

Ανασκόπηση**Αιμορραγίες στο 3^ο στάδιο του τοκετού**

Α. Αποστολίδης
Ι. Σταματέλος
Π. Σταματοπούλος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τη διάρκεια του τρίτου σταδίου του τοκετού μπορούν να εμφανισθούν αιμορραγίες με σημαντική απώλεια αίματος. Αιμορραγία τρίτου σταδίου χαρακτηρίζεται κάθε απώλεια αίματος που επισυμβαίνει μετά την έξοδο του εμβρύου και μέχρι τις πρώτες 24 ώρες και υπερβαίνει τα 500ml αίμα. Συμβαίνει σε ποσοστό 2%-5% των κολπικών τοκετών και αποτελεί το συχνότερο αίτιο μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Αιμορραγία μπορεί να προκληθεί από οποιοδήποτε επίπεδο του γεννητικού σωλήνα, ειδικότερα όμως από τη μήτρα και τον κόλπο. Κύριες αιτίες μπορεί να είναι: η ατονία (αδράνεια) της μήτρας, η ρήξη μήτρας, η εκτροφή μήτρας, η ρήξη των μαλακών μοριών του κατώτερου γεννητικού σωλήνα, του κόλπου και του τραχήλου ή αιμορραγική διάθεση της ασθενούς.

Χαρακτηρίζεται πρωτοπαθής όταν επέρχεται αμέσως μετά τον τοκετό και δευτεροπαθής όταν συμβαίνει στη διάρκεια της λοχείας μετά τις πρώτες 24 ώρες και όπου η κύρια αιτία της είναι η κατακράτηση τμημάτων του πλακούντα εντός της μητριάας κοιλότητας.

Όροι ευρετηρίου: αιμορραγία τρίτου σταδίου, ατονία μήτρας, ρήξη μήτρας, ρήξεις γεννητικού σωλήνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μήτρα απαρτίζεται πρωταρχικά και σε διάφορες αναλογίες από μη γραμμωτές μυϊκές ίνες και από συνεκτικό ιστό, κύριο συστατικό του οποίου είναι το κολλαγόνο.

Αναλογικά και λειτουργικά, διακρίνεται σε τρία μέρη:

- Στο σώμα, που αποτελεί το κύριο μέρος και στο οποίο αναπτύσσεται το έμβρυο.
- Στον τράχηλο, δια του οποίου η μητριάα κοιλότητα συνεχεται με τον κόλπο και που επενεργεί σαν "σφικτήρας".
- Στον ισθμό, ο οποίος ανατομικά αποτελεί μέρος του τραχήλου, ιστολογικά όμως μοιάζει με το σώμα της μήτρας.

Το κατώτερο μητριάο τμήμα, όπου γίνεται και η τομή στην καισαρική τομή, εμφανίζει ξεχωριστή ανατομική, λειτουργική και τοπογραφική οντότητα σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα της μήτρας. Αυτό το τμήμα έχει πολύ μικρή αναλογία ελαστικών μυών και η αναλογία αυτή έχει σαν αποτέλεσμα ότι δεν εμφανίζει τη συσταλτικότητα και τη συσπαστικότητα του τραχήλου αλλά διαστέλλεται μόνο παθητικά. Στην έλλειψη ακριβώς αυτής της συσταλτικότητας οφείλεται και η αυξημένη αιμορραγική διάθεση της

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική
 Κλινική Α.Π.Θ

Αλληλογραφία:
 Αριστοτέλης Αποστολίδης
 Μαιευτήρας Χειρουργός Γυναικολόγος
 Δημ. Γούναρη 7, 54622 Διαγώνιος
 Θεσσαλονίκη
 Τηλ & Fax: 2310 244929
 e-mail: telis60@yahoo.gr
 Κατατέθηκε: 01/11/07
 Εγκρίθηκε: 20/12/07

πλακουντιακής άλω όταν αυτή εγκαθίσταται σ' αυτό το σημείο.

Τοπογραφικά, το κατώτερο τμήμα της μήτρας αντιστοιχεί στα κατώτερα 7-10 εκ. του τοιχώματός της, που υπέρκειται του έσω τραχηλικού στομίου σε τελειόμηνη κύηση.

Το μήκος της μήτρας 20πλασιάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η αύξηση αυτή αφορά κυρίως στο σώμα της μήτρας και οφείλεται πρωταρχικά σε υπερτροφία των μυϊκών ινών και σε μικρότερο βαθμό σε υπερπλασία τους, δηλαδή στη δημιουργία νέων.

Κατά τη διάρκεια του τοκετού, η προς τα πάνω ελκτική δύναμη που ασκείται από το ανώτερο τμήμα της μήτρας, το οποίο εμπεριέχει και τη μεγαλύτερη αναλογία σε μυϊκές ίνες, σε συνδυασμό και με την πίεση που ασκείται και μεταβιβάζεται δια της προβάλλουσας μίτρας του εμβρύου στο κατώτερο τμήμα και τον τράχηλο, οδηγεί στη διαστολή του τελευταίου.

Η φυσιολογική δραστηριότητα του μυομητρίου κατά τον τοκετό συνίσταται στη:

- Σύσπαση, δηλαδή στην παροδική βράχυνση των μυϊκών ινών.
- Σύστολη ή μόνιμη βράχυνση των μυϊκών ινών που προκαλεί και διαστολή του τραχήλου, η οποία μετά την έξοδο του κνήματος ασκείται συνεχώς ώστε να συμβάλει στην παλινδρόμηση της μήτρας.
- Ρυθμικότητα, η οποία είναι αποτέλεσμα εκλυτικών κυμάτων διέγερσης του μυομητρίου από ειδικά ρυθμιστικά κέντρα, τα οποία πιστεύεται ότι εντοπίζονται στην περιοχή των κεράτων της μήτρας.

Οι μυϊκές ίνες της μήτρας εμφανίζουν ένα μέγιστο συντελεστή συσπαστικότητας που σχετίζεται με το μήκος τους. Στο σώμα της μήτρας, ο συντελεστής αυτός επιτυγχάνεται στο τέλος της κύησης. Αυτό όμως μπορεί να συμβεί και νωρίτερα λόγω υπερδιάτασης της μήτρας, όπως σε περιπτώσεις πολύδυμης κύησης, υδράμιου κλπ.¹ Η αιμορραγία μετά τον τοκετό περιορίζεται από την ισχυρή σύστολη των μυϊκών ινών που περιβάλλουν τα αγγεία, τα οποία τροφοδοτούν τους μεσολάχνιους χώρους.

Δραστηριότητα του μυομητρίου η οποία δεν βοηθάει στη συσταλτικότητά του για να παλινδρομήσει, ή χειρισμοί κατά τη διάρκεια του τοκετού, προκαλούν αιμορραγία μετά τον τοκετό η οποία μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να καταστεί και θανατηφόρος.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Σαν αιμορραγία μετά τον τοκετό χαρακτηρίζεται κάθε απώλεια αίματος από τον κόλπο που είναι μεγαλύτερη από 500ml. Εκτιμάται ότι δεν πρέπει να συμβαίνει σε περισσότερο από 2% του συνόλου των λεχωίδων. Είναι δυνατόν να παρουσιασθούν πριν, κατά ή μετά την υστεροτομία και μέχρι 24 ώρες μετά τον τοκετό. Αιμορ-

ραγία μετά τις πρώτες 24 ώρες χαρακτηρίζεται ως καθυστερημένη αιμορραγία λοχειάς.

Η αιμορραγία μετά τον τοκετό αποτελεί τη συχνότερη αιτία σημαντικής απώλειας αίματος, με αποτέλεσμα στις περιπτώσεις αυτές να υφίστανται αναγκαίες μεταγίσεις αίματος.

Οι συχνότερες αιτίες αιμορραγίας μετά τον τοκετό είναι:

• Ατονία της μήτρας

Ως ατονία χαρακτηρίζεται η αδυναμία του μυομητρίου να συσπασθεί, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται ο φυσιολογικός μηχανισμός της αιμόστασης. Η ατονία της μήτρας είναι η πιο συχνή αιτία αιμορραγίας μετά τον τοκετό και ευθύνεται για περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων μητρορραγίας της λοχειάς². Αδυναμία σύσπασης και σύστολης της μήτρας μετά την έξοδο του κνήματος συνεπάγεται μη σύγκλιση των αγγείων που χαίνουν στη μητρική άλω.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες που ευνοούν την εμφάνισή της είναι δυνατόν να διακριθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Στους παράγοντες που προϋπάρχουν της εγκυμοσύνης και στους παράγοντες που εμφανίζονται κατά την κύηση.

Προϋπάρχοντες παράγοντες της κύησης μπορεί να είναι πολυτοκία, ιστορικό ατονίας σε προηγούμενη κύηση, ινομύωματα μήτρας, συγγενείς ανωμαλίες μήτρας, διαταραχές πηκτικού μηχανισμού.

Παράγοντες που μπορεί να εμφανισθούν στη διάρκεια της κύησης είναι η πολύδυμος κύηση, το υδράμιο, μακροσωμικά έμβρυα κ.λ.π.

Μετά την υστεροτομία, θα πρέπει να αποκλεισθούν η κατακράτηση κοτυληδόνας ή ο επικουρικός πλακούντας³. Είναι γνωστό ότι γυναίκες με πολλούς τοκετούς έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ατονία της μήτρας. Αυτό οφείλεται σε αδυναμία των μυϊκών ινών να συσταλούν ικανοποιητικά μετά τον τοκετό, μπορεί όμως να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, όπως δυσλειτουργικός τοκετός, χαμηλή πρόσφυση πλακούντα, καταστάσεις που εμφανίζονται συχνότερα σε πολύτοκες γυναίκες. Ιστορικό ατονίας σε προηγούμενο τοκετό αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για επανεμφάνιση. Ινομύωματα μήτρας, ουλές πάνω στο σώμα της μήτρας από προηγούμενες επεμβάσεις ή καισαρικές τομές, είναι παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν αλλοίωση της υφής του τοιχώματος της μήτρας και μπορεί να επηρεάσουν επίσης και τη συσταλτικότητά της.

Εκτεταμένες ενδομητρικές συμφύσεις από προηγούμενες αποξέσεις του ενδομητρίου, όπως και οι συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας, μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση αιμορραγίας στη λοχεία. Στις πολύδυμες κύσεις είναι γνωστό ότι υπάρχει μια υπερδιάταση των μυϊκών ινών, κατάσταση η οποία μπορεί να οδηγήσει σε

ατονία. Υπερδιάταση μπορεί να παρατηρηθεί επίσης σε υδράμινο, ή επί μακροσωμίας εμβρύου.

Παρατεταμένος τοκετός ή οξύς τοκετός αποτελούν συχνές αιτίες αιμορραγίας της λοχειάς λόγω « καταπόνησης» των μυϊκών ινών της μήτρας. Καταπόνηση των μυϊκών ινών με συνέπεια ατονία της μήτρας μπορεί να εμφανισθεί και κατά τη φαρμακευτική πρόκληση του τοκετού ή σε επεμβατικούς χειρισμούς κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος συμβάλλει στον περιορισμό της συσταλτικότητας του μυομητρίου είναι η διήθηση του τοιχώματος της μήτρας από αίμα στην πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα (μήτρα Couvalaire).

• Ρήξη της μήτρας

Ρήξη της μήτρας καλείται η λύση της συνέχειας του μυομητρίου. Αυτή μπορεί να είναι τελεία όταν αφορά σε όλο το πάχος του μυομητρίου ή ατελής όταν αφορά σε τμήμα αυτού. Η ρήξη της μήτρας συμβαίνει αυτόματα ή ύστερα από μαιευτική επέμβαση. Μερικές φορές μπορεί να είναι αποτέλεσμα υπερβολικής ωδινοποίησης ή και παραμελημένου μη εξελισσόμενου τοκετού, λόγω δυσαναλογίας, παθολογικής προβολής και θέσης ή λόγω παρουσίας πυελικού όγκου.

Κλινικά, η ασθενής εκτός τοκετού εμφανίζει έντονο αιφνίδιο εντοπισμένο άλγος στο υπογάστριο, συσπάσεις της μήτρας και μερικές φορές κολπική αιμόρροια.

Με την επέκταση της ρήξης τα συμπτώματα αυξάνουν σε ένταση, παρατηρείται αναστολή των συσπάσεων και η ασθενής παρουσιάζει ολιγαμικό shock. Συχνά η ρήξη της μήτρας συμβαίνει στη φάση της εξώθησης. Η ασθενής παρουσιάζει ζάλη, αίσθημα δίψας, εφίδρωση, ταχυκαρδία, πτώση της Α.Π., αναφέρει οξύ διαξιφιστικό άλγος υπερηβικά και ενώ πριν είχε ισχυρές επώδυνες συσπάσεις, παρατηρείται εξαφάνιση των συσπάσεων, αλλοίωση ή απουσία των εμβρυϊκών παλμών και κολπική αιμόρροια.

Προηγηθείσες ουλές στο τοίχωμα της μήτρας μετά από καισαρική τομή, ιδιαίτερα στην κλασική κάθετη τομή, διάτρηση της μήτρας με κηρίο, προηγούμενη δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα, αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ρήξης της μήτρας. Λιγότερο συχνά η ρήξη της μήτρας οφείλεται σε προηγηθείσα ινομυωματεκτομία ή υστεροτομία⁴. Η ρήξη της μήτρας λόγω προηγηθείσας ουλής είναι συνήθως ανώδυνη και ασυμπτωματική, σε αντίθεση με την κλασική ρήξη που συνοδεύεται από shock με αιφνίδια απώλεια αίματος, η οποία μερικές φορές μπορεί να είναι και εξωπεριτοναϊκή.

Η ρήξη της μήτρας σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα. Η μητρική θνησιμότητα κυμαίνεται από 10%-40%, η δε νεογνική έως 50%.

Πολλές φορές, όταν δεν είναι εφικτή η συρραφή του τμήματος που έχει ραγεί ή η γενική κατάσταση της λεχωίδος είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένη, τότε ως λύση επιλογής θεωρείται η ολική υστερεκτομή.

• Κακώσεις του γεννητικού σωλήνα

Οι κακώσεις και γενικά οι τραυματισμοί του γεννητικού σωλήνα κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι συχνοί και ευθύνονται περίπου για το 20% των αιμορραγιών στη λοχεία. Μερικές φορές μπορεί να συμβούν σοβαρές κακώσεις και με την απλή διέλευση του εμβρύου από τον γεννητικό σωλήνα. Συχνότερα όμως κακώσεις και ρήξεις συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του επεμβατικού κολπικού τοκετού, όπως γίνεται με τη χρήση εμβρυολικών, συκιουλκίας ή κατά τη διάρκεια μετασχηματισμού του εμβρύου.

Οι κακώσεις του γεννητικού σωλήνα μπορεί να αφορούν στη μήτρα, στον κόλπο, στον τράχηλο ή και στο αιδόιο και το περινέο.

Οι ρήξεις του περινέου είναι οι συχνότερες κακώσεις του γεννητικού συστήματος. Συνοδεύονται συνήθως από περιορισμένη αιμορραγία και διακρίνονται ανάλογα με το βάθος και την έκτασή τους σε τρεις βαθμούς:

- Η ρήξη πρώτου βαθμού αποτελείται από τη διάσπαση του χαλινού των χειλέων του αιδοίου καθώς και μικρού τμήματος του κόλπου και του αιδοίου.

- Η ρήξη δεύτερου βαθμού συνίσταται στην επιπλέον επέκταση της ρήξης στον ανελκτήρα του πρωκτού και στον εν τω βάθει εγκάρσιο μυ του περινέου.

- Η ρήξη τρίτου βαθμού τέλος, συνίσταται στη διάσπαση και του σφιγκτήρα του πρωκτού και του εντερικού τοιχώματος, σε άλλοτε άλλη έκταση.

Οι ρήξεις, της κλειτορίδας και των μικρών χειλέων του αιδοίου είναι επίσης συχνές και συνοδεύονται από αρκετή αιμορραγία. Ένα άλλο τμήμα του γεννητικού συστήματος που εμφανίζει συχνά αρκετά μεγάλες ρήξεις είναι ο τράχηλος της μήτρας και ο κόλπος. Οι ρήξεις του τράχηλου και των πλάγιων, κυρίως, κολπικών θόλων είναι συχνές και εμφανίζονται με σημαντικό βαθμού αιμορραγία. Η προσεκτική αποκατάστασή τους προλαμβάνει την ανάπτυξη χρόνιας τραχηλίτιδας, εκτεταμένου εκτρόπιου, καθώς και ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου. Συχνότερα οι ρήξεις του τράχηλου προκαλούνται στην 3η και 9η ώρα και σπάνια στην 12η και 6η ώρα.

Τέλος, μπορεί κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού να δημιουργηθούν κακώσεις οι οποίες δεν είναι άμεσα εμφανείς και εμφανίζονται λίγη ώρα μετά το τέλος του τοκετού. Οι κακώσεις αυτές προκαλούν τα αιματώματα. Τα αιματώματα διακρίνονται σε αιματώματα του αιδοίου, παρακολπικά αιματώματα, και υποπεριτοναϊκά.

Τα αιματώματα του αιδοίου είναι έξω από την περι-

τονία και κάτω από το πυελικό διάφραγμα. Τα παρακολπικά είναι πάνω από την περιτονία, ενώ τα υποπεριτοναϊκά είναι στα παραμήτρια. Όλα τα αιματώματα συνοδεύονται συνήθως από έντονο τοπικό πόνο, μεγάλη ευαισθησία στην ψηλάφηση και συμπτωματολογία απώλειας αίματος. Πολλές φορές, παρότι δεν είναι εμφανής η αιμορραγία, η απώλεια αίματος είναι αρκετά μεγάλη. Η διάγνωση στηρίζεται στη συμπτωματολογία και την ψηλάφηση. Όταν η διάγνωση τεθεί και διαπιστωθεί η θέση του αιματώματος, τότε επιβάλλεται η διάνοιξή του, η απομάκρυνση τυχόν θρόμβων που εμπεριέχει αυτό, καθώς και η ανεύρεση του αιμορραγούντος αγγείου και η απολίνωσή του. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στα αιματώματα τα οποία επεκτείνονται στα παραμήτρια, λόγω του ότι μπορεί να αποκρύπτεται μια ατελής ρήξη της μήτρας. Πολλές φορές η παρουσία αιματώματος το οποίο εμφανίζεται ότι επεκτείνεται προς τα παραμήτρια, επιβάλλει τη διερεύνησή του με λαπαροτομία και την παροχέτευσή του με διάνοιξη του πλατέως συνδέσμου.

• *Εκτροπή μήτρας*

Είναι μια σπάνια αιτία αιμορραγίας στη λοχεία με συχνότητα που κυμαίνεται από 1/2500 και 1/20.000 τοκετούς⁴. Αποτελεί συνήθως αποτέλεσμα ισχυρής έλξης του ομφάλιου λώρου για γρήγορη αποκόλληση με ταυτόχρονη πίεση του πυθμένα της μήτρας. Υπάρχουν μερικές φορές και προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η παθολογική πρόσφυση του πλακούντα όταν είναι ο πλακούντας σφιγρός, συμφυτικός ή διεισδυτικός, σε παθολογικές καταστάσεις της μήτρας όταν υπάρχουν συγγενείς ανωμαλίες καθώς και το ιστορικό προηγούμενης εκτροπής.

• *Θρομβοεμβολική νόσος*

Μία άλλη επιπλοκή της λοχείας είναι η θρομβοεμβολική νόσος, η οποία αποτελεί και μία σοβαρή επιπλοκή. Η νόσος αυτή μπορεί να εκδηλωθεί:

- Στο επιπολής φλεβικό δίκτυο.
- Στις εν τω βάθει φλέβες των κάτω άκρων.
- Στο πυελικό φλεβικό πλέγμα και ιδιαίτερα στα γεννητικά όργανα.

Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η φλεβική στάση, οι μεταβολές της πηκτικότητας του αίματος μετά από καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό και η παρατεταμένη ακινησία. Η επιπολής φλεβοθρόμβωση χαρακτηρίζεται από πυρετό και τοπικά κυρίως συμπτώματα, όπως εντοπισμένο άλγος, οίδημα και θερμότητα. Η θεραπεία συνίσταται στην ελαστική περιδέρηση του προσβεβλημένου σκέλους, στην τοπική εφαρμογή αναλγητικών, αντιφλεγμονωδών σκευασμάτων και στην ανάπαυση της λεχωίδας. Η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση εκδηλώνεται με παρόμοια συμπτώματα με την επι-

πολής, όπως πόνος, αύξηση θερμοκρασίας, οίδημα και ενδεχομένως και ωχρότητα του σύστοιχου κάτω άκρου, αλλά είναι βαρύτερης πρόγνωσης. Η θεραπευτική της αντιμετώπιση, εκτός από την ελαστική περιδέρηση και την ανύψωση των σκελών, μπορεί να περιλαμβάνει αντιβίωση και αντιπηκτική αγωγή.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

Η πρόληψη αποτελεί το ουσιαστικότερο στοιχείο στην αντιμετώπιση των αιμορραγιών του τρίτου σταδίου του τοκετού και της λοχείας. Κάθε ασθενής, ανεξάρτητα ίσως από την παρουσία προδιαθεσικών παραγόντων, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν υποψήφια για αιμορραγία της λοχείας.

- Η αναγνώριση των ομάδων υψηλού κινδύνου έχει επίσης εξαιρετική σημασία και περιλαμβάνει τις γυναίκες με ιστορικό προηγούμενης ατονίας μήτρας, προηγούμενης αιμορραγίας της λοχείας, γυναίκες με διαταραχές πηκτικού μηχανισμού, πολύτοκες, πολύδυμη κύηση, παρατεταμένη πρόκληση τοκετού κ.λ.π.

- Σε όλες τις επίτοκες πρέπει να γίνεται αιματολογικός έλεγχος, γενική αίματος, ομάδα αίματος και Rh.

- Στις ομάδες υψηλού κινδύνου φροντίζουμε να υπάρχουν πάντα διασταυρωμένες δύο τουλάχιστον μονάδες αίματος.

- Ο τοκετός πρέπει να είναι αργός και ελεγχόμενος.

- Η χορήγηση μητροσυσπαστικών θα πρέπει να γίνεται με σύνεση.

- Η εξώθηση πρέπει να γίνεται την κατάλληλη ώρα και όχι άκαιρα, δηλαδή πριν εμπεδωθεί η προβάλλουσα μοίρα και η διαστολή γίνει τελεία, για να αποφευχθούν οι κακώσεις και οι ρήξεις του τραχήλου.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αιμορραγία μετά τον τοκετό συνήθως εκδηλώνεται μετά την υστεροτομία. Σπάνια μπορεί να εκδηλωθεί αμέσως μετά την έξοδο του εμβρύου. Εάν με την έναρξη της αιμορραγίας ο πλακούντας είναι ακόμα μέσα στη μήτρα και δεν έχει αποκολληθεί, πρέπει να αφαιρεθεί με δακτυλική αποκόλληση. Εάν κατά την αποκόλληση δεν μπορεί να βρεθεί το όριο που διαχωρίζεται ο πλακούντας με το τοίχωμα της μήτρας και μπαίνει η υπόνοια συμφυτικού ή σφιγρού διεισδυτικού πλακούντα, τότε διακόπτονται όλοι οι χειρισμοί για να μην προκαλέσουμε μεγαλύτερη αιμορραγία και γίνεται προσωρινός επιποματισμός της μήτρας. Χορηγούμε οξυτοκίνη, προσταγλανδίνες και αντιβιοτική αγωγή. Εάν η αιμορραγία επισχεθεί με αυτόν τον τρόπο, τότε σε δεύτερο χρόνο αντιμετωπίζονται τα υπολείμματα του πλακούντα είτε με θεραπευτική απόξεση είτε με χορήγηση μεθοτρεξάτης. Παράλληλα ελέγχονται οι τιμές της β-hCG μέχρι μηδενισμού τους⁶. Εάν η αιμορραγία δεν στα-

ματήσει παρ' όλους τους χειρισμούς, τότε η θεραπεία εκλογής είναι η λαπαροτομία. Αναλόγως της γενικής κατάστασης της ασθενούς, είτε γίνεται μηροτομία για να αφαιρεθούν τα υπολείμματα του πλακούντα είτε γίνεται ολική υστερεκτομία.

Μετά την έξοδο του εμβρύου και την υστεροτοκία, ακολουθεί προσεκτικός έλεγχος της ακεραιότητας του πλακούντα. Εάν παρατηρηθεί έλλειμμα πλακουντιακού ιστού, τότε ακολουθεί δακτυλική επισκόπηση της μήτρας και ενδεχομένως καθαρισμός της με αποστειρωμένη γάζα γύρω από τα δάχτυλα προκειμένου να αποσπαστούν τα εναπομείναντα κομμάτια του πλακούντα.

Ένα πρόβλημα πρωταρχικής σημασίας αποτελεί η σωστή διαφορική διάγνωση της αιμορραγίας. Πρέπει να γίνει ακριβής διάγνωση εάν πρόκειται για ρήξη της μήτρας και των ιστών του γεννητικού σωλήνα ή ατονία της μήτρας. Οι ρήξεις χαρακτηρίζονται από έντονα ερυθρό χρώμα αίματος και μήτρα συνεσπασμένη. Σε περίπτωση υποψίας ρήξης γίνεται επιμελής και εκτεταμένος έλεγχος τόσο του τραχήλου και της μήτρας όσο και του κόλπου και του αιδοίου. Οι μικρού βαθμού ρήξεις του τραχήλου της μήτρας συμβαίνουν συχνά σχεδόν σε κάθε τοκετό χωρίς να δημιουργούν ιδιαίτερα προβλήματα και χωρίς πολλές φορές να αιμορραγούν. Ρήξεις που αιμορραγούν είναι συνήθως 2-3 εκ. ή και μεγαλύτερες και απαιτούν μεγάλη προσοχή.

Οι ρήξεις του τραχήλου, κόλπου και του αιδοίου αποκαθίστανται με συνεχόμενες ραφές μέχρις ότου αποκατασταθούν πλήρως και σταματήσει η αιμορραγία. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ρήξη μήτρας, γίνεται αμέσως λαπαροτομία και προσπάθεια συρραφής της ρήξης. Εάν αυτό δεν είναι δυνατόν να σταματήσει την αιμορραγία ή δεν μπορεί να αποκατασταθεί η ρήξη, τότε εκτελείται μαιευτική υστερεκτομή. Όταν διαπιστωθεί ύπαρξη αιματώματος στον κόλπο ή στο αιδοίο, τότε γίνεται παροχέτευσή του και ακολουθεί προσπάθεια απολίνωσης του αιμορραγούντος αγγείου.

Σε περίπτωση εκτροφής της μήτρας γίνεται προσπάθεια αναστροφής της, αρχίζοντας από τον ισθμό και φτάνοντας μέχρις τον πυθμένα. Στη σοβαρή περίπτωση της ατονίας της μήτρας, που όπως αναφέρθηκε είναι από τις πλέον συχνές αιτίες αιμορραγίας στο τρίτο στάδιο του τοκετού και της λοχείας, γίνεται προσπάθεια φαρμακευτικής ανάταξής της με χορήγηση οξυτοκίνης, περίπου 40 μονάδες σε ένα λίτρο ορού με ρυθμό 15 σταγόνες το λεπτό ενδοφλεβίως, με παράλληλη χορήγηση εργομητρίνης 0,2mg ενδομυϊκώς. Η χρήση της παραπάνω αγωγής, σε πολλές περιπτώσεις συνοδευόμενη από μηχανική μάλαξη της μήτρας, είναι αρκετή για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα.

Μπορεί να εφαρμοσθεί επίσης αμφίχειρη συμπίεση της μήτρας με ταυτόχρονες μαλάξεις του πυθμένα της, ενώ παράλληλα μπορεί να χορηγηθεί προσταγλανδίνη

E2. Η χορήγηση προσταγλανδινών μπορεί να γίνει είτε διακολπικά είτε διαορθικά με χορήγηση δισκίων μισοπριστόλης (Cytotec) είτε διακοιλιακά απευθείας στο τοίχωμα της μήτρας. Εάν η αιμορραγία συνεχίζεται και ο έλεγχος πηκτικού μηχανισμού αποδειχθεί φυσιολογικός, τότε επιβάλλεται ερευνητική λαπαροτομία με σκοπό τη μαιευτική ολική υστερεκτομή. Σε περίπτωση διαταραχών του πηκτικού μηχανισμού, γίνεται προσπάθεια αποκατάστασής τους με χορήγηση αίματος, πλάσματος, παραγώγων ινωδογόνου και ηπαρίνης. Στις καταστάσεις αυτές αποφεύγεται όσο είναι δυνατόν η λαπαροτομία, η οποία θα δημιουργούσε νέα τραυματική επιφάνεια επεκτείνοντας την απώλεια αίματος⁹.

Όλες αυτές οι καταστάσεις καλό είναι να αντιμετωπίζονται σε οργανωμένη κλινική ή νοσοκομείο με κάλυψη και από άλλες ειδικότητες, όπως μικροβιολογικό εργαστήριο με αιμοδοσία, αναισθησιολογικό τμήμα, χειρουργικό τμήμα.

Summary

Apostolidis A., Stamatellos I., Stamatopoulos P. Haemorrhage during the third stage of labour Helen Obstet Gynecol 20(2):146-151, 2008

During the third stage of labour, uterine haemorrhage can be presented with main characteristic the range volume of blood loss.

Bleeding of third stage or postpartum haemorrhage is characterized each loss of blood that exceeds the 500ml blood after delivery within the first 24 hours.

It happens in a percentage of 2%-5% of vaginal childbirths and constitutes the more frequent reason of maternal morbidity and mortality.

Bleeding can arise from any level of genital tract, but more frequently from the uterus and the vagina. Main causes can be: uterine atony, rupture of uterus, inversion of the uterus, rupture and lacerations of soft molecules of the lower genital tract (cervix, vagina and perineum).

Key words: *Postpartum haemorrhage, third stage of labour, uterine atony, uterine rupture, lacerations of soft tissues of the lower genital tract.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Many A, Hill LM, Lazebnick N and Martin SG (1995) the association between Polyhydramnios and Preterm Delivery. *Obstetrics and Gynaecology* 86: 389 -91.
2. Craig S, Kapernick P. (1994) postpartum hemorrhage and the abnormal puerperium. In. DeCherney .H.A, Pernoll L.M, Obstetric and gynecologic Bobrowski RA and Jones TB (1994) A thrombogenic uterine pack for postpartum hemorrhage. *Obstet.Gynecol.*

85:836- 837.

3. Druzin ML (1989) Packing of lower uterine segment for control of postcesarean bleeding in instances of placenta previa. Surg Gynecol. Obstet. 169: 543 – 545.
4. Zahn M.C. Yeomans R.E (1990) postpartum hemorrhage placenta accretes uterine inversion and puerperal hematomas. Clin. Obst. Gynecol. 33: 422 – 431.
5. Diagnosis and Treatment. Appleton-L ange. Conecticut / USA 574 – 593.
6. Arulkumaran S, Ratman S.S : (1986) Medical treatment of placenta accreta with methotrexate. Acta Obst. Gynecol. Scand. 65: 285- 287.
7. Ιωάννης Τζαφέτας: Στο Γυναικολογία και Μαιευτική Τόμος δεύτερος, Δημ. Λώλη (1998) 657 – 671.
8. Σέργιος Μανταλενάκης: Στο Εμβρυομητρική Ιατρική Μ. Μαμόπουλος, Γ Φαρμακίδης (1996) 160 – 172.
9. Ι. Ν. Μπόντης (2002) Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας.
10. Williams Obstetrics (1993), 19th edition, chapter (27): 618-20.