

JANUARY ZUBRZYCKI

Uwagi o technice cięcia cesarskiego w dolnym odcinku macicy.

Notes on the cesarean section in the lower uterus segment

Każda szkoła chirurgiczna przyswaja sobie z biegiem czasu pewne swoiste chwyt w czasie wykonywania zabiegów, które wprowadzie nie kształtują danych zabiegów w odrębne sposoby operacyjne, niemniej jednak są one dla danej szkoły charakterystyczne, a o ile okażą się w praktyce dobre, to zasługują tym samym na podanie do ogólnej wiadomości. Tak samo i operacyjna ginekologia, jak i operacyjne położnictwo nie stanowi pod tym względem wyjątku.

Wykonując cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy w Klinice Położniczej i Chorób Kobięcych Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie zauważyliśmy, że stosowanie w czasie wykonywania zabiegu pewnych technicznych chwytów, częściowo już dawno przez nas używanych ułatwia w wysokim stopniu dokonywanie zabiegu. Mam zamiar zapoznać z nimi szerszy ogół.

Jak powszechnie wiadomo cięcie cesarskie, wykonywane w dolnym odcinku macicy jest sposobem rozwiązania dzisiaj najczęściej będącym w użyciu i najbardziej rozpowszechnionym ze wszystkich rodzajów cięć cesarskich brzusznych. My wykonujemy go zasadniczo z cięcia skór nego podłużnego, prowadzonego w linii środkowej ciała poniżej pępka, doprowadzając cięcie celowo aż do spojenia łonowego poprzez wszystkie warstwy powłok brzusznych a więc łącznie z powięzią, mięśniami prostymi i piramidalnymi. W ten sposób uzyskujemy doskonały dostęp do dolnego odcinka macicy. Zasady takiego prowadzenia cięcia trzymamy się zresztą we wszystkich cięższych zabiegach ginekologicznych, dokonywanych przez powłoki brzuszne z cięcia podłużnego, co w wysokim stopniu ułatwia wgląd w głębokie pole operacyjne w okolicy narządów rodných.

Po przecięciu powłok brzusznych i osłonięciu jamy trzewnej w typowy sposób, asysta podciąga ciężarną macicę ku przeponie, zbliżając tym samym załamek maciczno-pęcherzowy otrzewnej dla uchwycenia go w pensetę chirurgiczną. Ujęty w pensetę fałd otrzewnej na granicy przejścia z pęcherza na macicę podnosimy ku górze i przecinamy łukowato zakrzywionymi zaokrąglonymi na końcach nożyczkami. Tymi też nożyczkami — nie na tępo — aby nie spowodować niepotrzebnego krwawienia z rozrywanych naczyń, oddzielamy od macicy otrzewną ewentualnie wraz z pęcherzem na przestrzeni koniecznej wymaganej do dokonania cięcia w dolnym odcinku macicy, które prowadzimy łukowato poprzecznie.

Światło macicy staramy się otworzyć możliwie bezkrwawo. W tym celu w czasie wykonywania cięcia wywieramy ucisk odpowiednim chwyt-



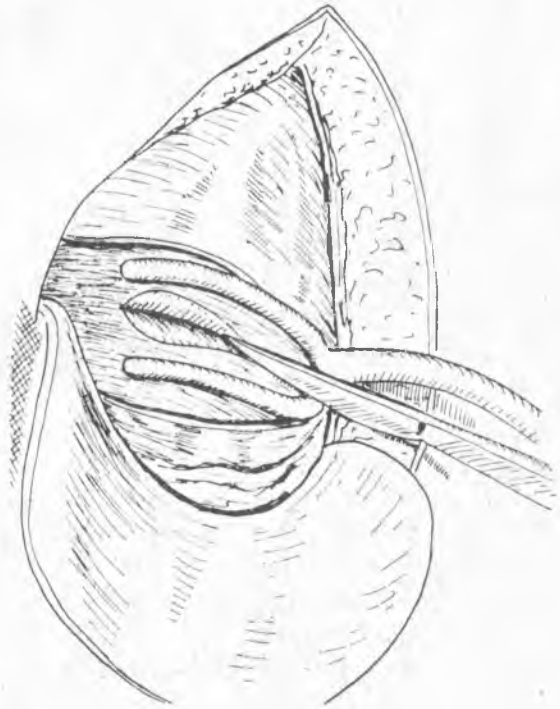
Rysunek L. 1

tem przez ścianę dolnego odcinka macicy na część przodującą płodu, a pozatem ujmujemy następnie tuż po przecięciu mięśnia brzegi rany w kleszczyki. W ten sposób uzyskujemy co najmniej zmniejszenie krwawień w czasie przecinania macicy w jej dolnym odcinku. Udaje się nam to, praktycznie rzecz biorąc, w położeniach podłużnych, zwłaszcza główkowych, jeżeli nie zawsze to w każdym razie w większości przypadków, natomiast w położeniach poprzecznych stosunkowo rzadziej.

Z czasem zmieniliśmy stronę techniczną ucisku, wywieranego przez ścianę dolnego odcinka na część przodującą płodu. Początkowo bowiem posługiwaliśmy się w tym celu odpowiednio ułożonymi palcami naszych rąk, przykładając je równolegle

po obu stronach do linii zadawanego cięcia w macicy i uciskając nimi silnie poprzez ścianę macicy na główkę, względnie część przodującą płodu, zamykając tym samym światło naczyń, przebiegających w niej. (Rysunek L. 1.). Czyniła to od dołu lewa ręka operatora a od góry lewa ręka asystenta (operator po stronie lewej operowanej). Ostatnio zamiast ucisku palcami zastosowaliśmy ucisk narzędziem specjalnie w tym celu przez nas skonstruowanym, w kształcie widełek, które w wysokim stopniu zabieg uprościło a nie zajmując równocześnie tak wiele miejsca, co uciskające palce i działając energiczniej i sprawniej nietylko, że spełniło swój cel znakomicie, ale okazało się bardzo praktyczne w użyciu. (Rysunek L. 2.) Składa się ono z dwóch, na przekroju półokrągłych,

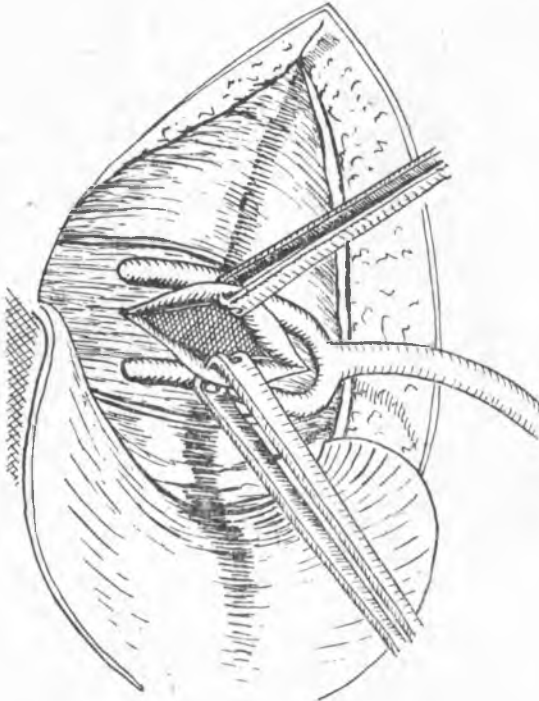
prętów metalowych, umieszczonych w odległości trzech centymetrów od siebie, długości pięciu centymetrów bardzo nieznacznie wygiętych, oraz rączki, długości dziesięciu centymetrów, nieuwidocznionej na rysunku pozwalającej na wywarcie ramionami widełek silnego ucisku przez ścianę dolnego odcinka macicy na część przodującą płodu. Rączkę z widełkami łączy wygięty pręt długości ośmiu centymetrów. Narzędziem tym uciskamy ścianę macicy, jak rysunek L. 2, i w ten sposób zamykamy światło naczyń, przebiegających w ścianie macicy pomiędzy ramionami widełek



Rysunek L. 2.

dokładniej, aniżeli bylibyśmy to w stanie dokonać palcami. Tak postępując unikamy zaraz w początkowych okresach zabiegu krwawień, występujących zazwyczaj z naczyń w miejscu przecięcia mięśnia macicznego, które zalewając pole operacyjne, zaciemniają je, sprawiając trudności technicznej natury.

Cięcie na mięśniu macicy wykonujemy zawsze pomiędzy ramionami uciskających widełek i to początkowo jaknajkrótsze. Z chwilą otwarcia światła macicy chwytamy oba brzegi rany przez całą grubość mięśnia dwuzębnyimi kłęczczykami C o l l i n a i unosimy je ku górze (Rysunek L. 3.)

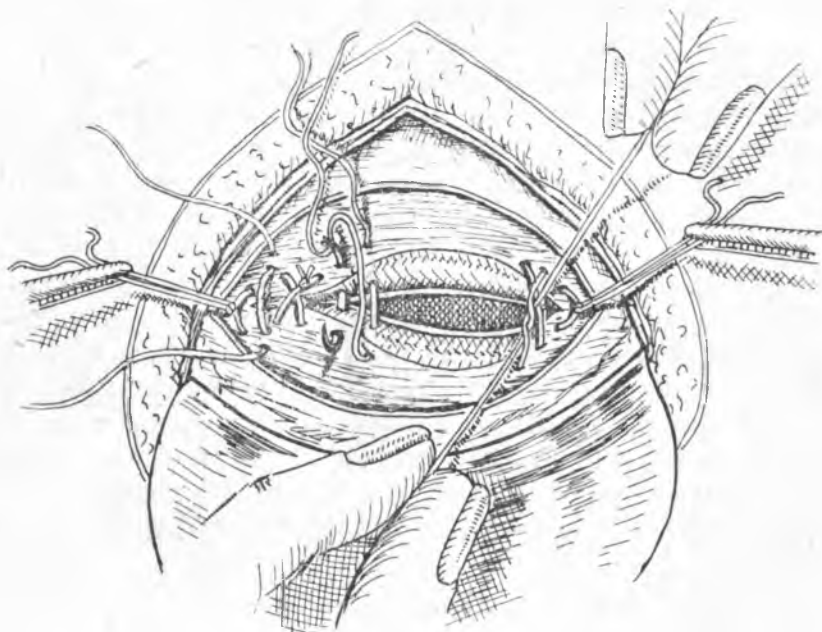


Rysunek L. 3

usuwając następowo widelki. Przedłużenia cięcia prowadzimy łukowato do obu boków macicy zawsze na ostro zakrzywionymi, półokrągło zakończonymi nożyczkami pod kontrolą z jednej strony palca wprowadzonego do światła macicy, aby nie uszkodzić płodu, z drugiej strony pod kontrolą wzroku, aby nie uszkodzić pęcherza moczowego, który osłaniamy bagnetową łyżką, szeroką mniej więcej na trzy centymetry. Równocześnie chwytamy wspomnianymi kleszczykami dalsze odcinki brzegów rany, szczególnie w miejscach silnie krwawiących unosząc je, jak poprzednio ku górze. Ujmowanie kleszczykami brze-

gów rany stwarzanej w ścianie macicy zmniejsza wydatnie nasilenie ewentualnego krwawienia z przeciętych naczyń, a unoszenie brzegów rany ku górze ułatwia otwarcie światła dolnego odcinka macicy na odpowiedniej długości nawet w przypadkach silnego obkurczenia się jego ścian. W toku wykonywania cięcia bardzo wygodnym okazało się odprowadzanie wylewających się z macicy wód płodowych z pomocą odsysacza elektrycznego.

O ile płód znajduje się w położeniu podłużnym, główkowym, wydobywamy go zasadniczo zawsze z pomocą kleszczy, bagnetowato wygiętych, podanych przez L a t z k ę, a z położeń poprzecznych i podłużnych pośladkowych ręką, stosując odpowiednie zabiegi. W czasie rodzenia płodu usuwamy wszelkie łyżki odsłaniające ranę i zdejmujemy kleszczyki założone na brzegi rany w ścianie macicy. Po urodzeniu płodu zakładamy ponownie kleszczyki na mięsień macicy w dwóch kątach cięcia, celem ułatwienia orientacji w czasie spawania brzegów rany. Zazwyczaj krwawienie z przeciętej ściany macicy ustaje po urodzeniu płodu. Krwawiące jeszcze ewentualnie przecięte naczynia zaciskamy, ujmując brzegi rany wspomnianymi kleszczykami do czasu zaopatrzenia szwem. Kontrakcja i retrakcja mięśnia macicznego sama przez się, po opróżnieniu macicy zamyka światło naczyń przebiegających w jej ścianie.



Rysunek L. 4

Wzmacniamy jeszcze jej działanie przez podanie do mięśnia macicznego wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej i przetworów sporyszowych.

Po urodzeniu łożyska ranę zadaną w ścianie macicy zaszywamy dwupiętrowo w sposób następujący. Zakładamy mianowicie po jednym szwie pojedynczym w kątach rany po obu bokach i zastępujemy nimi kleszczyki poprzednio założone. Do właściwego zespolenia brzegów rany używamy szwów ósemkowych, (Rysunek L. 4) wiążąc węzłem chirurgicznym. Szwy te mają tą zaletę, że łatwiej nimi opanować krwawienie niż szwami pojedynczymi, a zespalają brzegi rany dokładniej niż szwy ciągły, który w miarę skracania się linii cięcia, w następstwie obkurczania się mięśnia macicy rozluźnia się do tego stopnia, że tak jego własności hemostatyczne, jak i zespalające stają się problematyczne. Nad warstwą szwów ósemkowych zakładamy drugą warstwę szwów pojedynczych, przykrywających poprzednie, ujmując w fałd powierzchowne warstwy mięśniówki po obu brzegach cięcia. Rysunek L. 4. przedstawia wszystkie rodzaje omawianych, szwów, którymi posługujemy się zespalając brzegi rany zadanej w ścianie dolnego odcinka macicy. Następnie zeszywamy szwem ciągłym otrzewną pęcherzową z otrzewną, pokrywającą macicę przywracając w ten sposób prawidłowe stosunki anatomiczne w jamie brzusznej.

Podany powyżej pokrótce opis technicznej strony zabiegu cięcia cesarskiego w dolnym odcinku macicy w postaci przez nas wykonywanej ma pewne zalety, o których przekonaliśmy się na całym szeregu ostatnio

operowanych przypadków. Najważniejsze z nich, to nieznaczne krwawienie w czasie przecinania mięśnia macicznego a w związku z tym przejrzystość zabiegu, zabezpieczająca przed uszkodzeniem płodu i pęcherza moczowego. Rozcinanie mięśnia macicznego stwarza gładkie powierzchnie brzegów rany a tym samym lepsze warunki gojenia w przeciwstawieniu do rozrywania mięśnia palcami, jak to często bywa praktykowane. Zastosowanie szwu ósemkowego do zeszcicia cięcia umożliwia łatwe opanowanie krwawienia i dokładne zespolenie brzegów rany. Widelki uciskające, przez nas podane, okazały się w użyciu prostsze i pewniejsze aniżeli tak zwany kompresor B o n n e y ' a. Mają bowiem kształt widełek a nie klamry zamkniętej i skutkiem tego możliwe jest uchwycenie brzegów cięcia kleszczykami C o l l i n ' a oraz usunięcie ich, nawet w momencie kiedy widełki przyciskają ścianę macicy do części przodującej płodu; ramiona widełek są obłe, a nie płaskie w następstwie czego prawdopodobieństwo obrażenia ściany macicy mniejsze, wreszcie posiadając jeden uchwyt zatrudniają tylko jedną rękę zespołu operacyjnego.

S U M M A R Y

The author gives a detailed description of the special technic used by him in performing the cesarean section in the lower uterus segment.

The abdominal wall is opened by a midline hypogastric incision. After pulling the uterus to the diaphragma the anterior peritoneal fold is cut with curved scissors and the bladder and the peritoneum separated in the desired direction and length. Then follows a tranverse incision of the uterus wall. The walls of the uterus at the place of incision are pressed with fingers (see fig. 1.) or with a forkshaped instrument (see fig. 2) in order to reduce the haemorrhage. The edges of the incision are grasped with Collin clamps especially in places where the haemorrhage is copious (see fig 3). A bayonetshaped retractor holds the bladder in the meantime. The incision is then enlarged on both sides with curved scissors under control of the eye and of the finger and the fetus is delivered either by the L a t z k o forceps in the case of the fetus being in head position, or by hand in case of any other position. The edges of the wound are sutured in two layers with catgut files. The first layer is performed by 8-sutures and the second layer by simple sutures (see fig. 4). Continuous sutures of the peritoneum, of the bladder and of the uterus finish the dressing of the uterus wound.
