



## ΑΙ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ ΕΝ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

Υπό

Π. Π. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

Ἐκτάκτου Καθηγητοῦ

Διευθυντοῦ Β' Μαιευτικῆς Κλινικῆς  
Μαιευτηρίου «Μαρίνα Ἡλιάδης»

Αἱ θρομβοεμβολικαὶ παθήσεις, παρὰ τὰς πολλὰς—παλαιότερας καὶ νεωτέρας—προσπαθειάς ἀναφορικῶς πρὸς τὴν πλήρη διαλευκανσίν των, ἐξακολουθοῦν νὰ ἀντιπροσωπεύουν ἐν τῶν πλέον ἐνδιαφερόντων προβλημάτων τῆς μαιευτικῆς καὶ γυναικολογικῆς μας πράξεως.

Ἄλλοι γνωρίζομεν τὴν τάσιν ὀρισμένων πασχουσῶν νὰ παρουσιάζουν θρομβοεμβολικὰ φαινόμενα, ἀλλὰ μέχρι τοῦδε εἴμεθα εἰς μειονεκτικὴν θέσιν ἀπὸ ἀπόψεως προλήψεως των, μολοντί ἰκανὴ πρόοδος ἐπετεύχθη ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὴν θεραπείαν των.

Κατὰ τὰς συγχρόνους ἀντιλήψεις, ὀφείλομεν νὰ κάμνωμεν διάκρισιν μεταξὺ τῶν δύο τύπων τῆς φλεβικῆς ἐμπλοκῆς, δηλαδὴ τῆς θρομβοφλεβίτιδος καὶ τῆς φλεβοθρομβώσεως. Ἡ θρομβοφλεβίτις εἶναι ὁ τύπος τὸν ὁποῖον οἱ μαιευτῆρες συνήθως ἀπαντῶμεν ὡς ἀποτέλεσμα φλεγμονώδους ἢ διαπυητικῆς ἐξεργασίας ἐντὸς τοῦ αὐλοῦ τῆς φλεβός. Τὰ συμπτώματα ὀφείλονται κυρίως εἰς τὸν συνοδὸν ἀρτηριακὸν σπασμὸν (Ochsner) καὶ ἡ λευκὴ ἐπώδυνος φλεγμονὴ παριστᾷ τὴν πλέον προχωρημένην μορφήν τῆς παθήσεως, ἥτις ὅμως σπανίως δύναται νὰ θανατώσῃ τὴν πάσχουσαν. Ἡ φλεβοθρόμβωσις εἶναι ἕτερος τύπος τῆς παθήσεως, ὁ ὁποῖος ἐνδέχεται ν' ἀποβῆ μοιραῖος. Ὁ θρόμβος ἐνταῦθα σχηματίζεται χωρὶς προηγουμένην φλεγμονὴν τοῦ τοιχώματος τῆς φλεβός καὶ δύναται εὐκό-

λως ν' ἀποσπασθῇ καὶ νὰ προκαλέσῃ σοβαρὰν ἢ θανατηφόρον πνευμονικὴν ἐμβολήν. Ἡ φλεβοθρόμβωσις θεωρεῖται ὅτι προκύπτει ἐκ τῆς δράσεως δύο παραγόντων: ἐνὸς προδιαθετικοῦ, παριστωμένου ὑπὸ τῆς ἠϋξημένης πηκτικότητος τοῦ αἵματος συνεπεῖα βλάβης ἱστικῆς, καὶ ἐνὸς καταλυτικοῦ, παριστωμένου ὑπὸ τῆς κυκλοφορικῆς στάσεως. Ἡ κληρονομικότης πρέπει νὰ μνημονευθῇ.

Ἐν τούτοις, ἰκανὸς ἀριθμὸς αἱματολόγων καὶ ἄλλων εἰδικῶν δὲν παραδέχονται τὴν ὡς ἄνω διάκρισιν μεταξὺ τῶν δύο τύπων τῆς θρομβοεμβολικῆς νόσου καὶ πιστεύουν ὅτι ἀμφότεροι παριστοῦν στάδια μᾶλλον τῆς αὐτῆς βασικῆς παθολογικῆς ἐξεργασίας.

Αἱ θεμελιώδεις ἀλλοιώσεις, αἱ ὁποῖαι τελικῶς ἄγουν εἰς τὸν σχηματισμὸν τοῦ θρόμβου, εἶναι καλῶς διηκριβωμένοι ἀπὸ τῆς ἐποχῆς τοῦ Virchow, καὶ συνίστανται εἰς μεταβολὰς τοῦ αἵματος, ἐπιβράδυνσιν τῆς κυκλοφορίας καὶ τραυματικὴν βλάβην τοῦ τοιχώματος τῆς φλεβός. Συνεργοὶ παράγοντες εἶναι: τάσις πρὸς ἠϋξημένην παραγωγὴν θρομβίνης, ἀναιμία, ἀφυδάτωσις ἄγουσα εἰς ἠϋξημένην γλοιότητα τοῦ αἵματος, ἀπορρόφησης μεγάλων ποσοτήτων οὐσιῶν ἐκ βεβλαμμένων ἰσθῶν, ὑπερβολικὴ χρῆσις καταπραϋντικῶν καὶ ἀναισθητικῶν, φλεβικὴ στάσις ἐκ χρήσεως πολλῶν σπληνίων ἐντὸς τοῦ κοιλιακοῦ κύτους, ἐξ ἐφαρ-



μογῆς ἐπιδέσμων κατὰ τὰ σκέλη ἢ χρήσεως διαστολέων τῆς κοιλίας, μετεγχειρητικαὶ συγκινήσεις κλπ.

Ὡς πρὸς τὴν κλινικὴν εἰκόνα καὶ διάγνωσιν, δὲν πρόκειται νὰ περιγράψω ὅλα τὰ σχετικὰ σημεῖα, ἐπειδὴ ταῦτα εἶναι καλῶς γνωστά. Θὰ ἤθελα, ὁμως, νὰ τονίσω τὴν ἀνάγκην τῆς προσεκτικῆς ψηλαφήσεως τῶν ἄκρων τῆς πασχούσης συχνὰ καὶ ἐπανειλημμένως μετὰ τὴν πρώτην ἡμέραν τῆς ἐπεμβάσεως. Οἰαδήποτε εὐαισθησία κατὰ τὴν γαστροκνημίαν, τὸ πέλμα ἢ τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν τοῦ μηροῦ, ἐπιβάλλει ὀρθὴν διάγνωσιν καὶ ἔγκαιρον ἐφαρμογὴν θεραπευτικῶν μέτρων.

Ἡ διάγνωσις τῆς πυελικῆς θρομβοφλεβίτιδος εἶναι ἰδιαιτέρως δύσκολος καὶ πολυλάκις καθυστερεῖ, λόγῳ τῆς φύσεως καὶ ἐνεδράσεως τῆς παθολογικῆς ἐξεργασίας. Ἡ πυελικὴ θρομβοφλεβίτις ἀναγνωρίζεται συνήθως μετὰ τὴν ἀποτυχίαν ἀνταποκρίσεως εἰς θεραπείαν δι' ἐνδο- ἢ παραμητρίτιδα, κυτταρίτιδα ἢ, ἀκόμη, πυελοπεριτονίτιδα. Τὰ διαγνωστικὰ χαρακτηριστικὰ τῆς πυελικῆς θρομβοφλεβίτιδος εἶναι ἀκαθόριστα, ἐξ οὗ καὶ δυνατόν νὰ ὑπάρχουν περιπτώσεις τοιαύτης ἀπὸ ὅσας ὑποψιάζομεθα.

Μετεγχειρητικὴ πνευρίτις καὶ βρογχοπνευμονία θὰ ἔπρεπε ἐνίοτε νὰ θεωροῦνται ὡς πιθανῶς προκληθεῖσαι ὑπὸ πνευμονικῶν ἐμφράκτων, ἀλλ' ἡ γνησία πνευμονικὴ ἐμβολὴ χρειάζεται εἰδικὴν προσοχὴν, καθ' ὅσον εἶναι δυνατόν ν' ἀποδειχθῇ λίαν ἐπικίνδυνος κατάστασις. Δυστυχῶς, δὲν εἴμεθα ἀκόμη εἰς θέσιν νὰ προλέγωμεν ἂν μία θρομβωτικὴ κατάστασις πρόκειται νὰ προκαλέσῃ πνευμονικὴν ἐμβολὴν ἢ ὄχι.

Ὡς πρὸς τὴν πρόγνωσιν, εἴμεθα ἐπίσης τῆς γνώμης ὅτι αἱ μαιευτικαὶ περιπτώσεις ἔχουν κάπως καλυτέραν τοιαύτην παρὰ αἱ χειρουργικαὶ γυναικολογικαί, αἱ δὲ πνευμονικαὶ ἐπιπλοκαὶ εἶναι πολὺ ὀλιγώτεραι εἰς τὰς πρώτας ἢ εἰς τὰς δευτέρας.

Ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὴν θεραπείαν τῶν θρομβοεμβολικῶν ἐπιπλοκῶν, ὀφείλομεν νὰ διακρίνωμεν μεταξὺ τῆς προφυλακτικῆς καὶ τῆς ἐνεργοῦ τοιαύτης. Ἐν τούτοις, πρέπει νὰ παραδεχθῶμεν ὅτι παρὰ πᾶν προφυλα-

κτικὸν μέτρον τὸ ὁποῖον λαμβάνομεν, δὲν δυνάμεθα ν' ἀποφύγωμεν τὴν ἐμφάνισιν ἀπὸ καιροῦ εἰς καιρὸν περιπτώσεων θρομβοεμβολῶν, ἀκόμη καὶ εἰς τὴν πλέον ἐπισταμένως παρακολουθηθεῖσαν πάσχουσαν, καὶ μετὰ ἀπλουστάτας μάλιστα ἐπεμβάσεις. Ἀποφυγὴ τῶν λοιμώξεων, περιορισμὸς τῶν τραυματικῶν παραγόντων ὅπου δυνατόν, πρόληψις τῆς φλεβικῆς στάσεως καὶ πρώιμος κινητοποίησις τῆς πασχούσης, δὲν ἐδείχθησαν πάντοτε ἀποτελεσματικὰ μέσα προλήψεως τῆς θρομβώσεως. Καί, φυσικὰ, ὀφείλομεν νὰ σπεύσωμεν εἰς τὴν ἐφαρμογὴν τῆς δραστικῆς θεραπείας ὅσον τὸ δυνατόν ταχύτερον.

Τὰ ἀντιπηκτικὰ, ἅτινα ἐχρησιμοποίησαμεν εἰς τὰς περιπτώσεις μας, ὑπῆρξαν τὸ Tromexan καὶ ἡ Soluthrombine, τροποποιήσεις ἀμφοτέρα τῆς Δικουμαρόλης, χορηγούμενα ἀπὸ τοῦ στόματος. Εἰς οὐδεμίαν περίπτωσιν ὑπεχρεώθημεν νὰ χρησιμοποιήσωμεν Ἡπαρίνην. Οἱ χρόνοι πήξεως καὶ προθρομβίνης προσδιωρίζοντο τακτικῶς. Ἐκτὸς τῶν ἀντιπηκτικῶν, ἐχρησιμοποίησαμεν ἀντιβιοτικά, εἰδικῶς Πενικιλίνην, ἡ ὅποια, ὡς εἶναι καλῶς γνωστόν, παρὰ τὴν ἀντιβιοτικὴν τῆς δρᾶσιν ἔχει καὶ σημαντικὴν ἀντιπηκτικὴν τοιαύτην.

Ταχεῖα ὑποχώρησις τῶν συμπτωμάτων καὶ τῶν σημείων ὑπῆρξε συνήθως ὁ κανὼν μετὰ τὴν ἐφαρμογὴν τῆς δραστικῆς θεραπείας καὶ ἡ πάσχουσα ἦτο δυνατόν νὰ ἐγερθῇ εἰς ὀλίγας ἡμέρας. Ἡ θεραπεία, ὁμως, συνεχίζετο 10-14 ἡμέρας μετὰ τὴν ἔγερσιν, ἥτις πάντοτε ἐπραγματοποιεῖτο μετὰ περίδωσιν τοῦ νοσοῦντος σκέλους δι' ἐλαστικοῦ ἐπιδέσμου.

Κατὰ τὸν ὡς ἄνω τρόπον ἀντιμετωπίσαμεν 32 περιπτώσεις θρομβοεμβολικῶν παθήσεων, τὰς ὁποίας εἴχομεν ἐν τῇ ὑφ' ἡμᾶς Β' Κλινικῇ τοῦ Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ἡλιάδην». Αἱ περιπτώσεις αὗται ἀντιπροσωπεύουν ποσοστὸν τῆς ἐπιπλοκῆς μὴ ὑπερβᾶν τὸ 1% τοῦ συνόλου ἀριθμοῦ τῶν χειρουργηθεισῶν. Μεταξὺ τῶν 32 περιπτώσεων παρετηρήσαμεν τρεῖς πνευμονικὰς ἐπιπλοκάς, ὧν ἡ μία θανατηφόρος.

Εἰς τὸ ὑπὸ τὴν διεύθυνσιν τοῦ Καθηγητοῦ κ. Ν. Λούρου Μαιευτήριον «Ἀλε-



ξάνδρα» εις περιπτώσεις θρομβοεμβολικῶν έπιπλοκῶν καλὰ άποτελέσματα έπετεύχθησαν διά τῆς χρήσεως τῆς Βουταζολιδίνης, παραγώγου τῆς Πυραζόλης. Τό φάρμακον τοῦτο έχει ισχυράν αντιφλογιστικήν δράσιν επί τῶν ένδοθελίων, ὡς επίσης και ἀναλγητικήν τοιαύτην. Διά δόσεων 1/2-1 γραμμαρίου ήμερησίως επί 6 ήμέρας, προφυλακτικῶς ή θεραπευτικῶς, χωρίς παράλληλον χρῆσιν άντιπηκτικῶν, τὰ άποτελέσματα ὑπῆρξαν άριστα.

Τό μεταφλεβικόν σύνδρομον, τό συνιστάμενον εις οίδημα και μετρίαν δυσχρησίαν τοῦ σκέλους, δέν είναι σχετικῶς σύννηθες. Εὐτυχῶς ή Ελλάδα είναι πλουσία εις ιαματικὰς πηγὰς, και ή χρῆσις των ὑπό τῶν τοιούτων πασχουσῶν έδείχθη πάντοτε εὐεργετική.

Πρὶν ή τελειώσω τήν βραχεῖαν αὐτήν προβολήν τοῦ θέματος τῶν θρομβοεμβολικῶν έπιπλοκῶν, θά ήθελα νά σᾶς ὑπενθυμίσω ὅτι, μέχρι σήμερα, ὅσον άφορᾷ εις τόν σχηματισμόν τοῦ θρόμβου, πολλή έμφασις έτέθη επί τοῦ μηχανισμοῦ τῆς πήξεως τοῦ αἵματος και ὀλίγη επί τῶν παραγόντων τῆς διατηρήσεως τῆς ρευστότητος τοῦ αἵματος και τῆς φυσικῆς θρομβολύσεως γενικῶς.

Εἶναι προφανές, ὅτι εις πᾶσαν περίπτωσιν τραύματος, χειρουργικοῦ ή τυχαίου, δυό άνταγωνιστικοί παράγοντες έμπλέκονται αὐτομάτως: α) ὁ μηχανισμός πήξεως

και ή έγκαιρος άναστολή του, και β) ή έγκαιρος άπομάκρυνσις τοῦ θρόμβου, δηλαδή ή θρομβόλυσις.

Τελευταῖαι έρευναί δεικνύουν σαφῶς τήν σημασίαν τῶν φυσικῶν παραγόντων, τῶν ὑπευθύνων διά τήν διατήρησιν τῆς ρευστότητος τοῦ αἵματος, ὅπως είναι τὰ ποικίλα ινολυτικά ένζυμα τοῦ αἵματος ή τῶν ιστῶν. Πολλοί μικροοργανισμοί παράγουν τὰς ὀνομαζομένας «κινάσας» (π.χ. ὁ στρεπτόκοκκος τήν στρεπτοκινάσην), αἵτινες ένεργοποιοῦν τό πλασμινογόνον, τόν πρόδρομον τῆς πλασμίνης εις τό πλάσμα τοῦ αἵματος. Έγγυσις στρεπτοκινάσης, εις μεγάλην πυκνότητα, εις πάσχοντα εκ θρομβοεμβολικῆς νόσου, ακολουθεῖται ὑπό σημαντικῆς πτώσεως τοῦ επιπέδου τοῦ ινωδογόνου και τῆς πυκνότητος ὀρισμένων άλλων πηκτικῶν παραγόντων.

Ἀνθρώπειος ινολυσίνη, μόνη ή έν συνδυασμῶ με στρεπτοκινάσην, έχρησιμοποιήθη κλινικῶς εις πολλάς περιπτώσεις θρομβοεμβολικῆς νόσου με πολὺ καλὰ άποτελέσματα, φθάσαντα τό 95%. Ἡ δόσις ὑπῆρξε 50-100.000 μονάδας καθ' ὥραν, διά 4-6 ὥρας.

Τό έγγυς μέλλον άσφαλῶς θά μάς παράσχη ισχυρότερα μέσα πρὸς πρόληψιν και θεραπείαν τῶν θρομβοεμβολικῶν έπιπλοκῶν, με έπιτυχίαν πολὺ μεγαλυτέραν από εκείνην τήν ὁποίαν πραγματοποιοῦμεν σήμεραν.

