρόκειται να γεννηθεί με την επέμβαση της καισαρικής τομής. Έπειτα από πρωτοβουλία δική μου ήρθα σε επαφή με την έγκυο και συζήτησα μαζί της. Μου εκμυστηρεύτηκε τους φόβους της σχετικά με την χειρουργική και το πόσο ήθελε αυτό το παιδί γιατί για 4 χρόνια είχε υποστεί θεραπεία στειρώσεως και αυτό το μωρό ήταν ο καρπός αυτής της θεραπείας. Η καισαρική τομή ήταν κάτι άγνωστο για αυτήν ερωτηματικά όπως, γίνεται η επέμβαση, η αναισθησία επηρεάζει το νεογνό. Θα είναι φυσιολογικό το παιδί τι θα νοιώθω εγώ μετά την χειρουργική ήταν αυτά που απασχολούσαν την έγκυο. Της εξήγησα ότι η καισαρική τομή σήμερα είναι μια απλή επέμβαση που γίνεται στο χειρουργείο το οποίο είναι εξοπλισμένο με τα απαραίτητα για κάθε έκτακτη ανάγκη, επίσης ότι είναι πολλές γυναίκες, που γεννούν με αυτή την επέμβαση. Ότι η αναισθησία γίνεται τόσο προσεκτικά και με την φροντίδα</p>	<p>α) Η συζήτηση ήταν εποικοδομητική γιατί η έγκυος εξέφρασε τους φόβους της και έδειξε εμπιστοσύνη για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που την έχει αναλάβει.</p>

ΔΙΑΗΓΙΣΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
		<p>β) Προγραμματισμός συνάντησης της εγκύου με μια λεχώιδα που έχει υποστεί καισαρική τομή και έχει ελεγχτεί ομαλά μετεγχειρητικά.</p>	<p>του ειδικού αναισθησιολόγου ώστε δεν υπάρχει πρόβλημα για το έμβρυο. Ότι το νεογνό είναι τόσο φυσιολογικό μετά την επέμβαση όσο και ένα νεογνό που έχει γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό. Και τέλος ότι η ίδια μετά την επέμβαση θα νοιώδει όπως ένας άρρωστος που έχει υποστεί επέμβασης κοιλίας. Θα έχει μόνιμο καθετήρα για 3 ημέρες και ότι η σίτισή της θα γίνεται κανονικά θα γίνεται θεραπευτική αγωγή σε περίπτωση πόνου και ότι όσο πιο γρήγορα σηκωθεί τόσο λιγότερο θα είναι ο κίνδυνος επιπλοκών. Επίσης ότι μετά την επέμβαση θα μεταφερθεί στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρι να ξυπνήσει τελείως.</p> <p>β) Για να πετύχει το πρόγραμμα "ηρεμία εγκύου" έπειτα από συνενόηση με την προϊστάμενη η εγκύος ήρθε σε επαφή με λεχώιδα που βρισκόταν στην 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα. Η συνάντηση έγινε το απόγευμα της παραμονής από την εγχείρηση. Η εγκύος συζήτησε με την λεχώιδα και εκείνη της εξέφρασε τους αδικαιολόγητους φόβους της προεγχειρητικά και το πόσο ευτυχημένη είναι που έχει ένα γερό μωρό και ότι η εμπειρία του χειρουργείου είναι μια γλυκιά ανάμνηση.</p>	<p>β) Η εγκύος επέστρεψε στο δωμάτιό της αρκετά ήρεμη και έτοιμη όπως είπε να υποστεί την επομένη την εγχείρηση.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
<p>2) Προεγχειρητική ετοιμασία εγκύου.</p>	<p>2) φυσική προετοιμασία της εγκύου.</p>	<p>2) α Δίαιτα</p> <p>β) Εργαστηριακός έλεγχος.</p> <p>γ) Διδασκαλία για την άσκηση της εγκύου μετά από την επέμβαση.</p> <p>δ) Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου και ενδυμασία της εγκύου.</p>	<p>2) α Η καλή θρέψη της εγκύου προεγχειρητικά είναι καθήκον της νοσηλεύτριας ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει το αρνητικό μεταεγχειρητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση. Χορηγήθηκε δίαιτα, υπερλευκωματώδης, υπερωσμωτική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμα και χορήγηση, βιταμινών.</p> <p>β) Έγινε εξέταση αίματος πριν την αναισθησία επίσης ηλεκτροκαρδιογράφημα για την διαπίστωση αναιμίας και την ύπαρξη καρδιολογικών προβλημάτων. Τα αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά.</p> <p>γ) Η Διδασκαλία περιλαμβάνει το πως πρέπει να αναπνέει και να βήχει για την αποβολή του αναισθητικού. Επίσης η άσκηση των κάτω άκρων προλαμβάνει την εμφάνιση επιπλοκών όπως θρομβοφλεβίτιδα.</p> <p>δ) Η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου γίνεται με ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου και της κοιλιάς ως τον ομφαλό και γίνεται επάλειψη με αντισηπτικό. Τοποθετήθηκε μόνιμος καθετήρας. Και πριν την μεταφορά στο χειρουργείο ντύθηκε με αποστειρωμένο ρουχισμό εκτός την περιοχή ανάμεσα στον ομφαλό και στην ηβική σύμφυση. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και ήταν φυσιολογικά.</p>	<p>2) α Η δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα την φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.</p> <p>β) Έγιναν τα απαραίτητα εργαστηριακά</p> <p>γ) Η έγκυος άρχισε να ασκείται στο κρεβάτι.</p> <p>δ) Η έγκυος είναι έτοιμη για την αΐδουσα του χειρουργείου</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΕΚΘΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
<p><u>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ</u></p> <p>1) Ανάνηψη λεχιάδας</p> <p>2) Θηλασμός του νεογνού.</p>	<p>1) Ταχεία και ασφαλή ανάνηψη της λεχιάδας.</p> <p>2) Διδασκαλία της λεχιάδας για τον θηλασμό.</p>	<p>1) Παρακολούθηση της λεχιάδας.</p> <p>2) α. Συζήτηση με την λεχιάδα.</p>	<p>1) Μετά την έξοδο από το χειρουργείο και την μεταφορά στο θάλαμο της λεχιάδας έγινε τοποθέτηση αυτής σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι για την αποβολή του αναισθητικού.</p> <p>- Γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων για την διαπίστωση μη φυσιολογικής τιμής.</p> <p>- Γίνεται συχνός έλεγχος του τραύματος.</p> <p>- Πρέπει να δελτίο προσλαμβανόμενων αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>2) α. Ο θηλασμός ήταν μια καινούργια εμπειρία για την λεχιάδα επειδή το νεογνό ήταν το πρώτο της παιδί. Έτσι συζητήσα μαζί της για την διαδικασία που ακολουθείται στον θηλασμό. Την ενημέρωσα ότι ο πρώτος θηλασμός γίνεται μέσα στις πρώτες 2 ώρες και διαρκεί λίγα λεπτά. Της τόνισα την αξία που έχει ο θηλασμός τόσο από πλευράς του νεογνού και της ίδιας γιατί είναι φυσική τροφή, δεν απαιτεί χρόνο παρασκευής είναι πιο σιτηρό, περιέχει αντιοξυγόνα που προστατεύουν το βρέφος, αυτές λουώξεις και βοηθά στην επαναφορά της μήτρας στο κανονικό μέγεθος μετά τον τοκετό και ούνεμώνει τους συναισθηματικούς δεσμούς μητέρας-νεογνού.</p>	<p>1) Η ανάνηψη επιτεύχθηκε με-τά από 1 ώρα και η λεχιάδα ζήτησε να δει το μωρό της.</p> <p>2) α. Η λεχιάδα πρόθυμα δέχτη-κε να</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
3) Δυσκοιλιότητα λε- χωίδας.	3) Φυσιολογική λει- τουργία του εντέρου.	β) Εκτέλεση του πρώτου θλασμού με την βοήθεια της νοση- λεύτριας.	β) Το πρωτο μελημα μας είναι η καθα- ριότητα του νεογνού και της μητέρας. Έτσι λίγο πριν γίνεται αλλαγή της πάνας του νεογνού έτσι ώστε να δεχθεί ευχάριστα τον θλασμό και η μητέρα αλ- λάξει ταρούχα για την αποφυγή δημιου- ργίας εστίας μικροβίων. Πριν τον θλα- σμό η μητέρα πλένει πολύ καλά τα χέρια της και τις θηλές. Η μητέρα είναι ξα- πλωμένη στο κρεβάτι κρατώντας το μωρό με το ένα χέρι. Το νεογνό αναπαύ- εται ξαπλωμένο στο κεκαμένο χέρι της μητέρας με το κεφάλι ελαφρά κενκωμένο πρός τα εμπρός και εφάπτεται στον αντί- χειρα. Δεν πρέπει να εμπούζεται η α- ναπνοή του γι' αυτό τοποθετείται ο δείκτης και το μεσαίο δάκτυλο της μη- τέρας εκατέρωθεν της θηλής. Η θηλή πρέπει να συλαμβάνεται ολόκληρη και να εισχωρεί βαθιά στο στόμα του για να μην καταπίνει αέρα. Μετά το τέλος του θλασμού το νεογνό μένει στην αγκαλιά της μητέρας για λίγα λεπτά σε ημιορθια θέση για να αποβληθεί ο αέρας που ίσως έχει καταπιεί, ρέυσιμο.	β) Σε συνεργασία με την νοση- λεύτρια έγινε ο πρώτος θηλα- σμός με επιτυχία.
3) Δυσκοιλιότητα λε- χωίδας.	3) Φυσιολογική λει- τουργία του εντέρου.	3) α. Η ακινησία της μετεγχειρητικής πύλας.	3) α. Η ακινησία της λεχωίδας τις πρώ- τες μετεγχειρητικές μέρες ήταν η αι- τία αδράνειας του εντέρου.	3) Μετά την εφαρμογή του προγράμματος έγινε κένωση του εντέρου και ανακούφιση της λεχωίδας.



ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
<p>4) Περιποίηση χειρουργικού τραύματος.</p>	<p>4) Ταχεία επούλωση του τραύματος.</p>	<p>β) Προσαρμογή του διαιτολογίου.</p> <p>γ) Εκτέλεση υποκλισημού.</p> <p>4)α φροντίδα τραυματικής περιοχής.</p> <p>β) Επίδεση του τραύματος.</p>	<p>β) Για την επαναφορά της λειτουργίας του εντέρου προστέθηκαν στο διαιτολόγιο τροφές που περιέχουν άκριπτες ουσίες, πλούσιες σε κυτταρίνη όπως λαχανικά, φρούτα, όσπρια και επίσης λήψη άφθονων υγρών από το στόμα.</p> <p>γ) Μετά από επιμονή της δυσκοιλιότητας και για την αποφυγή χορήγησης υπακτικών και καθαρτικών φαρμάκων έγινε μεκρός καθαρτικός υποκλισημός με φυσιολογικό ορό 500 κεκ και θερμοκρασία 38°C.</p> <p>4) α Περιλαμβάνει την καθαριότητα και απολύμανση του τραύματος. Απομακρύνονται νεκρωμένοι ιστοί ή υγρά από το τραύμα και καθαρίζεται με φυσιολογικό ορό. Απολυμαίνεται το τραύμα με αντισηπτικό διάλυμα και γίνεται αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα με βενζίνη ή αιθέρα με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια. Όταν αφαιρούμε τις ταινίες λευκοπλάστ τις αφαιρούμε παράλληλα και όχι κάθετα με το δέρμα.</p> <p>β) με την επίδεση του τραύματος πετυχαίνουμε την προφύλαξη του από μολύνσεις, την απορρόφηση εκκρίσεων, τον περιορισμό των κινήσεων, την αιμόσταση και τέλος την κάλυψη του αντιαισθητικού τραύματος. Κατά την αλλαγή προ-</p>	<p>4) Η επούλωση του τραύματος έγινε στον αναμενόμενο χρόνο και την 6<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα αφαιρέθηκαν τα ράμματα.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΕΚΘΕΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
5) Έξοδος λεχιάδας από την κλινική.	5) Προετοιμασία της λεχιάδας και του νεογνού για την αποχώρηση από την κλινική.	5)α Έλεγχος του νεογνού.	φωλλάσουμε την λεχιάδα από τα βλέφαρα των άλλων και επίσης γίνεται με ήπιες κινήσεις για την αποφυγή πρόκλησης όπου τοποθετούνται αποστειρωμένες γάζες και προσέχουμε να εφαρμόζουμε την άσηπτη τεχνική κατά την αλλαγή.	5) α Ο παιδίατρος εξέτασε το νεογνό και η διάγνωση του ήταν ότι μπορεί να φύγει για το σπίτι.
		β) Έλεγχος της λεχιάδας και ενημερωσή της σχετικά με την επιστροφή στο σπίτι.	β) Προγραμματίστηκαν εργαστηριακές εξετάσεις για τον έλεγχο της κατάστασης της λεχιάδας και επίσης έγινε εξέτασή της από τον παιδίατρο που έκανε την επεμβάση της δόθηκε ενημερωτικό φυλλάδιο που διέθετε η κλινική με οδηγίες σχετικά με την φροντίδα του βρέφους και της ίδιας μετά την επιστροφή στο σπίτι. Επίσης της συνεστήθη να έρχεται για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής.	β) Η λεχιάδα μετά την εξέταση από τον παιδίατρο και την ενημερωσή της ήταν έτοιμη να αναχωρήσει από την κλινική.

## 10. 2 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

ΕΠΩΝΥΜΟ: Δημητρακοπούλου ΟΝΟΜΑ: Αντιγόνη ΗΛΙΚΙΑ: 35 ετών.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 25/12/89 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: 12/1/90

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Ηλικιωμένη πρωτότοκος.

ΒΑΡΟΣ: 75 Kgr, ΥΨΟΣ: 1.60cm , Α.Π: 135/85 mmHg

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ: 36,2 °C ΣΦΥΣΕΙΣ: 84/min ΑΝΑΠΝΟΕΣ: 18/min.

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

Ο τοκετός ξεκίνησε φυσιολογικά στην αίθουσα τοκετού στις 8:30 π.μ όμως έπειτα από προσπάθεια 5 ωρών η διαστολή ήταν 2cm και ουδένωδινες ασθενείς, έγινε ρήξη του θυλακίου στις 11:00 π.μ ενώ βρισκόταν σε φαρμακευτική αγωγή. Dextrose 5% +5 μονάδες oxytocin και 2amp Biscoran I.V μετά την διακοπή της αγωγής oxytocin αποφασίσθηκε καισαρική τομή γιατί το έμβρυο ήταν μεγάλο και υπήρχε δυσκολία εξόδου εξαιτίας της διαστολής "2cm". Ένας λόγος που οδήγησε στην απόφαση αυτή ήταν ότι οι παλμοί του εμβρύου ήταν θετικοί και ακόμη ότι η μητέρα ήταν ηλικίας 35 ετών και δεν έχει άλλο παιδί. Έτσι εισήλθε επειγόντως στο χειρουργείο. Η επέμβαση πήγε πολύ καλά.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p><u>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ</u></p> <p>1) Ανάνηψη της λεχαιώσας.</p> <p>2) Μετεωρισμός κοιλίας.</p>	<p>1) Ταχεία και ασφαλή ανάνηψη της λεχαιώσας.</p> <p>2) Η απομάκρυνση των αερίων από το έντερο και η ανακούφιση λεχαιώσας.</p>	<p>1) Παρακολούθηση της λεχαιώσας μέχρι την ανάνηψή της.</p> <p>2) α) Ανεύρεση της αιτίας.</p> <p>β) Παρακολούθηση συμπτωμάτων.</p> <p>γ) Ανακούφιση της λεχαιώσας.</p>	<p>1) Τοποθέτηση της λεχαιώσας σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι για την αποβολή του αναισθητικού.</p> <p>- Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων για την διαπίστωση παθολογικής τιμής.</p> <p>- Συχνός έλεγχος του τραύματος.</p> <p>- Ήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>2) α. Η επίδραση του ναρκωτικού προκαλεί υποτονία μύων και αδράνεια του εντέρου. Η μείωση της κινητικότητας μετά την επέμβαση.</p> <p>β. Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια, γάλα, γλυκά κ.λ.π.</p> <p>β. Τα συμπτώματα που εμφάνισε ήταν</p> <p>- φούσκωμα της κοιλιάς, κωλικό πόνο που προέρχονται από την κυκλοφορία δεν μπορεί να αποβάλλει.</p> <p>γ) Ανακούφιση - Καταπολέμηση των αιτιών που προκάλεσαν τον μετεωρισμό.</p> <p>- Ελαφρά στροφή της λεχαιώσας προς τα πλάγια.</p> <p>- Τοποθέτηση σωλήνα αερίων στο απευθύσημο, με το οποίο βοηθείται η αποβολή των αερίων και αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου (ο σωλήνας δρά σαν ξένο σώμα που ο</p>	<p>1) Η ανάνηψη έγινε σε 2 ώρες και η μητέρα ήταν σε θέση να δει το μικρό της.</p> <p>2) Μετά την εφαρμογή του σωλήνα αερίων η λεχαιώσα ανακουφίστηκε και πρέμισε</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
<p>3) Λόξυγας</p>	<p>3) Η ανακούφιση της λεχιάδας από τον ενοχλητικό λόξυγγο που εμφανίστηκε.</p>	<p>3) α. Ανεύρεση της αιτίας.</p> <p>β. Απομάκρυνση της αιτίας</p>	<p>οργανισμός προσαθεί να αποβαλει με περισταλτικές κινήσεις με αποτέλεσμα την αποβολή των αερίων). Δεν πρέπει να παραμείνει περισσότερο από 20-30 λεπτά μπορεί να γίνει επανάληψη μετά 2-3 ώρες.</p> <p>- Τοποθέτηση θερμόφορας στο επιγάστριο που αυξάνει τον όγκο των αερίων καθώς και την περισταλτικότητα του εντέρικου σωλήνα με συνέπεια την αποβολή των αερίων.</p> <p>- Έγερση της λεχιάδας για την ανακούφιση της.</p> <p>3) α. Ο λόξυγας είναι διαλείπων συμπτώσμός του διαφράγματος, σφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου σε οποιοδήποτε σημείο από την αρχή(μέσα στον νωτιαίο μυελό) ως τις απολύξεις (κάτω επιφάνεια διαφράγματος). Ήταν αντανακλαστικό μετά από λήψη πολύ ζεστού υγρού. Προκάλεσε ανησυχία στην λεχιάδα και πόνο στο τραύμα της καισαρικής τομής.</p> <p>β. Έγιναν:</p> <p>- Λήψη μισού ποτηριού νερού με ένα</p>	<p>3) Μετά την εφαρμογή των θεραπευτικών μέτρων σταμάτησε ο λόξυγας και μετά από λίγο ο πόνος στο τραύμα που σφειλόταν σε αυτόν.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
<p>4) Θρομβοφλεβίτιδα.</p>	<p>4) Παρεμπόδιση της μετακίνησης του εμβολίου από την περιοχή της πνευμονικής εμβολής θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας</p>	<p>με συμπτωατική αγωγή και ανακούφιση της λεχιάδας από τον πόνο.</p> <p>4) α. Ανεύρεση της αιτίας.</p> <p>β. Παρακολούθηση συμπτωμάτων.</p> <p>γ. Θεραπεία συμπτωματι-</p>	<p>κουταλάκι σόδα διαλυμένο.</p> <p>- Κατάποση κομματιών πάγου.</p> <p>- Λήψη ξυδιού, αλατιού ή ζάχαρης και κατακράτηση με σύγχρονη λήψη κρύου νερού.</p> <p>4) α. Η αιτία που η λεχιάδα εμφάνισε θρομβοφλεβίτιδα στην μηριαία φλέβα ήταν η επιβράδυνση της κυκλοφορίας μετά την επέμβαση εξαιτίας του μειωμένου μεταβολισμού και ακόμη η άφρνηση της να σηκώνεται από το κρεβάτι επειδή φοβόταν για ρήξη του τραύματος.</p> <p>β. Τα συμπτώματα που παρουσίασε ήταν πόνος και σύσπαση της κνήμης και μετέπειτα από μία μέρα εμφανίσθηκε επώδυνο οίδημα στα ριστερά κάτω άκρο, και παρουσίασε μικρή αύξηση της θερμοκρασίας 38°C.</p> <p>γ. Η θεραπεία αποσκοπεί σε:</p> <p>- Απόλυτη ακινησία του άκρου για να</p>	<p>4) Μετά την έναρξη της θεραπείας άρχισαν να υποχωρούν τα συμπτώματα και σε λίγες μέρες διαλύθηκε ο θρόμβος. Η λεχιάδα άρχισε να σηκώνεται και μετά από λίγες μέρες από το τέλος της φαρμακευτικής αγωγής άρχισε τον θλάσιμό του νεογνού.</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>5) Έξοδος της λεχώνας και του νεογνού.</p>	<p>5) Προετοιμασία της λεχώνας και του νεογνού.</p>	<p>κή και φαρμακευτική.</p>	<p>μην μετακληνθεί ο θρόμβος.                      - Ελαφρά πιεστική περίδεση από τα δάκτυλα ως τις βουβώνες με ελαστικό επίδεσμο που εμποδίζει την λίμναση του αίματος στα κάτω άκρα και μειώνει τον πόνο. Επίσης τοποθέτηση του άκρου σε ανάρτη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.                      - τοποθέτηση στεφάνης που σπώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.                      - Έπειτα από εντολή του ιατρού, τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων για ανακούφιση της λεχώνας.                      - Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής με εντολή ιατρού. χορήγηση ηπαρίνης.                      Συχνός έλεγχος χρόνου πήξης του αίματος για την ρύθμιση της δόσης.                      Χορήγηση από το στόμα Δικουμαρόλης, η δόση καθορίζεται από τον χρόνο προθρομβίνης του αίματος.                      6) Αποφασίσθηκε διακοπή του θηλασμού του νεογνού, γιατί τα φάρμακα που χορηγούνται για την θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας επηρεάζουν το νεογνό μέσω του γάλατος. Άρχισε τεχνητή διατροφή του νεογνού.</p>	<p>5) α. Μετά την εξέταση ο παιδίατρος έγκρινε κατάλληλη</p>

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΕΚΘΕΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.
	<p>νεογνού για την αποχώρηση από την κλινική.</p>	<p>β. Έλεγχος της λεχιάδας και ενήμερωσή της σχετικά με την επιστροφή στο σπίτι της.</p>	<p>νή της εξέδου για την διαπίστωση της καλής και ψυχικής του κατάστασης. β. Έγινε εργασθηριακός έλεγχος της λεχιάδας για την εξακρίβωση παθολογικής κατάστασης και ιδιαίτερα εξέταση της ηκτικότητας και του χρόνου προδρομβίνης του αίματος εξαιτίας της επιπλοκής θρομβοφλεβίτιδας που παρουσίασε κατά την παραμονή της. Οι απαιτήσεις ήταν φυσιολογικές της δόθηκαν οδηγίες, για την πρόληψη επανεμφάνισης όπως λήψη άφθονων υγρών, ασκήσεις των κάτω άκρων και ελαστική περιδέση του άκρου, επίσης σε περίπτωση εμφάνισης οίδηματος ή οποιουδήποτε συμπτώματος να έρδει για εξέταση στην κλινική.</p> <p>Της δόθηκε το ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με την φροντίδα του νεογνού και της ίδιας μετά την επιστροφή στο σπίτι που διέθετε η κλινική μας και της έγινε σύσταση να έρχεται για εξέταση τακτικά στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής. Λίγο πριν φύγει την εξέτασε ο μαιευτήρας που είχε κάνει την επέμβαση.</p>	<p>την έξοδο του νεογνού από την κλινική. β. Μετά τον φυσιολογικό εργασθηριακό έλεγχο την εξέτασε από τον μαιευτήρα και την σχετικά ενημέρωσε της λεχιάδας ήταν έτοιμη να αναχωρήσει από την κλινική.</p>



## 11. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- GARREY, GOVAN, HODGE, CALLANDER: "Μαιευτική"  
Μετάφραση: ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Γ. και ΣΑΡΡΗ Γ.  
Β8 Έκδοση, Αθήνα 1980.
  
- KAHLE N. LEONHARDT H. PLATZER N:  
"Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα"  
Τόμος 2<sup>ος</sup> "Εσωτερικά όργανα".  
Εκδόσεις Λίτσας 1985.  
Μετάφραση - Επιμέλεια: Ν. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ.
  
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α , ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ:  
"Γενική παθολογική χειρουργική νοσηλευτική" Τόμος Α'  
Έκδοση 9<sup>η</sup> Αθήνα 1986.  
Έκδοση ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ".
  
- ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ ΣΕΡΓΙΟΣ Ι: "Σύνοψη μαιευτικής και Γυναικολογίας"  
Β' Έκδοση Αθήνα 1985.
  
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α: "Σημειώσεις μαιευτικής και Γυναικολογίας".  
Εκδόσεις Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ, Πάτρα 1989.
  
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΣ Α: "Μαιευτική".  
Έκδοση 1η Αθήνα 1983.
  
- ΠΕΤΡΟΥ Γ: "Σημειώσεις Ανατομικής του ανθρώπου"  
Εκδόσεις Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ, Πάτρα 1986.
  
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ:  
"Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική, Τόμος 2<sup>ος</sup> Μέρος Α'  
Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.