

Διεξαγωγή του Τοκετού

ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Πολλά έχουν γραφεί για τη διεξαγωγή του πρώτου σταδίου του τοκετού. Ο ενδιαφερόμενος αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στις εργασίες των Friedman, Studd, και O'Driscoll & Meagher για μερικές διαφορετικές προσεγγίσεις του θέματος.

Οι ωδίνες του τοκετού είναι η μόνη ιατρική κατάσταση κατά την οποία η ασθενής υποδεικνύει στον επιβλέποντα γιατρό τη διάγνωση του τοκετού, την κατάλληλη χρονική στιγμή για την εισαγωγή της στο νοσοκομείο και την μετέπειτα αντιμετώπισή της. Η εισαγωγή παρόλα αυτά δεν είναι απαραίτητο να γίνει απευθείας στην αίθουσα τοκετών, όπου οι κλίνες είναι περιορισμένες και με σχετικά υψηλό κόστος συντήρησης και θα πρέπει για τους λόγους αυτούς να χρησιμοποιούνται από τις ασθενείς που τις έχουν πραγματικά ανάγκη. Μολονότι ο τοκετός ορίζεται ως η έναρξη επώδυνων μητρικών συστολών, αυξανόμενης συχνότητας κι έντασης, η τελική κρίση για τη διάγνωση του εγκαταστημένου τοκετού βασίζεται στην προοδευτική διάταση του τραχήλου και κατά συνέπεια θα πρέπει σε αυτό το στάδιο να μεταφερθεί η γυναίκα στην αίθουσα τοκετών.

Κατά την εισαγωγή της επιτόκου στο νοσοκομείο, λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την έναρξη, τη διάρκεια και την ένταση των μητρικών συστολών, το κατά πόσο έχει προηγηθεί κάποιο παρόμοιο “επεισόδιο”, καθώς και την παρουσία πρόσφατης αιμορραγίας ή

ρήξης των υμένων κι άλλων γενικών συμπτωμάτων. Τα ζωτικά σημεία: σφύξεις, θερμοκρασία και αρτηριακή πίεση, καταγράφονται αυτή τη χρονική στιγμή κι εν συνεχεία κάθε μια ώρα, κατά τη διάρκεια της πρώιμης φάσης του πρώτου σταδίου.

Διενεργείται μια γενική κλινική εξέταση και ψηλαφάται η κοιλιά, για να καθορισθεί το μέγεθος της μήτρας, η προβολή και η θέση του εμβρύου. Η γυναικολογική εξέταση που ακολουθεί γίνεται προκειμένου να καθορισθεί η θέση του τραχήλου – πρόσθια, οπίσθια, μέση – και το επίπεδο της προβάλλουσας μοίρας σε σχέση με τις ισχιακές άκανθες, το μήκος του γεννητικού σωλήνα καθώς και η σύστασή και ο βαθμός διάτασης του τραχήλου (Εικόνα 3.1). Αφού καθοριστούν αυτά τα στοιχεία, ο εξεταστής “σαρώνοντας” τα τοιχώματα του κόλπου με τα δάχτυλά του ελέγχει την καταλληλότητα της πυέλου. Η κατάσταση της υγείας του εμβρύου αξιολογείται με το τοκοκαρδιογράφημα (Εικόνα 3.2), που πρέπει να εμφανίζει επιταχύνσεις της καρδιακής συχνότητας της τάξης των 15 παλμών/λεπτό τουλάχιστον, που διαρκούν το λιγότερο 15 sec, κατά τη διάρκεια των συσπάσεων της μήτρας, ή κινήσεις του εμβρύου ή και τα δύο προηγούμενα. Τουλάχιστον δύο τέτοιες επιταχύνσεις πρέπει να καταγραφούν εντός 20 λεπτών-εάν όχι, το τοκοκαρδιογράφημα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι να εκπληρωθεί το παραπάνω κριτήριο.

Τα ευρήματα που διαπιστώνονται κατά την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο συνδυάζονται με το συνολικό ιστορικό της προγεννητικής περιόδου και τα

Αξιολόγηση του τραχήλου με την βαθμολογία Bishop

Παράγοντες	0	1	2
Θέση τραχήλου	Οπίσθια	Μέση	Πρόσθια
Σύσταση τραχήλου	Σκληρός	Ημικλειστός	Μαλακός
Ύψος προβ. Μοίρας	Όχι εφαρμογή	Χαλαρή εφαρμογή	Σταθερή εφαρμογή
Εξάλειψη	2 cm	1 cm	Πλήρης
Διαστολή	Κλειστή	1-2 cm	3 cm

Εικόνα 3.1 Η κλίμακα βαθμολογίας των αλλαγών του τραχήλου κατά Bishop. Μετά την 38η εβδομάδα της κύησης ο τράχηλος παρουσιάζει προοδευτικές αλλαγές για την προετοιμασία του τοκετού. Αυτές περιλαμβάνουν την αλλαγή της σύστασής του (μαλάκωμα), αλλά μερικές φορές και την βράχυνση (εξάλειψη) ή ακόμη και τη διάτασή του κατά 1-3 cm. Προς το τέλος του πρώτου σταδίου οι αλλαγές αυτές εξελίσσονται εντονότερα μέχρι την ενεργητική, πλέον, φάση του τοκετού, όπου παρατηρείται η πλήρης διαστολή του τραχήλου. Η βαθμολογία κατά Bishop που παρατίθεται εδώ έχει σχεδιαστεί για να καταγράφει αυτές ακριβώς τις αλλαγές. Η μέγιστη βαθμολογία είναι 10, όταν ο τοκετός εισέρχεται στην ενεργητική φάση. Η βαθμολογία αυτή κατά την εισαγωγή της επιτόκου στην αίθουσα τοκετών είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διάγνωση και τις επόμενες αξιολογήσεις.

Εμβρυϊκή κίνηση

Εικόνα 3.2. Καρδιοτοκογράφημα στην αρχή του τοκετού που δείχνει φυσιολογική διακύμανση και επιταχύνσεις της καρδιακής συχνότητας του εμβρύου.

γεγονότα της εγκυμοσύνης της ασθενούς. Οι πληροφορίες αυτές καθορίζουν το εάν η ασθενής θα εισαχθεί στην αίθουσα τοκετών ή στο θάλαμο νοσηλείας και το κατά πόσο ο τοκετός της θα γίνει με φυσιολογικό ή όχι τρόπο. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι ο παθοφυσιολογικός ορισμός του τοκετού εμπεριέχει μια προσωρινή μόνο σχέση με τη διεξαγωγή της ενεργητικής φάσης διαστολής του τραχήλου και της προοδευτικής καθόδου της προβάλλουσας μοίρας.

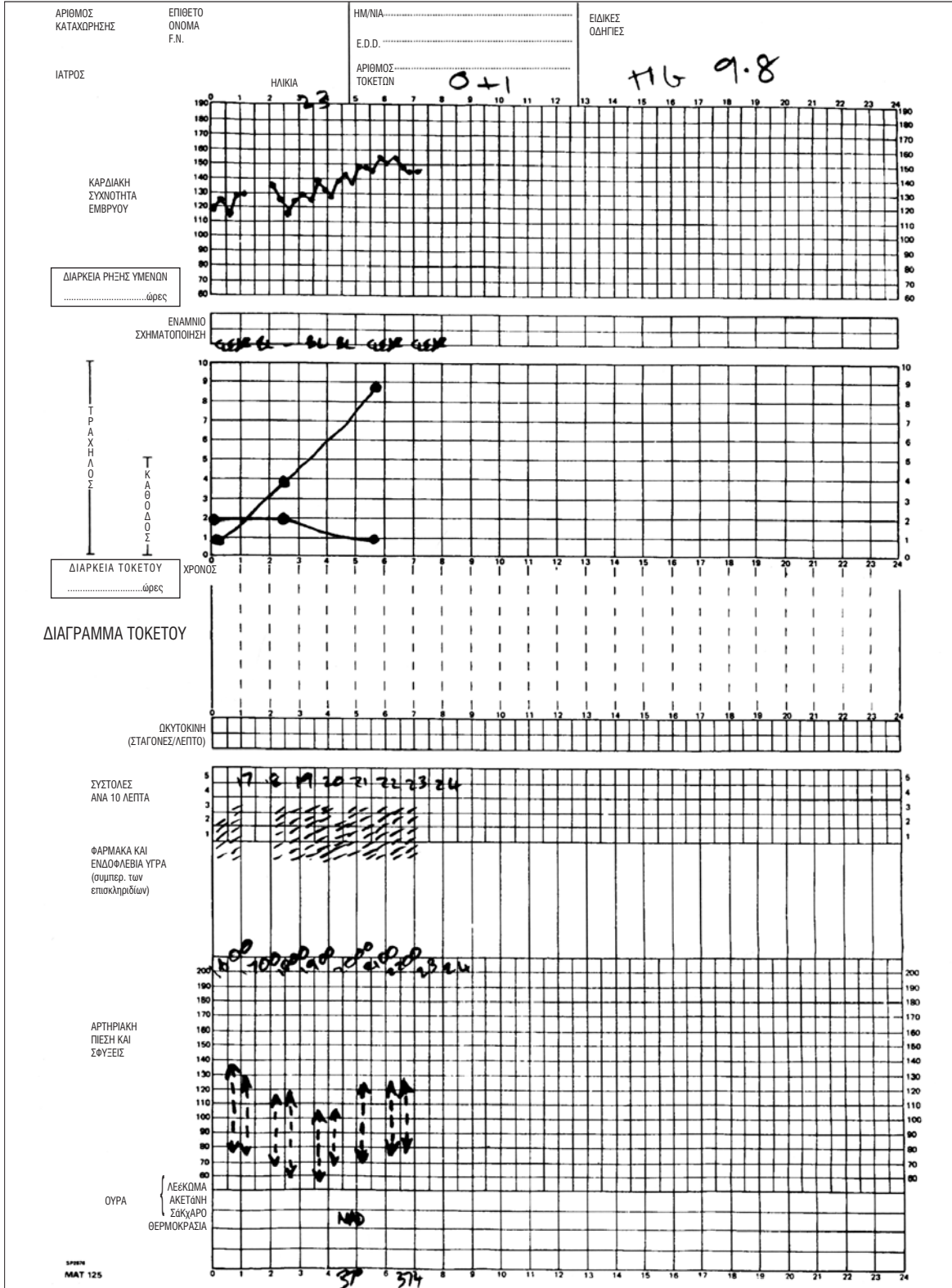
Εφόσον γίνει η διάγνωση του τοκετού, τα ευρήματα καταγράφονται σε ένα διάγραμμα τοκετού (Εικόνα 3.3). Απλούστερες μορφές διαγραμμάτων χρησιμοποιούνται, επίσης, σε άλλα νοσοκομεία. Η κατάσταση της υγείας του εμβρύου παρακολουθείται είτε με περιοδική ακρόαση, είτε με συνεχή ηλεκτρονική καταγραφή της καρδιακής του συχνότητας. Ανεξάρτητα από τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο, πρέπει πάντα να επιβεβαιώνεται η προοδευτική διαστολή του τραχήλου και να αναγνωρίζεται, το συντομότερο δυνατό, οποιοδήποτε ενδεικτικό σημείο βραδείας εξέλιξης του τοκετού. Οι αίθουσες τοκετών των περισσότερων μαιευτηρίων, διαθέτουν ένα διάγραμμα με μια σειρά κύκλων, αυξανόμενης διαμέτρου, κυμαινόμενης από 1 έως 10 cm, στο οποίο οι βοηθοί καταγράφουν το βαθμό διαστολής του τραχήλου. Για την έγκαιρη διαπίστωση των όποιων ανωμαλιών, είναι γενικά αποδεκτό πως η κολπική εξέταση πρέπει να διενεργείται κάθε 3 ώρες. Στην πραγματικότητα, η εφαρμογή αυτού του πρακτικού κανόνα, οδηγεί στην πραγματοποίηση λιγότερων κολπικών εξετάσεων ανά τοκετό, καθώς οι παθολογικές καταστάσεις αναγνωρίζονται κι αντιμετωπίζονται ταχέως, ενώ οι τοκετοί με φυσιολογική εξέλιξη σπάνια απαιτούν περισσότερες από τρεις τέτοιες εκτιμήσεις.

Εκτός από την αξιολόγηση της διαστολής του τραχήλου, η κολπική εξέταση βοηθάει, επίσης, στην εξακρίβωση του βαθμού καθόδου και της υποκατάστασης

ή σχηματοποίησης της κεφαλής του εμβρύου. Μερικές φορές είναι δύσκολο μέσω της κολπικής εξέτασης να καθοριστεί η θέση της κεφαλής κατά την διάρκεια του τοκετού, ιδιαίτερα όταν ο τελευταίος παρατείνεται για να σχηματοποιηθούν τα οστά του κρανίου, αποκρύπτοντας έτσι τα περισσότερα οδηγία σημεία. Είναι κατά συνέπεια σκόπιμο να προηγείται πάντοτε μια κοιλιακή εξέταση—ένας χειρισμός που βοηθάει στην ερμηνεία των ευρημάτων της ακολουθούμενης κολπικής εξέτασης. Τα βασικά βήματα της τελευταίας, αναφορικά με την αξιολόγηση της κεφαλής του εμβρύου, είναι η εντόπιση της οβελιαίας ραφής κι, εάν καταστεί δυνατόν, της πρόσθιας πηγής. Ως εμπειρικός κανόνας, θεωρείται ότι η ψηλαφητή πηγή είναι η πρόσθια πηγή.

Εάν δε γίνει η διάγνωση του τοκετού, τα ευρήματα πρέπει να τεκμηριωθούν καθαρά δοθέντος ότι οι ασαφείς όροι όπως ψευδής τοκετός, καθυστερημένος τοκετός, εδραιωμένος τοκετός κι εξέλιξη του τραχήλου, δεν προκαλούν τίποτε περισσότερο από σύγχυση μεταξύ των ασθενών, των γιατρών και των μαιών. Τα εκάστοτε ευρήματα της εξέτασης πρέπει να επεξηγούνται με απλό κι άμεσο τρόπο στην ασθενή, χωρίς πολύπλοκους ιατρικούς όρους. Στη συνέχεια η επίτοκος μεταφέρεται στο θάλαμο νοσηλείας, όπου μπορεί να περπατήσει ή να κάνει ένα ζεστό μπάνιο, ώστε να μετριασθούν κάπως οι ανησυχίες της και να περάσει λίγο η ώρα μέχρι να αρχίσει η ενεργητική φάση του τοκετού. Εάν η επίτοκος είναι κουρασμένη και θέλει να κοιμηθεί, μπορεί να της χορηγηθεί μια μικρή δόση ηρεμιστικού ή υπνωτικού. Σε έναν σημαντικό αριθμό περιπτώσεων, αυτοί οι “πόννοι του τοκετού”, τελικά υποχωρούν και με δεδομένο το γεγονός ότι δεν υπάρχουν κλινικά στοιχεία απόκόλλησης του πλακούντα και η καταγραφή της εμβρυϊκής καρδιακής συχνότητας είναι ικανοποιητική, η ασθενής μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι την επόμενη ημέρα.

Οι γυναίκες που αποδεδειγμένα βρίσκονται σε φάση



Εικόνα 3.3. Το διάγραμμα τοκετού είναι ένα σύνθετο διάγραμμα που περιλαμβάνει τα στοιχεία της ασθενούς και βοηθάει στην σχηματική απεικόνιση της εξέλιξης του τοκετού, σε συνδυασμό με την καταγραφή των ζωτικών σημείων της μητέρας, την συχνότητα των καρδιακών παλμών του εμβρύου και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν κατά τη διάρκεια του τοκετού.

τοκετού παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις όσον αφορά στον ουδό του πόνου, με το ένα άκρο να περιλαμβάνει εκείνες που επιτυγχάνουν σιωπηρά την πλήρη διαστολή του τραχήλου και το άλλο αυτές που δείχνουν τελείως εξαντλημένες, με μέτριες συστολές βραχείας διάρκειας. Η πλειονότητα πάντως των επιτόκων ανέχεται αρκετά καλά την αρχική φάση του πρώτου σταδίου του τοκετού, μολοντί μερικές μπορεί να χρειαστούν αργότερα κάποια μορφή αναλγησίας, όπως η πεθιδίνη ή ακόμη και η επισκληρίδια αναισθησία. Μερικές φορές μπορούν να χρησιμοποιηθούν κι άλλες τεχνικές όπως ο παρατραχηλικός αποκλεισμός.

Εφόσον διατίθεται ο απαραίτητος εξοπλισμός, είναι σημαντικό να σεβόμαστε την επιθυμία της ασθενούς για επαρκή αναλγησία, καθώς διαφορετικά η όλη εμπειρία του τοκετού της μπορεί να υστερήσει κατά πολύ των προσδοκιών της.

Αποτελεί πλέον συνηθισμένη τακτική να αποφεύγεται η λήψη τροφής και υγρών από τις γυναίκες που βρίσκονται σε επιβεβαιωμένο τοκετό, εξαιτίας της καθυστέρημένης γαστρικής κένωσης, που παρατηρείται μεν σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά εμφανίζεται σε εντονότερη μορφή κατά τον τοκετό. Αυτό πάντως δεν είναι υποχρεωτικό, ιδιαίτερα στους πρώιμους τοκετούς στους οποίους δεν έχει διαπιστωθεί κάποιο πρόβλημα που να αφορά την μητέρα ή το παιδί. Υπ' αυτές τις συνθήκες, και εφόσον και η ίδια το επιθυμεί, μια λεπτή φέτα ψωμί κι ένα φλιτζάνι τσάι μπορεί να τη βοηθήσουν. Σε προχωρημένους ωστόσο τοκετούς συνιστάται η λήψη διαυγών υγρών για να μειωθεί η επίπτωση της αφυδάτωσης κι ο σχηματισμός κετονικών σωμάτων.

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει την ταχύτητα εξέλιξης του τοκετού, αλλά για να δημιουργηθεί ένα πρωτόκολλο απόφασης-διεξαγωγής του πρώτου σταδίου είναι απαραίτητο να συγκριθούν τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών. Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι η μέση παρατηρηθείσα διάρκεια του πρώτου σταδίου στον φυσιολογικό τοκετό είναι 6 ώρες περίπου για την πρωτοτόκο και 4,5 ώρες περίπου για την πολυτόκο. Επιπρόσθετα, το πρώτο στάδιο στο φυσιολογικό τοκετό διαρκεί λιγότερο από 10 ώρες στο 88% των πρωτοτόκων, συγκριτικά με το 95% των πολυτόκων. Κατά συνέπεια η διαστολή του τραχήλου με ταχύτητα 1 cm/ώρα αντιπροσωπεύει τον μικρότερο αποδεκτό ρυθμό φυσιολογικής προόδου του τοκετού. Η αποτυχία επίτευξης πλήρους διαστολής του τραχήλου εντός των παραπάνω ορίων, ιδιαίτερα μετά το στάδιο των 6 cm, πρέπει να κινητοποιεί τον επιβλέποντα αναφορικά με την πιθανότητα ύπαρξης κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας, είτε απόλυτης, λόγω ινιακής οπίσθιας θέσης της κεφαλής ή συχνότερα ως αποτέλεσμα των αναποτελεσματικών συστολών της μήτρας.

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την εισαγωγή ενός καθετήρα μέτρησης της ενδομητρικής πίεσεως, ως δείκτη, της "αποτελεσματικής συστολής της μήτρας". Η τεχνική αυτή παραμένει πάντως ένα ερευνητικό εργαλείο, καθώς η πρακτική της εφαρμογή δεν έχει τύχει ακόμη ευρείας αποδοχής. Έχουν αναφερθεί εξάλλου αρκετές περιπτώσεις ρήξης της μήτρας και διάρρηξης ενδομητρικών ουλών, σε μαιευτικές μονάδες όπου η ενδομητρική παρακολούθηση της πίεσης χρησιμοποιείται

σε τακτική βάση. Ορισμένες φορές μάλιστα, τα περιστατικά πέρασαν απαρατήρητα, μέχρι που διενεργήθηκε καισαρική τομή. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η συστηματική χρήση των καθετήρων μέτρησης της ενδομητρικής πίεσης, συνδυάζεται με μειωμένη επίπτωση ρήξης της μήτρας και χαμηλότερα εν γένει ποσοστά μητρικής ή περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η εναλλακτική και περισσότερο πραγματιστική προσέγγιση, που έχει δοκιμασθεί στον χρόνο, είναι αυτή που περιγράφηκε από τους O' Driscoll και Meagher. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην αρχή της πρώιμης διάγνωσης του τοκετού, στην διαρκή παρακολούθησή του μέσω της συχνότητας και της διάρκειας των μητρικών συστολών, της ψηλάφησης ή της τοκοκαρδιογραφικής καταγραφής, καθώς και στην επίβλεψη της ικανοποιητικής διαστολής του τραχήλου και την πρώιμη διάγνωση του ανώμαλου τοκετού. Εξίσου σημαντική θεωρείται και η παρουσία της μαιάς στην όλη διαδικασία. Η τακτική τους έχει οδηγήσει σε ένα αξιοσημείωτο ποσοστό φυσιολογικών τοκετών και στη χαμηλότερη αναλογία καισαρικών τομών στην Δυτική Ευρώπη, με ανάλογη, συγκριτικά, επιτυχία στα ποσοστά περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η διακοπή της κύησης, ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες, όπου κρίνεται ότι η συνέχισή της μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία της μητέρας ή του κυήματος. Στις συνθετικές ενδείξεις πρόκλησης τοκετού, περιλαμβάνονται, η προεκλαμψία, η ενδομητρική καθυστέρηση της ανάπτυξης και η παράταση της κύησης πέραν των 42 εβδομάδων. Η κατευθυντήρια αρχή μιας επιτυχημένης πρόκλησης τοκετού, είναι η έναρξη ρυθμικών συστολών της μήτρας που θα προκαλέσουν εξάλειψη και διαστολή του τραχήλου. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με αμνιοτομία (δείτε παρακάτω) ή ρήξη των μεμβρανών, ακολουθούμενη από ενδοφλέβια έγχυση ωκυτοκίνης. Η διαδικασία μπορεί να διευκολυνθεί με πρωθύστερη ενδοκολπική χορήγηση προσταγλανδίνης E₂, σε μορφή γέλης, η οποία "μαλακώνει" τον τράχηλο κι ερεθίζει τις συστολές της μήτρας, με συνέπεια να προκαλείται μεγαλύτερη ωρίμανση και διαστολή του τραχήλου. Η αμνιοτομία πραγματοποιείται όταν ο τράχηλος εμφανίζει διαστολή της τάξης των 3 cm ή περισσότερο κι ακολουθείται συνήθως από ενεργό τοκετό. Μια άλλη μέθοδος είναι η εισαγωγή του δακτύλου εντός του τραχήλου και ο διαχωρισμός των εμβρυϊκών μεμβρανών από το κατώτερο τμήμα του ("σάρωση" των μεμβρανών), μια διαδικασία, που μπορεί να οδηγήσει σε τοπική απελευθέρωση προσταγλανδινών. Η μέθοδος όμως αυτή, μπορεί να προκαλέσει αδικαιολόγητη δυσφορία στη μητέρα και δεν είναι τόσο αποτελεσματική, όσο οι προηγούμενες τεχνικές.

ΑΜΝΙΟΤΟΜΙΑ

Η ρήξη των μεμβρανών επέρχεται αυτόματα κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού, ιδιαίτερα κατά τη χρονική στιγμή επίτευξης της πλήρους διαστολής του τραχήλου. Η τεχνητή ρήξη των μεμβρανών (αμνιοτομία), αυξάνει την συχνότητα και την

Εικόνα 3.4. Αμνιοτομία.

Εικόνα 3.5. Κοινός πλαστικός αμνιοτόμος.

Εικόνα 3.6. Τα εργαλεία που απαιτούνται για την λήψη αίματος από το δέρμα του κρανίου του εμβρύου:

1. Λεπίδα 2 mm (βλ. Εικόνα 3.9)
2. Φωτεινή πηγή (βλ. Εικόνα 3.9)
- 3-5. Αμνιοσκόπια
6. Τριχοειδής σωλήνας
7. Στυλεός στήριξης της λεπίδας
8. Τολυπολαβίδες
9. Τολύπια (βαμβακερά)
10. Αιθυλοχλωριδίο

Εικόνα 3.7. Λήψη εμβρυϊκού αίματος από το δέρμα του κρανίου: μεγάλου εύρους αμνιοσκόπιο που φωτίζεται με φωτεινή πηγή οπτικών ινών.

Εικόνα 3.8. Το αμνιοσκόπιο εισάγεται στον κόλπο και προωθείται στον τράχηλο με την βοήθεια των χεριών του εξεταστή και πιέζεται επάνω στην προβάλλουσα μοίρα. Το δέρμα του κρανίου τέμνεται με τη λεπίδα.

ισχύ των μητρικών συστολών και χρησιμοποιείται συνήθως για την πρόκληση ή την επιτάχυνση του τοκετού, εφόσον το πρώτο στάδιο καθυστερεί, κατά τη διάρκεια του δευτέρου μισού του πρώτου σταδίου. Η αμνιοτομία πραγματοποιείται με κολπική εξέταση, στην οποία ο αμνιοστόμος προωθείται παράλληλα με τα δάκτυλα του γιατρού, προς τον σάκο των εμβρυϊκών μεμβρανών, μπροστά από την προβάλλουσα μούρα του εμβρύου (Εικόνες 3.4 & 3.5). Είναι χρήσιμο να καταγράφεται η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου με καρδιοτοκογράφο, για τα επόμενα 20 λεπτά.

ΛΗΨΗ ΕΜΒΡΥΪΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΡΜΑ ΤΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ

Η κατάσταση της υγείας του παιδιού μπορεί να εγείρει αρκετές ανησυχίες κατά την εξέλιξη του τοκετού. Έτσι, αναπτύχθηκε η τεχνική λήψης αίματος από το δέρμα του κρανίου του εμβρύου (Εικόνες 3.6-3.9), μια μέθοδος που προκάλεσε μεγάλο ενδιαφέρον μεταξύ των μαιευτήρων, πολλοί εκ των οποίων την υιοθέτησαν ως αναπόσπαστο τμήμα της συνηθισμένης παρακολούθησης του τοκετού.

Οι ενδείξεις εφαρμογής της επεμβατικής αυτής τεχνικής μπορούν να συνοψιστούν σε δύο κατηγορίες: όταν η καταγραφή της εμβρυϊκής καρδιακής δραστηριότητας υποδεικνύει την ανάπτυξη εμβρυϊκής οξέωσης ή όταν εμφανιστεί μηκύνιο-κεχρωσμένο ενάμνιο στον κόλπο. Τα αποτελέσματα πάντως θα πρέπει να ερμηνεύονται προσεκτικά. Μια τιμή pH μικρότερη από 7,20 είναι ένδειξη καισαρικής τομής ή εμβρυοουλκίας σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Η τελευταία μπορεί να εφαρμοστεί στην περίπτωση που υπάρχει πλήρης διαστολή του τραχήλου και η κεφαλή βρίσκεται χαμηλά στην πύελο, ιδιαίτερα σε τοκετούς που εξελίσσονται ταχύτατα. Εάν το pH είναι μεγαλύτερο από 7,25, αποκλείεται συνήθως η οξέωση, ενώ αν η τιμή κυμαίνεται μεταξύ 7,20 και 7,25 η δειγματοληψία πρέπει να επαναληφθεί εντός 30 λεπτών, με την προϋπόθεση ότι η καταγραφή των εμβρυϊκών παλμών επιτρέπει μια τέτοια αναμονή. Είναι απαραίτητο να συμβουλευστείτε την πρωτότυπη εργασία του Saling αναφορικά με τη φυσιολογική κατανομή των τιμών του pH και το πώς αυτές συσχετίζονται με την έκβαση του τοκετού. Η αναπαραγωγικότητα των μετρήσεων του pH πρέπει να αξιολογείται με προσοχή και πάντοτε σε συνδυασμό με την μεταβλητότητα των λαμβανόμενων δειγμάτων αίματος και τον συντελεστή διακύμανσης των τιμών που

αποδίδεται στο χρησιμοποιούμενο κάθε φορά μηχάνημα.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις των διαδερμικών οξυμέτρων έχουν δημιουργήσει συσκευές εκπομπής που μπορούν να προσαρμοστούν στο δέρμα του κρανίου και να συνδεθούν με ειδικά ηλεκτρόδια, ώστε να παρέχουν ταυτόχρονες μετρήσεις. Χρειάζονται πάντως ελεγχόμενες κλινικές μελέτες προτού εισαχθούν οι τεχνικές αυτές στη συνήθη μαιευτική πρακτική. Εξάλλου, η υποξία του τοκετού είναι μια μόνο από τις πολλές αιτίες πρόκλησης διανοητικών και σωματικών μειονεξιών του νεογνού, γι' αυτό δε θα πρέπει να παραβλέπονται οι γενετικοί κι άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Τεχνική

Η ασθενής τοποθετείται συνήθως σε θέση λιθοτομίας με ένα υποστήριγμα στη δεξιά πλευρά της, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η αριστερή πλάγια θέση.

Το δέρμα του κρανίου καθαρίζεται με βαμβακερά τούλιπα, ψεκάζεται με αιθυλοχλωρίδιο κι απλώνεται ένα υψηλής πίεσης λιπαντικό από σιλικόνη. Το αιθυλοχλωρίδιο προκαλώντας αντιδραστική αγγειοδιαστολή, βοηθάει στην αρτηριοποίηση του δέρματος του κρανίου, ενώ το λιπαντικό βοηθάει στην εξαγγείωση του αίματος και το σχηματισμό μιας σταγόνας, που διευκολύνει την αναρρόφηση. Το δέρμα κατόπιν τέμνεται με μια βελόνα 2 mm (Εικόνα 3.9) και οι σταγόνες του αίματος συλλέγονται σε ηπαρινισμένες τριχοειδείς πιπέττες. Η αναρρόφηση πρέπει να γίνει με προσοχή για να μην εισέλθουν φυσαλίδες αέρα στους σωληνίσκους, ακυρώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τις μετρούμενες τιμές του pH.

ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού είναι η φάση εξωθήσεως. Αρχίζει με την πλήρη διαστολή του τραχήλου και συνεχίζεται μέχρι τη γέννηση του παιδιού. Η μέση διάρκειά του, στους αυτόματους ανεπίπλεκτους τοκετούς, είναι 40 περίπου λεπτά στις πρωτοτόκες και 15 λεπτά στις πολυτόκες. Η αποτυχία διεκπεραίωσης του τοκετού εντός αυτών των χρονικών ορίων, δε σημαίνει απαραίτητα την εκτέλεση εμβρυοουλκίας, αλλά απαιτεί επανεκτίμηση της κατάστασης αναφορικά με τη θέση ή το μέγεθος του εμβρύου σε σχέση με την πύελο. Στις γυναίκες που έχει πραγματοποιηθεί αποτελεσματική

Εικόνα 3.9 Κοντινό πλάνο της βελόνας που χρησιμοποιείται για την λήψη εμβρυϊκού αίματος.

επισκληρίδια αναλγησία, η κεφαλή του εμβρύου φαίνεται συχνά να ακουμπάει χαμηλά στην πύελο, αναπαυόμενη στο περίνεο, χωρίς όμως να επιτυγχάνεται περαιτέρω προώθηση, καθώς η παρόρμηση της μητέρας για εξώθηση έχει εξασθενήσει.

Με δεδομένο ότι η στάση του εμβρύου είναι εξακριβωμένη και ότι το κεφάλι βρίσκεται στην ινιακή πρόσθια θέση, επί απουσίας σημαντικού βαθμού σχηματοποίησης, το δεύτερο στάδιο επιτρέπεται να καθυστερήσει για λίγο. Όταν δεν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρών επιβραδύνσεων της καρδιακής συχνότητας ή υποξίας κι οξέωσης του εμβρύου, δεν υπάρχει πρόβλημα στο να περιμένουμε την επάνοδο της εξωθητικής δύναμης της μητέρας για να γεννηθεί το παιδί.

Η καθυστέρηση όμως, διεξαγωγής του δευτέρου σταδίου πέραν της μιας ώρας, θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο παρουσία ενός έμπειρου μαιευτήρα που θα έχει αξιολογήσει προσεκτικά την κατάσταση. Αυτό ισχύει πραγματικά όταν η διάρκεια της τελικής φάσης του δευτέρου σταδίου – το στάδιο μεταξύ των 7 cm έως την πλήρη διαστολή του τραχήλου – διαρκεί περισσότερο από τρεις ώρες. Απαιτείται προσεκτική εξέταση αυτών των ασθενών κι επανεκτίμηση της συνολικής πορείας του τοκετού από έναν έμπειρο μαιευτήρα.

Τονίζεται ότι στη σημερινή εποχή οι μαιευτρές δε θα πρέπει να θεωρούν την πλήρη διαστολή του τραχήλου ως το σημείο χωρίς επιστροφή ή τον κολπικό τοκετό ως μια πρόκληση για την επίδειξη των πρακτικών τους δεξιότητων.

ΠΕΡΙΝΕΟΤΟΜΙΑ

Εν τω βάθει εγκάρσιος
μυς του περινέου

Επιπολής
εγκάρσιος μυς
του περινέου

Υποδόριος
σφιγκτήρας
του πρωκτού

Η περινεοτομία είναι μια μικρή χειρουργική τομή του περινέου, που προστατεύει το οπίσθιο τοίχωμα του αιδοίου και τους μύες του περινέου, από την εκσεσημασμένη διάταση που προκαλεί η κεφαλή του εμβρύου και στην ουσία αντικαθιστά μια ακανόνιστη ρήξη του κόλπου και του περινέου, με μια προκαθορισμένη καθαρή τομή που μπορεί να διορθωθεί πολύ πιο εύκολα. Βοηθάει, επίσης, στην ελάττωση της αντίστασης που ασκείται στην κατερχόμενη προβάλλουσα μοίρα, γι' αυτό και συνιστάται στους τοκετούς των προώρων νεογνών.

Καθένας από τους τρεις τύπους της – μέση, οπισθοπλάγια (κλασική στην 5η ώρα) και μέση πλάγια – επιτυγχάνει το ίδιο αποτέλεσμα, αλλά οι άμεσες επιπλοκές και οι μελλοντικές επιπτώσεις τους διαφέρουν. Η μέση περινεοτομία συσχετίζεται με λιγότερη απώλεια αίματος, ευκολότερη διόρθωση και λιγότερους πόνους κατά την επούλωση, σε σχέση με την οπισθοπλάγια περινεοτομία. Παρόλα αυτά η μέση περινεοτομία ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο επέκτασης προς το ορθό. Η μέση πλάγια περινεοτομία (Εικόνα 3.10) προσφέρει μια συμβιβαστική εναλλακτική λύση. Οι περισσότεροι μαιευτρές χρησιμοποιούν ψαλίδι για την πραγματοποίηση της περινεοτομίας, όμως σε έμπειρα χέρια, ένα νυστέρι μπορεί να δημιουργήσει ελεγχόμενες τομές μεγάλης ακρίβειας.

Είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι η περινεοτομία δεν αποτελεί ένα υποχρεωτικό συμπλήρωμα των εμβρυοσυλκίων. Η ελεγχόμενη αναχαίτιση της κεφαλής στο φυσιολογικό τοκετό, ακόμη και με τη χρήση εμβρυοσυλκίων ή βεντούζας (αναρροφητική εμβρυοσυλκία) μπορεί να ολοκληρωθεί χωρίς περινεοτομία σε μερικές

Εικόνα 3.10. Μέση πλάγια περινεοτομία: η τομή αναπαριστάται από τις διακεκομμένες γραμμές, ενώ φαίνονται και οι μύες μέσω των οποίων γίνεται η τομή. Σημειώστε ότι η υποστήριξη του πλάγιου τοιχώματος του πυελικού εδάφους διατηρείται μέσω της επαφής του με την οστέινη πύελο, ενώ το μεσαίο τμήμα δεν έχει καμία υποστήριξη. Αυτός είναι κι ο βασικός λόγος που το μεσαίο χείλος της τομής φαίνεται μακρύτερο από το πλάγιο μόλις γίνει η τομή.

Βολβοσπραγγώδης
μυς

Ηβικός
κλάδος

Λαγονοκοκκυ
ικός μυς

επιλεγμένες περιπτώσεις. Ο μικρότερος δυνατός τραυματισμός και η ευκολότερη διόρθωση επιτυγχάνονται όταν η περινεοτομία γίνει την κατάλληλη χρονική στιγμή – όταν δηλαδή η προβάλλουσα μοίρα διατείνει το αιδοίο. Η ανεπαρκής αναχαίτιση της κεφαλής, οδηγεί σε αρκετές ακανόνιστες ρήξεις του κόλπου, του περινέου και του αιδοίου, παρά την εκτέλεση της περινεοτομίας.

ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Το τρίτο στάδιο του τοκετού είναι αυτό της αποκόλλησης του πλακούντα που αρχίζει αμέσως μετά την έξοδο του παιδιού και τελειώνει με τον τοκετό του πλακούντα και των υμένων.

Κατά τη διάρκεια της κύησης ο πλακούντας προσφύεται στο τοίχωμα της μήτρας μέσω αναρίθμητων τριχοειδών και στηρικτικών ιστών που διηθούν το τοίχωμά της. Οι στελεχιαίες λάχνες κολυμπούν σε μια δεξαμενή που περιέχει 100-150 ml μητρικού αίματος.

Η απότομη αποσυμπίεση της μητρικής κοιλότητας που ακολουθεί τον τοκετό του παιδιού προκαλεί συστολή

και βράχυνση του μυομητρίου. Αυτό δημιουργεί μια ασυμμετρία μεταξύ της μητρικής επιφάνειας και του μη-συσπασμένου πλακούντα, που με τη σειρά της ασκεί μεγαλύτερη δύναμη συνάφειας στις προσδεδωμένες ίνες προκαλώντας τη ρήξη τους. Η συστολή των μητρικών μυοϊνιδίων, δρα ως πιεστικός επίδεσμος στα παρεμβαλλόμενα αγγεία και οδηγεί στην απόφραξη των μητρικών φλεβιδίων. Έτσι παρεμποδίζεται η παλινδρόμηση του μητρικού αίματος που καλύπτει τον πλακούντα προς την συστηματική κυκλοφορία της μητέρας. Το αίμα αυτό εξάλλου προσθέτει ένα επιπλέον βάρος στο πίσω μέρος του πλακούντα προκαλώντας περαιτέρω αποκόλληση των μεμβρανών που προσφύονται στα κατώτερα τμήματα της μήτρας. Η έξοδος, λοιπόν, μιας ποσότητας αίματος από τον κόλπο προαναγγέλλει την αποκόλληση του πλακούντα. Επιπρόσθετα, καθώς ο πλακούντας αποκολλάται από το ανώτερο τμήμα της μήτρας, ο πυθμένας δίνει την εντύπωση πως ανεβαίνει ψηλότερα και γίνεται περισσότερο στενός και σφαιρικός, ενώ ο ομφάλιος λώρος επιμηκύνεται.

Δε συνιστάται η υποβοήθηση του τοκετού του πλακούντα μέσω της μάλαξης του πυθμένα της μήτρας ή