

МОГУЋЕ КОМПЛИКАЦИЈЕ ОПШТЕ АНЕСТЕЗИЈЕ ТОКОМ ИЗВОЂЊА ЦАРСКОГ РЕЗА - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Релић Г.¹, Грујић К.², Цветнић Д.², Богавац М.³, Влашковић Р.²

¹Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

²Здравствени центар Косовска Митровица

³Медицински факултет Нови Сад

POSSIBLE COMPLICATIONS OF TOTAL ANESTHESIAE DURING CAESAREAN SECTION

Релић Г.¹, Грујић К.², Цветнић Д.², Богавац М.³, Влашковић Р.²

¹Medical faculty Pristina, Kosovska Mitrovica

²Health center Kosovska Mitrovica

³Medical faculty Novi Sad

SUMMARY

The authors in this work presented the case of iterative Caesarean Section. In this intervention they had a complication of endotracheal anaesthetic. Although general anaesthetic, according report the most authors, generally appliance anaesthetic during Caesarean Section, this anaesthetic have a certain failure. This are: difficult intubation, intubation in oesophagus, insufficient relaxation on myometrium, risk of depression - foetal's central nervous system, unadequate reaction on drugs etc. Some authors have a prioritydaju of regional method according safety. Because of that all we believe, that heed is necessary in work and everybody obstetrician must conscious of this risk, like as application generally anaesthetic such as and regional anaesthetic by woman who has just given birth. In this effect we suggest that knowledge and experiance of anaesthesiologies are very important.

Keywords: Caesarean Section, General anaesthetic, Complication.

САЖЕТАК

Аутори у свом раду износе случај итеративног царског реза при чијем је извођењу дошло до компликација приликом извођења опште ендотрахеалне анестезије. Премда је општа анестезија према извештајима већине аутора, најчешће примењивана анестезија током извођења царског реза, она има одређене неостатке. То су: отежана интубација, интубација у једњак, недовољна релаксација миометријума, ризик од депресије ЦНС-а плода, неадекватна реакција на лекове итд. Има аутора који предност дају регионалној методи анестезије као сигурнијој. Због свега овога сматрамо да је неопходан опрез, да би сваки акушер био свестан ризика, како код примене опште тако и регионалне анестезије код порођиља, и да се сходно томе ослони на знање и искуство анестезиолога.

Кључне речи: Царски рез, Општа анестезија, Компликације.

УВОД

Реч анестезија је грчког порекла и значи неосетљивост. У хирургији, анестезија доводи до намерно изазване неосетљивости и губитка свести, коју анестезиолог постиже уношењем анестетика и аналгетика. Општа анестезија представља десцендентну депресију нервног система која се не одвија правилним редоследом. Примарно је захваћена кора мозга (као филогенетски најмлађег дела ЦНС-а), затим ганглије и церебелум, кичмена мождина и на крају медуларни центри. Управо ово "прескакање" медуларних центара у десцендентној депресији нервног система, омогућава општу анестезију (1, 2).

У току анестезије, долази до смањења метаболизма, слично оном у нормалном сну а неки докази указују на директно депресивно дејство на нивоу ткива.

Терморегулација је депримирана, па телесна температура варира, зависно од температуре околине. Кардиоваскуларни систем и вода, при крају трудноће повећавају запремину плазме чак до 40-50%. Повишење еритроцитне масе је 20% те услед разблажења крви настаје "физиолошка анемија" са падом вредности хемоглобина, хематокрита, укупног броја еритроцита. Вредности леукоцита се одржавају на 8-10 000, док су тромбоцити лако повишени. Хемодинамске промене указују на повећање ударног минутног волумена срца и срчане фреквенције, те долази до пада периферног отпора, где је артеријски притисак непромењен или лако снижен. Притисак gravidног утеруса постаје хемодинамски значајан од другог тромесечја труднице (3, 4).

Респираторни систем је угрожен потискавањем дијафрагме нагоре, што доводи до смањења функционалног плућног капацитета породилје. Повећање минутне и алвеоларне вентилације олакшава преузимање и одавање инхалационих анестетика (5, 6).

Приказ случаја

Болесница Ј.Д.; мат. бр. 1614/2001 рођена 1975. г.; радница из Кузмина примљена 9.07.2001. на гинеколошко одељење здравственог центра у Косовској Митровици под дијагнозом: Grav ml I, St post S.C. aa II. Partus pretemporarius imminens.

Налаз на пријему: утерус одговара за Grav ml 9, контракције слабе, ирегуларне. Грлић око 2 цм дуг, дилатиран за 1 шп, водењак цео. Предњачи глава над карличним улазом. Срчани тонови плода регуларни, десно испод пупка 140/мин. Жена је током хоспитализације комплетно лабораторијски обрађена.

RBC=3,99x10¹², MCV=83,8fl, HCT=33,5%, PLT=139x10⁹, WBC=7,4x10⁹, MCH=27,5 pg, MCHC=328 g/l, к. група: A Rh D+. Сви биохемијски налази у границама нормале. Од терапије је примала апаурин шп (а 2 мг).

Дана 15.07. 2001. г. у 22 часа, жена добија јаче порођајне болове на 5 мин. Гинеколошки налаз: грлић збрисан, дилатиран 3 цм, водењак цео предњачи главица плода, СТП рег. 140/мин, десно испод пупка. Будући да је и прегходни царски рез рађен због уске карлице (коњугата екстерна 17 цм), одлучује се да се порођај поново заврши оперативним путем на шта жена и пристаје.

Након дезинфекције оперативног поља и увођења жене у општу анестезију, направи се релапаротомија у медијалној линији, абдомен се отвара по анатомским слојевима. Наилази се на изразито надувена (балонирана) црева (о чему се обавештава анестезиолог). Црева се изолоју стерилном меком компресом. Плика везико-утерина се попречно пресече и бешика потисне тврдим штилом надоле. Направи се попречна инцизија на утерусу у висини шике везико-утерине у дужини од неколико цм и прошири прстима. На месту урађене инцизије на утерусу и осталим ткивима испресечених крвних судова отиче изразито тамна крв. У том моменту наступа кардијак арест код пацијенткиње. Приступа се спољашњој масажи срца од стране анестезиолога. Жена оживљена а оперативни поступак се и даље наставља уз примену интензивних реанимационих мера. Добија се живо мушко дете 2730/52/АС 7/8, које се предаје неонатологу на старање. Оперативни поступак се наставља на уобичајени начин. Изврши се мануелна екстракција постелице и ревизија материчне шупљине са адекватном хемостазом (прозорстим хваталкама). Утерус се шије продужним шавом са кедгутом. Вади се компреса и изврши тоалета трбушне дупље. Перитонизација и абдомен се затварају на уобичајени начин по слојевима. На кожу се ставља појединачни шав са концем. На катетер истиче светложути урин у количини од око 300 мл. Пацијенткиња се не буди на операционом столу, а будући да је респираторна вентилација и након завршене интервенције отежана консултовани су кардиолог и оториноларинголог и жена се преводи на одељење интен-

зивне реанимације (у око 2 сата) изјутра. Будући да се стање жене није поправило нити наредних неколико часова жена се хитно транспортује на ИГА КЦС у Београду (на одељење интензивне неге).

Налаз на пријему у јединицу интензивне неге (16.07.2001. у 16 часова и 20 мин):

Пацијенткиња у коми, узнемирена, не отвара очи на позив, зенице треме реагују на светлост, интубирана тубусом бр. 5., немерљиве тензије, пулс се палпира на периферији, дисање бронхопноично и површно.

Одмах су започете интензивне реанимационе мере: жена се ставља на апарат за артефицијалну реанимацију, режим дисања ИППБ, - МБ 10 l/min., започета интензивна надокнада циркулишућег волумена и примена интензивне антиедематозне терапије (манитол, дексазон) као и антибиотске терпије (лонгацефом ефлоран). Током ноћи жена је седирана флормидалом у континуираној инфузији када долази и до побољшања општег стања: реагује на позив, отвара очи, има своје површно дисање, али и даље на артефицијалној вентилацији интубирана. Дисање аускултаторно површно, дисајни везикуларни шум. Налаз на срцу: уредан, пулс 86 мин. Диуреза 3000 мл, хемодинамски стабилна ТА 120/70. Хемограм: Хематокрит - 0,30, Хемоглобин - 106, Еритроцити - 3,37x10¹², Леукоцити 22,0x10⁹, Ст - 141, протромбинско време 20 с, JNR1, РТТ - 48 s, DPF - 0, фибриноген 2,9.

Биохемија: глукоза - 5,4, уреа - 3,4 протеини 5,4, хлориди - 97, калијум - 3,1 бикарбонати - 2,9.

17.07. у 10 ч обављена консултација неуролога, налаз: сопорозна, буди се на позив, седирана, повремено извршава кратке налоге, спонтано повлачи руке и ноге.

Булбуси повремено усмерени, поглед на страну плутајући булбуси. Зенице једнаке, реагују на светлост, корнеални рефлекси присутни, врат слободан, менингеални знаци негативни. На Г. Е. обе руке падају с задршком. У договору са гинекологом (Проф Первуловом) преводи се на јединицу интензивне неге неуролошке клинике. ацидобазни статус рН - 7, рСО₂ - 24,89, рО₂ - 26,6, НСО₃ - 26,8, ТСО₂ - 27,9.

Од 17.07.2001 до 31.07.2001. Институт за неурохирургију клиничког центра Србије Медицинског факултета. На пријему интубирана, некомуникативна, дисање површно и тахипноично, ниска ТА, пулсеви на периферији слабо пуњени. Током лечења примењене интензивне мере реанимације и интензивне неге. Консултован пнеумофтизиолог, више пута урађена контролна графика плућа лечена као ARDS. Након примењене терапије, кардиолошке потпоре, долази до побољшања стања, екстубације пацијенткиње и стабилизације виталних параметара и гасних анализа. Стање свести се опоравља, пацијенткиња постаје комуникативна, без неуролошког дефицита, започета рана физикална терапија, сада стоји уз придржавање. Гинеколошки налаз уредан, рана зарасла, конци скинути. С обзиром на завршено неуролошко лечење отпушта се и преводи на ИГА КЦС-а.

ИГА КЦС Одељење опште гинекологије 6 Б бр
ист. 1318 од 31.07. до 08.08.2001.

Леукоцити - 8,9, Еритроцити - 4,62, Хемоглобин - 128, Хематокрит - 41,8, МCV - 90,5, Тромбоцити - 349, SE - 24, PTT - 44 s.

Биохемија: Сем целокупних протеина који су 57, остало у физиолошким границама, урин уредан. Пацијенткиња се отпушта у стабилизованом стању, без неуролошког дефицита. Гинеколошки налаз: уредан, рана зарасла, конци скинути, саветује се физикални третман. Контрола код надлежног гинеколога и неуролога.

ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧАК

Код хируршких захвата, као што је царски рез, неопходна је примена опште или регионалне анестезије (епидурална или спинална анестезија). Избор анестезиолошке технике зависи од ургентности порођаја, од стања фетуса, присуства компликација (хиповолемија или претеће крвављење). У елективним и мање ургентним стањима, предност се даје регионалној анестезији, због наведене превенције плућне аспирације. У случају ургентних стања (тежак фетални дистрес-синдром, хиповолемија услед крвављења у последњем тромесечју), општа анестезија је анестезија избора, јер омогућава брз увод уз добро очуван симпатички тонус (5-7).

ЛИТЕРАТУРА

1. B. Med. J.: Thorburn J. Moir D. Bupivacain in association with extradural analgesia for Caesarea section. Br. J. Anaesth. 1998; 56:551-553.
2. Benedetti C., Tiengo M.: Continuous subarachnoid analgesia in labour. 1997; 335: 225
3. Carrie L.: Extradural, spinal or combined block for obstetric surgical anaesthesia. Br. J. Anaesth. 1998; 65: 225-233.
4. Crawford J.: Experiences with epidural blood patch. Anesthesia 1990; 35:513-515.
5. Krpo A.: Anestezija u akuserstvu i reanimacija novorođenčeta. Anesteziologija, 1993; 331-356.
6. Rorke et al.: Foetal oxygenation during Caesarean section. Anesthesia 1999; 23: 585-596.
7. Nirch J., Brain. Haemostasis and thrombosis a conceptual approach Churchill Livingstone, New York 2003: 332-336.