

## Τοκετός: Μύθοι και Πραγματικότητα

**Αλέκα Συκάκη-Δούκα, Μαία.**

(Συνέχεια από το προηγούμενο)

### Γενική αναισθησία Πότε χορηγείται και γιατί;

#### Γενική αναισθησία. ΜΥΘΟΣ...

Έρευνα αναφέρει ότι 77,5% των επιτόκων στην πατρίδα μας πήραν νάρκωση στη διάρκεια του τοκετού.

Στη γενική αναισθησία το φάρμακο χορηγείται από τον αναισθησιολόγο με ενδοφλέβια χορήγηση και σε κλάσμα δευτερολέπτου: αντίο συνείδηση.

Η αναισθησία χορηγείται προς το τελευταίο στάδιο της εξώθησης και αφού το κεφάλι του νεογνού φαίνεται στο βάθος. Γιατί; Γιατί αν δοθεί νωρίτερα νάρκωση, διαμέσου της μητροπλακουντικής κυκλοφορίας το έμβρυο θα κοιμηθεί! Τι γίνεται: Η επίτοκος είναι ναρκωμένη, κοιμάται. Έχει πλήρη απώλεια αντανακλαστικών και συνείδησης. Το έμβρυο πρέπει να βγει και ο αναρροφητήρας (βεντούζα) αναλαμβάνει να το βοηθήσει να κατέβει.

Η βεντούζα εφαρμόζεται στο κεφάλκι, κολλάει, και το νεογνό τραβιέται προς τα έξω, γεννιέται δηλ. συρόμενο. Όλη αυτή η διαδικασία δεν κρατάει περισσότερο από 5-10". Αν κρατήσει περισσότερο, το νεογνό βγαίνει σχεδόν κοιμισμένο. **Η γυναίκα ανακουφίστηκε από τους πόνους για 10"**! Συνήθως ξυπνά μετά από 10-45' περίπου. Ο χρόνος εξαρτάται από τη δόση του αναισθητικού που πήρε η επίτοκος και από την ευαισθησία που έχει στο φάρμακο. Η λεχώνα

μπορεί να έχει σιαλόρροια, εμέτους, διάρρηξη. Για αρκετή ώρα είναι μισοζαλισμένη και δεν έχει πλήρη συναίσθηση!

Η αναισθησία μεγαλοποιεί τη γέννα, γίνεται επέμβαση, δεσμεύεται, παύει να είναι στη συνείδηση της γυναίκας μια βιολογική φυσιολογική λειτουργία. Ακόμη, είναι θλιβερό για τη γυναίκα να χάνει τη θαυμάσια εμπειρία της γέννας, να μη νιώθει εκείνη τη μαγευτική πληρότητα, το θρίαμβο της γέννας! Με την αναισθησία παύετε να υπάρχουντε, να ελέγχετε, να αισθάνεσθε, να ξέρετε τί γίνεται γύρω σας και γύρω από τον εαυτό σας. Αγωνία, πόνος, κόπος, ταλαιπωρία, αγάπη, όλα χαμένα για 5-10". Τι κρίμα!

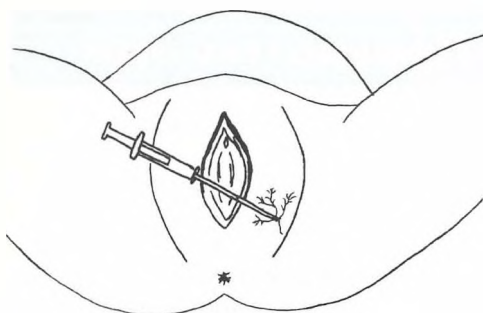
Ο τοκετός μοιάζει με καλοστημένη παράσταση, που όλοι κόπιασαν για να στηθεί, και που στο τέλος της η πρωταγωνίστρια, πριν δει το φινάλε, πριν ακούσει το χειροκρότημα, αποχωρεί!

Η πρωταγωνίστρια είναι ναρκωμένη, αισθάνεται κουρασμένη, δειλιάζει να βγει στη σκηνή και να παραλάβει την ανθοδέσμη, το όσκαρ των κόπων και των μόχθων της. Να δει και να ακούσει το μωρό της, να το χαϊδέψει, να το φιλήσει. Ο τοκετός μοιάζει με ταξίδι στον παράδεισο, όχι με κλειστά τα μάτια!

Φίλες μου! Κατακτήστε, απολαύστε τον τοκετό σας! Μπορείτε!

### Τοπική αναισθησία

Η τοπική αναισθησία γίνεται στην περίοδο της εξώθησης και αφού το κε-



Τοπική αναισθησία

φαλάκι του νεογνού φαίνεται στο βάθος.

Η αναισθησία γίνεται από το μαιευτήρα στην περιοχή του περινέου και αναστέλλει **τοπικά** τον πόνο. Η γυναίκα εξακολουθεί να αισθάνεται τις συστολές. Έχει τις αισθήσεις της και σε κάθε συστολή συμμετέχει ενεργά με το να σφίγγεται, να εξωθεί, για να γεννηθεί το παιδί της.

Στη συνέχεια, μετά τον τοκετό μπορεί να γίνει με ευχέρεια έλεγχος και επισκόπηση της μήτρας και να ραφτεί η περινεοτομία. Στη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, περίπου 15-20', η γυναίκα είναι ξύπνια, συζητά και συμμετέχει. Η τοπική αναισθησία είναι εύχρηστη, απλή, αποτελεσματική και χωρίς μειονεκτήματα για τη μητέρα και το παιδί.

### Επισκληρίδειος αναισθησία

#### Επισκληρίδειος αναισθησία: ΜΥΘΟΣ

Το αναισθητικό χορηγείται με παρακέντηση στο κάτω μέρος της ράχης, στον επισκληρίδειο χώρο, έξω από τη σπονδυλική στήλη.

Η επισκληρίδειος αναισθησία δίνεται από εξειδικευμένο αναισθησιολόγο και απαιτεί τεχνική ικανότητα. Η επίτοκος πρέπει να βρίσκεται κάτω από αδιάκο-

πη επίβλεψη, μιάς και μπορεί να παρουσιαστούν παρενέργειες. Το έμβρυο παίρνει δόση από το φάρμακο διαμέσου της μητροπλακουντικής κυκλοφορίας, όση ώρα διαρκεί η επισκληρίδειος χορήγηση του αναισθητικού. Οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου πρέπει να ελέγχονται με πολύ μεγάλη προσοχή, ώστε να το βοηθήσουν σε περίπτωση που θα έχουμε αλλοίωση παλμών.

Η επισκληρίδειος αναισθησία χορηγείται όταν η διαστολή έχει το μέγεθος δραχμής. Η γυναίκα είναι ξύπνια, όμως δεν έχει αίσθηση, δεν μπορεί να κουνήσει το σώμα της, τα άκρα της, δεν μπορεί να εξωθήσει, να έχει ενεργό συμμετοχή. Η χρήση του αναρροφητήρα από το μαιευτήρα είναι αναγκαία.

Πρόσφατη μελέτη (N. Rawal, 1996), που έγινε το 1992 σε 17 Ευρωπαϊκές χώρες, έδειξε ότι η πιο συνήθης μέθοδος αναλγησίας είναι η χορήγηση πετιδίνης, ενώ η επισκληρίδειος αναλγησία χορηγήθηκε μόνο στο 16% των τοκετών, με εξαίρεση τις Η.Π.Α., που έφτασαν το 27%.

Οι ερευνητές Hoult (1987), Kaminsky (1987), Bates (1995) και Lewis (1995), αναφέρουν ότι η επισκληρίδειος αναλγησία προκαλεί παράταση του τοκετού και αναγκαιότητα χρήσης εμβρυουλκού, ή προσφυγή στην καισαρική τομή σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Οι MacArthur (1990), Russel (1993) και Genem (1996), αναφέρουν πως η επισκληρίδειος αναισθησία συνδέεται με επιπλοκές, όπως νευρολογικές βλάβες, που εκδηλώνονται μ' αισθητικές διαταραχές των κάτω άκρων –μέχρι παραπληγία, ραχυαλγία και οσφυαλγία, που διαρκούν μήνες– απότομη υπόταση, έντονο πονοκέφαλο, που συνδέεται με δυσκαμ-

ψία του αυχένα, πόνο στη ράχη, ίλιγγο, ναυτία και διαταραχές στην όραση, που αντιμετωπίζονται με αναλγητικά, ηρεμιστικά, κατάκλιση, ενυδάτωση.

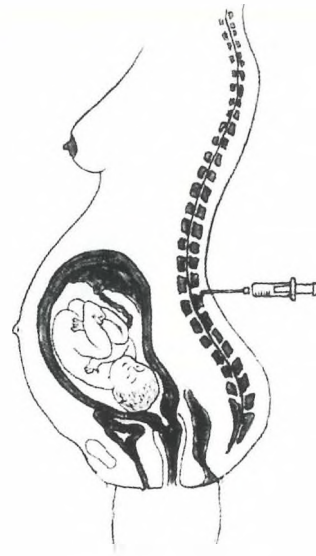
Ο Scalon μετά από έρευνα βρήκε ότι τα νεογνά που οι μητέρες τους πήραν επισκληρίδιο αναισθησία, είχαν χαμηλότερους βαθμούς σε μυϊκό τόνο από τα νεογνά που οι μητέρες τους δεν πήραν αναισθησία. Τα νεογνά χαρακτηρίστηκαν χαλαρά, αλλά ζωηρά! 30% των αναισθησιολόγων δεν είναι ικανοποιημένοι από την αναισθησία που χορηγείται.

Ο Grawford (1990) ονόμασε τη μέθοδο "ρώσικη ρουλέτα". Λένε, πως ο αναισθησιολόγος πρέπει να είναι έμπειρος και επιπλέον να έχει γνώσεις σε τεχνικές εφαρμογές. Επίσης, γνώση των ιατρικών επιπλοκών, που θα μπορούσαν να παρουσιαστούν στη διάρκεια του τοκετού και της γέννησης του νεογνού.

Οι κίνδυνοι έχουν προβληματίσει εντονότατα τους επιστήμονες για το αν θα πρέπει να συνεχίσουν να εφαρμόζουν την επισκληρίδιο αναισθησία! Καθένας αναρωτιέται: οι επίτοκοι που παίρνουν επισκληρίδιο αναισθησία στη διάρκεια του τοκετού, γνωρίζουν τις παρενέργειες της επισκληριδείου αναισθησίας;

Όχι! Οι επίτοκοι δεν γνωρίζουν ότι μπορεί να τις βλάψει, δεν έχουν γνώσεις, δεν έχουν ενημέρωση και ακόμη, θα έλεγα, πως την ώρα του τοκετού η κρίση της επιτόκου είναι μειωμένη.

Καθήκον και υποχρέωσή μας είναι η επίτοκος να ενημερωθεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης για τις παρενέργειες της επισκληριδείου αναισθησίας, και αφού μάθει ότι μπορεί να τη βλάψει η επισκληρίδιο αναισθησία, τότε να επιλέξει τη μέθοδο του τοκετού της. Οι έγκυες, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης,



Επισκληρίδιο αναισθησία

με την κατάλληλη φυσική και ψυχολογική προετοιμασία και υποστήριξη μπορεί να αποβάλουν τους φόβους, τις προκαταλήψεις, τους προβληματισμούς και να εξασφαλίσουν ένα φυσικό τοκετό, χωρίς ρίσκο και παρενέργειες γι' αυτές και τα μωρά τους.

Ζητήστε να ενημερωθείτε για τη νάρκωση. Σε ποιο στάδιο του τοκετού χορηγείται, πόση ώρα διαρκεί, πόσο βλάπτει το μωρό, τί παρενέργειες μπορεί να παρουσιάσει, πόσο θα σας κοστίσει.

### Καισαρική τομή Μύθος και πραγματικότητα

Μετά το 1980, η καισαρική τομή έγινε η πιο συχνή χειρουργική επέμβαση και στην πατρίδα μας. Ξεπέρασε και τις επεμβάσεις για την αφαίρεση της σκληροκοιόδους απόφυσης και των αμυγδαλών.

Το 1986 το ποσοστό στις Η.Π.Α. έφτασε στο 25%, ενώ σ' ορισμένα μαιευτικά

τμήματα –από έρευνα του 1987– έφτασε στο 50%. Και στην πατρίδα μας δεν πάμε πίσω. Σε ερευνητικό δείγμα φτάσαμε το 30%. Πολλοί λένε πως ξεπερνά το 40%. Αιτίες, που οδηγούν στην καισαρική τομή είναι η δυσαναλογία, δηλ. το κεφαλάκι του εμβρύου είναι μεγαλύτερο από το άνοιγμα της λεκάνης, η ισχιακή προσβολή, δηλ. το έμβρυο έρχεται με τα πόδια, τα συμπτώματα εμβρυϊκής δυσφορίας, η αλλοίωση των παλμών του εμβρύου, η ταχυκαρδία, η βραδυκαρδία, η υπερκινητικότητα, ο προδρομικός πλακούντας κ.ά.

Γύρω από αυτές τις αιτίες αφήνεται η κρίση στο γιατρό αν πρέπει να γίνει καισαρική τομή. Αναμφισβήτητα, σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλεται να γίνει καισαρική τομή. Όμως, ποιά είναι η αιτία, που χρόνο με το χρόνο το ποσοστό των καισαρικών τομών αυξάνει;

Ο γιατρός είναι που θα αποφασίσει την καισαρική τομή, όταν ο τοκετός δεν ακολουθεί τα φυσιολογικά πλαίσια. Όμως, ο ορισμός “φυσιολογικά πλαίσια” αφήνεται στην προσωπική κρίση του εκάστοτε γιατρού.

Συνήθως, στη διάρκεια του τοκετού, για να επιταχύνουμε το χρόνο χορηγούμε oxytocin και για να μετριάσουμε την ένταση του πόνου χορηγούμε σπασμολυτικά παυσίπονα. Συχνά το ένα φάρμακο εξουδετερώνει τη δράση του άλλου και αρχίζει ο φαύλος κύκλος. Η γυναίκα κυριολεκτικά καθλώνεται ξαπλωμένη στο κρεβάτι, συνδεδεμένη με το μόνιτορ –για να παρακολουθούνται οι παλμοί του εμβρύου– και με τον ορό στο χέρι για να παίρνει τα φάρμακά της. Η επίτοκος γυναίκα δεν μπορεί να γυρίσει δεξιά-αριστερά, η κάψα του μόνιτορ γλυστρά, δυσκολεύεται η παρακολούθη-

ση του εμβρύου, ο ορός δεν τρέχει όπως πρέπει.

Έρευνες αναφέρουν, πως στην ξαπλωτή θέση πιέζεται η κάτω κοίλη φλέβα, το έμβρυο δεν παίρνει αρκετό  $O_2$ , η διαστολή δεν προχωρά, η γυναίκα υποφέρει, ταλαιπωρείται, δυσανασχετεί, διαμαρτύρεται. Ο γιατρός προτείνει καισαρική τομή, η γυναίκα θέλει να τελειώσει.

Η προσπάθεια να γεννήσει η γυναίκα φυσιολογικά απέτυχε! Η γυναίκα, ο γιατρός, η μαία, το προσωπικό, οι συγγενείς, όλοι θέλουν να τελειώνουν. Όμως, ο τοκετός θέλει κόπο, χρόνο, ηρεμία, υπομονή, επιμονή, σεβασμό, αγάπη. Θα έλεγα, εκεί που τελειώνει η καισαρική τομή αρχίζει η ταλαιπωρία: σωματική, ψυχική, οικονομική, για τη μέλλουσα μητέρα και την οικογένειά της.

Η λεχώνα έχει πόνους στην κοιλιά, στα έντερα, στο τραύμα. Δυσκολεύεται να σηκωθεί, να ουρήσει, να ενεργηθεί, να πλυθεί, να φάει, να θηλάσει, να χαρεί το παιδί της. Παίρνει ορό και φάρμακα για μέρες. Έχει καθετήρα για ν' αδειάζει η κύστη από τα ούρα. Ζαλίζεται, παραπατά, αφού έχασε αίμα περισσότερο απ' ό,τι στο φυσιολογικό τοκετό. Η ξαφνική μετάβαση από την εγκυμοσύνη στη λοχεία, μ' ένα μωρό στην αγκαλιά, χωρίς τη βίωση της γέννας, αφήνει κενά στη μητέρα, δυσκολεύεται να δεθεί αμέσως με το παιδί της και να προσαρμοστεί στο νέο της ρόλο.

Ο οικονομικός προϋπολογισμός πέφτει έξω: λογαριασμοί, έξοδα, απρόσμενα. Το ζευγάρι θα σκεφτεί πολύ να επαναλάβει το πείραμα. Ο μύθος που λέει: «εφόσον αρχικά έγινε καισαρική τομή, πρέπει και οι επόμενες γέννες να γίνουν με καισαρική», ξεκίνησε πριν πολλά χρό-

νια. Τότε που η καισαρική τομή έσωζε τη ζωή της μητέρας και του νεογνού. Τότε που η καισαρική τομή γινόταν σε πραγματικά προβλήματα υγείας, όπως σε δυσμορφίες λεκάνης, ισχύου –λόγω πολυομυελίτιδος– προδρομικού πλακούντα, τοξιναιμίας, δυσμορφίες εμβρύου κ.ά.

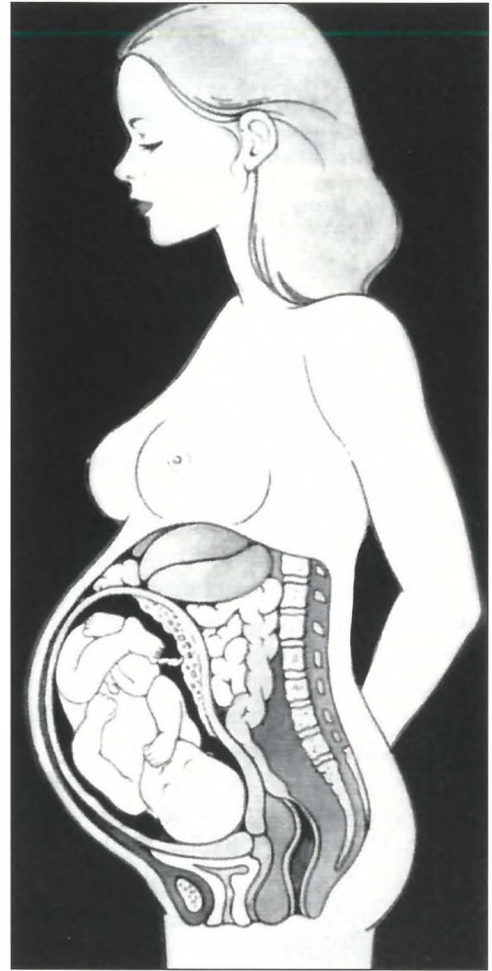
Στις Η.Π.Α, από το 1980, ομάδες στήριξης από γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, ξεκίνησαν να ενθαρρύνουν τις γυναίκες να γεννήσουν τα επόμενα παιδιά τους με φυσιολογικό τοκετό.

Ας έχουμε υπόψη ότι η επόμενη εγκυμοσύνη είναι **δυνατόν** να εξελιχθεί φυσιολογικά, ιδίως όταν δεν υπάρχουν οι αιτίες που οδήγησαν στην καισαρική τομή, όπως: ισχιακή προσβολή, μεγάλο έμβρυο (δυσαναλογία), προδρομικός πλακούντας, δίδυμα, τοξιναιμία κ.ά.

Στην πολύχρονη καριέρα μου μέσα στις αίθουσες των τοκετών και στα χειρουργεία, θα έλεγα ότι δεν υπήρξε πρόβλημα, όσες φορές ο τοκετός εξελίχθηκε φυσιολογικά μετά από προηγούμενη καισαρική τομή. Η γυναίκα με προηγούμενη καισαρική τομή θέλει προσοχή, όχι χρήση φαρμάκων και ιδιαίτερη παρακολούθηση στην περίοδο της διαστολής.

Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ευαισθησία στην ουλή ή πρόβλημα, δίνεται χρόνος και ευχέρεια να γίνει καισαρική τομή, αφού η επίτοκος βρίσκεται σε οργανωμένο μαιευτήριο.

Σας συμμαρτίζω. Καταλαβαίνω ότι η ώρα του τοκετού μερικές σας κουράζει. Εκνευρίζετε, τα χάνετε. Ωστόσο, η καισαρική τομή είναι ενδοπεριτοναϊκή χειρουργική επέμβαση, που γίνεται με γενική νάρκωση. Μόνο που πρέπει να γίνεται, αφού εξαντληθούν οι προσπά-



θειες για φυσιολογικό τοκετό.

Όταν δεν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας και του εμβρύου, κανείς δεν πρέπει να καταφεύγει στην καισαρική τομή. Είναι απαράδεκτο!

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

**Μπακούλα-Τζουμάκα, Χ.:** Πανελλήνια περιγεννητική έρευνα. Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.

- Μπακούλα-Τζουμάκα, Χ.:** Περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα. Έκδοση Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, 1986.
- Συκάκη-Δούκα, Α.:** Ο τοκετός είναι αγάπη. Έκδοση 1984. 7η Έκδοση Βελτιωμένη, 1995.
- Buchaman, Kelly:** Peace of mind during pregnancy. New York Dell, 1988.
- Haire, Doris:** The cultural warping of child-birth. (Minneapolis, International child-birth education), Association Publications, 1972.
- Hon, Paul:** Clinical Fetal Monitoring versus effect on perinatal out come. American Journal of Obstetues and Gynecology, 118: 529-33, 1974.
- Nelson, Karin and Ellenlery, Jones:** Antecedents of Cerebral Palsy. American Journal of Diseases of children, 1985.
- World Health Organisation:** Action for safe Matherhood. World Health Organisation Maternal and Child Health and Family Planning Divusion of Family Health, Geneva, 1991.
- Leveno, K., et al:** A prospective Comparison of selective and Universal electronic Fetal Monitoring in 34.995 Pregnancies. New England Journal of Medicine, 315:10, 1986.
- Freeman, Roger:** Intrapartum Fetal Monitoring: A Disapointing Story. New England Journal of Medicine, 322:9, 1990.
- Kitzinger, Sheila:** Episiotomy, Mothering, S5 spring, 1990.
- Caldeyro-Baris, Roberto, et al:** Effect of Position changes on the intensity and Pregnancy of uterine Contractions during Labor.
- Χατζηαγοράκης, Απ.:** Λόγοι και Αντίλογοι στη Μαιευτική Αναισθησία. Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Τ. ΙΑ', τ. 2, 1997.
- Δημόπουλος, Η., Τριφύλης, Ι.:** Περιοχική Αναισθησία στη Μαιευτική. Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Τ. ΙΑ', τ. 2, 1997.
- Walfe, Sidney:** One hundred and six Hospitals with Highest Cesarean Pates. Public Citizen Health Research Group Health Letter, 1989.
- Posen, Mortimer, and Thomas, Lillian:** The Cesarean Myth: Chousing the lest Way to Have your baby. Harmonds worth uk: Penguin Books, 1989.
- American College of Obstetues and Gynecology Committee on obstetues:** Maternal and Fetal Medicine, Guidelines for Vaginal Delivery after birth, Committee opinion No 64, Oct. 1988.
- Harper, Bar:** Gentle birth choises, 1994.

## Δημοσίευση

Σύμφωνα με την με αριθμό 5922/98 απόφαση του Τριμελούς Εφετείου Αθηνών δημοσιεύεται το παρακάτω κείμενο:

"Το δημοσίευμα της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού "ΕΛΕΥΘΩ" (σελίδα 85, Τεύχος 2ο, Τόμος 1ος, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 1996), καθ' ό μέρος αναφέρεται στην κ. Τραγέα, δεν απέβλεπε στην μείωση της τιμής, της υπόληψης και της εκπαιδευτικής της ιδιότητας, αλλά στο δικαιολογημένο ενδιαφέρον της Επιτροπής Σύνταξης για την υπηρεσία".