

Ο ΠΑΡΑΓΩΝ RHESUS ΕΙΣ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΝ*

Υπό

Τ. Φ. ΝΙΚΟΓΛΟΥ

I. Σύνδρομον ένδομητρικής περιόδου

1. Ένδομήτριος θάνατος του έμβριου. Ουτός έπέρχεται κατά τὸ 2ον ήμισυ τῆς κυήσεως, συνηθέστερον κατά τὸν 9ον ή 10ον μήνα, συνεπεία ίσο-ανισοποίησεως εἰς τὸν παράγοντα Rh. Οἱ θάνατοι αὐτοὶ δὲν διαφέρουν κλινικῶς ἀπὸ τοὺς ἄλλους ένδομητρίους θανάτους τοῦ έμβριου, ὀφειλομένους εἰς διαφόρους αἰτίας, καὶ μόνον ἡ ἀνίχνευσις τοῦ παράγοντος Rh, διὰ τῆς εξέτασεως τοῦ αἵματος, ἐπιτρέπει τὴν ἀνακάλυψιν τῆς αἰμολυτικῆς νόσου.

2. Έμβρυοπλακούντιος ὕδρωψ ἀνὰ σάρκα. Τὸ έμβρυον ἀποθνήσκει πρὸ τοῦ τοκετοῦ ἢ ὀλίγας ὥρας μετὰ. Τὸ νεογέννητον εἶναι ὀγκῶδες, βραχύ, με ἀποτρόπαιον ὄψιν καὶ οἰδηματώδες. Τὸ οἶδημα ἐξαφανίζει τοὺς ὀφθαλμοὺς καὶ τὴν μύτη καὶ διογκώνει τὰ χεῖλη, ἐκ τῶν ὁποίων ἐξέρχεται ἡ γλῶσσα, παχειά καὶ διηθημένη. Ὁ θῶραξ εἶναι πεπλατυσμένος, ἡ κοιλία τεραστία, πλαδαρὴ καὶ διατεταμένη ἀπὸ τὸν ἀσκίτην. Τὸ δέρμα εἶναι κηρῶδες, τὰ μέλη συνεστραμμένα καὶ τὸ βάρος δυσανάλογον μετὰ τὴν εἰκαζομένην ἡλικίαν τῆς κυήσεως. Ὁ πλακοῦς, εὐμεγέθης (1.000-1.500 γρ.), ἐρυθρὸς καὶ εὐθρυπτος. Ὁ λῶρος ἔχει διάμετρον 2-3 φορές μεγαλυτέραν τοῦ φυσιολογικοῦ, τὸ δὲ ἐνάμιον ὕγρὸν εἶναι κιτρινωπὸν καὶ ἄφθονον.

Έκτὸς τῆς κλασικῆς ταύτης μορφῆς ὑπάρχουν καὶ λαυθάνουσαι μορφαί. Πράγματι, μετὰ τοῦ καθολικῆς τούτου «πρημένου» έμβριου, πού ὑποκίπτει συν-

ήθως ἐντὸς τῆς μήτρας, καὶ τοῦ ἐλαφρῶς οἰδηματώδους καὶ ἰκτερικοῦ νεογεννήτου, πού μπορεῖ ἐνδεχομένως καὶ νὰ λαθῆ, ὑπάρχουν πολλοὶ ἐνδιάμεσοι βαθμοί. Πάντως, ἐὰν μερικαὶ λαυθάνουσαι μορφαὶ μᾶς διαφεύγουν, ἀπεναντίας δυνάμεθα, ἤδη κατά τὴν κύησιν, νὰ ὑποψιασθῶμεν καὶ νὰ θέσωμεν εὐκόλως τὴν διάγνωσιν τῆς σοβαρᾶς μορφῆς τῆς αἰμολυτικῆς ταύτης νόσου.

Ἡ προσοχή μας ἀποσπάται τότε ἀπὸ τὴν ὑπέρμετρον ἀνάπτυξιν τῆς μήτρας, ὡς καὶ τὴν ὑπαρξιν μεγάλης ποσότητος ἐναμιῶν ὕγρου, πότε ἀπὸ τὴν μετρίαν ζωτικότητα τοῦ έμβριου (σκιρτήματα καὶ παλμοὶ μόλις αἰσθητοί), καὶ πότε ἀπὸ τὴν παντελῆ ἔλλειψιν ζωῆς (ἔλλειψις παλμῶν καὶ σκιρτημάτων). Ἡ ὑποψία μας ἐπιβεβαιοῦται τότε μετὰ τὴν ἀκτινογραφίαν, ἡ ὁποία εἶναι χαρακτηριστικὴ: Αὕτη ἐμφανίζει ἐν έμβρυον ὀγκῶδες, τοῦ ὁποίου ἡ διατεταμένη καὶ βατραχοειδῆς κοιλία ἀπομακρύνει τὰ κάτω ἄκρα, καὶ ἰδίως τοὺς μηρούς, κατὰ τρόπον ὡστε, ἐὰν κοιτάξωμεν τὴν ἀκτινογραφίαν ἀνεστραμμένην (ἡ κεφαλὴ τοῦ έμβριου πρὸς τὰ ἄνω), ἔχομεν σαφῶς τὴν εἰκόνα «τοῦ έμβριου Βούδδα».

Οὐχ ἤττον ὅμως ἡ διάγνωσις γίνεται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον μετὰ τὸν τοκετόν.

II. Σύνδρομον νεογνικῆς περιόδου (ζήτημα κλινικῆς εξέτασεως)

Εἰς τὴν περίπτωσιν αὐτὴν ἡ αἰμολυτικὴ νόσος ἐμφανίζεται εἰς τὸ νεογέννητον ὑπὸ τρεῖς μορφάς:

1. Τὸν βαρὺν ἰκτερον.
2. Τὴν ἀναιμίαν.
3. Τὸν πυρηνικὸν ἰκτερον.

* Συνέχεια ἐκ τοῦ προηγουμένου καὶ τέλος.

Δυνατόν νά συνυπάρχουν καί αἱ τρεῖς μορφαί εις διαφορετικὴν ἔντασιν ἢ νά διαδεχθῆ ἡ μία τὴν ἄλλην.

1. ΒΑΡΥΣ ΙΚΤΕΡΟΣ

Α' Κλινικὴ εἰκὼν

Ὁ ἴκτερος αὐτὸς ἐμφανίζεται ἀμέσως ἀπὸ τὰς πρώτας ὥρας μετὰ τὸν τοκετόν, ἀντιθέτως πρὸς τὸν φυσιολογικὸν ἴκτερον, ποῦ ἐμφανίζεται βραδύτερον.

Ὁ ἴκτερος, ἐκτεινόμενος ἀπὸ ὥραν σὲ ὥραν, χρωματίζει κατ' ἀρχὰς τὸν ὀμφάλιον λώρον καὶ εἶτα γενικεύεται εἰς τὸ δέρμα καὶ τοὺς βλεννογόνους. Τὸ νεογέννητον παρουσιάζει κιτρινέρυθρον ὄψιν. Τὸ ἥπαρ του εἶναι διωγκωμένον, σκληρόν, λεῖον. Ἐπίσης ὁ σπλὴν εἶναι διωγκωμένος. Δὲν ὑπάρχει ἀσκίτης, ἀλλὰ οἰδηματώδης διήθησις τοῦ ὑποδορίου ἰστυῦ, μὲ διάσπαρτα αἱμορραγικὰ στίγματα εἰς τὸ δέρμα. Τὸ νεογέννητον εἶναι ὑποθερμικὸν καὶ καταβεβλημένον.

Πρὸς ἐκτίμησιν τῆς βαρύτητος τῆς καταστάσεως διακρίνομεν 3 βαθμούς.

1ος βαθμός:

Ἀντίδρασις Coombs θετικὴ.

Τὰ κλινικὰ συμπτώματα μόλις διαγράφονται. Ὁ ἴκτερος δὲν παρουσιάζεται ἀμέσως καὶ δὲν εἶναι ἔντονος.

2ος βαθμός:

Ὅλα τὰ προηγούμενα, σὺν ἥπατοσπληνομεγαλία.

3ος βαθμός:

Διαταραχαὶ τῆς ἀναπνοῆς (κυανώσεις), ὡς καὶ νευρικαί. Ἄφθονα αἱμορραγικὰ στίγματα ἐπὶ τοῦ δέρματος.

Β' Ἐργαστηριακὰ

Ἐπικουρικῶς τὸ ἐργαστήριον θὰ δώσῃ πολύτιμα στοιχεῖα ἐκτιμήσεως τῆς καταστάσεως.

Καταμέτρησις τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων.

Ποσοστὸν ἐρυθροβλαστῶν.

Ποσοστὸν θετικότητος τῆς ἀντιδράσεως Coombs.

Ποσοστὸν τῆς αἰμοσφαιρίνης.

15 γρ. ποσοστὸν ἐλαφρᾶς μορφῆς.

8 γρ. ποσοστὸν βαρῆς μορφῆς (Mollisson).

Ποσοστὸν τῆς χολερυθρίνης.

Μικρᾶς ἀξίας κατὰ τὴν γέννησιν. Ἀλλὰ ἡ ἀνύψωσις αὐτῆς, κατὰ τὰς ἐπομένους ὥρας καὶ ἡμέρας, ἐνέχει μεγίστην σημασίαν.

18 χιλ. % εἶναι τὸ ποσοστὸν σύνορον.

Πέραν αὐτοῦ, κίνδυνος πυρηνικοῦ ἴκτερου.

Χρόνος τοῦ Quick (πήξεως)

κάτω τῶν 18 δευτερολέπτων = καλὴ πρόγνωσις,

ἄνω τῶν 22 δευτερολέπτων = βαρεῖα κατάστασις.

(φυσιολογικῶς 12-13 δευτερόλεπτα).

Γ' Ἐξέλιξις

Ἄνευ θεραπείας, ὁ βαρὺς ἴκτερος ἐξελίσσεται 95% εἰς θάνατον. Καίτοι ἡ κατάσταση τοῦ νεογεννήτου ἦτο μετὰ τὸν τοκετόν καλὴ, ταχέως, ἐντὸς 2-3 ἡμερῶν, αὕτη χειροτερεύει. Τὸ νεογέννητον ἀρνεῖται νά θηλάσῃ, χάνει βάρος, παρουσιάζει κυανωτικὰ κρίσεις, ὡς καὶ νευρικὰς τοιαύτας, χαρακτηριζόμενας ὑπὸ διαταραχῶν τοῦ τόνου, συνισταμένων εἰς ὑπερτονίαν (ὀπισθότονος) καὶ ὑποτονίαν, ποῦ εἶναι ἔκδηλα σημεῖα προσβολῆς τοῦ φαιοῦ κεντρικοῦ πυρῆνος (πυρηνικὸς ἴκτερος), πίπτει εἰς προοῦσαν καματώδη κατάστασιν καὶ ὑποκύπτει πρὸ τοῦ τέλους τῆς πρώτης ἐβδομάδος.

Μερικαὶ βαρύταται μορφαί, ἐπιφέρουν τὸν θάνατον ἐντὸς ὀλίγων ὡρῶν.

Εἰς περίπτωσιν καθ' ἣν, μετὰ προσβολῆν ὑπὸ βαρέος ἴκτερου, τὸ νεογέννητον ἐπιζήση, παρατηροῦνται μελλοντικῶς ἀξιοσημεῖωτοι διαταραχαί.¹

Δ' Τηρητέα ἀγωγή

Διὰ τοῦτο ἐπιβάλλεται ἡ παρακολούθησις τῶν νεογεννήτων πολλάκις τὰς πρώτας ὥρας, ὡς καὶ τὴν 1ην καὶ 2αν ἡμέραν, μετὰ τὴν γέννησιν, δεδομένου ὅτι ἐμφάνις κιτρίνης χροιάς κατὰ τὴν περίοδον ταύτην σημαίνει κατὰ πᾶσαν πιθανότητα ἴκτερον αἰμολυτικῆς νόσου, καὶ οὐχὶ καλοῆθη ἴκτερον.

Ἡ συνύπαρξις τῆς ἥπατο-σπληνομεγα-

1. Ἴδε περαιτέρω: Πυρηνικὸς ἴκτερος.

λιάς, ἀποτελεῖ ἐν ἐπὶ πλέον στοιχεῖον πρὸς ἐπιβεβαίωσιν τῆς ὑποθέσεως ταύτης. Ἀλλὰ καὶ ἐν ἀπουσίᾳ τοῦ στοιχείου τούτου, πρέπει ἄνευ χρονοτριβῆς νὰ γίνῃ διακομιδὴ τοῦ νεογενήτου εἰς ὄργανωμένον κέντρον (Νοσοκομεῖον, Μαιευτήριον ἢ Κλινικὴν), πρὸς ἐκτέλεσιν τῆς δεούσης θεραπευτικῆς ἀγωγῆς.¹

2. ANAIMIA (ΕΡΥΘΡΟΒΛΑΣΤΙΚΗ)

Αὕτη ἐμφανίζεται συνήθως κατὰ τὴν 2-3ην ἡμέραν ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ (ἐρυθροβλαστική ἀναιμία τοῦ Ecklin) καὶ δύναται νὰ συνοδεύεται ἢ μὴ ὑπὸ ἐλαφροῦ ἰκτεροῦ.

Ἡ ὠχρότης εἶναι ἐντυπωσιακὴ. Τὸ ἥπαρ καὶ ὁ σπλὴν εἶναι διωγκωμένα. Τὸ αἷμα δεικνύει ἔντονον ἀναιμίαν, μετ' ἐρυθρὰ 3.500.000, αἰμοσφαιρίνην 45%, παρουσίαν ἐρυθροβλαστῶν εἰς ἀναλογίαν 20 ἢ 30%, ὡς καὶ ἐλαφρὰν λευκοκυττάρωσιν.

Ἡ μορφή αὐτὴ εἶναι ἡ ὀλιγώτερον βαρεῖα καὶ ἐθεραπεύετο ἄλλοτε δι' ἀπλῆς μεταγίσεως.

3. ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ

Οὗτος εἶναι ὁ ἐφιάλης παντὸς ἱατροῦ ποῦ παρακολουθεῖ κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας ἕνα βαρὺν ἰκτερον. Συνήθως ἡ ἐπιπλοκὴ αὕτη παρουσιάζεται τὴν 3ην ἢ 4ην ἡμέραν ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ εἰς νεογενήτα μὴ ὑποβληθέντα εἰς θεραπείαν, καὶ ἐνίοτε παρὰ τὴν γενομένην εἰς αὐτὰ ἀφαιμαξομετάγγισιν, εἴτε διότι αὕτη ἐγένετο πλημμελῶς εἴτε διότι ἄργησε νὰ γίνῃ (12-24 ἢ περισσότερας ἀκόμη ὥρας μετὰ τὴν γέννησιν).

Τὸ νεογενήτον παρουσιάζει διακυμάνσεις τῆς θερμοκρασίας (ὑπο-ἢ ὑπερθερμία), ὡς καὶ διαταραχὰς τῆς ἀναπνοῆς (ἄπνοια ἢ κυανώσεις). Τὸ παθογνομικὸν ὁμῶς σημεῖον εἶναι ὁ ὀπισθότονος. Εἶτα ἀκολουθοῦν: ὁ τρόμος τῶν ἄκρων, τῆς κάτω γνάθου, τῶν βλεφάρων, τῶν μυῶν τοῦ προσώπου, ὡς καὶ νυσταγμοειδεῖς κινήσεις τῶν βολβῶν τῶν ὀφθαλμῶν, καὶ σπασμοὶ τῶν ἄκρων, μετ' χαρακτηριστικὰς ἰδίως κινήσεις τύπου ἀθετώσεως τῶν ἄνω ἄκρων.

Γενικῶς, ἡ κλινικὴ εἰκὼν εἶναι χαρακτηριστικὴ. Πολλάκις, ὁμῶς, ἡ διάγνωσις δυσχεραίνεται, διότι τὰ συμπτώματα μόλις διαγράφονται καὶ ἀποδίδονται ἐσφαλμένως εἰς ἐγκεφαλικὴν αἰμορραγίαν ἢ ἐγκεφαλικὸν οἴδημα.

Ἡ ὀσφρυϊκὴ παρακέντησις ἐξασφαλίζει τὴν διάγνωσιν.

Ἐξέλιξις

Αὕτη εἶναι ταχεῖα καὶ μοιραία. Τὰ προσβληθέντα νεογενήτα ὑποκύπτουν συνήθως ἐντὸς ὀλίγων ἡμερῶν. Ἀλλὰ καὶ μακρὰ ἐπιβίωσις δὲν εἶναι σπανία.

Ἐὰν παραδόξως τὸ νεογενήτον ἐπιζήσῃ, παρατηροῦνται μελλοντικῶς διανοητικαὶ καὶ κινητικαὶ διαταραχαί. Εὐτυχῶς, δὲν ἔχομεν πάντοτε ὡς ἐπακόλουθον τὸν τύπον τοῦ ἡλιθίου, ἢ τὴν νόσον τοῦ Little. Ἡ κινητικὴ διαταραχὴ δύναται νὰ εἶναι ὀλιγώτερον ἔντονη καὶ νὰ περιορίζεται εἰς μικρὰν μόνον διαταραχὴν τοῦ τόνου, ποῦ προκαλεῖ μερικὰς ἀδέξιες κινήσεις, ἢ μικρὰν τινα μεμονωμένην παράλυσιν.

Ἡ διανοητικὴ κατάστασις ἐπηρεάζεται πολὺ ὀλιγώτερον τῶν στατικῶν λειτουργειῶν. Ὅσον δὲ ἀφορᾷ εἰς τὰς διαταραχὰς τῆς ψυχικῆς σφαίρας, αὗται δύνανται νὰ προσλάβουν ποικίλους βαθμοὺς ἐντάσεως.¹

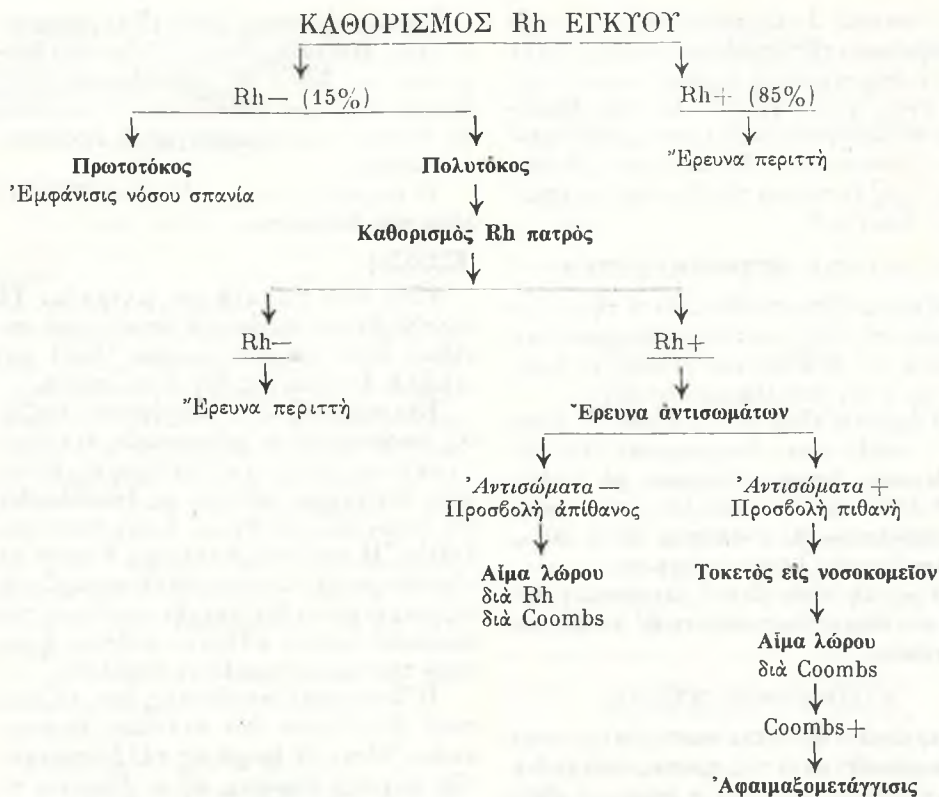
Ἀνίχνευσις Rh ἐγκύου

Κατὰ κανόνα, πρὸς πρόληψιν τῶν ἀνωτέρω, δεόν ὅπως εἰς κάθε ἔγκυον γίνεται ἐξέτασις διὰ τὸν παράγοντα Rh πρὸ τοῦ τοκετοῦ, οὕτως ὥστε νὰ καθίσταται δυνατὴ ἡ πρόγνωσις διὰ τὴν τυχόν ἐμφάνισιν τῆς αἰμολυτικῆς νόσου εἰς τὸ ἀναμενόμενον τέκνον.

Οὕτω, καθ' ἣν στιγμὴν λαμβάνεται αἷμα, κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς κυήσεως, διὰ τὴν εξέτασιν κατὰ Βάσερμαν, ποσότης τοῦ αἵματος τούτου (5 κ.ἐκ.) τοποθετεῖται εἰς δοκιμαστικὸν σωληνάριον περιέχον ἀντιπηκτικὴν οὐσίαν (ὀξαλικὸν κάλι). Τὸ σωληνάριον τοῦτο ἀνακινεῖται πρὸς διάλυσιν τοῦ ὀξαλικοῦ καλίου καὶ παραπέμπεται διὰ τὸν προσδιορισμὸν τοῦ παράγοντος Rhesus.

1. Ἴδε περαιτέρω: Θεραπευτικὴ ἀγωγή.

1. Ἴδε περαιτέρω: Θεραπευτικὴ ἀγωγή.



Προφύλαξις τῆς ἀσυμβατότητος

Ἐπιβεβαιωθείσης ἀσυμβατότητος Rh, δὲν ὑπάρχει δυνατότης παρεμποδίσεως σχηματισμοῦ συγκολλητινῶν πρὸς πρόληψιν τῆς αἰμολυτικῆς νόσου. Πειράματα ἐκτελεσθέντα πρὸς αὐτὴν τὴν κατεύθυνσιν, διὰ χρησιμοποιήσεως κορτιζόνης,¹ Acth² καὶ βιταμίνης E,³ οὐδὲν ἀπέδωσαν.

Ἡ προφύλαξις στηρίζεται ἐπὶ τῶν ἐξῆς:

1. Αἱ μεταγγίσεις νὰ γίνωνται δι' αἵματος ἀπολύτως συμβατοῦ, δηλαδὴ μὲ δότας τελειῶς καθωρισμένης ομάδος.

1. J. Andersen, Doerner, κ.ά.

2. Christensen, Marculis, Stewart.

Ἡ A.C.T.H. εἶναι ἄδρενο-κορτικοτρόπος ὁρμὴ τοῦ προσθίου λοβοῦ τῆς ὑπόφυσεως (πρωτεΐνη ἀγνώστου χημικῆς συνθέσεως). Λαμβάνεται ἀπὸ τὴν ὑπόφυσιν τῶν χοίρων, βοῶν, ἵππων, προβάτων καὶ τελευταίως (ὑπὸ τῶν Σκανδιναβικῶν), ἀπὸ τὴν ὑπόφυσιν φαλακίης.

3. B. S. Berge καὶ Van Assen.

2. Ἐφ' ὅσον δὲν γνωρίζομεν τὸν παράγοντα Rh τῆς γυναικός, νὰ μεταγγίζεται αἷμα Rh—.

3. Σὲ κάθε ἔγκυον νὰ γίνεταί προ τοῦ τοκετοῦ ἐξέτασις αἵματος διὰ τὸν παράγοντα Rh.

4. Οὐδέποτε νὰ γίνεταί ἑτεροαιμοθεραπεία εἰς νεάνιδα.

Θεραπευτικὴ ἀγωγή

I. Ἐπὶ ἐγκύον μὲ —Rh:

1. Πρωτοτόκος

Σύζυγος ὁμοζυγῶτης ἢ ἑτεροζυγῶτης. Οὐδέν.

2. Πολυτόκος

A. Σύζυγος ὁμοζυγῶτης Rh+(DD).

Προσδιορισμὸς τοῦ τίτλου συγκολλητινῶν: Ἀπὸ τὴν 30ὴν ἑβδομάδα τῆς κυήσεως, ἄνοδος αὐτοῦ δηλοῖ ἐπιδείνωσιν τῶν

φαινομένων ἀνισοποιήσεως = σοβαρὸς κίνδυνος προσβολῆς τοῦ ἐμβρύου.

Θεραπεία: Καισαρική τομή.

B. Σύζυγος ἑτεροζυγώτης Rh+(Dd).

Ἐὰν ἡ παροῦσα κύσις ὑπερέβη εἰς ἡλικίαν ἐκείνην τῶν προηγουμένων κυήσεων πού παρουσιάστησαν τὰ ἀτυχήματα, δυνάμεθα μὲ σχετικὴν ἐπιφύλαξιν νὰ ἐλπίζωμεν ὅτι τὸ νεογέννητον θὰ εἶναι Rh—. Δικαιολογεῖται ἡ ἀναμονή.

II. Κατὰ τὸν τοκετόν:

Λήψις αἵματος ἀπὸ τὸν ὀμφάλιον λῶρον, πρὸς ἐκτέλεσιν τῶν διαφόρων ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων, ὡς καὶ τῆς ἀντιδράσεως Coombs.

III. Ἐπὶ νεογεννήτου προερχομένου ἐκ καισαρικῆς τομῆς ἢ φυσιολογικοῦ τοκετοῦ:

Κλινικὴ ἐξέτασις (ἦπαρ, σπλήν, δέρμα, βλεννογόνοι).

Ἄγρυπνη ἐπιτήρησις διὰ τυχὸν ἐμφάνισιν ἰκτέρου. Ἐὰν ἡ κλινικὴ ἐξέτασις καὶ τὰ ἐργαστηριακὰ συμφانوῦν ἐπὶ τῆς διαγνώσεως τῆς αἰμολυτικῆς νόσου, οὐδεὶς δισταγμός: ἄμεσος θεραπεία. Αὕτη εἶναι συζητήσιμος, ὅταν ὑπάρχουν θετικὰ βιολογικὰ εὐρήματα ἄνευ ἰκτέρου, καὶ ἐπιβάλλεται ἅμα τῇ ἐμφανίσει αὐτοῦ.

Ποία ἡ θεραπεία; Ἀφαιμαξομετάγχισις.

Ἀφαίρεσις τοῦ εὐαισθητοποιηθέντος, εἰς τὸν παράγοντα Rh, αἵματος τοῦ νεογεννήτου καὶ ἀντικατάστασις αὐτοῦ διὰ νέου καταλλήλου αἵματος, δηλαδὴ ἐνὸς δότου τοῦ ὁποίου τὰ ἐρυθρὰ δὲν δύνανται νὰ ὑποστοῦν τὴν ἐπίδρασιν τῶν συγκολλητινῶν καὶ νὰ καταστραφοῦν (μετάγγισις).

Διὰ ζωτικὸν λόγον, πρέπει ἐπειγόντως νὰ δώσωμεν εἰς τὸ νεογέννητον ἄτρωτα ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια. Λέγομεν «ἐπειγόντως», διότι ἡ θεραπεία τῆς αἰμολυτικῆς νόσου εἶναι ἐξ ἴσου ἐπείγουσα μὲ τὴν θεραπείαν μιᾶς σοβαρᾶς αἱμορραγίας. Πρέπει δὲ αὕτη νὰ ἐφαρμόζεται ἐγκαίρως:

Ἐπὶ τῶν ὑπόπτων προώρων, ἄνευ ἀναμονῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἰκτέρου.

Ἐπὶ τῶν ὑπόπτων ἰκτερικῶν, ἵνα προλάβωμεν τὸν πυρηνικὸν ἰκτερον.

Διὰ τῆς ἀφαιμαξομεταγγίσεως ἀναχαίτιζομεν τὴν ἀνύψωσιν τῆς χολερυθρίνης, ὡς

τὸ ἀνεφέραμεν ἤδη, πέραν τοῦ ὁρίου τῶν 18 χιλ. %, διότι, πέραν αὐτοῦ, ὑπάρχει μέγας κίνδυνος προσβολῆς τῶν νευρικῶν κέντρων καὶ ἐμφανίσεως τοῦ πυρηνικοῦ ἰκτέρου. Δι' ὅ, ἡ ἀφαιμαξομετάγγισις πρέπει ὄχι μόνον νὰ γίνεται ἐγκαίρως, ἀλλὰ καί, ἐκάστοτε, εἶναι ἀνάγκη νὰ ἐπαναλαμβάνεται.

Τεχνικὴ ἀφαιμαξομεταγγίσεως:

I. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ

— ἐντὸς τεσσάρων ὥρῶν μετὰ τὸν τοκετόν, ὅταν ἡ διάγνωσις τίθεται ἐκ τῶν προτέρων.

— τὸ ταχύτερον, μετὰ τὴν ἐμφάνισιν τοῦ ἰκτέρου.

II. ΑΠΑΙΤΕΙ

— Αἷμα νωπὸν, Rh— 500-600 γρ. + ἀντιπηκτικὸν (Citrate de Soude 4 γρ. / 1000) ἵνα ἀντικατασταθοῦν τὰ 80% τῆς ποσότητος αἵματος.

— Εἰδικὸν καθετήρα (τοῦ Diamond) ἀποστειρωμένον (1 ὥρα ἐντὸς διαλ. Chlorure de Saphyran).

— Συσκευὴν μεταγγίσεως (Tzanck ἢ ἄλλην) ἥτις νὰ ἐπιτρέπη τὴν ἀφαίμαξιν καὶ ἀπομάκρυνσιν τοῦ αἵματος τοῦ νεογεννήτου, ἀναρρόφησιν τοῦ αἵματος τοῦ δότου, καὶ μετάγγισιν αὐτοῦ εἰς τὸ νεογέννητον, διαδοχικῶς.

— Πειπειραμένον τεχνικόν.

III. ΕΚΤΕΛΕΙΤΑΙ

— Κατὰ προτίμησιν ἐν ὑποθερίᾳ,¹ διὰ χρησιμοποίησεως τοῦ Largactil (χειμερία νάρκη).

— μὲ ἀπόλυτον ἀσηψίαν, ὡς οἰαδήποτε χειρουργικὴ ἐπέμβασις.

— εἰς τὴν ὀμφαλικὴν φλέβα, ἐντὸς τῆς ὁποίας ἡ εἰσαγωγή τοῦ καθετήρος (11-14 ὑφεκ.) δυνατὸν νὰ φθάσῃ μέχρι τῆς κάτω κοίλης φλεβός.

— ὑπὸ συνεχῆ παρακολούθησιν τῆς θερμοκρασίας, τῆς ἀναπνοῆς, τῶν καρδιακῶν παλμῶν, καὶ τοῦ προσωπείου τοῦ νεογεννήτου (ὑπὸ ἰατροῦ).

1. Ἄλλοι (Moureau-Gosselin-Legros), λόγῳ δυσκολίας σταθεροποιήσεως τῆς θερμοκρασίας τοῦ νεογεννήτου, ἐπεμβαίνουν ἐντὸς θερμοκοιτίδος.

IV. ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΕΠΙΠΛΟΚΑΣ

- Ταχυκαρδία, μικροσπασμούς, άνησυχίαν, όφειλομένης εις τὸ Citrate de Soude. Έξουδετερώνονται διὰ τῆς προσθήκης γλυκονικοῦ άσβεστίου έντός τοῦ μεταγγιζομένου αίματος.
- Καρδιακὴν συγκοπτήν, έξ άντανακλάσεως, συνεπεία έρεθισμοῦ τοῦ πλησίον τοῦ ένδοκαρδίου εύρισκομένου καθετήρος.

V. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ

Διὰ τῆς τοποθετήσεως όλων τῶν νεογενήτων (προώρων καὶ μή), έντός θερμοκοιτίδος, καὶ άγρύπνου παρακολουθήσεως επί 5-6 ήμέρας τῆς θερμοκρασίας, τῆς άναπνοῆς, τῶν σφύξεων, τοῦ χρώματος τοῦ δέρματος (ΐκτερος, κυάνωσις, αίματηρά στίγματα), ώς καὶ τῆς καταστάσεως τῶν ιστῶν (οίδηματώδης διήθησις), καὶ ένδεχομένων νευρικών άντιδράσεων.

Ίδιαιτέρως θὰ παρακολουθῆται, επί έξ έβδομάδας, ή αίματολογική κατάστασις τοῦ νεογενήτου. Αρχικῶς, μετὰ τὴν άφαιμαξομετάγγισιν, παρατηρεῖται παροδική αύξησις τῶν έρυθρῶν αίμοσφαιρίων, τὰ όποῖα έν συνεχείᾳ μειώνονται, εις τὸ σημεῖον νὰ δημιουργήσουν, περι τὴν 4-6ην έβδομάδα, μίαν δευτεροπ'αθῆ άναιμίαν, όποτε ένδείκνυται νὰ γίνῃ μία άπλή μετάγγισις 100-150 κ. ύφεκ. αίματος, πρὸς άποκατάστασιν τοῦ άριθμοῦ τῶν έρυθρῶν αίμοσφαιρίων.

Διατροφή

Ή διατροφή τοῦ νεογενήτου θὰ γίνεται με μητρικὸν γάλα, τὸ όποῖον όμως θὰ βράζεται πρὸς καταστροφήν τῶν συγκολλητινῶν, αὶ όποῖα άποβάλλονται διὰ τοῦ μαστοῦ. Όσον δὲ άφορᾷ εις τὴν ποσότητα, αὕτη θὰ εἶναι μικροτέρα τοῦ συνήθους.



“Έχεις άυτολεποίθηση μπροστὰ στο μικρόφωνο;