



## Ο «ΣΥΝΤΟΜΟΣ ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ»,

Ἰπό

N. K. ΛΟΥΡΟΥ

Ἐπρεπε ἡ Μαιευτικὴ νὰ ἀντιμετωπίσει μερικὰ βασικὰ θέματα τῆς ἀποστολῆς τῆς, πρὶν στρέψει τὸ ἐνδιαφέρον τῆς πρὸς τὴν ἀπάλειψη ἢ τουλάχιστον τὸν περιορισμὸ τοῦ πόνου στὸν φυσιολογικὸ τοκετό. Ἡ ἐπιλόχειος λοίμωξη, ἡ δυσαναλογία μεταξὺ κεφαλῆς καὶ λεκάνης, ὁ προδρομικὸς πλακοῦς, ἡ ἀδράνεια, ἡ ἐκλαμψία, ἀποτελοῦν προβλήματα τῆς Μαιευτικῆς πού, ὕστερα ἀπὸ κοπιαστικὴ ἐργασία, βρίσκονται στὸ δρόμο τῆς λύσεώς τους, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν προστασία καὶ τὴ σωτηρία πλήθους γυναικῶν καὶ ἐμβρύων.

Ὁ περιορισμὸς τοῦ πόνου ἐν τούτοις ἀπετέλεσε καὶ αὐτὸς προσπάθεια, πού ἀπὸ τὴν ἐποχὴ τῆς ἀνακαλύψεως τῆς ναρκωτικῆς ἐπιδράσεως τοῦ αἰθέρος καὶ τοῦ χλωροφορμίου προσμένει τὴν πραγματοποίηση τοῦ σκοποῦ τῆς. Οἱ δυσκολίες ὅμως ὑπῆρξαν τόσο μεγάλες ὥστε βῆμα πρὸς βῆμα καὶ σὲ περιορισμένη κλίμακα ἐγινε κατορθωτὸ νὰ ὑπερνικηθῶν. Ἀπὸ νωρὶς ἔπρεπε νὰ γίνῃ παραδεκτὸ ὅτι κάθε ἀναλγητικὸ μέσο ἀποβαίνει, ὅταν χορηγηθεῖ στὴν ποσότητα πού ἀπαιτεῖ ὁ προορισμὸς του, ἀπὸ τὴ μιὰ πλευρὰ ἀνασταλτικὸ τῶν ὠδίνων καὶ ἀπὸ τὴν ἄλλη ἀσκεῖ τοξικὴ καὶ ἐπικίνδυνη ἐπίδραση ἐπάνω στὸ ἔμβρυο. Ἔτσι πρέπει ὁ αἰθῆρ, τὸ χλωροφόρμιο, τὰ ἀλκαλοειδῆ (μορφίνη) καὶ τὰ βαρβιτουρικά νὰ θεωρηθῶν ὡς ἀκατάλληλα γιὰ τὴν ἀναλγησία τοῦ φυσιολογικοῦ τοκετοῦ. Συγχρόνως ὅμως τὸ πρόβλημα τίθεται καθαρά: Ἡ ἀναλγη-

τικὴ ἐπίδραση δὲν ἐπιτρέπεται οὔτε τις ὠδίνες νὰ ἐπηρεάζει οὔτε νὰ ἀποβαίνει ἐπικίνδυνη γιὰ τὴ μητέρα καὶ τὸ ἔμβρυο.

Γιὰ τοῦτο προσπάθησαν τὰ τελευταῖα χρόνια στὴν Ἀγγλία καὶ στὴ Ρωσία νὰ χρησιμοποιήσουν μεθόδους πού, δίχως φάρμακα, ἀλλὰ μὲ διαφώτιση καὶ γυμναστικὴ, νὰ παραμερίζουν τὸν πόνο. Καὶ οἱ δύο αὐτὲς μέθοδοι χρησιμοποιοῦνται στὴν ὑπὸ τὴν διεύθυνσή μου Μαιευτικὴ καὶ Γυναικολογικὴ Κλινικὴ τοῦ Πανεπιστημίου στὸ Μαιευτήριον «Ἀλεξάνδρα» καὶ συνοπτικὰ μόνο ἀναφέρω ὅτι σὲ 70% καὶ οἱ δύο μέθοδοι ἀποδίδουν ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα. Ἡ μεγάλη δυσκολία πού παρουσιάζεται, ὀφείλεται στὸ ὅτι καὶ ἡ μία καὶ ἡ ἄλλη μέθοδος ἀπαιτοῦν στὸ διάστημα τῆς ἐγκυμοσύνης μακρόχρονη προετοιμασία πού ἡ ἐργαζόμενη γυναίκα δὲν μπορεῖ πάντα νὰ διαθέσει. Ἐξ ἄλλου ἀπαιτοῦν καὶ καλὰ ἐξησηκῆμένο προσωπικό, πού πρέπει νὰ εἶναι τὸ ἴδιο καὶ στὴν προετοιμασία καὶ στὸν τοκετό, προϋποθέσεις δηλαδὴ πού δυσκολεύουν πολὺ τὴ λειτουργία τοῦ Νοσοκομείου. Γιὰ τοῦτο θὰ περισσεύει πάντα ἓνα μεγάλο ποσοστὸ ἐγκύων, πού εἴτε ἐπειδὴ τὴν ὥρα τοῦ τοκετοῦ ἀποτυγχάνει ἡ ἐφαρμογὴ τῶν μεθόδων αὐτῶν εἴτε ἐπειδὴ δὲν κατόρθωσε νὰ παρακολουθήσει τὴν ἀπαιτούμενη προετοιμασία, προσέρχεται στὸν τοκετὸ μὲ τὴν ἀνάγκη τῆς φαρμακευτικῆς ἀναλγητικῆς βοήθειας.

Ἀναζητώντας μέσα σύμφωνα μὲ τις ἀρ-

χές που μνημόνευσα παραπάνω και χωρίς τὰ έλαττώματα και την τοξικότητα των παλιών αναλγητικών φαρμάκων, βρέθηκε μια σειρά παρασκευασμάτων που έπιτρέπουν την αναλγησία, χωρίς βλάβη της μητέρας και του παιδιού.

Η πείρα απέδειξε ότι όταν τὰ αναλγητικά αυτά φάρμακα εφαρμόζονται στην αρχή της περιόδου της διαστολής, ακολουθεί μία σύντομη και σημαντική χαλάρωση του κατωτέρου τμήματος της μήτρας, που συντομεύει εκπληκτικά την διάρκεια της διαστολής του μητρικού στομίου.

Αυτή η συντόμευση της περιόδου της διαστολής πρέπει να θεωρηθεί ότι αποτελεί και συντόμευση της διάρκειας του πόνου και έπομένως και ως αναλγητικό αποτέλεσμα. Γιατί δεν είναι βέβαια αδιάφορο ο πόνος να διαρκεί τρεις αντί δώδεκα ή είκοσιτέσσερις ώρες! Το μειονέκτημα, εν τούτοις, ότι, όταν χρειάζονται μεγάλες δόσεις για την αναλγησία, συμβαίνει να λιγοστεύουν οι συστολές της μήτρας, είναι δυνατόν σήμερα να αντιμετωπισθεί με μητροσυσταλτικά, ώστε το μειονέκτημα αυτό να μην προκαλεί ζημία στην πορεία του τοκετού και έπομένως στη μητέρα και στο έμβρυο.

Απάνω σ' αυτή την αρχή στηρίζεται η μέθοδος που έχει κιόλας εφαρμοσθεί σε 35.000 περίπου τοκετούς της Κλινικής μου και που την ονομάσαμε «σύντομο ανώδυνο τοκετό». Την μέθοδο άλλωστε αυτή την έχω περιγράψει και στην *Μαιευτική* μου.

Πολύ σημαντική για την επιτυχία είναι η προσωπική βοήθεια που πρέπει να καταβάλλεται από τον γιατρό και την μαία και που συνίσταται, αφού αποκτηθεί αρκετή πείρα σύντομα με τὰ διδάγματα της κλασσικής μαιευτικής, στη σωστή εκμετάλλευση των έξωθητικών ωδίνων. Με άλλα λόγια χρειάζεται, αφού αποκλεισθεί κάθε δυσαναλογία μεταξύ της έμβρυϊκής κεφαλής και της μητρικής λεκάνης, και ο έλεγχος με την εξέταση από το όρθο αποδείξει την τελεία διαστολή του μητρικού στομίου, να διαχθεί

ή γυναίκα τον σωστό τρόπο της έξωθησεως. Ένέργεια δηλαδή που συχνά παραμελείται και οδηγεί σε παράταση του τοκετού, επειδή δεν καταβάλλεται φροντίδα για την ικανοποιητική απόδοση των ωδίνων. Χρειάζεται όμως ακόμα και κάτι άλλο: Όταν αρχίζει και φαίνεται το κεφάλι, αλλά όχι πρωτύτερα, επιβάλλεται η εφαρμογή του χειρισμού του Kristeller, δηλαδή η πίεση με τις δύο παλάμες, στο διάστημα της ωδίνος, άπάνω στον πυθμένα της μήτρας. Μ' αυτόν τον τρόπο δεν χάνεται πολύτιμος χρόνος και εξυπηρετείται η αναλγητική αρχή της συντομίας.

Ποιά είναι τώρα η επίδραση αυτής της «συντομίας» άπάνω στο έμβρυο;

Μου επιτρέπεται να πληροφορήσω σχετικά ότι εξετάσεις που έγιναν στην Κλινική μου απέδειξαν ότι η συντομία όχι μόνον δεν προκαλεί ζημία αλλά αντίθετα ακολουθείται από πολύ καλύτερες συνθήκες όξυγονώσεως του εμβρύου. Ένώ δηλαδή η μακρά πορεία του τοκετού προκαλεί ελάττωση της χορηγήσεως όξυγόνου στο έμβρυο, η συντομία το απαλλάσσει από το «ζόρισμα» που υφίσταται, και έτσι γεννιέται πάντοτε χωρίς την σχετική άσφυξία που ακολουθεί την μακρά παράταση του τοκετού.

Και τώρα δυο λόγια για την μέθοδο:

1) Στην αρχή της διαστολής χορηγούμε 50 χιλ. dolantine ή demerol ένδομυϊκώς. Αν η δόση αυτή δεν προκαλέσει αρκετή αναλγησία, επαναλαμβάνεται κάθε τέταρτο, τέσσερις έως πέντε φορές. Μεγαλύτερες δόσεις δεν χρειάζονται συνήθως, αλλά και δεν προκαλούν ζημία. Με την χορήγηση σπαρτείνης δεν έχομε παρατηρήσει ανάλογα άποτελέσματα.

2) Αν τύχει και με την χορήγηση της dolantine προκληθεί ελάττωση των ωδίνων, χορηγούνται 2½ μονάδες ώκυτοκίνης κάθε τέταρτο για την τόνωση των ωδίνων. Και στην περίπτωση αυτή μεγαλύτερες δόσεις δεν είναι επιβλαβείς, άπαιτούν όμως την επιτήρηση του γιατρού.

3) Όταν δεν υπάρχει δυσαναλογία και η διαστολή του μητρικού στομίου είναι



τελεία, πρέπει ἡ τίκτουσα νὰ διδάσκεται τὴν ἀποδοτικὴν χρησιμοποίησιν τῶν ἐξωθητικῶν ὠδίνων, ὥστε νὰ μὴ χάνεται πολὺτιμος χρόνος.

4) Μόλις ἀρχίζει νὰ φαίνεται ἡ κεφαλὴ, ἐφαρμόζεται ὁ χειρισμὸς τοῦ Kristeller καὶ

5) Τὴν στιγμὴν ποὺ ἡ κεφαλὴ τοῦ ἐμβρύου περνᾷ ἀπὸ τὴν σχισμὴν τοῦ αἰδοίου, χορηγοῦνται λίγες σταγόνες χλωραιθύλιον.

\* \*

Ἴδου τώρα μερικὰ χαρακτηριστικὰ συμπεράσματα:

1) Ἰκανοποιητικὴ ἀναλγησία κατορθώνεται στὰ 90% περίπου τῶν περιπτώσεων.

2) Ἡ διάρκειά τοῦ τοκετοῦ ἀπὸ τὴν ἀρχὴ τῆς διαστολῆς ἕως τὴν ἐξοδο τοῦ ἐμβρύου διαρκεῖ κατὰ μέσον ὄρο, τόσο στὴν κεφαλικὴ ὅσο καὶ στὴν ἰσχιακὴ προβολή, στὶς πρωτοτόκες 4-5 ὥρες καὶ στὶς πολυτόκες 3-4 ὥρες.

3) Ἡ συχνότης τῶν ἐμβρυολικῶν ἐλαττώνεται στὸ μισό.

4) Ἡ ἀνοξαιμία τοῦ ἐμβρύου εἶναι ἐπτά φορές καὶ ἡ θνησιμότης δέκα φορές λιγότερη παρὰ χωρὶς τὴν ἐφαρμογὴ τῆς μεθόδου καὶ

5) Ἡ μέθοδος ἐφαρμόζεται σὲ πρόωμῃ ἢ πρόωρῃ ρήξει τοῦ θυλακίου καὶ σὲ πρωτοπαθῆ ἀδράνεια, ὑπὸ τὸν ὄρον ὅτι πρῶτα χορηγεῖται ὠκυτοκίνη καὶ ἔπειτα dolantine, ἀλλὰ καὶ ὅτι στὴν περίπτωσιν αὐτὴ καλεῖται ὁ γιαντρός.

Χρειαζέται βέβαια νὰ μαθευτοῦν μερικές λεπτομέρειες καὶ νὰ κτηθεῖ κλινικὴ πείρα πρὶν ἢ μέθοδος αὐτὴ ἐφαρμοσθεῖ στὴν μαιευτικὴν στὸ σπίτι. Γι' αὐτὸ τὸ σκοπὸ τὸ Μαιευτήριον «Ἀλεξάνδρα» βρίσκεται στὴν διάθεσιν κάθε μαιέας ποὺ θὰ θελήσει νὰ παρακολουθήσῃ ὄχι μόνον αὐτὴ τὴν μέθοδον ἀλλὰ καὶ τὴν ἀγγλικὴν καὶ τὴν ρωσικὴν, ποὺ ἐφαρμόζονται στὸ Ἴδρυμα καὶ ποὺ μνημονεύσαμε παραπάνω.

