



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ-ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ, ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ-ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑΣ 'ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ'

ΚΩΤΣΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η *επιλογή* του θέματος στην συγκεκριμένη εργασία , έγινε με κίνητρο την εργασιακή μου εμπειρία στο χειρουργείο του νοσοκομείου και στην αγάπη μου στο συγκεκριμένο αντικείμενο και τομέα.

Ο σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τους τρόπους αναισθησίας στην καισαρική τομή αναλυτικά, τα κριτήρια επιλογής του ενδεδειγμένου τρόπου ανά περίπτωση, καθώς η Κ.Τ. αποτελεί πλέον πολύ συχνή και σημαντική επιλογή τοκετού, όχι μόνον κατά την περίπτωση των πλαισίων αναγκών που θα προκύψουν κατά την διεξαγωγή φυσιολογικού τοκετού, αλλά αποτελεί επίσης καθαρή επιλογή της επιτόκου, χωρίς απαραίτητα να συντρέχουν λόγοι υγείας.

Η *μεθοδολογία* που χρησιμοποιήθηκε αφορά βιβλιογραφική ανασκόπηση από ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, άρθρα, ενώ χρησιμοποιήθηκε και έντυπο υλικό από το Αρεταίειο Νοσοκομείο, συγκεκριμένα, υποδείγματα δελτίων λήψης ατομικού ιστορικού, μαιευτικού ιστορικού και κάθε απαραίτητο έγγραφο που συμπληρώνεται από τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στην διαδικασία Καισαρικής Τομής άμεσα ή έμμεσα όπως μαιευτήρας, μαία , αναισθησιολόγος , νεογνολόγος .

Κεφάλαιο 1: Παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή σχετικά με την καισαρική τομή.

Κεφάλαιο 2: Αναφέρεται/ορίζεται ο φυσιολογικός τοκετός ως ορισμός καθώς και η καισαρική τομή αναφέρεται και περιγράφεται με όλα τα χαρακτηριστικά της.

Κεφάλαιο 3: Περιγράφετε γενικά η αναισθησία και πιο ειδικά και αναλυτικά τα είδη αναισθησίας που χρησιμοποιούνται στην καισαρική τομή.

Κεφάλαιο 4:Ως παράρτημα περιλαμβάνει το έντυπο υλικό που απαραίτητα χρησιμοποιείται στο νοσοκομείο για την καταγραφή του ιστορικού και των αναγκών μητέρας και νεογνού.

Ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Για την προέλευση του όρου «καισαρική τομή» υπάρχουν πολλές εκδοχές. Μια εξ αυτών θέλει να προέρχεται από το λατινικό ρήμα “caedere” που σημαίνει «τέμνω». Άλλη θέλει τον Ιούλιο Καίσαρα να είναι «κοιλιακός» δηλαδή να έχει γεννηθεί με τη χρήση τομής, άρα να φέρει το όνομά του. Ωστόσο πολλά χρόνια πριν την επικράτηση της λατινικής γλώσσας, ήταν γνωστή η πράξη της τομής που συνδέεται με την αφαίρεση βρεφών από τις μητέρες. Και μάλιστα απαντάται σε διαφορετικά μέρη του κόσμου, όπως σε Ινδία, Περσία, Αίγυπτο, Βαβυλώνα και αλλού. Προϋπήρχε της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας. Η συνήθεια των Εβραίων να πραγματοποιούν τομή στις νεκρές κυοφορούσες γυναίκες με σκοπό την αφαίρεση των βρεφών ήταν γνωστή. Το Μισνά και το Ταλμούδ, αναφέρουν περιπτώσεις τομών σε γυναίκες μεταξύ του 2ου π.Χ. και του 6ου π.Χ. αιώνα. Από το 1500 π.Χ., αρχίζουμε να βρίσκουμε σε πολλές μυθικές αφηγήσεις και λαογραφίες διαφορετικών πολιτισμών, αναφορές για γέννηση μέσω της κοιλιακής οδού. Επίσης και στην αρχαία Ελλάδα συναντά κάποιος ανάλογες περιπτώσεις. Γέννηση με αφαίρεση εμβρύου δια τομής, πραγματοποιήθηκε για τον Θεό Διόνυσο αλλά και για τον Ασκληπιό. Ο Δίας, αφού σκότωσε τη Σεμέλη, έξι μηνών έγκυο, τράβηξε τον Διόνυσο από το άψυχο σώμα της. Γέννηση με τομή φαίνεται να είναι αυτή του Σκιπίωνα Αφρικανού το 234 π.Χ., που αναφέρει ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος. Εύλογα λοιπόν γεννιέται το ερώτημα πώς μια προϋπάρχουσα συνήθεια, έφτασε να προσδιορίζεται σήμερα με όρο λατινικό; Η ιστορία της επεξήγησης αρχίζει από την Αντιόχεια. Όχι όμως της Συρίας, αλλά της Πισιδίας.

Οι πόλεις με το όνομα «Αντιόχεια» ήταν πολλές. Ήταν όλες τους πόλεις ελληνικές, δηλαδή δημιουργημένες από τους επιγόνους του Μεγάλου Αλεξάνδρου. Ανάμεσά τους και η Αντιόχεια της Πισιδίας που νοητά βρίσκεται σε ευθεία γραμμή πάνω από την Κύπρο, αλλά όχι προς τα παράλια, αλλά προς το κέντρο της σημερινής Τουρκίας. Οικοδομήθηκε το 280 π.Χ. από τον Σέλευκο Α΄ τον Νικάτορα και δεν διέφερε σε τίποτα από μια πόλη της Ελλάδας, παρά το γεγονός ότι πολλοί από τους κατοίκους της ήταν Ιουδαίοι και Φρύγες. Η Καισάρεια του Αύγουστου Καίσαρα. Το 11 π.Χ. ο Αύγουστος Καίσαρας (27 π.Χ. – 14 μ.Χ.) την κατέκτησε και έτσι από ελληνική έγινε ρωμαϊκή. Ο Καίσαρας την μετονόμασε Καισάρεια. Με την ονομασία αυτή έγινε

γνωστή και άκμασε ως κέντρο διοίκησης της Νότιας Γαλατίας. Η Καισάρεια υπήρξε μεταξύ άλλων και τη βάση της χριστιανικής δραστηριότητας σε όλη την γύρω περιοχή. Από εκεί ο Απόστολος Παύλος μαζί με τον Βαρνάβα κήρυξαν τον χριστιανισμό σε όλη την περιοχή της Πισιδίας.

Το διάταγμα του Καίσαρα. Την εποχή του Καίσαρα Αυγούστου εκδόθηκε διάταγμα σύμφωνα με το οποίο καθοριζόταν ο τρόπος ταφής των αγέννητων παιδιών, που πέθαιναν μαζί με την κυοφορούσα μητέρα. Συγκεκριμένα το διάταγμα όριζε ότι αν μια γυναίκα πέθαινε από επιπλοκές κατά την διάρκεια της γέννας ή σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, τότε θα γινόταν μια τομή στην κοιλία από την οποία θα αφαιρείτο το παιδί. Αν και αυτό ήταν νεκρό τότε η ταφή έπρεπε να γίνει ξεχωριστά, αλλά στον ίδιο τάφο μαζί με τη μητέρα του. Το διάταγμα ωστόσο δεν ήταν πρωτοεμφανιζόμενο. Κατά τη διάρκεια που βασιλιάς της Ρώμης ήταν ο Νουμάς (Numa Pompilius – 6ος π.Χ.), εκδόθηκε ένας βασιλικός νόμος (lex regia), γνωστός ως Lex Caesarea. Αυτός απαγόρευε την ταφή μιας εγκύου γυναίκας πριν από την αφαίρεση του παιδιού από αυτήν. Όποιος ενεργούσε διαφορετικά θεωρείτο ως υπεύθυνος του θανάτου του! Το διάταγμα ανάγκαζε τους συγγενείς σε υποχρέωση αφαίρεσης του βρέφους (ζωντανού ή νεκρού) δια τομής της κοιλίας της. Ο Νουμάς είχε εκδώσει τέτοιο διάταγμα καθώς επιθυμούσε να μετασηματίσει τη μέχρι τότε στρατιωτική κοινωνία σε θρησκευτική κοινωνία. Η μορφή της θα άλλαζε αν «ο φόβος του εχθρού» αντικαθίστατο με το ευσεβές συναίσθημα του «φόβου των θεών». Όμως επί των ημερών του, η εξουσία περιοριζόταν στα μικρά όρια της Ρώμης και εξέλιπε ο οικουμενικός χαρακτήρας που θα αποκτούσε αργότερα με το μετασηματισμό της σε αυτοκρατορία. Το διάταγμα του Νουμά επανέλαβε ο Καίσαρας Αύγουστος (ο γνωστός ο Οκταβιανός). Τώρα όμως τα όρια της δύναμής του δεν είναι περιορισμένα, αλλά επεκτείνονται σε όλη την Ανατολική Μεσόγειο και τα βάθη της Ασίας. Η ρωμαϊκή αυτοκρατορία περιελάμβανε εδάφη που κάποτε είχε κατακτήσει ο Αλέξανδρος ο Μέγας. Ο Καίσαρας στην εποχή του ασκούσε θρησκευτική πολιτική με αποκλειστικό σκοπό την διατήρηση της ομοιογένειας στο ρωμαϊκό κράτος. Ενσωμάτωνε για παράδειγμα τύπους της ελληνικής λατρείας, με πρακτικές άλλων θρησκειών της Ανατολής. Και το έπραττε πάντα με γνώμονα το ρωμαϊκό κράτος να διατηρήσει τη θρησκευτική ενότητά του, σε μια εποχή όπου ο καθένας λάτρευε ό,τι

και όποιοι ήθελε... Είχε συγκεντρώσει όλα τα ιερατικά αξιώματα στο πρόσωπό του και είχε ανακηρυχθεί Μέγιστος Αρχιερέας της Αυτοκρατορίας. Με την ιδιότητα αυτή, είχε αναγνωρισθεί ως αυθεντία στην επίλυση θρησκευτικών διαφορών, που προέκυπταν ανάμεσα σε εκατοντάδες οπαδούς δοξασιών και λατρειών. Φαίνεται πως όταν προέκυψε σχετική διαφορά που αφορούσε στον τρόπο ταφής των νεκρών γυναικών και των νεκρών αγέννητων παιδιών τους, προκλήθηκε η παρέμβασή του. Ο Καίσαρας Αύγουστος επανέφερε το «ξεχασμένο» βασιλικό νόμο του Νουμά, δηλαδή της αφαίρεσης του βρέφους δια τομής της κοιλίας. Έτσι προέκυψε η Καισαρική τομή. Η Καισαρική, ο Καίσαρας και η Καισάρεια...

Ο Καίσαρας Αύγουστος επίλυσε το θέμα, παίρνοντας τη γνωστή πρακτική των Εβραίων, Ελλήνων και άλλων λαών για την κήδευση των αγέννητων παιδιών και την προγενέστερη διάταξη την ενσωμάτωσε στο ρωμαϊκό θρησκευτικό τυπικό της εποχής του. Επειδή λοιπόν η τομή που πραγματοποιούσε όλος ο κόσμος που ανήκε στα όρια της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, έγινε με δική του διαταγή, η πράξη είτε ταυτίστηκε με τον ίδιο, είτε με την πόλη που πρωτοξεκίνησε, την Καισάρεια (που έτσι κι αλλιώς έφερε το όνομά του) και ονομάστηκε «Καισαρική τομή».

Η σημερινή «Καισαρική τομή»

Ο όρος διατηρήθηκε μέχρι και τις μέρες μας παρά το γεγονός ότι εξυπηρετεί πλέον διαφορετικό σκοπό. Σήμερα με την «Καισαρική τομή» εννοείται η χειρουργική επέμβαση που γίνεται για την αφαίρεση του βρέφους, αντί του κοιλιακού τοκετού όταν αυτός είναι επικίνδυνος για τη ζωή της μητέρας ή του βρέφους. Καθώς η σημερινή τομή μοιάζει με την τομή που είχε διατάξει ο Καίσαρας, ο όρος παρέμεινε ίδιος. Το όνομα «καισαρική χειρουργική επέμβαση» κρατήθηκε μέχρι το 1598, όταν ο Jacques Guilmeau σε ένα βιβλίο μαιευτικής, αντικατέστησε την «καισαρική χειρουργική επέμβαση» με τη «καισαρική τομή» και έτσι λέγεται μέχρι σήμερα.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η καισαρική τομή εφαρμοζόταν σε έγκυες γυναίκες ήδη από το 500 πΧ, αλλά πιθανόν και πολύ νωρίτερα. Οι εβραίοι μάλιστα είχαν απαγορέψει την ταφή των εγκύων γυναικών, αν δεν έπαιρναν πρώτα το έμβρυο με επέμβαση, σε μια τελευταία προσπάθεια, αν υπήρχε μια μικρή περίπτωση το μωρό να ήταν ζωντανό ακόμα, να μη θαφτεί μαζί με τη μητέρα.

Η πρώτη επιτυχής καισαρική τομή (δηλαδή επέζησαν και η μητέρα και το μωρό) που έχει καταγραφεί, έγινε γύρω στο 1820 από την James Stuart Miranda Barry. Η Δρ Barry

που ήταν γιατρός στο βρετανικό στρατό και υπηρετούσε στη Νότια Αφρική, ήταν γνωστή για την συμπόνια της στις γυναίκες.



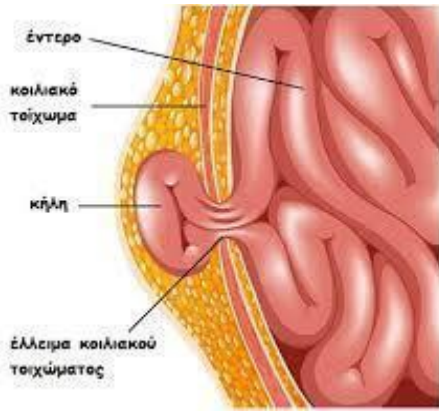
Εικόνα 1. Αποτύπωση καισαρικής τομής κατά τον 16ο αι..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Φυσιολογικός τοκετός είναι η διαδικασία, όπου συμβαίνει 280 ημέρες μετά από τη στιγμή της σύλληψης και καταλήγει στην έξοδο του εμβρύου και του πλακούντα από την μήτρα. Για να πραγματοποιηθεί με επιτυχία πρέπει να συμβαίνουν οι κάτωθι τρεις παράγοντες:

1. ευρύχωρο πέρασμα στην πύελο
2. αποτελεσματικές συσπάσεις μήτρας
3. το έμβρυο σε μέγεθος συμβατό ως προς αυτό της πυέλου με εγκεφαλική προβολή

Ως καισαρική τομή περιγράφεται η κοιλιακή μαίευση του νεογνού και αυτό επιλέγεται όταν κινδυνεύει η ζωή του κυήματος ή της μητέρας ή κατόπιν επιθυμίας της μητέρας. Η επιθυμία της μητέρας για Κ.Τ. αποτελεί σύνηθες φαινόμενο στις μέρες μας. Πολλές γυναίκες επιλέγουν να γεννήσουν με Κ.Τ. και οι λόγοι ποικίλουν, εργασιακοί, οικογενειακοί, αισθητικοί. Στους βασικότερους λόγους ανήκει ο τρόπος κατοικίας της μητέρας, καθώς παρατηρείται, κυρίως στην επαρχία, η έλλειψη καλά επανδρωμένου νοσοκομείου ή μιας οργανωμένης μονάδας υγείας. Η τοκοφοβία επίσης, που μπορεί να προέρχεται είτε λόγω της ηλικίας της γυναίκας, είτε λόγω ελλιπούς προετοιμασίας και ενημέρωσης για φυσιολογικό τοκετό από την επαγγελματία υγείας μαία, είτε λόγω του φόβου των ωδινών ή των επικείμενων επιπλοκών, που τυχόν μπορεί να προκύψουν, κατά τον φυσιολογικό τοκετό. Και για προληπτικούς λόγους μπορεί να επιλεγεί η Κ.Τ. από γυναίκες, στις οποίες έχουν προηγηθεί και άλλοι φυσιολογικοί τοκετοί, ώστε να αποφευχθεί η μελλοντική δημιουργία κυστεοκήλης (πρόσθια πρόπτωση του κόλπου λόγω χαλάρωσης των μυών και των συνδετικών ιστών του πυελικού εδάφους), ορθοκήλης (το ορθό έντερο προβάλλει από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα λόγω άσκησης υπερβολικής πίεσης στο πυελικό έδαφος) ή πρόπτωσης της μήτρας στον κόλπο. Δεν πρέπει να ξεχνάμε και την σεξουαλική ζωή των γυναικών, την οποία και επιθυμούν να διαφυλάξουν, καθώς ο φυσιολογικός τοκετός αποτελεί ένα crash test για τους ιστούς, τους μύες και τους συνδέσμους του κόλπου, όπως επίσης η κάθοδος του εμβρύου μέσα στον κόλπο, η οποία διατείνει όλο τον στηρικτικό μηχανισμό, το βάρος του νεογνού και η διάρκεια του τοκετού.



Εικόνα 2. Ορθοκήλη.



Εικόνα 3. Κ.Τ. και Φ.Τ..

Καισαρική τομή διενεργούμε και στον πρόωρο τοκετό, ο οποίος μπορεί να προκύψει όταν υπάρχει εμβρυική δυσπραγία, ισχιακή προβολή, καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης ή αποτυχία εξέλιξης τοκετού.

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο σύνολο των 100.000 περίπου τοκετών τα τελευταία 20 χρόνια έχουμε 30.000 με Κ.Τ. ,όπου αυτό το ποσοστό αντιστοιχεί σε μία στις 3 Ελληνίδες. Αυτή η μεγάλη αύξηση οφείλεται στο, ότι ο αριθμός των γυναικών που συλλαμβάνουν με εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνεται , στο ότι οι γυναίκες στις μέρες μας γεννούν σε μεγαλύτερες ηλικίες μετά, τα 35 χρόνια τους, και έχουμε αύξηση πολύδυμων κυήσεων. Επίσης έχουμε αύξηση των κυήσεων υψηλού κινδύνου και των κυήσεων με Κ.Τ. κατόπιν επιθυμίας της εγκύου. Το ποσοστό των γυναικών, που οδηγούνται σε Κ.Τ λόγω των παρακάτω αιτιών είναι 25-30%.

2.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ Κ.Τ.

Α. Μητρικές ενδείξεις:

1. Αποτυχία πρόκλησης τοκετού
2. Αδυναμία εξέλιξης τοκετού
3. Αποτυχία επεμβατικού τοκετού

4. Βαρεία υπερτασική νόσος της κύησης(εκλαμψία, σύνδρομο HELLP)
5. Προηγηθείσα καισαρική τομή
6. Παθολογία μητέρας (καρδιοπάθεια, κύηση υψηλού κινδύνου, σακχαρώδης διαβήτης, ψυχιατρικό, νευρολογικό, ορθοπεδικό, αναπνευστικό, οφθαλμολογικό, προεκλαμψία , καρκίνος του τραχήλου, τραχηλεκτομή) .
7. Ενεργός νόσος οξυτενών κονδυλωμάτων
8. Έρπητας αιδοίου και κόλπου (HSV)
9. Μη θεραπευμένη λοίμωξη κόλπου με ομάδα Β στρεπτόκοκκου (GBS) HIV
10. Συγγενής ανωμαλία μήτρας (δίκερος, μονόκερος)
11. Προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση στη μήτρα ή ρήξη μήτρας σε προηγούμενη κύηση, ινομυωματεκτομή.
12. Επιθυμία επιτόκου: οικογενειακοί, οικονομικοί, γεωγραφικοί λόγοι
13. Μόνιμη περίδεση τραχήλου
14. Ιστορικό χειρουργικής επέμβασης αποκατάστασης της πυέλου
15. Άλλες παθολογικές καταστάσεις που απαιτούν ταυτόχρονα την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης στην κοιλιά
16. Περιθανάτια καισαρική τομή
17. Βαριές αιμορραγίες πριν ή κατά τον τοκετό σε κεντρική αποκόλληση πλακούντα ή μετατραυματικής αιτιολογίας
18. Μηχανικοί λόγοι, ινομώματα μήτρας, έξοδο του εμβρύου
19. Πρόωρη ρήξη μεμβρανών. Μπορεί να δημιουργήσει χοριοαμνιονίτιδα.
Αίτια που μπορούν να οδηγήσουν σε χοριοαμνιονίτιδα είναι ο παρατεταμένος χρόνος από τη ρήξη μεμβρανών και έναρξη του τοκετού. Είναι λοίμωξη των χοριακών και αμνιακών μεμβρανών που συμπεριλαμβάνει μήτρα, πλακούντα, ομφάλιο λώρο και έμβρυο. Μπορεί να είναι ανιούσα βακτηριακή λοίμωξη από τον κόλπο ή ενδοαμνιακές λοιμώξεις αιματογεννούς διασποράς βακτηρίων, όπου καταλήγουμε σε Κ.Τ.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Β)Μητρικές – εμβρυικές

1. Αποκόλληση πλακούντα (κεντρική ή περιφερειακή). Η σοβαρή αποκόλληση πλακούντα είναι επείγουσα και απειλητική κατάσταση για την μητέρα και το εμβρύο και συνιστάται επείγουσα Κ.Τ. και γενική αναισθησία. Η αποκόλληση πλακούντα μπορεί να προκαλέσει διαταραχές πήξης , αιμορραγία. Αίτια μπορεί να είναι υπέρταση, το μικρό μήκος ομφάλιου λώρου, πολυτοκία και ανωμαλίες της μήτρας και αδιευκρίνιστα αίτια.
2. Επιπωματικός ή προδρομικός πλακούντας. Παρουσιάζεται σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προηγούμενες Κ.Τ., σε ινομυωματεκτομή της μήτρας, πολυτοκία, μεγάλη ηλικία μητέρας και το μεγάλο μέγεθος πλακούντα. Ο πλακούντας μπορεί να είναι 1 επιπωματικός πλακούντας,2 επιχείλιος πλακούντας,3 παραχείλιος πλακούντας ή 4 πλακούντας με χαμηλή πρόσφυση. Εκδηλώνεται με ήπια αιμορραγία από τον κόλπο ή μεγάλη αιμορραγία από τον κόλπο. Όταν η κύηση είναι μεγαλύτερη των 37 εβδομάδων, διενεργείται Κ.Τ..
3. Ρήξη της μήτρας. Μπορεί να συμβεί αν έχει γίνει προηγούμενη Κ.Τ. ή προηγούμενες Κ.Τ. , πλαστική μήτρας, εμβρυουλκία, παρατεταμένος τοκετός σε ασθενείς με υπερτονικές συσπάσεις (λόγω IV έγχυσης ωκυτοκίνης), κεφαλοπυελική δυσαναλογία, λεπτοτοιχωματική και αδύναμη μήτρα. Εμφανίζεται με μεγάλη αιμορραγία ή με υπόκρυπτη ενδοκοιλιακή αιμορραγία και σηματοδοτείται με πόνο και υπόταση και διενεργούμε λαπαροτομία.
4. Αναστολή εξέλιξης τοκετού -> όταν για μηχανικούς λόγους διακόπτεται η εξέλιξη του τοκετού και δεν μπορεί να ολοκληρωθεί κολπικά.
5. Πρόπτωση ομφαλίδας
6. Ανωμαλίες του ομφάλιου λώρου και του πλακούντα
7. Κεφαλοπυελική δυσαναλογία
8. Αποτυχία επεμβατικού κολπικού τοκετού (σικουουλκία-εμβρυουλκίας)

Γ)Ενδείξεις από τα έμβρυα

1. Ανώμαλη προβολή εμβρύου (οπίσθια ινιακή προβολή, εγκάρσιο σχήμα, προσωπική προβολή, μετωπική προβολή, ισχιακή, υψηλή κάθετη, ασυγκλιτισμός). Συνδέεται με νοσηρότητα και θνητότητα της μητέρας και του

εμβρύου και ως εκ τούτου αυξάνεται η πιθανότητα για χορήγηση αναισθησίας και Κ.Τ.. Ανώμαλο σχήμα ή προβολή-> θέση εμβρύου μέσα στην μήτρα, θέση εγκάρσια ή λοξή, σε βρεγματική ή προσωπική προβολή διενεργείται καισαρική τομή.

2. Μακροσωμία 4.500γρ. λόγω ΣΔΚ της μητέρας.
3. Πολύδυμη κύηση. Σχετίζεται με ισχιακή προβολή και προωρότητα. Μπορεί να χρειασθεί Κ.Τ. και αναισθησία γιατί το δεύτερο νεογνό συχνά παρουσιάζει μεγάλου βαθμού καταστολή και ασφυξία σε σχέση με το πρώτο.
4. Υπολειπόμενη ανάπτυξη.
5. Συγγενής ανωμαλία
6. Παθολογικά ευρήματα από την υπερηχογραφική εξέταση DOPPLER του ομφάλιου λώρου
7. Θρομβοκυτταροπενία
8. Ιστορικό προηγούμενου τραύματος νεογνού κατά τον τοκετό
9. HIV ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας
10. HSV ιός του άλλου έρπητα των γεννητικών οργάνων

Δ)Λόγους για τους οποίους απαιτείται η άμεση διεκπεραίωση του τοκετού με επείγουσα ΚΤ.

1. Μεγάλη αιμορραγία στην κύηση.
2. Προδρομικός πλακούντας ή πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, εφόσον υπάρχει θετική καρδιακή λειτουργία του εμβρύου και ο τοκετός δεν μπορεί να γίνει από την φυσιολογική οδό. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ταυτόχρονη αιμοδυναμική ανάπτυξη της επιτόκου.
3. Βραδυκαρδία (πτώση των καρδιακών παλμών) εμβρύου.
4. Επίμονες επιβραδύνσεις του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου κάτω από 70 παλμούς ανά λεπτό, από τη στιγμή που δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για την αποπεράτωση του κοιλιακού τοκετού.
5. Πρόπτωση ομφάλιου λώρου (έξοδος του ομφάλιου λώρου πριν τη γέννηση του εμβρύου).

6. Όταν υπάρχει θετική καρδιακή λειτουργία του εμβρύου και ο τοκετός δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί από την κολπική οδό.

Πίνακας 1.1 κατηγοριοποίηση των ενδείξεων της επείγουσας ΚΤ.

Κατηγορίες ΚΤ	Ενδείξεις	Χρονική περίοδος περάτωσης ΚΤ
Κατηγορία 1	Άμεσος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή του εμβρύου.	Αποπεράτωση της ΚΤ μέσα σε 20 λεπτά.
Κατηγορία 2	Ενδείξεις που υποδηλώνουν διαταραχή στην μητέρα ή στο έμβρυο, χωρίς άμεσο κίνδυνο για τη ζωή τους.	Αποπεράτωση της ΚΤ μέσα σε 30 λεπτά.
Κατηγορία 3	Όταν δεν υπάρχει κίνδυνος για το έμβρυο και για την μητέρα, αλλά απειλείται η αποπεράτωση του τοκετού.	Ο χρόνος της ΚΤ αποφασίζεται από τον μαιευτήρα.
Κατηγορία 4	Μη επείγουσα ΚΤ.	π.χ. επιθυμία της γυναίκας

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.

1. Σε νεκρό έμβρυο (μόνο αν υπάρχει επιπωματικός πλακούντας δυσαναλογικά)
2. Σε συγγενή ανωμαλία
3. Σε πρώιμο τοκετό
4. Σε διαταραχές πήκτικότητας του αίματος
5. Φλεγμονή των ανώτερων αναπνευστικών οδών της επιτόκου
6. Κακή γενική κατάσταση της επιτόκου

7. Αντένδειξη ---- καισαρικής τομής αποτελούν οι περιπτώσεις, όπου ο κίνδυνος της επέμβασης είναι μεγαλύτερος από τον κίνδυνο της ένδειξης που παρουσιάστηκε.

3.ΟΦΕΛΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Οφέλη καισαρικής τομής για τη γυναίκα

1. Η καισαρική τομή είναι λιγότερο επώδυνη λόγω του αναισθητικού.
2. Υπάρχει λιγότερος κίνδυνος πρώιμης αιμορραγίας μετά τη γέννηση.
3. Πολύ μικρές αισθητικές επιπτώσεις με ΚΤ η οποία γίνεται σε χαμηλή εγκάρσια τομή.
4. Όταν γίνεται με επισκληρίδιος νάρκωση η επίτοκος βλέπει και κρατάει το νεογνό και μπορεί να το θηλάσει αμέσως ,όπως γίνεται και στον φυσιολογικό τοκετό.
5. Είναι πιο ασφαλής για το νεογνό στην πλειονότητα των περιπτώσεων.
6. Η ΚΤ δεν δημιουργεί βλάβες στον κόλπο και το περίνεο της γυναίκας, που μπορούν να επηρεάσουν την μετέπειτα ζωή της.

Οφέλη καισαρικής τομής για το νεογνό

1. Παρέχει την δυνατότητα στο νεογνό να γεννηθεί, όταν ο φυσιολογικός τοκετός δεν είναι δυνατός .
2. Μείωση κινδύνου για νεογνική ασφυξία .
3. Ενδοκρανιακή αιμορραγία .
4. Βλάβη βραχυχρόνιου πλέγματος ή προσωπικού νεύρου .

4.ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ Κ.Τ.

Πιθανοί κίνδυνοι για την μητέρα

Η καισαρική τομή είναι μία ασφαλής χειρουργική επέμβαση ,αλλά μία μεγάλη χειρουργική επέμβαση, όπου μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη γυναίκα, όπως :

- Λοίμωξη
- Τραυματισμό στα αιμοφόρα αγγεία και σοβαρή αιμορραγία
- Μπορεί να επηρεάσει τις μελλοντικές εγκυμοσύνες της γυναίκας

- Η ανάκτηση μετά από την ΚΤ είναι πιο δύσκολη σε σύγκριση με το φυσιολογικό τοκετό
- Μπορεί να προκαλέσει χρόνιο πυελικό άλγος στη γυναίκα
- Πρόκληση ατονίας μήτρας, που μπορεί να οδηγήσει σε υστερεκτομή,σε ελάχιστες περιπτώσεις.
- Ενδομητρίτιδα που παρατηρείται 1 σε 30 Κ.Τομές
- Πιθανή ρήξη μήτρας κατά τη διάρκεια μελλοντικής εγκυμοσύνης ή ενός ΦΤ
- Πόνος που κρατάει περισσότερο χρονικό διάστημα από το ΦΤ ,όπου θα επηρεάσει την καθημερινή δραστηριότητά της.
- Θρόμβωση σε μεγάλες φλέβες των κάτω άκρων με κίνδυνο η γυναίκα να πάθει πνευμονική εμβολή κατά το χρονικό διάστημα της ανάρρωσης από την χειρουργική επέμβαση.

Πιθανοί κίνδυνοι για το νεογνό

1. Δυσκολία στην αναπνοή και να μεταφερθεί το νεογνό σε μονάδα εντατικής θεραπείας
2. Τα νεογνά που γεννιούνται με ΚΤ μπορεί να παρουσιάσουν στην ανάπτυξη τους παιδικές χρόνιες ασθένειες , όπως άσθμα, ΕΔ κατά την παιδική ηλικία
3. Χειρουργικοί τραυματισμοί : σπάνια ,αλλά μπορεί να συμβεί ο γυναικολόγος να κόψει τυχαία το δέρμα του νεογνού κατά την ΚΤ της μήτρας

5.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Χειρουργικές τεχνικές ΚΤ.

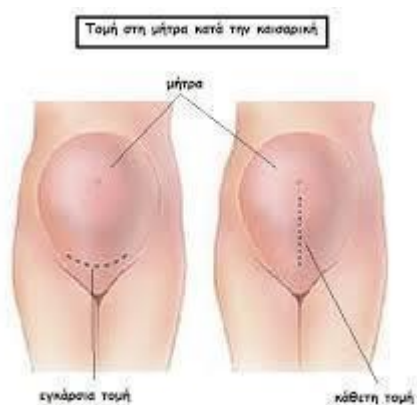
Εφαρμόζονται δύο χειρουργικές τεχνικές για την εκτέλεση της ΚΤ.. Η κάθετη και η χαμηλή εγκάρσια τομή. Η κάθετη, στην οποία η τομή της μήτρας γίνεται κάθετα στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, όπου ο έμπειρος χειρουργός χρειάζεται 2-3 λεπτά για την έξοδο του εμβρύου. Και η χαμηλή εγκάρσια χειρουργική τομή, στην οποία η τομή της μήτρας γίνεται εγκάρσια στο κατώτερο τμήμα της, όπου ο χειρουργός χρειάζεται

2-3 λεπτά για την έξοδο του εμβρύου. Κάτωθι ακολουθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα μεταξύ των δύο χειρουργικών τεχνικών.

Τα πλεονεκτήματα της χαμηλής εγκάρσιας ΚΤ:

- Μικρότερη αιμορραγία.
- Εύκολη αποκατάσταση.
- Μικρότερος κίνδυνος ρήξεως της τομής της μήτρας σε επόμενη εγκυμοσύνη.
- Λιγότερη πιθανότητα δημιουργίας συμφύσεως.
- Μικρότερη μετεγχειρητική νοσηρότητα.

Τα μειονεκτήματα της χαμηλής εγκάρσιας ΚΤ είναι οι τυχόν τραυματισμοί των μητριακών αγγείων, στις περιπτώσεις που η εγκάρσια τομή επεκταθεί προς τα πλάγια και αν έχουμε επέκταση του κάτω άκρου της τομής μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην ουροδόχο κύστη.



Εικόνα 4. Χειρουργικές τεχνικές Κ.Τ..



Εικόνα 5. Ουλή καισαρικής τομής.

Οι βασικοί χρόνοι μιας Κ.Τ. , που ακολουθεί ο χειρουργός είναι:

1. Η διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας.
2. Η αποκόλληση και κατάσπαση κυστεομητρικής πτυχής.

3. Τομή της μήτρας κατά στρώματα από τον μαιευτήρα.
4. Έξοδος νεογνού από τον χειρουργό.
5. Απολίνωση ομφάλιου λώρου από τον χειρουργό.
6. Αποκόλληση πλακούντα.
7. Καθαρισμός μήτρας-μητροσύσπαση.
8. Συρραφή μήτρας , κυστεομητρικής πτυχής περιτοναίου, συρραφή υπόλοιπων στοιβάδων από κάτω προς τα πάνω από τον χειρουργό και τέλος συρραφή του δέρματος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ Κ.Τ. ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Η Κ.Τ θεωρείται ένα ασφαλές χειρουργείο, αλλά μπορεί να παρουσιάσει κάποιες επιπλοκές , όπως:

1. Ατονία μήτρας-αιμορραγία.
2. Επέκταση της Κ.Τ.-αιμορραγία.
3. Χειρουργικοί τραυματισμοί της μήτρας.
4. Αναισθησιολογικά προβλήματα.

5..ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Φροντίδα της γυναίκας πριν και μετά την ΚΤ.

Προετοιμασία φακέλου της γυναίκας, διενέργεια προεγχειρητικών εργαστηριακών εξετάσεων και προετοιμασία για την ΚΤ. ως εξής:

- γενική εξέταση αίματος
- βιοχημικός έλεγχος
- ορός διασταύρωσης
- ανοσολογικές εξετάσεις
- καρδιοτοκογράφημα
- καρδιογράφημα
- συγκατάθεση για ΚΤ
- συγκατάθεση για αναισθησία
- ιστορικό γυναίκας

Προεγχειρητική μαιευτική φροντίδα επιτόκου από τη μαία του τμήματος.

Η προετοιμασία της επιτόκου αρχίζει από την εισαγωγή της στο μαιευτήριο με φροντίδα κατά την υποδοχή, ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση της επιτόκου και των συγγενών. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει φροντίδα για την ασφάλεια της γυναίκας. Πρέπει να παρέχεται ένα ασφαλές περιβάλλον. Ασφαλές θεωρείται το περιβάλλον, στο οποίο καλύπτονται οι ανάγκες των γυναικών, όπως η ανάγκη να τηρούνται σχολαστικά οι κανόνες υγιεινής του χώρου, ώστε να εξαλειφθούν πιθανοί παθογόνοι μικροοργανισμοί ή οποιοσδήποτε κίνδυνος ατυχήματος (φωτισμός, θερμοκρασία, υγρασία, περιποίηση κλίνης, ενημέρωση για το επισκεπτήριο, εξοπλισμός δωματίου π.χ. κομοδίνο-τραπέζι-καναπές-κουνάκι-WC-τροχήλατο παραβάν). Τέλος, σε γυναίκες που θα κάνουν Κ.Τ. , είτε προγραμματισμένη με την επιθυμία των ιδίων, είτε σε γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου , καλό θα είναι να γίνει μία προετοιμασία, λαμβάνοντας και την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη από τις κατάλληλες ομάδες υποστήριξης και προετοιμασίας γονέων.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1. Έλεγχος και ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου με καρδιοτοκογράφημα.
2. Αιμοληψία για γενικές ορμονολογικές, βιοχημικές εξετάσεις αίματος
3. Φροντίδα για κένωση του εντέρου της επιτόκου, με καθαρτικό υποκλυσμό μίας χρήσης στη φάση της προετοιμασίας. Η μαία ή η νοσηλεύτρια αξιολογούν στη φάση αυτή ως εξής: την παρουσία αιμορροΐδων στην περιπρωκτική περιοχή, αν η γυναίκα έχει ξανακάνει υποκλυσμό και τα αποτελέσματά του καθώς και τον έλεγχο του σκευάσματος (επωνυμία, ενδείξεις, χρήσεις και ημερομηνία λήξης), την παρουσία εντερικών ήχων, την αποβολή αερίων και την παρουσία κοιλιακής διάτασης. Στη φάση της χορήγησης ενημερώνουν τη γυναίκα για ότι κάνουν, ζητούν τη συνεργασία της για την άσκηση των σωστών δεξιοτήτων για το καλύτερο επιθυμητό αποτέλεσμα.
4. Φροντίδα για ελαφρύ διαιτολόγιο και παροχή υγρών έως 12 ώρες πριν την επέμβαση. Έτσι ελαττώνονται οι πιθανές εισροφήσεις υγρών και ο εμετός.
5. Εξασφάλιση καλού ύπνου.

6. Καρδιοτοκογράφημα
7. Λήψη ζωτικών στοιχείων
8. Έλεγχος φακέλου γυναίκας

Από τις μαίες που πρέπει να δίνεται έμφαση στις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στην ΚΤ και τον κολπικό τοκετό και έτσι θα μπορούν και οι σύντροφοι να παρευρίσκονται κοντά στη σύντροφο και στον τοκετό με Κ.Τ.. Οι γυναίκες που έχουν γεννήσει με Κ.Τ. συμφωνούν, ότι τις έχει βοηθήσει η παρουσία και η υποστήριξη του συντρόφου τους, ώστε να ανταποκριθούν θετικά στην όλη διαδικασία πριν και μετά το χειρουργείο. Ο προβληματισμός και ο φόβος αυτών των γυναικών είναι η ανησυχία για την επιπλέον επιβάρυνση και φροντίδα του νεογνού, ίσως και των άλλων παιδιών, κατά την περίοδο ανάρρωσης από τη χειρουργική επέμβαση, οι δυσάρεστες αναμνήσεις από προηγούμενη Κ.Τ. και οι άσχημες εμπειρίες της μετεγχειρητικής περιόδου ανάρρωσης. Η μαία θα πρέπει να καθησυχάζει τη γυναίκα με τη σωστή ενημέρωση, χρησιμοποιώντας οπτικοακουστικά μέσα (φωτογραφίες και βίντεο) και συμβουλεύοντας τη σε, ότι την απασχολεί με ενσυναίσθηση, κερδίζοντας έτσι την εμπιστοσύνη της γυναίκας κάνοντας τη να νιώθει ασφάλεια για αυτό που πρόκειται να γίνει.

Σε περιπτώσεις απρογραμμάτιστης, επείγουσας Κ.Τ., λόγω των υψηλών επιπέδων άγχους της εγκύου και της οικογένειας εκείνη τη χρονική στιγμή, τα περισσότερα που λέγονται πιθανόν να ξεχνιούνται ή να παρανοούνται. Και επειδή οι προεγχειρητικές διαδικασίες πρέπει να γίνονται γρήγορα και σωστά, μιας και ο χρόνος που απομένει για επεξήγηση των διαδικασιών και της χειρουργικής επέμβασης είναι συνήθως λίγος, η μαία πρέπει να είναι σύντομη και περιληπτική στις οδηγίες της προς την έγκυο και γρήγορη στις δεξιότητές της.

7.ΡΟΛΟΣ ΜΑΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Άμεσες νοσηλευτικές ενέργειες από τη μαία πριν τη μεταφορά της γυναίκας στο χειρουργείο.

1. Ειδικός ιματισμός ένδυσης.
2. Ακρόαση καρδιακών παλμών εμβρύου.
3. Λήψη ζωτικών στοιχείων.
4. Έλεγχος, ότι η γυναίκα δεν έχει φάει και δεν έχει πιεί κάτι πριν το χειρουργείο.

5. Αφαίρεση κοσμημάτων, τεχνητής οδοντοστοιχίας, ξέβαμμα νυχιών.
6. Επισκόπηση χειρουργικού πεδίου , ότι έχει γίνει ο ευπρεπισμός της γυναίκας.
7. Τοποθέτηση FOLEY καθετήρα στην ουροδόχο κύστη.
8. Έλεγχος ταυτότητας αναγνώρισης στο χέρι της γυναίκας.
9. Έλεγχος σωστής λειτουργίας φλεβοκαθετήρα.
10. Επίσης η υπεύθυνη συντονισμού που μπορεί να είναι μαία βάρδιας ή προϊσταμένη, ενημερώνει την προϊσταμένη του χειρουργείου για τυχόν συντρέχοντες λόγους κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας της γυναίκας.

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ Κ.Τ..

Ο ρόλος της μαίας κίνησης και εργαλειοδοσίας.

Η μαία βάρδιας θα πρέπει να έχει κάνει τις εξής ενέργειες πριν την είσοδο της γυναίκας για την Κ.Τ..

1. Έλεγχος για διασταύρωση και διαθέσιμο αίμα από το τμήμα της αιμοδοσίας.
2. Έλεγχος και προετοιμασία αίθουσας χειρουργείου για εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος, σωστής θερμοκρασίας και κατάλληλου φωτισμού .
3. Ύπαρξη στην αίθουσα αναλώσιμου υλικού και αποστειρωμένου ιαματισμού και υλικών που επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν.
4. Έλεγχος μηχανημάτων αναρρόφησης.
5. Έλεγχος τροχήλατων, τράπεζα νεογνού, χειρουργικού τραπέζιού με τον απαιτούμενο ειδικό εξοπλισμό.
6. Ενημέρωση παιδίατρου-νεογνολόγου για Κ.Τ. και παρουσία στη σωστή ώρα στην αίθουσα του χειρουργείου.
7. Υποδοχή της γυναίκας ,όπου πρέπει η μαία να συστήνεται με όνομα-επίθετο και ιδιότητα.
8. Εμφύχωση και ενημέρωση της γυναίκας για το χειρουργείο που επρόκειτο να ακολουθήσει.
9. Ενημέρωση για σωστή συνεργασία σχετικά με τη θέση τοποθέτησης στο χειρουργικό τραπέζι, η οποία πρέπει να είναι σε θέση ύπτια του σώματος με ελαφριά κλίση αριστερά, προς αποφυγή του συνδρόμου κάτω κοίλης φλέβας.

10. Διενέργεια ταυτοποίησης στοιχείων γυναίκας (όνομα, επίθετο γυναίκας, συζύγου αν υπάρχει) και ερώτηση για το επίθετο που θα λάβει το παιδί.
11. Έλεγχος φακέλου προαπαιτούμενων εξετάσεων, όπως αναφέρθηκαν άνωθεν, και των απαραίτητων εγγράφων.
12. Λήψη δακτυλικών αποτυπωμάτων από τη μητέρα και στη συνέχεια από τα πατουσάκια του νεογνού, μετά τη γέννηση.
13. Προετοιμασία και τοποθέτηση ειδικού βραχιολιού στο νεογνό με τα απαραίτητα ταυτοποιητικά στοιχεία(επίθετο, ημερομηνία, φύλο).
14. Προετοιμασία έντυπου φυλλαδίου αίματος, που θα ληφθεί εν συνεχεία από τον πλακούντα.
15. Ενημέρωση του χειρουργικού μητρώου με στοιχεία γυναίκας και των ατόμων που θα παρευρεθούν στην Κ.Τ. (επίθετο χειρουργού-αναισθησιολόγου-εργαλειοδότη-μαίας αναισθησιολογίας).
16. Προετοιμασία τροχήλατων με τα κατάλληλα σετ εργαλείων, ιματισμού που θα χρειαστούν κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.
17. Καταμέτρηση και καταγραφή του υλικού που θα χρησιμοποιηθεί.
18. Εξειδικευμένη γνώση νεογνικής ανάνηψης και αναζωογόνησης νεογνού.
19. Υποδοχή νεογνού-ταυτοποίηση νεογνού από τον φάκελο της μητέρας.
20. Φροντίδα μητέρας να κρατήσει το νεογνό στην αγκαλιά της.
21. Γνώση και τοποθέτηση σώμα με σώμα νεογνού-μητέρας και έναρξη θηλασμού στο χειρουργικό τραπέζι.
22. Κατεύθυνση βοηθητικού προσωπικού με τις κατάλληλες οδηγίες καθαρισμού αίθουσας, πάγκων και τραπεζιών.
23. Φροντίδα μεταφοράς λεχιάδας από τη χειρουργική αίθουσα στην αίθουσα ανάνηψης.
24. Απομάκρυνση του χρησιμοποιημένου υλικού από την αίθουσα και επιστασία στον καθαρισμό της αίθουσας.
25. Εφοδιασμός αίθουσας χειρουργείου με καινούργιο αποστειρωμένο υλικό και εργαλεία, σύμφωνα με το πρόγραμμα του χειρουργείου.

Νοσηλευτικά καθήκον τα εργαλειοδότης μαίας κατά τη διεγχειρητική φάση.

Η μαία εργαλειοδοσίας πρέπει να πράξει τις εξής διεργασίες και δεξιότητες:

- Γνώση και πράξη των αρχών χειρουργικής αντισηψίας χεριών. Για το χειρουργικό πλύσιμο των χεριών υπάρχουν ειδικοί νιπτήρες που είναι τοποθετημένοι σε χώρο που βρίσκεται κοντά και επικοινωνεί με την αίθουσα του χειρουργείου. Εκεί βρίσκονται κατάλληλα αντισηπτικά και το πλύσιμο των χεριών διαρκεί 5 λεπτά. Στη συνέχεια ακολουθεί το ντύσιμο, με αποστειρωμένα ποδιά και γάντια, στην οποία διαδικασία βοηθάει η μαία κίνησης.
- Τη διαδικασία ακολουθεί το στρώσιμο των χειρουργικών τραπεζιών με αποστειρωμένο ιματισμό και η τοποθέτηση σε αυτά των κατάλληλων εργαλείων, που θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
- Καταμέτρηση σετ εργαλείων, κομπρέσων, ραμμάτων, τολίμπιων , αναρρόφησης, διαθερμίας, λαβίδων για τους προβολείς και τοποθέτηση με συγκεκριμένο τρόπο επάνω στο τροχήλατο τραπέζι.
- Κατά τη διάρκεια της Κ.Τ. πρέπει να γνωρίζει η μαία εργαλειοδοσίας , τους χειρουργικούς χρόνους, ώστε να προλαμβάνει τις ανάγκες του χειρουργού μαιευτήρα.
- Δεν επιτρέπεται η αλλαγή θέσεως των εργαλείων από το τροχήλατο.
- Παρακολουθεί τυχόν λάθη της ασηψίας και σε όλους τους χρόνους της Κ.Τ. είναι έτοιμη να καλύψει τις τεχνικές διεργασίες με αυτοκυριαρχία, ψυχραιμία και δεξιοτεχνία.
- Μέτρηση εργαλείων, κομπρέσων , ραμμάτων και οποιονδήποτε πρόσθετων υλικών έχουν χρησιμοποιηθεί.
- Στο τέλος της επέμβασης βοηθάει στον καθαρισμό και την κάλυψη του τραύματος. Σκεπάζει τη γυναίκα και απομακρύνει εργαλεία ή υλικό που έχει χρησιμοποιηθεί.

8.ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ (ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ)

Ο ρόλος της μαίας αναισθησιολογίας στην αίθουσα ανάνηψης.

Μετά την Κ.Τ. η λεχωίδα μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης μαζί με τον αναισθησιολόγο. Η μαία εν συνεχεία πρέπει να ακολουθήσει τις εξής ενέργειες:

- Υποδοχή της χειρουργημένης λεχωίδας.
- Παραλαβή του φακέλου και του διαγράμματος αναισθησίας.

- Λήψη των απαραίτητων οδηγιών από τον αναισθησιολόγο.
- Τοποθέτηση της χειρουργημένης γυναίκας σε αναρρωτική θέση.
- Σύνδεση της λεχωίδας με O₂ και στα monitors ... αναπνοών και σφύξεων κάθε 15 λεπτά.
- Φροντίδα για την σωστή θερμοκρασία της χειρουργημένης.
- Έλεγχος του αίματος (ποσότητα, χρώμα ...), έλεγχος λοχειών.
- Έλεγχος για σύσπαση της μήτρας και ενδεχόμενο ατονίας μήτρας.
- Έλεγχος του ουροκαθετήρα αναφορικά με την ποσότητα και το χρώμα των ούρων (πιθανή αιμορραγία από την πτώση της κύστης).
- Παρακολούθηση έγχυσης του ορού.
- Έλεγχος της επικοινωνίας με τα λεχώιδα και φροντίδα για την αποφυγή ναυτείας ή εμετού.
- Έγκαιρη φροντίδα για την αναλγησία και τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής με τις οδηγίες του αναισθησιολόγου.
- Ψυχολογική υποστήριξη και φροντίδα να δει το να δει το νεογνό και να το κρατήσει στην αγκαλιά της. Καλό θα είναι να βρίσκεται κοντά της και ο σύντροφός της.
- Μετακίνηση της λεχωίδας κατόπιν εντολής του αναισθησιολόγου (αφού έχει ελεγχθεί αν το 95% των ζωτικών σημείων είναι σε καλή και σταθερή κατάσταση, αν η παλινδρόμηση της μήτρας είναι καλή-καλά λοχεία, αν το επίπεδο συνείδησης και αντανακλαστικών είναι καλά και αν είναι καλή η ποιότητα και η ποσότητα των ούρων).

Οδηγίες αναισθησιολόγου και μαιευτήρα για τη μεταφορά της λεχωίδας στο τμήμα

1. σίτιση
2. φαρμακευτική αγωγή
3. κινητοποίηση γυναίκας
4. αλλαγή τραύματος

ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο θηλασμός μετά την Κ.Τ. θεωρείται δύσκολο έργο και συνδέεται με προβλήματα και δυσκολίες. Θα εξαρτηθεί από το κατά πόσον η μητέρα θα είναι σε θέση να καθορίσει σωστά τη διαδικασία του θηλασμού του μωρού. Μπορεί να εμφανιστεί με μικρή καθυστέρηση χρόνου μετά την Κ.Τ. , επειδή η ορμονική ρύθμιση απαιτεί κάποιο χρόνο. Η ταχύτητα της παραγωγής γάλακτος επηρεάζεται επίσης από τα παρασκευάσματα που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της λειτουργίας της αναισθησίας. Μειώνουν κάπως τις φυσικές διενέργειες στο γυναικείο στήθος, άρα είναι σαφές, ότι όσο πιο κοντά στην ημερομηνία γέννησης θα πραγματοποιηθεί η Κ.Τ. , τόσο πιο λίγα προβλήματα θα έχει η γυναίκα με το θηλασμό, γιατί οι μαστικοί αδένες θα είναι πιο βελτιωμένοι για την παραγωγή γάλακτος. Η γυναίκα θα πρέπει να γνωρίζει, ότι το να τοποθετηθεί το μωρό πιο γρήγορα στο στήθος από τη στιγμή της γέννησής του θα είναι πολύ ωφέλιμο για αυτό. Έστω και να πάρει μία σταγόνα του πρωτόγαλου θα είναι αρκετό , λόγω των πρωτεϊνών , βιταμινών , λιπαρών και υδατανθράκων γιατί η θρεπτική αξία του πρωτόγαλου είναι εξαιρετικά υψηλή. Αξία θα έχει έστω και το μωρό να προσκολληθεί στο στήθος της μητέρας και ας μην μπορέσει να σιτιστεί. Αυτό θα βοηθήσει στο σχηματισμό του αντανεκλαστικού αναρρόφησης, θα έχει ενεργητική επίδραση στη σύσπαση της μήτρας μετά την επέμβαση και θα είναι ένα σημαντικό ερέθισμα για την παραγωγή της προλακτίνης. Η γυναίκα πρέπει επίσης να γνωρίζει , ότι μπορεί να καθυστερήσει να παράξει πρωτόγαλο, λόγω της καισαρικής τομής και για αυτό δε θα πρέπει να ανησυχήσει. Αν η γυναίκα πρόκειται να πραγματοποιήσει Κ.Τ. και θέλει να θηλάσει, πρέπει να το έχει συζητήσει με τον αναισθησιολόγο και τον γυναικολόγο μαιευτήρα της. Τέλος καταλήγουμε στο ότι οι περισσότερες γυναίκες μπορούν να θηλάσουν με ασφάλεια το τελειόμηνο μωρό τους μετά την επέμβαση, όταν ξυπνήσουν, ανακτήσουν τη συνείδησή τους και είναι ικανές να κρατήσουν το μωρό τους με ασφάλεια, αφού πρώτα η γενική αναισθησία έχει μεταφερθεί από το αίμα στο λίπος και στον μυϊκό ιστό και σιγά σιγά θα έχει απομακρυνθεί. Η μεταφορά φαρμακευτικών ουσιών στο ανθρώπινο γάλα εξαρτάται από τις ιδιότητες του φαρμάκου, υπάρχουν φάρμακα που η χρήση τους είναι ασφαλής. Αν επιλεγεί η ραχιαία ή επισκληρίδιος αναισθησία , αντί της γενικής αναισθησίας, η γυναίκα είναι ξύπνια κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μπορεί να θηλάσει μετά τη γέννηση του μωρού.



Εικόνα 6. Θηλασμός.

Ε) ΟΤΑΝ ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΕΙ Η ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ Κ.Τ.,ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΛΟΓΟ,ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ:

1. Λήψη συναίνεσης από την έγκυο. Αν είναι υπέρ επείγουσα ΚΤ αρκεί η προφορική συναίνεση, όπου καταγράφεται στο ιστορικό της εγκύου.
2. Λήψη γενική αίματος, ομάδας αίματος.
3. Τοποθέτηση επιτόκου σε αριστερή πλάγια θέση με συνεχούς καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση του εμβρύου.
4. Η παρουσία νεογνολόγου για την ανάνηψη του εμβρύου, όπου πρέπει να είναι ενήμερος για την ένδειξη ΚΤ.
5. Για το είδος αναισθησίας θα πρέπει να συναποφασίσουν μαιευτήρας και αναισθησιολόγος.
6. Πρέπει να χορηγείται προφυλακτικά αντιβίωση.
7. Πρέπει να χορηγείται θρομβοπροφύλαξη με χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες.
8. Πρέπει να ενθαρρύνεται η επαφή της λεχωίδας με το νεογνό.
9. Στην λεχωίδα πρέπει μετά την ΚΤ να προσφέρεται υποστήριξη θηλασμού, όσο το δυνατόν νωρίτερα, μετά τη γέννηση του παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Η διενέργεια Κ.Τ. αλλάζει από χώρα σε χώρα. Ο μέσος όρος που κυμαίνεται είναι μεταξύ 15% και 25%. Η φροντίδα που παρέχουν οι αναισθησιολόγοι σε τέτοιες περιπτώσεις αποτελεί την κορύφωση των αρχών <<αναισθητικής πρακτικής>>, που αφορά τη μαιευτική αναισθησία. Την επιλογή του τρόπου αναισθησίας στην Κ.Τ. αποφασίζει ο εκάστοτε αναισθησιολόγος, ο οποίος αναλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης στον τομέα της αναισθησίας. Κάθε αναισθησιολόγος καλείται, να παρέχει αναισθησία στην έγκυο, χωρίς να βάζει σε κίνδυνο τη ζωή της ίδιας και του εμβρύου. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει μειωθεί πάρα πολύ η μητρική θνητότητα, που σχετίζεται αμιγώς με την αναισθησία. Αυτό οφείλεται στις μελέτες και τις γνώσεις που αφορούν,

α) το σύμπλεγμα μήτρας – πλακούντα – εμβρύου και
β) την αναλγησία μετά την επέμβαση. Μια σωστή μαιευτική αναισθησία πρέπει να εξασφαλίζει κατά την εφαρμογή της τα παρακάτω:

1. Πρόληψη της εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου στους πνεύμονες της εγκύου.
2. Αποφυγή καταστολής του νεογνού.
3. Μη πρόκληση υπότασης στη μητέρα και ταυτόχρονα την εξασφάλιση μητροπλακουντιακής ροής (προφύλαξη από το σύνδρομο της κάτω κοίλης φλέβας).
4. Αποφυγή δυσμενών συνθηκών στην οξυγόνωση της μητέρας και του εμβρύου.
5. Μη πρόκληση υπεραερισμού της μητέρας.
6. Μη πρόκληση ατονίας στη μήτρα (απειλητική διαταραχή για τη ζωή της εγκύου).
7. Καλή συνεργασία με τον χειρουργό μαιευτήρα.
8. Εξασφάλιση καλώς εγχειρητικών συνθηκών (χάλαση κοιλιακών τοιχωμάτων και σπλάχνων).

Γενική προσέγγιση της επιτόκου από τον αναισθησιολόγο.

Όλες οι επίτοκες που εισάγονται στο μαιευτήριο είναι δυνατόν να χρειαστούν αναισθησία προγραμματισμένη ή επείγουσα. Για το λόγο αυτό ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να είναι ενήμερος για την παρουσία και το ιστορικό όλων των επιτόκων που βρίσκονται στο μαιευτήριο. Σημαντικά στοιχεία από το ιστορικό αποτελούν η ηλικία , ο αριθμός των τοκετών που έχουν προηγηθεί , η διάρκεια και οι τυχόν επιπλοκές της εγκυμοσύνης. Στις επίτοκες που θα χρειαστούν αναισθησιολογική φροντίδα (ανώδυνος τοκετός ή καισαρική τομή) θα πρέπει να γίνεται προσεκτική προεγχειρητική εκτίμηση.

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

Ηλικία, βάρος, ύψος, επίτοκος

α) Ιστορικό ατομικό αναμνηστικό

1. παθήσεις
2. καρδιά
3. πνεύμονες
4. παλινδρόμηση

β) Σπονδυλικής στήλης

γ) Προηγούμενα χειρουργεία

Όλες οι γυναίκες που βρίσκονται σε διαδικασία τοκετού δεν θα πρέπει να λαμβάνουν τίποτα από το στόμα (NPO), ενώ για την αποφυγή της αφυδάτωσης θα πρέπει να τους χορηγούνται υγρά ενδοφλεβίως (συνήθως διάλυμα Ringer's lactate με προσθήκη δεξτρόζης) . Σε όλες θα πρέπει να έχει τοποθετηθεί φλεβοκαθετήρας μεγέθους 18 G ή μεγαλύτερος, διότι μπορεί να χρειαστεί να γίνει ταχεία μετάγγιση. Επίσης, σε όλες θα πρέπει να έχει σταλεί δείγμα αίματος για ομάδα και διασταύρωση.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, το είδος της αναισθησίας θα αποφασίσει ο εκάστοτε αναισθησιολόγος , το οποίο εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

1. Την επείγουσα ανάγκη εκτέλεσής της (αλλοίωση παλμών).
2. Τις ενδείξεις της καισαρικής τομής.
3. Την επιθυμία της επιτόκου(αφού εξηγηθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε μεθόδου).
4. Την επιδεξιότητα του αναισθησιολόγου.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

Οι μέθοδοι αναισθησίας στη μαιευτική είναι οι εξής: η γενική αναισθησία, η υπαραχνωειδής ή ραχιαία αναισθησία, η επισκληρίδιος αναισθησία και η μικτή-συνδυασμένη αναισθησία.

Γενική Αναισθησία

Η γενική αναισθησία για την καισαρική τομή ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

1. Όταν αντενδείκνυται η περιοχική αναισθησία.
2. Όταν προκύπτει επείγουσα καισαρική τομή και πρέπει να μειωθούν οι καθυστερήσεις κατά τη γέννηση του νεογνού.
3. Όταν η μητέρα προτιμά ή απαιτεί αυτή τη μέθοδο.
4. Όταν η μητέρα υποστεί αιμορραγία.
5. Όταν έχουμε έκδηλη διαταραχή της πηκτικότητας.

Παράγοντες ασφάλειας εισαγωγής στη γενική αναισθησία.

- Νάρκωση, καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος, η οποία προκαλεί απώλεια των αισθήσεων.
- Αναλγησία-κατάργηση πόνου.
- Μυοχαλάρωση-χαλάρωση των μυών.
- Εξαερισμός-εξασφάλιση αεραγωγών.

Πως γίνεται η εισαγωγή των αναισθητικών παραγόντων στο σώμα.

- Ενδοφλεβίως: ΘΕΙΟΠΕΝΤΑΛΗ, ΦΕΝΤΑΝΥΛΗ
- Ενδομυϊκώς: ΚΕΤΑΜΙΝΗ
- Με εισπνοή αερίων ή ατμών π.χ. υποξείδιο του αζώτου (N_2O) ή λαθάνιο.

Πλεονεκτήματα γενικής αναισθησίας.

- Η γρήγορη εισαγωγή στη νάρκωση.
- Ο ασφαλέστερος έλεγχος της αναπνευστικής οδού και οξυγόνωσης της μητέρας.
- Το υψηλότερο ποσοστό ασφάλειας για τις αναιμικές γυναίκες και για όσες αντενδείκνυται η περιοχική αναισθησία.

Μειονεκτήματα γενικής αναισθησίας.

- Η δυσκολία διασωλήνωσης της τραχείας.
- Ο κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής για το νεογνό.

- Αυξημένος κίνδυνος εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου, με αποτέλεσμα η γενική αναισθησία να είναι σήμερα ένα σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας της μητέρας.

Πιθανές παρενέργειες για τη μητέρα και το νεογνό.

Ως κύριες επιπλοκές της γενικής αναισθησίας αναφέρουμε την εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου στους πνεύμονες τις γυναίκας και τη χημική πνευμονίτιδα (σύνδρομο MENDELSON). Τα συμπτώματα που παρουσιάζει η επίτοκος μετά από 30-60 λεπτά από την εισρόφηση είναι α) κυάνωση, β) ταχυκαρδία, γ) πνευμονικό οίδημα, δ) βρογχοσπασμό και ε) καρδιακή κάμψη αν η κατάστασή της επιβαρυνθεί. Στην περίπτωση αυτή έχουμε την επείγουσα αντιμετώπιση από τον αναισθησιολόγο και τη μαία κάνοντας τα εξής:

- καθαρισμό της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα
- διασωλήνωση της τραχείας , ώστε να εξασφαλίσουμε την οξυγόνωση της επιτόκου και να υποβοηθηθεί η αναρρόφηση
- χορήγηση φαρμάκων κορτικοειδών, βρογχοδιασταλτικών, αντιβιοτικών , διουρητικών
- συνεχή λήψη αερίων αίματος για να έχουμε συνεχή εικόνα της αναπνευστικής λειτουργίας και του τεχνητού αερισμού των πνευμόνων

Η εμπειρία, οι σωστές νοσηλευτικές ενέργειες και η ψυχραιμία της μαίας αυτή τη στιγμή είναι πολύτιμη βοήθεια στον αναισθησιολόγο.

Άλλη μία επίδραση της γενικής αναισθησίας για το έμβρυο και το νεογνό.

Ο χρόνος που πρέπει να μεσολαβήσει μεταξύ εισαγωγής στην αναισθησία και της γέννησης του εμβρύου (I-D) έχει ως αποτέλεσμα τη συγκέντρωση πεντοθάλης και κεταμίνης στο αίμα του νεογνού που βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα και μπορεί να προκαλέσει υπόταση, αναπνευστικά προβλήματα στο νεογνό. Ο χρόνος που απαιτείται για τη γέννηση του εμβρύου χωρίς προβλήματα είναι 5-10 λεπτά. Ο παρατεταμένος χρόνος ανάμεσα στην εισαγωγή γενικής αναισθησίας και τη γέννηση του εμβρύου, έχει ως αποτέλεσμα τη συγκέντρωση πτητικού αναισθητικού ή υποξειδίου του αζώτου στο νεογνό. Επίσης μπορεί να προκαλέσει το σύνδρομο της κάτω κοίλης φλέβας, με αποτέλεσμα σοβαρής ανεπάρκειας της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας, συμπίεση ομφαλίδας, μερική αποκόλληση πλακούντα και εισρόφηση αμνιακού υγρού. Τα κύρια αίτια για τα οποία μπορεί να έχουμε κατεσταλμένα

νεογνά, λόγω του μεγάλου χρόνου διατομής της μήτρας και εξόδου του εμβρύου είναι:

- Η δυσκολία εξόδου του εμβρύου, η οποία μπορεί να συνοδεύεται με βίαιους χειρισμούς.
- Η συμπίεση κεφαλής του εμβρύου
- Μερική αποκόλληση του πλακούντα και οι αγγειοσυσπάσεις του κατά τους χειρισμούς αυτούς

Ως συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι η γενική αναισθησία είναι απαραίτητο να εξασφαλίζει:

- την αποφυγή καταστολής του νεογνού
- να μην επηρεάζει την οξυγόνωση μητέρας εμβρύου
- να εξασφαλίζει την ακεραιότητα της μητροπλακουντιακής ροής

ΤΕΧΝΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

Η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση με τη μήτρα παρεκτοπισμένη προς τα αριστερά, με τη βοήθεια ενός υποστηρίγματος, που τοποθετείται κάτω από το δεξιό ισχίο. Γίνεται προοξυγόνωση της ασθενούς με 100% οξυγόνο για 3-5 λεπτά, κατά το χρονικό διάστημα που συνοδεύονται τα monitors. Ο προκουραρισμός συνήθως δεν είναι απαραίτητος. Η ασθενής προετοιμάζεται και καλύπτεται, ώστε να είναι έτοιμη για να αρχίσει η επέμβαση. Όταν οι χειρουργοί είναι έτοιμοι γίνεται ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία, ενώ ασκείται πίεση στον κρικοειδή χόνδρο χορηγώντας 4 mg /kg θειοπεντάλης και 1,5 mg/kg σουκινυλοχολίνη. Σε υποογκαιμικές ή ασθματικές ασθενείς χρησιμοποιείται κεταμίνη σε δόση 1 mg/kg. Άλλα φάρμακα , όπως η μεθοεξιτάλη, η ετομιδάτη, η ετομιδάτη , η προποφόλη και η μιδαζολάμη , πλεονεκτούν ελάχιστα έναντι της θειοπεντάλης στις επίτοκες. Στην πραγματικότητα η μιδαζολάμη και η προποφόλη ενδέχεται να προκαλέσουν υπόταση και καταστολή στο νεογνό. Η επέμβαση αρχίζει αφού έχει γίνει επιβεβαίωση της σωστής τοποθέτησης του ενδοτραχειακού σωλήνα με τη χρήση καπνογράφου. Ο υπέρμετρος αερισμός (PaCO₂ 25 mmHg) θα πρέπει να αποφεύγεται, διότι μπορεί να προκαλέσει ελάττωση στη ροή του αίματος στη μήτρα και διότι έχει ενοχοποιηθεί για πρόκληση οξέωσης στο έμβρυο. Για τη διατήρηση της αναισθησίας, χρησιμοποιείται μείγμα 50% υποξειδίου του αζώτου και οξυγόνου, με χαμηλή συγκέντρωση ενός πτητικού αναισθητικού (αλοθάνιο μέχρι 0,5%, ενφλουράνιο 1% ή ισοφλουράνιο 0,75%). Η

χαμηλή δόση του πτητικού αναισθητικού βοηθά στην εξασφάλιση αμνησίας, αλλά δεν είναι ικανή να προκαλέσει σημαντική χάλαση στη μήτρα ή να αλλοιώσει τη συσταλτικότητα της μετά τη χορήγηση ωκυτοκίνης. Για μυοχάλαση χρησιμοποιείται ένα μυοχαλαρωτικό ενδιάμεσης διάρκειας δράσης (βεκουρόνιο 0.05 mg/kg, ροκουρόνιο 0.6 mg/kg ή ατρακούριο 0.5 mg/kg). Μετά την έξοδο του εμβρύου και του πλακούντα προστίθενται 10-20 μονάδες ωκυτοκίνης σε κάθε λίτρο ενδοφλέβιων υγρών που χορηγούνται. Εάν η μήτρα δεν συσπάται ικανοποιητικά, πρέπει να διακόπτεται το πτητικό αναισθητικό και να χορηγείται οπιοειδές. Μπορεί επίσης να δοθεί μεθερζίνη 0.2 mg ενδομυϊκώς, αλλά ενδέχεται να προκαλέσει αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Θα πρέπει να γίνεται αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου από το στοματογαστρικό σωλήνα, ώστε να ελαττώνεται η πιθανότητα εισρόφησης κατά την αφύπνιση. Μετά το τέλος της επέμβασης αναστρέφονται πλήρως τα μυοχαλαρωτικά, αφαιρείται ο στοματογαστρικός σωλήνας(εάν έχει τοποθετηθεί) και η ασθενής αποδιασωληνώνεται, όταν έχει πλήρη επικοινωνία.

Προεγχειρητικές ενέργειες από τη μαία του αναισθησιολογικού.

Στην επίτοκο υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πνευμονίας και εισρόφησης. Τα αντιόξινα φάρμακα, η μετοκλοπραμίδη και οι αναστολείς των H₂ υποδοχέων είναι απαραίτητα πριν την εισαγωγή στην αναισθησία. Απαραίτητη είναι και η προοξυγόνωση της μητέρας με 100% οξυγόνο γι'αυτό η μαία αναισθησιολογίας πρέπει να έχει προετοιμάσει τη χειρουργική αίθουσα, κάνοντας έλεγχο στις παροχές οξυγόνου, αν λειτουργούν σωστά, έλεγχο στις συσκευές αναρρόφησης και αν είναι εξοπλισμένες με καθετήρες αναρρόφησης στόματος. Επίσης ελέγχουν τα τροχήλατα αν είναι εφοδιασμένα με το απαραίτητο υλικό, σύριγγες, βελόνες, φλεβοκαθετήρες, γάζες, φυσιολογικούς ορούς, αντισηπτικό, λευκοπλάστ, ψαλίδι, διάφορους ορούς για ενδοφλέβια χρήση, φάρμακα, αναισθητικά, φάρμακα επείγουσας ανάγκης όπως αδρεναλίνη, κορτιζόνη, ατροπίνες, αμινοφυλλίνες, καρδιολογικά φάρμακα. Ελέγχεται και το αναισθησιολογικό κύκλωμα για τυχόν διαφυγή οξυγόνου από τον ασκό, για τη σωστή λειτουργία της βαλβίδας εξαερισμού, των μασκών αναισθησίας διαφόρων μεγεθών και τραχειοσωλήνων. Έλεγχος του λαρυγγοσκοπίου για την καλή λειτουργία του, για τα ενδοφλέβια φάρμακα που πρέπει να προετοιμαστούν με βάση το πλάνο αναισθησίας, ώστε η αραίωση και οι δόσεις να είναι ανάλογη με το βάρος της επιτόκου. Έλεγχος και επιβεβαίωση ότι υπάρχουν διασταυρωμένα αίματα, έτοιμα

για την επίτοκο. Έλεγχος του ιατρικού φακέλου, ταυτότητας στο χέρι της επιτόκου. Εφαρμογή φλεβοκαθετήρα διαμέτρου 16-18G. Χορήγηση διαλύματος Ringer's . Τοποθέτηση της επιτόκου σε ύπτια θέση με κλίση προς την αριστερή πλευρά της, ώστε να μην έχουμε συμπίεση της κάτω κοίλης φλέβας και κοιλιακή αορτή από τη μήτρα. Εφαρμογή της ζώνης στα πόδια της επιτόκου, ώστε η επίτοκος να βρίσκεται σε ασφαλή θέση πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Τοποθέτηση πιεσόμετρου για λήψη αρτηριακής πίεσης και οξύμετρου στο δάκτυλο της επιτόκου για τη μέτρηση οξυγόνου της επιτόκου.

Διενέργειες μαίας και αναισθησιολόγου.

- Βοήθεια μαίας προς τον αναισθησιολόγο να κάνει τη διασωλήνωση της τραχείας.
- Παροχή λαρυγγοσκόπου από τη μαία με την κατάλληλη λάμα, όπου έχει προηγηθεί έλεγχος για την καλή λειτουργία της.
- Παροχή τραχειοσωλήνα από τη μαία, όπου επιλέγει το μέγεθος για τη διασωλήνωση ο αναισθησιολόγος. Έχει προηγηθεί επάλειψη στο άκρο του τραχειοσωλήνα με αλοιφή ξυλοκαΐνη.
- Η μαία βοηθάει τον αναισθησιολόγο να συνδέσει τον τραχειοσωλήνα και τα άλλα εξαρτήματα του με το μηχάνημα υποστήριξης της αναπνοής.
- Η μαία παρακολουθεί του χειρισμούς της αιμοσφαιρίνης των ζωτικών σημείων.
- Επίσης ελέγχει τη λειτουργία της καρδιάς από το monitor ανά 5 λεπτά.
- Παρακολουθεί την απώλεια αίματος από τη συσκευή αναρρόφησης.
- Χορηγεί ενδοφλεβίως αίμα, όταν ζητηθεί από τον αναισθησιολόγο , αφού ελέγξει όνομα-επίθετο γυναίκας, ομάδα αίματος , rhesus αίματος γυναίκας.
- Φροντίζει να υπάρχει στο χώρο και μία συσκευή θέρμανσης του αίματος.
- Χορήγηση αν χρειαστεί συμπληρωματικής αναλγησίας φεντανύλης, μιδαζολάμης, μητροσουσπαστικών φαρμάκων και ωκυτοκίνης.
- Πριν το τέλος της εγχείρησης τοποθετείται από τον αναισθησιολόγο LEVIN στο στομάχι, για τυχόν αναρρόφηση γαστρικού υγρού.

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ



Εικόνα 7. Επισκληρίδιος αναισθησία.

Συνήθως προτιμάται η επισκληρίδιος αναισθησία, λόγω της μείωσης του κινδύνου εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου στους πνεύμονες της μητέρας και της αποφυγής της εμβρυικής καταστολής. Επιπροσθέτως η μητέρα παραμένει σε εγρήγορση και μπορεί να συμμετέχει στην εμπειρία του τοκετού. Ενδείκνυται επίσης και για προγραμματισμένες καισαρικές τομές, καθώς η γυναίκα έχει γρήγορη κινητοποίηση με σημαντική μείωση της πιθανότητας θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Επίσης ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

1. Σακχαρώδης διαβήτης
2. Παθήσεις του αναπνευστικού
3. Παθήσεις του καρδιαγγειακού
4. Πολύδυμη κύηση
5. Προηγούμενη καισαρική τομή
6. Ανώμαλη ή ισχιακή προβολή
7. Κατόπιν επιθυμία της επιτόκου

Ωστόσο, δεν μπορούμε να προχωρήσουμε σε επισκληρίδιο αναισθησία, όταν συμβαίνουν οι εξής συνθήκες:

1. Αιμορραγία ή απώλεια μεγάλου όγκου αίματος.
2. Φλεγμονή της περιοχής ή πλησίον της επισκληρίδιου έγχυσης.
3. Σηψαιμία.
4. Νευρολογικές ανωμαλίες της γυναίκας.
5. Σοβαρές διαταραχές της πήξης του αίματος και εφαρμογή αντιπηκτικής αγωγής.
6. Αλλεργία στα τοπικά αναισθητικά φάρμακα.
7. Παχυσαρκία.
8. Ανωμαλία σπονδυλικής στήλης.
9. Άρνηση της μητέρας.

Η επισκληρίδιος αναισθησία έχει και ορισμένα μειονεκτήματα τα οποία και θα πρέπει να αναφέρουμε:

- Πιθανότητα υπότασης, ελάττωσης της καρδιακής παροχής και της μητροπλακουντιακής ροής(αντιμετωπίζεται με την πρόληψη της κάτω κοίλης φλέβας και με ενυδάτωση της επιτόκου).
- Η βραχεία έναρξη δράσης.
- Ο κίνδυνος για τη μητέρα και το έμβρυο-νεογνό , λόγω της χορήγησης μεγάλης δόσης αναισθητικού.
- Κεφαλαλγία μετά την καισαρική τομή για αρκετή ώρα.

Γενικά μέτρα πριν την εφαρμογή της επισκληρίδιου αναισθησίας.

- Ενυδάτωση επιτόκου 30 λεπτά πριν.
- Ενημέρωση της επιτόκου και συγκατάθεση της γραπτώς.
- Χορήγηση IV αντιόξινων.
- Τοποθέτηση επιτόκου σε πλάγια θέση.
- Αν χρειάζεται, γίνεται χορήγηση O₂ με μάσκα.
- Έλεγχος και καταγραφή της ΑΠ.
- Ενημέρωση, καθησυχασμός και απαντήσεις σε κάθε απορία της επιτόκου με ηρεμία και κατανόηση. Αυτό βοηθάει στο να είναι ήρεμη και συνεργάσιμη η επίτοκος, καθώς το άγχος και η νευρικότητα της επιτόκου δρουν ως αντίδοτο της επισκληρίδιου αναισθησίας.

Σημαντικός είναι και ο ρόλος της μαΐας. Η εξειδικευμένη μαΐα θα πρέπει να φροντίζει το τροχήλατο να περιλαμβάνει όλα τα υλικά για την επισκληρίδιο αναισθησία φάρμακα και εφόδια και τα κατάλληλα αποστειρωμένα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν. Επίσης η αναισθησιολόγος, αφού έχει πάρει γραπτώς τη συγκατάθεση της γυναίκας και την έχει ενημερώσει για τυχόν παρενέργειες της επισκληριδίου αναισθησίας, προχωράει σε εφαρμογή της βασικής αρχής αντισηψίας χεριών και ντύσιμο με αποστειρωμένο υλικό ρόμπα-γάντια-καπέλο-μάσκα. Συνεχίζει εφαρμόζοντας ασηψία στην περιοχή, με αντισηπτικό, αφού η επίτοκος έχει πάρει τη σωστή θέση για να ξεκινήσει η επισκληρίδιος αναισθησία. Καλύπτει την περιοχή με αποστειρωμένο πεδίο και αφού εντοπίσει το μεσοσπονδύλιο διάστημα μεταξύ 02-03 σπονδύλου ή 03-04 σπονδύλου, εισάγει τη βελόνα 26 ή 27 G στον επισκληρίδιο χώρο, πριν τη σκληρή μένιγκα και χορηγεί το διάλυμα μπουπιβακαΐνης 0,5% ή ξυλοκαΐνης. Στη συνέχεια εισάγει τον λεπτό καθετήρα μέσα από τη βελόνα, όπου και παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της καισαρικής τομής στον επισκληρίδιο χώρο, για τους εξής δύο λόγους: α. για τη χορήγηση επαναληπτικών δόσεων και β. για τη χορήγηση μετεγχειρητικής αναλγησίας. Αφού στερεώσει τον καθετήρα κατά μήκος της πλάτης της επιτόκου, η οποία βρίσκεται σε ύπτια θέση, παρακολουθεί την ΑΠ κάθε 5 λεπτά για διάστημα 20 λεπτών. Τέλος παρατηρεί συνεχώς το επιθυμητό επίπεδο της αναισθησίας, χορηγώντας τις επόμενες δόσεις και αναφέρει στον αναισθησιολόγο συμπτώματα όπως η υπόταση, η ανεπαρκής αναισθησία, τα σημεία τοξικότητας και Ικινητικού αποκλεισμού.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε, πως η σωστή θέση της επιτόκου για την εισαγωγή της επισκληριδίου αναισθησίας είναι είτε καθιστή στο χειρουργικό τραπέζι προτείνοντας προς τα έξω το σημείο της οσφύς, είτε ξαπλωμένη στο δεξιά πλευρό κάμπτοντας τους μηρούς προς την κοιλιά και προτείνοντας την οσφύ προς τα έξω με την κάμψη της κεφαλής.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΕΝΑΡΞΗ ΔΡΑΣΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ
---------	---------------	---------------------

Βουπιβακαΐνη 0,5%	53+-25 min.	1.8 – 4.4 h
Ροπιβακαΐνη 0,5%	46+- 13 min	1.7 – 4.2 h
Λέβο-βουπιβακαΐνη 0,5%	Σχεδόν εφάμιλλη με βουπιβακαΐνη	Σχεδόν εφάμιλλη με βουπιβακαΐνη

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

1. Υπόταση. Είναι η συχνότερη επιπλοκή ,που μπορεί να έχει άσχημες επιδράσεις στο έμβρυο. Τα μέτρα που ελαττώνουν τον κίνδυνο υπότασης είναι η IV χορήγηση υγρών για την αποφυγή συμπίεσης της αορτής και της κάτω κοίλης φλέβας , με αριστερή μετατόπιση της μήτρας. Αν αντιμετωπιστεί άμεσα η υπόταση δεν θα σχετίζεται με την μητρική ή τη νεογνική νοσηρότητα.
2. Ταχεία και εντατικού βαθμού καρδιαγγειακή καταπληξία. Μπορεί να προκληθεί από την ενδοαγγειακή έγχυση βουπιβακαΐνης.
3. Τρώση της σκληράς μήνιγγας. Έχει να κάνει με την λάθος τεχνική και μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη κεφαλαλγίας. Η παραδοσιακή αντιμετώπιση είναι η επανατοποθέτηση του επισκληρίδιου καθετήρα σε ένα διαφορετικό μεσοσπονδύλιο διάστημα. Η τεχνική αυτή προσφέρει ταχεία και αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου.
4. Κεφαλαλγία. Μπορεί να μην οφείλεται μόνο στην τρώση της σκληράς μήνιγγας αλλά και σε άλλους παράγοντες ,όπως σε ημικρανία , υπέρταση, πνευμοεγκέφαλο, λοίμωξη, θρόμβωση εγκεφαλικών φλεβών του φλοιού και σε ενδοεγκεφαλική παθολογία.
5. Νευρολογικές επιπλοκές. Μπορεί να οφείλονται σε επισκληρίδιο αιμάτωμα , περιοχικό αποκλεισμό. Μελέτες έχουν δείξει , ότι μπορεί να προκληθούν νευρολογικές διαταραχές στη γυναίκα και από άλλα αίτια όπως π.χ. χρήση εργαλείων, τη μη σωστή τοποθέτηση κατά τη διάρκεια του τοκετού, την συμπίεση των ιερών νευρικών ριζών από την κεφαλή του εμβρύου κατά τη διάρκεια της γέννησης.
6. Λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι λοιμώξεις αυτού του τύπου εμφανίζονται σπάνια από την επισκληρίδιο αναισθησία , αλλά μπορεί να εμφανιστεί ένα επισκληρίδιο απόστημα , που τα συμπτώματα του μπορεί

να είναι πυρετός , οσφυαλγία και εντοπισμένη λοίμωξη στο σημείο 2 ως 3 ημέρες μετά την διαδικασία. Άλλο αίτιο μπορεί να είναι από τον εξοπλισμό των φαρμακευτικών παραγόντων ή από τον αποικισμό του καθετήρα, για αυτό το λόγο θα πρέπει τα προφυλακτικά μέτρα αποστείρωσης και αντισηπτικής τεχνικής να τηρούνται πάντοτε.

7. Ραχιαίο και επισκληρίδιο αιμάτωμα. Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω δύσκολης ή αιματηρής τοποθέτησης των βελόνων και των καθετήρων και τρώση αγγείων.
8. Ραχιαλγία. Οφείλεται σε διάταση των συνδέσμων από λόρδωση της σπονδυλικής στήλης.

Επιδράσεις της επισκληριδίου αναισθησίας στο νεογνό.

Η επισκληρίδιος αναισθησία δεν επηρεάζει το έμβρυο και το νεογνό, αρκεί να αντιμετωπίζονται έγκαιρα η μητροπλακουντιακή αιμάτωση και η πτώση της ΑΠ της μητέρας.

ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Για πρώτη φορά ανακοινώθηκε ως επιλογή για Κ.Τ. η τεχνική της συνδυασμένης υπαραχνοειδούς αναισθησίας το 1984. Τα πλεονεκτήματα αυτής της τεχνικής είναι ότι προσφέρει ταχεία έναρξη βαθιάς χειρουργικής αναισθησίας, ενώ ταυτόχρονα παρέχει τη δυνατότητα παράτασης του αποκλεισμού μέσω ενός επισκληριδίου καθετήρα. Μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μετά από χειρουργικές επεμβάσεις , μεγάλο ποσοστό επιτυχίας της αναισθησίας , καλή ποιότητα αναισθησίας σε όλα τα στάδια της Κ.Τ. , απουσία τοξικότητας λόγω της χορήγησης μικρής δόσης τοπικού αναισθητικού και ελάττωση απώλειας αίματος κατά την επέμβαση.

Τεχνική της συνδυασμένης υπαραχνοειδούς επισκληριδίου αναισθησίας.

Επιλέγονται τα μεσοσπονδύλια διαστήματα Ο3-Ο4 ή Ο2-Ο3 , γίνεται έγχυση τοπικού αναισθητικού οπιοειδούς παράγοντα μέσω της ενδοραχιαίας βελόνας 26-27G , αποσύρεται η υπαραχνοειδής βελόνα και τοποθετείται επισκληρίδιος καθετήρας, διά

του οποίου συνεχίζεται η χορήγηση δόσεων τοπικού αναισθητικού, εφόσον απαιτείται διεγχειρητικά. Η τεχνική της συνδυασμένης υπαραχνοειδούς αναισθησίας μπορεί να συνδυαστεί με ελαφρά καταστολή στην επίτοκο αν χρειαστεί. Τοποθετείτε μάσκα οξυγόνου και monitor καταγραφής οξυγόνου, ΑΠ και άλλων παραμέτρων. Οι υποχρεώσεις της μαίας για την συνδυασμένη υπαραχνοειδή επισκληρίδιο αναισθησία είναι οι ίδιες με αυτές της επισκληριδίου που αναφέραμε και παραπάνω.

ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗΣ Ή ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Από την περιοχική αναισθησία η υπαραχνοειδής χορήγηση φαρμάκων αποτελεί τη μέθοδο εκλογής, έχει ταχεία έναρξη και προσφέρει ικανοποιητικό επίπεδο αναισθητικού και κινητικού αποκλεισμού. Έχει εφαρμογή σε περιπτώσεις επείγουσας Κ.Τ. και εκτελείται με τη γυναίκα σε καθιστή ή πλάγια κατακεκλιμένη θέση. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι:

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΕ Κ.Τ.
Βουπιβακαϊνη 0,5%	10-15mg
Υπέρβαρη	10-15mg
Ισοβαρής	10-15mg
Λέβο-βουπιβακαϊνη	10-15mg
Υπέρβαρη	10-15mg
Ισοβαρής	10-15mg
Ρατιβακαΐνη 0,5%	ED50-95=16.7/26.8 mg
Υπέρβαρη	15-25mg
Ισοβαρής	15-25mg

Τα υπέρβαρα διαλύματα έχουν ταχύτερη έναρξη και δράση, υψηλότερη κεφαλική επέκταση του αισθητικού αποκλεισμού, ενώ συνοδεύονται από μεγαλύτερη αιμοδυναμική επιβάρυνση. Όταν συμπληρώσουμε και οπιοειδές στο διάλυμα του τοπικού αναισθητικού αυξάνει την ένταση και τη χρονική διάρκεια του αποκλεισμού. Προσοχή απαιτείται διότι η ταχεία έναρξη δράσης συνοδεύεται με αιφνίδια υπόταση στην επίτοκο.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

1. Θα πρέπει η επίτοκος να έχει ενυδατωθεί καλά.

2. Να υπάρχουν έτοιμα απορροφημένα φάρμακα αγγειοσυσπαστικά.
3. Μετά την έγχυση των φαρμάκων η επίτοκος τοποθετείται σε θέση Trendelenburg , ώστε να πετύχουμε επίπεδο αναισθητικού αποκλεισμού

ΔΟΣΕΙΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΓΙΑ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ Κ.Τ.

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ
Μορφίνη(χωρίς έκδοχο)	100mg
Φαιντανύλη	10-25mg
Σουφαιντανύλη	5-10mg

Τεχνική υπαραχνοειδούς ή ραχιαίας αναισθησίας.

Ο αναισθησιολόγος τρυπά τη σκληρή μήνιγγα ε μία επισκληρίδια βελόνη και προωθεί τον καθετήρα 3-4 cm μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο. Ο έλεγχος του καθετήρα γίνεται με την αναρρόφηση της ΕΝΥ. Δίνουμε δόσεις μικροτερες διακεκομμένες (αυτό ωφελεί γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, γυναίκες με καρδιακή νόσο, αναπνευστικά προβλήματα, παχυσαρκία). Για να αποφύγουμε την κεφαλαλγία η βελόνη πρέπει να είναι στραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι παράλληλη με τις ίνες της σκληράς μήνιγγας , κατά την στιγμή της εισαγωγής της και να παραμείνει ο καθετήρας πάνω από 12 ώρες με έγχυση μιας δόσης φυσιολογικού ορού πριν την αφαίρεση του καθετήρα. Τα τελευταία χρόνια η εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών έχει μειωθεί σημαντικά και αυτό οφείλεται στη λήψη προφυλακτικών μέτρων, στη χορήγηση μικρής ποσότητας τοπικού αναισθητικού και στη χρήση βελόνης μικρής διαμέτρου.

Επιπλοκές της ραχιαίας αναισθησίας είναι:

1. Υπόταση σε μεγαλύτερο ποσοστό από την επισκληρίδιο αναισθησία.
2. Κεφαλαλγίες
3. Ναυτίες και έμετος
4. Αναπνευστική δυσχέρεια
5. Εμβρυική οξέωση του νεογνού
6. Μηνιγγίτιδα

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Η γρήγορη αναισθητοποίηση	Υψηλό ποσοστό υπότασης
Μικρή ποσότητα τοπικού αναισθητικού	Κεφαλαλγίες
Απλότητα και αξιοπιστία της μεθόδου	Ναυτία, εμετός
	Μικρή διάρκεια δράσης

Αντενδείξεις ραχιαίας αναισθησίας

- Υπόταση
- Αιμορραγίες (μειωτικές)
- Διαταραχές πήκτικότητας του αίματος
- Τοπική φλεγμονή ή παθήσεις σπονδυλικής στήλης
- Παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος
- Σηψαιμικές καταστάσεις
- Καρδιοπάθειες (στένωση μητροειδούς , αορτής)
- Άρνηση της επιτόκου

Επιδράσεις ραχιαίας ή υπαραχνοειδούς αναισθησίας σε έμβρυο και νεογνό

- Εμβρυική οξέωση
- Χαμηλός δείκτης (Apgar Score) όταν η υπόταση της γυναίκας δεν αντιμετωπίζεται άμεσα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΝΤΥΠΟ ΥΛΙΚΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ:

1 ατομικός φάκελος επιτόκου συμπληρώνεται από μαιευτήρα, μαία νοσηλευτικό προσωπικό. Το έντυπο υλικό που χρησιμοποιείται, αφορά :

A.

- στο ιστορικό γενικά όπου περιλαμβάνονται τα ατομικά στοιχεία της επιτόκου, και κάθε τι σχετικό με την είσοδο και έξοδο από την κλινική, τις ημέρες νοσηλείας, τον θεράποντα ιατρό.
- Καρτέλα παρακολούθησης κύησης, όπου οι μαιευτικές επισκέψεις και η πιθανή φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει η επίτοκος
- Έντυπο οδηγιών όπου περιλαμβάνονται οι έγγραφες ιατρικές εντολές
- Έντυπο του συγκεκριμένου μαιευτικού, οικογενειακού και ατομικού γυναικολογικού ιστορικού όπου περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της παρούσης κύησης, την φυσική εξέταση και την βαθμολογία κατά BISHOP.
- Φύλλο παρακολούθησης τοκετού
- Ταυτότητα νεογνού
- Φύλλο πορείας νόσου
- Δήλωση συγκατάθεσης σε ιατρικές πράξεις
- Καισαρική τομή (συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης)

B : (Συμπληρώνεται από αναισθησιολόγο)

1. Διάγραμμα αναισθησίας πλήρης στοιχείων
2. έντυπο συγκατάθεσης για περιοχική αναλγησία / αναισθησία

Γ . Ιστορικό νεογνού: πλήρες ιστορικό που συμπληρώνεται από παιδίατρο ή νεογνολόγο.

Η σημασία της ακριβούς συμπλήρωσης των εντύπων είναι σημαντική για την πλήρη καταγραφή ,όλων των χαρακτηριστικών και σημείων που καθιστούν ασφαλή την παραμονή της επιτόκου και κατόπιν λεχωίδος στο νοσοκομείο, την ουσιαστική και ενδεδειγμένη παρακολούθηση , αλλά και τον πλήρη έλεγχο των αναγκών της γυναίκας ανάλογα με την συγκεκριμένη περίπτωση .

Εξασφαλίζουν επίσης για τους θεράποντες την άμεση και ουσιαστική αντιμετώπιση των προβλημάτων που πιθανόν να προκύψουν , καθώς και την μείωση των πιθανών επιπλοκών στο χειρουργείο αλλά και των φαρμακευτικών παρενεργειών .



Εικόνα 8. Τρυφερό στιγμιότυπο μητέρας-βρέφους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εγκυμοσύνη, είναι μια μοναδική περίοδος στην ζωή μιας γυναίκας. Η εγκυμοσύνη είναι το πιο φυσιολογικό γεγονός της ζωής μας αλλά δεν παύει να δημιουργεί αγωνία, άγχος και φόβο για την πιθανότητα να συμβεί κάτι απροσδόκητο

Η επιλογή της καισαρικής τομής γίνεται όταν η εκτέλεση του τοκετού δια της κολπικής οδού είναι αδύνατη, είτε επειδή δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις, είτε γιατί ο

κίνδυνος για τη μητέρα ή και για το παιδί είναι μεγαλύτερος από την καισαρική, οπότε και επιλέγεται η τελευταία, ή από επιλογή της ίδιας της γυναίκας.

Για όλους αυτούς τους λόγους έχουν αυξηθεί οι περιπτώσεις και αποτελεί σημαντικό σημείο η ενημέρωση καθώς είναι σημαντικός και ουσιαστικός ο ρόλος της προετοιμασίας της επιτόκου σχετικά με την καισαρική τομή, όπως και καθοριστική η σημασία της ενημέρωσης της σχετικά με την ενδεδειγμένη αναισθησία, τον τρόπο επιλογής από τον ιατρό, και τα σημεία φροντίδας που απαιτούνται.

Η ανασφάλεια και ο φόβος πολλές φορές λειτουργούν ως ανασταλτικός παράγοντας ηρεμίας και αίσθησης πληρότητας της επιτόκου. Η αγωνία για τη έκβαση του τοκετού, καθώς και για το είδος τοκετού και νάρκωσης, την απομακρύνουν από την απόλαυση και το μεγαλείο της « γέννας » και την συναισθηματική ένταση ευτυχίας που νοιώθει η γυναίκα.

Η πρότασή μου σχετικά με αυτό, αφορά στην πλήρη και οργανωμένη, ουσιαστική και με τον κατάλληλο τρόπο - ανάλογα με την περίπτωση -, ενημέρωση και προετοιμασία της γυναίκας από την αρχή της κύησης. Συνήθως οι εγκυμονούσες που συνεργάζονται με συγκεκριμένη μαία κατά την διάρκεια της κύησης, έχουν την ανάλογη προετοιμασία. Θεωρώ πως αυτό είναι απαραίτητο για όλες. Η ενημέρωση που αφορά στην καισαρική τομή, προετοιμάζει την γυναίκα κατά την περίπτωση που δεν είναι η επιλογή της, αλλά προκύπτει λόγω δυσχερειών και προβλημάτων στην κύηση και αντικαθιστά το φυσιολογικό τοκετό.

Η γνώση στο συγκεκριμένο πεδίο και ο τρόπος που θα πρέπει να συνεργαστεί, καθώς και η μετεγχειρητική φροντίδα, που θα γνωρίζει σε τι συνίσταται, τον τρόπο που η ίδια θα φροντίζει τον εαυτό της, ποια σημεία οφείλει να παρατηρεί και να ενημερώσει τον μαιευτήρα και την μαία της, η ενημέρωση της για το είδος αναισθησίας, η « επαφή » με την καισαρική τομή μέσω του έμπιστου ατόμου προς αυτήν όπως είναι η μαία με την οποία συνεργάζεται, θα μειώσει την ανασφάλειά της και τις ανησυχίες της, κάνοντας την συνεργασία γόνιμη και ασφαλή.

Μια ακόμα πρόταση αφορά στην πιθανή διευκόλυνση της καισαρικής τομής που θα προέκυπτε, αν με άμεσο τρόπο και ευχέρεια γινόταν μετατροπή της αίθουσας τοκετού σε χειρουργική αίθουσα. Καλό θα είναι για το λόγο αυτό το υγειονομικό

προσωπικό, που εργάζεται στο χώρο των χειρουργείων, να είναι γνώστες και πιστοποιημένοι πάνω στην αναπνευστική αναζωογόνηση των νεογνών.

Παράρτημα κεφ 4.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Φ. ΒΛΑΧΟΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

1. Ο/Η υπογεγραμμένος/η
Διεύθυνση
Τηλέφωνο

(σε περίπτωση ανίκανου προς δικαιοπρακτική δήλωση ασθενή,
αναφέρεται το όνομα του κατά νόμον εκπροσώπου αυτού)

δίνω, μετά πλήρη ενημερωσή μου, τη συγκατάθεσή μου, για την εφαρμογή των ακολούθων ιατρικών πράξεων:

2. Ο ιατρός μου εξήγησε τα ακόλουθα:

α) Το είδος και το σκοπό της παρεμβάσεως που σε γενικές γραμμές είναι:

β) Τους ενδεχομένους κινδύνους που συνεπάγεται αυτή η παρέμβαση

γ) Τους εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας.

3. Αποδέχομαι ότι κατά τη διάρκεια της παρεμβάσεως απρόβλεπτες καταστάσεις μπορεί να απαιτήσουν επιπρόσθετη ή διαφορετική διαδικασία από αυτή που μου εκτέθηκε παραπάνω. Γι' αυτό δίνω τη συγκατάθεσή μου και ζητώ όπως ο ιατρός ή οι συνεργάτες του, εκτελέσουν όλες τις ιατρικές πράξεις που αυτοί θα κρίνουν αναγκαίες. Αυτή η συγκατάθεση συμπεριλαμβάνει οποιοσδήποτε καταστάσεις γνωστές, άγνωστες, προβλέψιμες ή απροβλέπτες στον ιατρό, κατά το χρόνο ενάρξεως της επεμβάσεως.

4. Δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη φωτογράφιση ή τη βιντεοσκόπηση της επεμβάσεως ή της διαδικασίας που πρόκειται να διενεργηθεί και που θα περιλαμβάνει κάποια σημεία του σώματος μου, για ιατρική, επιστημονική έρευνα

Μετά την επέμβαση: Μετά την επέμβαση αναμένεται αιμορραγία από τον κόλπο η οποία τις πρώτες μέρες θα είναι πιο έντονη και σταδιακά θα ελαττώνεται. Για το θηλασμό ισχύει ότι και σε φυσιολογικό τοκετό. Σε επόμενες κυήσεις η Καισαρική τομή δεν είναι υποχρεωτική, αλλά υπάρχει κίνδυνος ρήξης της ουλής σε προσπάθεια φυσιολογικού τοκετού. Σε επόμενες κυήσεις αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, λόγω της εμφύτευσης του πλακούντα βαθύτερα μέσα στο τοίχωμα της μήτρας, στο σημείο της ουλής.

Ερωτήσεις:

Σκίτσο επέμβασης (προαιρετικό):

Συναίνεση ασθενούς

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και:

- Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση Καισαρικής τομής, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....

και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

- Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.
- Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συαινώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον.....και την ομάδα του. Συαινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συαινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία

10/11/2022

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού

.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς

ΑΛΕΞΙΑΝΗ-ΗΠΑΛΙΑΝ ΓΕΩΡΓΙΑ

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα

.....



ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΕΟΓΝΟΥ

ΜΗΤΕΡΑ	Επώνυμο	Όνομα	Ηλικία
	Καταγωγή	Επάγγελμα	
	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	
ΠΑΤΕΡΑΣ	Επώνυμο	Όνομα	Ηλικία
	Καταγωγή	Επάγγελμα	
	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΥΗΣΗ

Τόκος	Προηγηθείσες κυήσεις	Σύλληψη
ΔΚ (εβδ.)	ΤΕΡ	ΠΗΤ

ΤΟΚΕΤΟΣ

Ημ/νία-Ωρα	Είδος τοκετού	Προβολή
Αιτία ΚΤ		
Ρήξη θυλακίου	Ωρα	Χρώση ΑΥ
Εμβρουλκία / σικουλκία		

ΝΕΟΓΝΟ				ΑΡΓΑΡ	1'	5'
ΒΣ (g)	ΕΘ	ΜΣ (cm)	ΠΚ (cm)	Καρδιακή συχνότητα		
Έκλαψε άμεσα	ναι όχι	Skin to skin	ναι όχι	Αναπνοή		
Ανάνηψη				Μυϊκός τόνος		
				Αντίδραση σε ερέθισμα		
				Χρώμα		
				ΣΥΝΟΛΟ		

ΜΗΤΕΡΑ	Ομάδα αίματος / Rh	Coombs έμμεση
ΝΕΟΓΝΟ	Ομάδα αίματος / Rh	Coombs άμεση

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

Χρόνια νοσήματα
Λήψη φαρμάκων
Αλλεργίες
Χρήση ουσιών
Χειρουργικές επεμβάσεις
Λοιπά

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΤΕΡΑΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α' ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ & ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Α. Βαδαλούκα
Τηλ: 210-72.86.323 210-72.86.169
Fax: 210-72.11.007
e-mail: anestklin@aretaieio.uoa.gr, anais@aretaieio.uoa.gr

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ / ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Η υπογεγραμμένη
που νοσηλεύομαι στην Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική του ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, έλαβα γνώση της
δυνατότητας να υποβληθώ σε επισκληρίδιο αναλγησία για τον τοκετό και
ενημερώθηκα από τον/την αναισθησιολόγο για τα οφέλη και τους ενδεχόμενους
κινδύνους αυτής, όπως:

1. Υπόταση.
 2. Κεφαλαλγία (0,5-2%) λόγω τρώσης της σκληράς μήνιγγας ή μετανάστευσης του επισκληρίδιου καθετήρα στον υπαρχονοειδή χώρο.
 3. Επισκληρίδιο αιμάτωμα (συχνότητα 1/250.000).
 4. Επισκληρίδιο απόστημα ή μηνιγγίτιδα.
- Το επισκληρίδιο αιμάτωμα ή απόστημα πιέζει τον νωτιαίο μυελό και αν δεν παροχετευθεί έγκαιρα οδηγεί σε παραπληγία.
5. Συστηματική τοξικότητα από το τοπικό αναισθητικό.
 6. Νευρολογικές διαταραχές - Δυσαισθησία, αιμωδία ή αδυναμία κάτω άκρων, που είναι δυνατόν, σε κάποιες περιπτώσεις, να διαρκέσουν 3-6 μήνες.

Μετά την προηγούμενη ενημέρωση, με διαύγεια πνεύματος δηλώνω ότι αποδέχομαι να υποβληθώ σε επισκληρίδιο αναλγησία.

Αθήνα

Η Δηλούσα



Εικόνα 9. Μελέτη ψαλμών του Δαβίδ, υπό το φως του κεριού και με φόντο την εικόνα της Παναγίας.

Γέννηση, το μέγα μυστήριο του ανθρώπου!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ενδεικτικές πηγές:

- Από Ρωμαίο συγγραφέα Πλίνιο Πρεσβύτερο (Naturalis historia 7:47)

- S. Lurie και Y. Mamet, «Yotzeh dofen:Καισαρική τομή στις ημέρες του Μίσινα και του Ταλμούδ», Ισραηλινό Περιοδικό Μαιευτικής και Γυναικολογίας, τόμος 12, no 3, 2001.

- Ο Γιοχάνες Μέλμπερ διατύπωσε το 1482 τη θεωρία περί προέλευσης της ονομασίας από τον Αυτοκράτορα Καίσαρα που διέταξε την κοπή της μήτρας της μητέρας.

- J. Delotte, O. Mialon, L. d’Angello, O. Toullalan, A. Bongain, «Une brève histoire de la césarienne. A brief history of caesarean section». La Lettre du Gynécologue – n° 321 – avril 2007

- Ομιλία πατρός Ευαγγέλου Παπανικολάου (θεολόγου, ιατρού και ιεραπόστολου Καμερούν), με θέμα «Απόστολος Πέτρος, Θεοτόκος Απόστολος Ιωάννης εις Μικρά Ασία» την 3η Ιουνίου 2022

- Μετάφραση-επιμέλεια Αικ. Λυκερίδου, Κλ. Γουρουντή, Μ. Μωραΐτου, <<Δεξιότητες στη μαιευτική φροντίδα>> ,Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος,3η έκδοση 2010

- Ν. Περιβολάρη-Αντωνοπούλου, <<Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα στη μαιευτική και στη γυναικολογία>>, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος 2010
- <<Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη και τη φροντίδα υγείας>>,Broken hill publishers LTD 2015, Ελληνική έκδοση Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2015

- Α. Αντωνάκου, Δ. Παπουτσή, <<Μαιευτική φροντίδα στην κύηση>>, Broken hill publishers LTD 2019, Ελληνική έκδοση Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2019

- Μετάφραση-επιμέλεια Γ. Γερολουκά-Κωστοπαναγιώτου <<Ronald D. Miller,MD
Αναισθησιολογία>> ,Broken hill publishers LTD 2014, Ελληνική έκδοση Εκδόσεις Π.Χ.
Πασχαλίδης 2014

- Γ. Παπαδόπουλος, Α. Βαδαλούκας, Κ. Φίλος <<Περιοχική αναισθησία>>
- William’s <<Μαιευτική>> ,Broken hill publishers LTD 2021, Ελληνική έκδοση
Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2021

- Α. Φασουλάκη <<Αναισθησιολογία>>, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

- Συλλογή πληροφοριών για το θηλασμό από το διαδίκτυο, google search αναισθησία
και θηλασμός μετά την Κ.Τ. 2018

- Εικόνα εξωφύλλου από την ιστοσελίδα www.mothersblog.gr
<https://www.mothersblog.gr/mama/story/125956/toketos-me-kaisariki-einai-exisoy-monadikos-kai-aytes-oi-foto-to-apodeiknyoyn>

- Εικόνα 1. Αποτύπωση καισαρικής τομής κατά τον 16ο αι.. σελ.5
Από άρθρο του διαδικτύου <<Γιατί είναι η “καισαρική τομή”;>> στην ιστοσελίδα
<https://little-el.htgetrid.com/kesarevo-sechenie/pochemu-tak-nazyvaetsya/>

- Εικόνα 2. Ορθοκήλη. σελ.7 από άρθρο στην ιστοσελίδα “Καλοχριστιανάκης Πεπτικό
και κήλες,Λαπαροσκοπική χειρουργική”
<https://kalochristianakis.gr/pathiseis/kiles/ti-einai-kili/>

- Εικόνα 3. Κ.Τ. και Φ.Κ.. σελ. 7 από τον τομέα ‘ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΥΓΕΙΑ’ της ιστοσελίδας
Zarpa news Gr ZMAGAZINE
www.zarpanews.gr

- Εικόνα 4. Χειρουργικές τεχνικές Κ.Τ.. σελ.14 από την ιστοσελίδα
www.mothersblog.gr

<https://www.mothersblog.gr/mama/ygeia/story/110458/an-i-gynaika-exei-ypovlithei-se-kaisariki-tomi-mporei-na-exei-provlimata>

– Εικόνα 5. Ουλή καισαρικής τομής. σελ.14 από την ιστοσελίδα www.mothersblog.gr
<https://www.mothersblog.gr/egkymosyni/story/57027/kaisariki-tomi-to-simadi-tis-agapis-mesa-apo-fotografies-mamadon>

– Εικόνα 6. Θηλασμός. σελ.23 από την ιστοσελίδα www.baby.gr
<https://www.baby.gr/babyzine/moro/h-zoi-me-to-moro/sygklonistikes-fotografies-toketoy-me-kaisariki-tomi/7305/>

– Εικόνα 7. Επισκληρίδιος αναισθησία. σελ.31 Βένος Πανούσης, ανάρτηση στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης για την επισκληριδιο αναισθησία στον τοκετό, από την ιστοσελίδα <https://americanpregnancy.org/labor-and-birth/epidural/> σε δίκη του μετάφραση με μικρές αλλαγές.

– Εικόνα 8. Τρυφερό στιγμιότυπο μητέρας-βρέφους. σελ. 40 από την ιστοσελίδα EMAMA.GR
<https://e-mama.gr/i-fotografisi-kesarikis-pou-ekane-to-giro-tou-kosmou/>

– Εικόνα 9. Μελέτη ψαλμών του Δαβίδ, υπό το φως του κεριού και με φόντο την εικόνα της Παναγίας. σελ.49 Ιερά Μητρόπολις Θηβέων, Λεβαδείας και Αυλίδος , Ιερός ενοριακός ναός μεγάλης Παναγίας Αγίου Δημητρίου Θηβών ,άρθρο η μεγάλη ωφέλεια από τη μελέτη των ψαλμών του Δαβίδ.
<https://megalipanagiathivon.gr/2019/07/22/>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εξώφυλλο

Εισαγωγήσελ. 1

Κεφάλαιο 1σελ. 2-5

Κεφάλαιο 2σελ. 6-23

Κεφάλαιο 3σελ. 24-38

Κεφάλαιο 4σελ. 39-49

Βιβλιογραφίασελ. 50-52

Περιεχόμενασελ. 53