



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΕΓΚΥΟΥ

ΙΩΑΝΝΟΥ Π. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΥ
Καρδιολόγου

(Συνέχεια και τέλος)

δ) Ἡ ἀπόφασις πρὸς ἐγχειρήσιν.

Ἡ ἐπιτυχὴς χειρουργικὴ θεραπεία πολλῶν παθήσεων τῆς καρδίας συνετέλεσεν εἰς τὴν αὐξησιν τοῦ ἀριθμοῦ τῶν καρδιοπαθῶν ἐγκύων. Τῷ ὄντι, σήμερον αἱ ἀσθενεῖς αὗται, ἐγκαίρως χειρουργούμεναι, ἔχουν πολλὰς δυνατότητας ὅπως ἀποκτήσουν μετέπειτα ἓν ἢ περισσότερα τέκνα, ἀκινδύνως.

Πέραν τούτου, ἡ εὐεργετικὴ ἐπίδρασις τῆς χειρουργικῆς ἐπεξετάθη καὶ ἐπὶ τῶν καρδιοπαθῶν ἐγκύων. Οὕτως, ἐπιτυχάνεται ἡ διόρθωσις ἢ ἀνακούφισις τῆς καρδιακῆς θλάθης ἐπὶ ἐγκύου, μὲ τὰ ἴδια περιπτώματα ὡς καὶ ἐπὶ τῶν ἄλλων καρδιοπαθῶν.

Ἡ πείρα τῆς καρδιοχειρουργικῆς τῶν ἐγκύων στηρίζεται, κατὰ μεγίστην πλειονότητα, εἰς τὰς ρευματικὰς παθήσεις καὶ δὴ τῶν στενώσεων τῆς μιτροειδοῦς.

Ἡ βαλβιδοτομή εἶναι ἢ πλέον συχνὴ ἐγχείρησις. Ἐπὶ μεγάλης στενώσεως τοῦ μιτροειδικοῦ στομίου, εἶναι πολὺ πιθανὸν νὰ δημιουργηθοῦν κυκλοφορικαὶ διαταραχαί, σὺν τῇ προόδῳ τῆς κήσεως. Διευρυνόμενου τοῦ στομίου θελιτοῦνται αἱ αἱματοδυναμικαὶ συνθήκαι, ἐκ τῆς αὐξήσεως τοῦ ὄγκου παλμοῦ.

Ἡ βαλβιδοτομή θὰ ἀποφασισθῇ, ἐφ' ὅσον ἡ ἀσθενὴς, διαρκούσης τῆς ἐγκυμοσύνης, εἶχεν ἐμφανίσει ἐπανειλημμένας προσβολὰς, ἔστω καὶ ἐλαφρᾶς καρδιακῆς ἀνε-

παρκείας. Τὸ ὀξὺ πνευμονικὸν οἴδημα ἀποτελεῖ ἐπίσης ἔνδειξιν ἐγχειρήσεως. Ἐάν τὰ ἐπεισόδια ταῦτα ἤθελον λάβει χώραν κατὰ τὸ πρῶτον τρίμηνον, ἐπιβάλλεται τότε ἡ διακοπὴ τῆς κήσεως (FRIEDBERG, 1966).

Ἡ μητρικὴ θνησιμότης, ἐπὶ βαλβιδοτομῆς, ἐξαρτᾶται κυρίως ἐκ τῆς σοβαρότητος τῆς καρδιακῆς θλάθης. Εἰς τὰς ἐλαφρὰς περιπτώσεις, ἡ θνησιμότης δὲν διαφέρει οὐσιωδῶς ἀπὸ τῶν μὴ ἐγκύων, αἵτινες ὑποβάλλονται εἰς τὴν ἐγχείρησιν ταύτην. Εἰς τὰς σοβαρωτέρας περιπτώσεις, ἦτοι τὰς κατηγορίας III καὶ IV, ἐάν ἡ ἐγχείρησις γίνῃ κατὰ τὸ δεύτερον ἡμισυ τῆς κήσεως, ἡ θνησιμότης κυμαίνεται ἀπὸ 5 ἕως 20ο)ο (SOULIE 1961, GILCHRIST 1963, METCALFE καὶ VELAND 1966).

Ἐκτὸς ἀπὸ τὴν βαλβιδοτομήν, ἔχουν γίνῃ καὶ ἄλλαι ἐγχειρήσεις καρδίας, ἔτι δὲ καὶ διὰ τῆς ἀνοικτῆς μεθόδου (JACOBS, 1965). Ἡ καρδιοχειρουργικὴ ἐπὶ ἐγκύων ἐπροχώρησε ἀκόμη καὶ μέχρις ἀντικαταστάσεως βαλβίδος, ἐπὶ ἀορτικῶν παθήσεων. Ὁ ἀριθμὸς ὅμως τῶν περιπτώσεων αὐτῶν εἶναι εἰσέτι περιορισμένος (VELAND καὶ συνεργ., 1966).

Ὅσον ἀφορᾷ τὰ ἀποτελέσματα τῆς καρδιοχειρουργικῆς ἐπὶ συγγενῶν παθήσεων τῆς καρδίας συνδυαζομένων μετὰ κήσεως, ταῦτα εἶναι ὁμοίως ἱκανοποιητικὰ (COPELAND καὶ συνεργ., 1963, METCALFE καὶ VELAND 1966). Πλεῖστοι τύποι τῶν

δυσπλασιών της καρδιάς έχουν χειρουργηθή κατά την διάρκεια της έγκυμοσύνης. 'Επί των συγγενών καρδιοπαθειών, ή στένωσις του Ισθμού της άορτης και ό άλλοι κτώδες άρτηριακός πόρος, έχουν ιδιαίτερουσ λόγους νά επιβάλλουν την έγχειρήσιν, διαρκούσης της κηήσεως. 'Η μέν πρώτη, ένεκα του κινδύνου της ύψώσεως της άρτηριακής πιέσεως, ίδια κατά τον τοκετόν, ό δέ δεύτερος, έκ της ένδεχομένης άναστροφής της διαφυγής, εϋθύς μετά τον τοκετόν (FRIEDBERG, 1966). Είς τό σημείον τούτο και διη προκειμένου περι τών κινδύνων έκ της στενώσεως του Ισθμού της άορτης της κηήσεως, οί METCALFE και VELAND (1966) άνασκοπήσαντες την βιβλιογραφίαν διετύπωσαν διαφορετικές, πλέον εύνοϊκάς άπόψεις.

'Επί συγγενών καρδιοπαθειών χειρουργουμένων διά έξωσωματικής κυκλοφορίας, δέον νά άναφερθή ότι ύφίσταται κίνδυνος θανάτου του έμβρύου κατά την διάρκεια της έπεμβάσεως. 'Επίσης μετά την έγχειρήσιν είναι ένδεχόμενον νά έπακολουθήση έκτρωσις (METCALFE και VELAND, 1966).

Παρ' ήμίν, ό Κομνηνός (1958), άνεκοίνωσεν έγχειρήσιν μεταστενωτικού άνευρύσματος της άορτης, γενομένην κατά την διάρκειαν της κηήσεως.

Είται προφανές ότι ή χειρουργική επέμβασις είς την καρδίαν είναι πολλάκις σωστική διά την καρδιοπαθή έγκυον, πρᾶγμα τό όποϊον δέν κατορθούται δι' άλλου τρόπου. 'Εν τούτοις, πρϊν ή ό ιατρός άποφασίση νά συστήση την έγχειρήσιν, πρέπει νά είναι πεπεισμένος περι της άναγκαιότητος ταύτης, ώστε νά μη έκθέση την έγκυον είς άσκοπον κίνδυνον. Πρὸς τούτο, δέον όπως ακολουθήση τους έξής δύο βασικούς κανόνες. 'Ο πρώτος λέγει ότι, έφ' όσον είναι δυνατόν, είναι προτιμότερον νά άναβάλλεται ή έγχειρήσις μετά τον τοκετόν. Δεύτερος κανών είναι νά μη επιχειρηται ή επέμβασις προτού έφαρμοσθή ή συντηρητική άγωγή, μόνον δέ μετά την άστοχίαν ταύτης θά οδηγηθή ή έγκυος είς τον καρδιοχειρουργόν.

'Ο πλέον κατάλληλος χρόνος πρὸς έγχειρήσιν είναι τό πρώτον ήμισυ της κηήσεως. Μετά την 20ήν έβδομάδα αύξίνουσι οί έξ αυτής κίνδυνοι, διότι επιβαρύνεται ή κυκλοφορία έκ της κηήσεως έτι περισσότερο (GABLE και MURNEL, 1955). Τούτο όμως δέν είναι λόγος άποκλεισμού της έγχειρήσεως επί προκεχωρημένης έγκυμοσύνης. Οϋτως, έχουν γίνει επιτυχείς έπεμβάσεις, δύο μόλις έβδομάδας πρὸ του τοκετού (BOYLE και PANTRIDGE, 1965), άκόμη δέ και κατά την διάρκειαν του. 'Εγένετο ήδη λόγος περι τοποθετήσεως τεχνητού θηματοδότης είς επιτόκουσ (SCHOENBRUM, 1966).

ε) 'Η θεραπευτική άγωγή ή επί καρδιοπαθών έγκύων και επιτόκων.

'Αφ' ής καρδιοπαθής καταστή έγκυος, ό φόβος επιδεινώσεως της παθήσεως της δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα, τά όποϊα την κρατούν είς διαρκή άγωνίαν.

'Ιδιαιτέρα προσοχή δίδεται είς την ένθάρρυνσιν της μητρός και την άνάκτησιν της ψυχικής της ήρεμίας. 'Οσάκις χορηγούται κατευναστικά φάρμακα, δέον όπως λαμβάνεται ύπ' όσιν ή ένδεχομένη έπίδρασις των επί του κηήματος.

Καθ' όλην την διάρκειαν της κηήσεως, αϊ φροντίδες τών ιατρών στρέφονται πρὸς την καρδιακήν λειτουργίαν. 'Η άσθενής θά παρακολουθηται ως νά μη ύπάρχη κηήσις. 'Η τελευταία αύτη, άφ' έτέρου, αντιμετωπίζεται όπως και επί ύγιων γυναικῶν, ως νά μη ύφίσταται καρδιοπάθεια.

'Η καρδιοπαθής έγκυος θά άποφεύγη και την μετρίαν άκόμη κόπωσην παραμένουσα κληήρης τουλάχιστον επί 10ωρον (EASTMAN και HELLMAN, 1961). 'Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητος τών έγκύων και ή μεγαλυτέρα άνάπαυσις των έπιδρουν λίαν ευεργετικῶς επί της όμαλής εξέλιξεως της κηήσεως. 'Απαγορεύεται ώσαύτως ή υπερβολική αύξισις του βάρους των. 'Η ποσότης του προσλαμβανόμενου χλωριούχου νατρίου περιορίζεται είς τό ελάχιστον.

'Ωρισμένοι παθολογικοί καταστάσεις,

ἐπιβαρύνουν ιδιαίτερος τὴν καρδίαν κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς κηρίσεως. Οὕτω ἡ ἀναίμια, ἐπιτείνουσα τὴν ὑπερκινητικὴν κατάστασιν ἐκ τῆς κηρίσεως, ἐνδέχεται νὰ δημιουργήσῃ δυσμενεῖς ἐπιπτώσεις ἐπὶ τῆς κυκλοφορίας. Αἱ λοιμώξεις τῶν ἀνωτέρων ἀναπνευστικῶν ὁδῶν καὶ τῶν πνευμόνων, δυνατὸν ἐπίσης νὰ ἔχουν σοβαρὸν ἀντίκτυπον ἐπὶ τῆς καρδίας.

Ἡ προληπτικὴ χορήγησις δακτυλίτιδος, ἐφ' ὅσον ἡ καρδιοπάθεια ἀντιρροπείται, κρίνεται ὄχι μόνον ἄσκοπος ἀλλὰ καὶ ἐπιβλαβής, διότι πολλάκις τὸ φάρμακον τοῦτο δύναται νὰ ἐπιπλέξῃ μίαν κατάστασιν ἤδη ἐπιπεπλεγμένην (METCALFE καὶ VELAND, 1966).

Ὑπὸ τὴν κατάλληλον παρακολούθησιν, εἶναι δυνατὸν ἀσθενεῖς ἀκόμη καὶ μετὰ προκεχωρημένης καρδιακῆς βλάβης (κατηγορία III) νὰ ἔχουν φυσιολογικὸν τοκετόν. Εἰς τὰς ἀσθενεῖς ταύτας ἐνδείκνυται τὰ καρδιοτονωτικὰ ἀπὸ τοῦ στόματος. Ἡ χορήγησις διουρητικῶν φαρμάκων ὑποβοηθεῖ τὴν δρᾶσιν αὐτῶν.

Αἱ πάσχουσαι ἐκ σοβαρᾶς καρδιοπαθείας, συνιστᾶται ὅπως εἰσέρχωνται εἰς Μαιευτήριον 1—2 ἑβδομάδας πρὸ τοῦ ἀναμενομένου τοκετοῦ. Δέον ὅπως λαμβάνεται ὑπ' ὄψιν ὅτι αἱ καρδιοπαθεῖς ἔγκυοι συχνὰ ἔχουν πρόωρον ἢ ὀξὺν τοκετόν.

Ὅλα τὰ θεραπευτικὰ μέσα θὰ ἐφαρμοσθῶν διὰ τὴν θεραπείαν τῆς καρδιακῆς ἀνεπαρκείας τῆς ἐγκύου. Τὰ καρδιοτονωτικὰ χρησιμοποιεῖται κατὰ τὴν κρίσιν τοῦ θεράποντος ἱατροῦ, χωρὶς νὰ τίθενται περιορισμοί. Διὰ τὴν ἡρεμίαν τῆς ἀρρώστου προτιμᾶται ἡ PETHIDIN (DOLANTIN), διότι ἐπιδρᾶ ὀλιγώτερον δυσμενῶς ἐπὶ τοῦ ἀναπνευστικοῦ κέντρου. Ἡ χορήγησις ὀξυγόνου εἶναι ἐπιβλαβὴς διὰ τὴν μητέρα καὶ τὸ ἔμβρυον.

Ἐπὶ ὀξείας πνευμονικοῦ οἰδήματος, ἐφαρμόζεται ἡ κλασσικὴ ἀγωγή, ἤτοι μορφίνη (ἀκόμη καὶ ἐνδοφλεβίως), καρδιοτόνωσις, ἀφαίμαξις, χορήγησις ὀξυγόνου.

Ἄμα τῇ εἰσόδῳ τῆς καρδιοπαθοῦς ἐγκύου εἰς τὴν αἰθουσαν τοῦ τοκετοῦ, δέον ὅπως παρακολουθηταὶ τακτικὰ ἡ καρδια-

κὴ συχνότης, ἡ ἀρτηριακὴ πίεσις καὶ ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀναπνοῶν. Ἡ ἐμφάνισις ἐπιμόνου ταχυκαρδίας, ἄνω τῶν 110 παλμῶν κατὰ λεπτόν, θηχρός, ἀναπνευστικῆς δυσχερείας, συμφορήσεως τῶν πνευμόνων, εἶναι προοίμια ἐπερχομένου ὀξείας πνευμονικοῦ οἰδήματος.

Ἡ ἀνακούφισις ἀπὸ τοὺς πόνους καὶ ἡ ψυχικὴ ἡρεμία τῆς ἐπιτόκου εἶναι πρωταρχικῆς σημασίας. Ἡ δόσις τῶν 200 MG PEI HIDIN δύναται νὰ ἐπαναληφθῇ μετὰ ὥρον. Ἡ μορφίνη χορηγεῖται μόνον ἐφ' ἄπαξ, ἐπὶ πρωτοτόκων (SOUTHERLAND, BRUCE, 1962).

Κατὰ τὸ δεύτερον στάδιον τοῦ τοκετοῦ, ἀφίεται ἡ ἀσθενὴς νὰ ἐξωθήσῃ, ἐφ' ὅσον πρόκειται περὶ ἐλαφρᾶς καὶ καλῶς ἀντιροπομένης καρδιοπαθείας. Ἀδιαφόρως πρὸς τὴν θαρύτητα τῆς καρδιακῆς νόσου, τὸ στάδιον τῆς ἐξωθήσεως πρέπει νὰ βραχύνεται. Τοῦτο ἀποτελεῖ βασικὴν ἀρχήν.

Ὅταν προβλέπεται παράτασις τῆς ἐξωθήσεως, εἶναι προτιμότερον ὅπως συντομευθῇ ὁ τοκετὸς δι' ἐμβρυουλκίας. Πρὸς τὸν σκοπὸν αὐτὸν ἐνδείκνυται ἐλαφρὰ νάρκωσις διὰ τριχλωραϊθυλενίου, τὸ ὁποῖον ἀνέχονται καλῶς αἱ ἔγκυοι (GERBIE καὶ SKOM 1961, SOUTHERLAND καὶ BRUCE

Τὸ ζευγάρι ἐκ τῶν ὑστέρων, εἶναι ἐν-1962, FRIEDBERG 1966). Ἡ περινεοτομία δέον ὅπως ἐκτελεῖται ὑπὸ τοπικὴν ἀναισθησίαν. Ἡ ραχιαία ἀναισθησία ἀντεδεικνύται, διότι κατὰ τὰς ἀπόψεις τῶν METCALFE καὶ VELAND (1966) δύναται νὰ προκαλέσῃ COLLAPUS, ἔνεκα τῆς χαλαρότητος τῶν ἀγγείων τῶν κάτω ἄκρων.

Ὅλοι οἱ συγγραφεῖς συμφωνοῦν ὅτι ἡ κήσις τῆς καρδιοπαθοῦς θὰ ἀφεθῇ νὰ φθάσῃ μέχρι τέρατος. Ἡ ἐπίσπευσις τοῦ τοκετοῦ δὲν δικαιολογεῖται, πολλῶ δὲ μᾶλλον ἡ καισαρικὴ τομὴ. Ἡ τελευταία αὕτη ἀφίεται ἀπολύτως εἰς τὴν κρίσιν τοῦ μαιευτήρος. Ὁ κίνδυνος ἐκ τῆς καισαρικῆς τομῆς ὀφείλεται εἰς τὴν ἀπότομον σύσπασιν τῆς μήτρας, συνεπεία τῆς ὁποίας εἰσέρχεται μεγάλῃ ποσότης αἵματος εἰς τὴν

κυκλοφορίαν (SOUTHERLAND, BRUCE, 1962).

Αί μεταγαγίσεις αίματος και έν γένει αί ένδοφλέβιαι έγγύσεις ύγρών δέον όπως, διαρκούντος του τοκετου και άμέσως μετά τουτον, διενεργώνται προσεκτικώς. Η ταχεία χορήγησις μεγάλης ποσότητος ύγρών δύναται να προκαλέση δεξύ πνευμονικόν οίδημα. Μερικοί συγγραφείς (ABRAMSON και TENNAY, 1955) συιστούν την περιδυσιν των 4 άκρων άμα τώ πέρατι του τοκετου, αποβλέποντες δι' αύτης εις την πρόληψιν του δεξέος πνευμονικου οιδήματος.

Τά ώκυτόκα και μητροσπαστικά σκευάσματα άμέτρως χορηγούμενα, μετά τον τοκετόν, δυνατόν να έχουν δυσάρεστα έπακόλουθα. Τά φάρμακα ταύτα πρέπει να δίδωνται μόνον κατόπιν προσεκτικής έκτιμήσεως της καταστάσεως της κυκλοφορίας της λεχωίδος. Τονίζεται ιδιαίτέρως ό κίνδυνος έκ της εισόδου μεγάλης ποσότητος αίματος εις την γενικήν κυκλοφορίαν μετά έντονον μητροσυστολήν. Η ERGOMETRINE, ένδομυϊκώς χορηγούμενη εις τās περιπτώσεις αύτάς, έχει μητροσυσταλτικήν ένέργειαν χωρίς να μεταβάλη άισθη τως την άρτηριακήν πίεσιν.

Αί καρδιοσπαθείς καθ' όλην την διάρκειαν της λοχείας πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά, όπως και κατά την διάρκειαν της κήσεως. Τό καλούμενον «τέταρτον τρίμηνον» ένέχει κινδύνους διά τās άρρώστους αύτάς. Συμβαίνει ένίοτε ή καρδιακή άνεπάρκεια να επέλθη περι τώ τέλος της λοχείας, διότι ή άσθενής μετά την έξοδόν της έκ του Μαιευτηρίου ούδεμίαν πρόνοιαν έλαθε διά την πάθησίν της, έπιδοθείσα εις τās μητρικās και οικιακάς της φροντίδας μετά ύπερβολικου ζήλου.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Εις την παρούσαν άνασκόπησιν έξητάσθη ή σημερινή θέσις επί του θέματος της παρεμβολής κήσεως εις τās καρδιοσπαθείς γυναίκας. Παρά την μείωσιν της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητος επί των περιπτώσεων τούτων, θέβαιον εΙ-
(Συνέχεια — τέλος στή σελ. 26)



Και άλλη γέννηση άπό μητέρα χωρίς μήτρα

ΟΚΛΑΝΤ Ν. ΖΗΛΑΝΔΙΑ.—

Γυναίκα που της άφαιρεσαν την μήτρα πριν από ένένα μήνες, έφερε στον κόσμο τώρα ένα υγιέστατο κοριτσάκι βάρους δύο κιλών και 300 γραμμαρίων, κάτι που οι ειδικοί χαρακτήρισαν ως μια περίπτωση στο έκατομμύριο.

Η Μάργκαρετ Μάρτιν μητέρα τριών κοριτσιών ύπέστη ύστερεκτομή τον περασμένο Σεπτέμβριο, αλλά τότε βρισκόταν ήδη στον οργανισμό της γονιμοποιημένο ώάριο που επέζησε και έγκαταστάθηκε στα σπλάγχνα της όπου κατόρθωσε να άναπτυχθί. Τό νεογέννητο άφαιρέθηκε από τώ σώμα της μητέρας με άπλή επέμβασι στο ένθικó γυναικολογικό νοσοκομείο της Όκλαντ.

Τό ώάριο είχε σφηνωθί στο έντερο και σε άλλα όργανα της γυναίκας.

Όπως δήλωσε ό ύποδιευθυντής του νοσοκομείου Δρ. Τζάκσον άνάλογες περιπτώσεις έγκυμοσύνης σημειώθηκαν και κατά τώ παρελθόν μετά την άφαιρεσι μήτρας αλλά τώ έμβρυο πέθαινε ύστερα από μερικούς μήνες.

Πριν από τρεις μήνες ή κυρία Μάρτιν κατάλαθε ότι ήταν έγκυος από τίς ναυτίες που είχε αλλά οι γιατροι τώ θεωρούσαν άδύνατον μετά την επέμβασι.

Άρχικά οι γιατροι διέγνωσαν «όγκο» στο στομάχι της γυναίκας αλλά άργότερα με κατάπληξι διαπίστωσαν τούς παλμούς της καρδιάς του έμβρύου.

Ό μεγαλύτερος κίνδυνος που αντιμετώπισε τώ έμβρυο ήταν ή έλλειψι τροφής, ειπε ό Δρ. Τζάκσον καθώς και ή έλλειψι προστασίας του έμβρύου που δέν περιβαλλόταν από την μήτρα.

Ό τοκετός έπισπεύθηκε κατά τέσσερις έβδομάδες γιατί τώ έμβρυο είχε άρχισει να ύποφέρη από πείνα.