


Tóth Pál:

**Tanulmányok a
medgyesegyházi
szülőotthonban végzett
munkáról**

1974



KÜLÖNLENYOMAT

A

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

C. FOLYÓIRATBÓL

HELYTÖRTÉNET 413

Császármetszés után végzett művi vetélések tapasztalatai

Írta: TÓTH PÁL dr.

Hazánkban 1958—59. években 297 982 művi vetelés során 15 halálozás történt. 100 000 esetre 5 halálozás jutott (*Szendi—Lakatos*). Bár világviszonylatban az arány kedvező, keresnünk kell a lehetőségeket a halálozás további csökkentésére.

Legjobb eredményt e téren is a *preventio*, a nem kívánt terhesség létrejöttének meggátlása adhatja. Egyik módja, a *fogamzásgátlók* használata a gyakorlatban ma még nem nyújt kielégítő eredményt. *Másik mód a meddővetétel*. Elvégzésére legalkalmasabb időpont más ok miatt végzett műtétnél, nyitott has mellett adódik. Ilyen alkalmat jelent a császármetszés is.

A császármetszés ugyanazon anyánál többször ismételtető műtét. Olvashattunk ugyanazon nőnél 12 esetben végzett császármetszésről is (11). A harmadiknál azonban majd mindig, másodiknál legtöbbször elvégzik a sterilizálást. Császármetszésnél *Argay—Nemcskay* 12,1%, *Szontágh—Kummerländer* 13,2%, *Pázmányi* 20% sterilizálásról számol be. A kockázatot ilyen esetekben nem az életveszedelem szempontjából kell mérlegelni, hiszen a meddővétevő társműtét technikailag könnyű, a szervezet számára külön megterhelést alig jelent. A kockázatot *kiterjesztett értelemben* a nő további életének, társadalmi és egyéni helyzetének fordulatai jelenthetik. Mint *Kovács* hangsúlyozza, a meddővetétel végleges, irreversibilis állapotot teremt, az egyén további sorsa viszont előre nem láthatóan (gyermekek halála, házasság felbomlása, új házasság létrejötte, anyagi körülmények javulása stb.) alakulhat.

Orvosi szempontból az mérlegelendő, nem rejt-e magában a meddővetétel elmulasztása után sorra kerülő terhesség megszakítás olyan többletveszedelmet, mely megelőzésére érdemes vállalni az életkörülményekben előadódható hátrányos helyzetet.

A művi vetélésekkel kapcsolatos egészségkárosodások megelőzésének 3 fontos követelménye:

1. *Az asepsis szigorú betartása.*
2. *Megfelelő érzéstelenítési mód megválasztása.* Lehetőleg a narcosis minden formájának (*Palik—Sámuel*), különösen a Trilennek (*Nagy—Szabó*) mellőzése, helyi érzéstelenítők (*Babos*) és analgeticumok (*Dalos, Tóth*) alkalmazása.
3. *A méhsérülés elkerülése.* A sérülés konzervatív-expectatív és műtétes ellátása egyaránt halálos szövődmények — elvérzés, peritonitis, sepsis, syncope, embolia — lehetőségeit rejtik magukban. Békés megye 27 873 művi vetülésénél (1950. I. 1—1960. VI. 30.) előfordult mindkét haláleset perforatio után történt (*Szendi—Lakatos*).

Fokozott óvatosságot, gondosságot igényelnek azon esetek, melyeknél az interruptióra jelentkező nő egészségi állapota károsodott, súlyosabb szervi elváltozások találhatók, vagy a műtét technikailag nehezebbnek ígérkezik. Művi vetelés szempontjából is „veszélyeztetett”-nek számítanak a méhen végzett műtéten átesett nők. Művi vetelésnél ilyenkor elsősorban a méhsérülés veszélye fenyeget. A méhfalon korábban végzett műtét perforációra hajlamosító tényező. A képződött hegszövet rugalmatlan, ellenállása kismértékű, így könnyen ejthető sérülés ezen helyeken (*Goszleth—Perényi*). A II. sz. Női Klinika anyagában (*Ferkó—Jánossy*) 44 terhességgel kapcsolatos perforációs esetből 4-nél szerepelt császármetszés a kórelőzményben.

De nem csupán a hegszövet violens átszakítása jelent veszélyt, hanem a hegben tapadó lepény hatására létrejövő destructio (*Szendi—Lakatos*), a méh

űrének deformálódása is. A terhes méh nagyságának megítélése is nehezebb császármetszés után. Bimanualis vizsgálattal a méh általában nagyobbnak tűnik, mint szondázáskor. Ha minden esetben a tapintással érzett nagyságnak megfelelő magasságra próbálnánk a szondát felvezetni, könnyen sérülést okozhatunk.

A medgyesegyházai szülőotthonban közel 7 év alatt 6200 művi vetélésből éppen 100 olyan eset adódott, hol korábban császármetszés történt. Ez 1,6%-os gyakoriságot jelent. Hasonló arányok mellett országosan évente 2500—3000 ilyen esettel számolhatunk.

100 esetünket olyan szempontból vizsgáljuk, milyen gyakori a szövődmények előfordulása ezen csoportban. 100 esetről lévén szó, az eset-számok egyúttal a százalékos arányt is jelentik. A sorozat elemzésre azért is alkalmas, mert valamennyi műtétet ugyanazon orvos végezte és az esetek válogatás nélküliek voltak.

A terhességmegszakításokat császármetszés után is a korábbi közleményemben (14) részletezett módon végeztem. Fokozott gondosság mellett más óvrendszabályt, módosítást nem alkalmaztam. Az anyagban 12 hétnél idősebb terhesség nem volt, a műtétek zömét Morphin-Scopolamin praemedicatio után Lidocainos parametrium-infiltrációban végeztem.

A 100 eset 66 beteget jelent, mivel 2 nő négyszer, 7 háromszor, 14 pedig kétszer volt megszakításon intézetünkben. 8-szor kétszeri, 92-szer egyszeri császármetszés szerepel a kórelőzményben. Anyagunkban 3, vagy több császármetszéssel átesett nő nem volt. A terhességmegszakítás 2 nőnél „A” pont alapján betegség (tbc. pulm., illetve nephritis chr.), a többi esetben „B” pont alapján történt.

Az átlagos ápolási tartam 1,3 nap volt, alig magasabb, mint a teljes művi vetéléses anyagban (1,15). Az országos 1,7-nél (*Miltényi*) alacsonyabb átlagos ápolási tartam — melynek oka a műtéten átesett nők türelmetlensége, a többlet-ápolási költség elkerülésére törekvés — hátrányos következménnyel nem járt. 100 nő közül csupán 1 jelentkezett interruptio után újrafelvételre utóvérzéssel.

78 terhesség 8 hetes, vagy fiatalabb, 22 pedig 8 hétnél idősebb volt. Ez csaknem azonos az össz-anyagban mutatkozó arányokkal (76,6% és 23,4%). Mivel művi vetélésnél a szövődmények előfordulása a terhesség idejével egyenesen arányos, minden esetben, de különösen a veszélyeztetett nőknél a minél korábban végzett interruptio az előnyösebb. Együlésben történt a terhességmegszakítás 97 alkalommal, 3-szor pedig *metranoikter* behelyezés után.

Perforatio vagy méhnyakrepedés egyetlen császármetszés utáni esetről sem történt. Össz művi vetéléses anyagunkban 6200 esetből 5-nél történt méhsérülés (0,08%). Láz egy esetben fordult elő. A szövődmények közül csupán az *utóvérzés-gyakoriság* (3%) több, mint az összes művi vetélések után (1,61%). A láz és 2 utóvérzés 8 hétnél idősebb terhesség megszakítása után mutatkozott, a 8 hétnél fiatalabb csoportban csak 1 utóvérzéses szövődmény volt. *Adnex-lobosodás, thrombosis* császármetszés utáni anyagunkban *nem* fordult elő.

100 esetünk azt mutatja, hogy császármetszés után végzett művi vetélésnél a szövődmények megfelelő gondossággal megelőzhetők. Hangsúlyozzuk azonban, hogy az ilyen esetek csak gyakorlott műtő kezébe valók.

Természetesen szerepet játszik a jó eredményekben az is, hogy a császármetszéseket a kórházi osztályokon megfelelő technikával végezték, a műtétek után jól tartó, erős hegvonalak képződtek. A császármetszéseket 3 kivétellel a gyulai és békéscsabai szülészeti osztályon végezték, valamennyit cervicalis transversalis metszéssel.

Összefoglalás

Császármetszés után 100 esetben sérülés és komolyabb szövődmény nélkül végzett terhességmegszakítás ismertetésével szerző felhívja a figyelmet, hogy az interruptio veszélyei megfelelő kautélák mellett kiküszöbölhetők. Eredményei azt mutatják, hogy fiatal korban, jó egészségi állapotban levő nőknél a császármetszéssel egyidőben végzett sterilizálások számát érdemes csökkenteni.

Irodalom

1. *Argay I.*—*Nemcskay T.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1960. 6. 358. — 2. *Babos I.*: Gyógyszereink 1960. 6. 27. — 3. *Dalos Gy.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1959. 6. 364. — 4. *Ferkó S.*—*Jánossy T.*: Orvosi Hetilap 1960. 21. 656. — 5. *Goszleth T.*—*Perényi I.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1951. 2. 53. — 6. *Kovács F.*: Orvosi Hetilap 1961. 28. 1297. — 7. *Miltényi K.*: Demográfia 1960. 3—4. 424. — 8. *Nagy L.*—*Szabó M.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1965. 4. 241. — 9. *Palik F.*—*Sámuel A.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1957. 2. 84. — 10. *Pázmányi J.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1960. 3. 168. — 11. *Ref.*: Orvosi Hetilap 1965. 4. 179. — 12. *Szendi B.*—*Lakatos I.*: Népegészségügy 1964. 1. 24. — 13. *Szontágh F.*—*Kummerländer L.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1951. 10. 306. — 14. *Tóth P.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1964. 5. 294.

MYDETON

INJEKCIÓ

Izomrelaxans és peripheriás értágító

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) 100 mg 1-piperidino-2-methyl- $\frac{3}{4}$ tolyl- $\frac{1}{2}$ propanon-3 hydrochlor-ot, 2,5 mg diaethylaminoaceto-2,6-xylylidid. hydrochlor-ot tartalmaz.

Javallatok: A harántcsíkolt izamzat bármilyen organikus neurológiai megbetegedés következtében (pyramispályák sérülései, sclerosis multiplex, myelopathiák, encephalomyelitis stb.) létrejött tónusfokozódással járó állapotai: izomhypertonia, izomspasmus, izomcontractura, rigiditás, spinális automatizmus.

Postencephalitis és arterioscleroticus parkinsonizmus.

Obliteratív érbetegségek (arteriosclerosis obliterans, angiopathia diabetica, thromboangiitis obliterans, Raynaud-kór, sclerodermia diffusa), továbbá érbeidegzési zavaron alapuló kórképek (acrocyano-sis, dysbasia angioneurotica intermittens).

Egyéni megítélés alapján postthromboticus vénás- és nyirokkerin-gési zavarok, ulcus cruris.

Adagolás: Az injekció intramuscularisan, intravénásan lassan és intraarteriásan alkalmazható.

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető.

KÖBANYAI GYÓGYSZERÁRUGYAR, BUDAPEST X.

Felelős kiadó: az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat igazgatója

68.6., 1305 Révai Nyomda, Budapest

KÜLÖNLENYOMAT

A

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

C. FOLYÓIRATBÓL

1964 5.

Szülőotthonban végzett művi vetélések tapasztalatai 3410 eset kapcsán

Írta: TÓTH PÁL dr.

Utóbbi években számos hazai közlemény foglalkozott a művi vetélések kérdésével, korai és késői szövődményeivel, felölelve egy-egy klinika, kórház vagy megye anyagát. A szülőotthonok ezirányú tevékenységet *Koppány* [6] és *Végh* [14] érintették a siófoki, illetve móri szülőotthon működésével kapcsolatos beszámolóikban. Szülőotthonban végzett nagyobb számú művi vetelés tapasztalatairól azonban nem jelent meg közlemény, noha 1956 óta a terhességmegszakítások nagy részét, Békés megyében 42,5%-át (*Szendi—Lakatos* [12]) szülőotthonok végzik. A 22 ágyas megyese gyházi szülőotthon 4 évi (1959—1962) anyaga egyrészt nagyságánál fogva tarthat érdeklődésre számot, másrészt azzal a sajátossággal bír, hogy mind a 3410 művi vetélést ugyanazon orvos végezte.

A szülőotthon 1958 decemberében nyílt meg. Több, mint 50 000 lakost számláló terület művi vetéléseit bonyolítja le — megszűrés, válogatás nélkül. Csupán a 12. hetet túlhaladott nagyságú, illetve a nyílt tbc-s eseteket küldjük kórházi osztályra. A szülőotthonba irányított nők 3 abortus-bizottság körzetéből jönnek. Emiatt nem ritka a felvételre jelentkezők halmozódása, előfordul, hogy egy napon 10—15 interruptiót végzek. *A művi vetélések száma* (1. táblázat)

1. táblázat

Év	Művi ab-k száma	Átlagos ápolási nap	8 héten belüli terhesség	8 héten túli terhesség	Együlésben befejezve	Metranoiakter tágítás után bef.
1959.	637	1,41	422 (66%)	215 (34%)	521 (81,8%)	116 (18,2%)
1960.	846	1,10	631 (74,6%)	215 (25,4%)	808 (95,5%)	38 (4,5%)
1961.	964	1,05	782 (81,1%)	182 (18,9%)	945 (98,0%)	19 (2,0%)
1962.	963	1,07	778 (80,8%)	185 (19,2%)	947 (98,4%)	16 (1,6%)
Össz.	3410	1,15	2613 (76,6%)	797 (23,4%)	3221 (94,53%)	189 (5,5%)

4 év alatt 51%-os, felvett betegekhez viszonyított aránya csak 7,2%-os emelkedést mutat. A művi vetélések számának növekedése tehát megközelítően arányos az össz-betegforgalom növekedésével. *Az átlagos ápolási nap* részben az időnként jelentkező ágyhiány, részben az interruptión átesett nők türelmetlensége miatt alacsony (1, 15); alacsonyabb, mint 1959-ben az országos 1,7 nap átlag (*Miltényi* [9]). Az egy ápolási nappal kibocsátott esetek azonban több, mint 24 órát töltenek műtét után a szülőotthonban, mivel a megszakításokat délelőtt végzem, kibocsátásra pedig másnap délután kerül sor.

Felvételkor a subfebrilitásnak, ha hűléses tünet nincs, nem tulajdonítok jelentőséget. A tágítást a hüvely száraz kitörlése után 1/2-es tágítókkal ellátott Hegar-sorozattal végzem. Nyolc hétnél nem idősebb terhességnél 10—11-ig tágítok, de nagyobb terhességnél sem 13-nál tovább. Nagyobb tágítás után ugyan kényelmesebb és gyorsabb a méh kiürítése, de tapasztalatom szerint ilyenkor a cervixben létrejövő kicsiny berepedések, mikrotraumák következményeképp több a parametran lobosodás. A méh kitakarításánál legtöbb esetben abortus-fogót is használok. A gyulai nőgyógyászat gyakorlatával egyezően

méhúri öblítést nem végzek. Lazább méhek kitakarítása közben 10 E Glan-
duitrin, hypertonias nőknél 5 E Oxytocint adok intravénásan.

Nyolc hétnél idősebb terhességnél, ha a méhnyak nehezen tágul, 24 órára
metranoikter helyezek be. 1959-ben az interruptióra jelentkezők 34%-a,
1961—62-ben viszont már csak 19%-a volt 8 héten túl. 4 év alatt a befejezés
módja is változott. 1959-ben a művi vetélések 18,2%-át, 1962-ben már csak
1,6%-át végeztem két ülésben, metranoikter tágítással. 4 év alatt tehát a 8
hétnél idősebb terhességek aránya közel felére esett, ugyanezen idő alatt
viszont a metranoikter használatát 1/10-ére csökkentettem. Erre a nagyobb
számú lázas eset miatt kényszerültem. *Szendi—Lakatos* [12] közleménye
metranoikter alkalmazása után 7,6% lázat említ. Anyagomban metranoikter
után a láz jóval gyakrabban, 16%-ban fordult elő. A metranoikter-frequentia
csökkentése kóros következményekkel (sérülés, utóvérzés megszaporodása)
nem járt. Bár a metranoikter a nehezen táguló, 10—12 hetes méhnél könny-
nyebb befejezést tesz lehetővé, bizonyos esetekben pedig alig nélkülözhető,
gyakorlott műtő rutinszerű alkalmazásától eltekinthet.

A terhességmegszakításokkal kapcsolatban *haláleset nem volt*, méheltá-
volításra sem került sor.

Műtési és korai szövődményeink (2. táblázat) közül legtöbb az első évben
(1959) adódott. Ennek egyik oka, hogy akkor volt legmagasabb (34%) a 8
hetesnél idősebb terhességek aránya. Szerepet játszott a következő évek
jobb eredményében az első évben szerzett nagyobb tapasztalat és gyakorlat
is. A döntő okot azonban abban látom, hogy 1959-ben a terhességmegszakítá-

2. táblázat

Műtési és korai szövődmények

Év	Sérülés	Utóvérzés	Láz, adnexlob	Egyéb	Összesen
1959.	1 (0,15%)	28 (4,41%)	25 (3,92%)	2 (0,31%)	56 (8,79%)
1960.	1 (0,11%)	9 (1,06%)	15 (1,77%)	2 (0,23%)	27 (3,19%)
1961.	1 (0,10%)	9 (0,93%)	11 (1,13%)	1 (0,10%)	22 (2,28%)
1962.	—	9 (0,93%)	12 (1,24%)	3 (0,31%)	24 (2,49%)
Össz.	3 (0,09%)	55 (1,61%)	63 (1,84%)	8 (0,23%)	129 (3,78%)

sokat részben érzéstelenítés nélkül, részben 1%-os Novocain infiltrációban
végeztem. A Novocainos parametrium-beszűrés gyakorlatunkban nem vált be,
talán azért, mert a nagyszámú megszakítás végzésekor nem jutott idő az
érzéstelenítő hatás (10—15 perc) kivására. A nyugtalan, jajgató nőknél a
méh kitakarítását minél gyorsabban igyekeztem elvégezni, legalább időtar-
tamában csökkentve a fájdalomérzést. A következmény több, mint 4%-os
utóvérzés-gyakoriság lett.

1960. év elejétől a *Dalos* [2] által ajánlott 0,02 g Morphin + 0,0005 g
Scopolamin praemedicatiót alkalmazom. 1961-től az eljárást *Babos* [1] köz-
leménye nyomán 20 ml 1%-os Lidocain-oldat parametran infiltrációjával
egészítem ki. Ez a kombinált módszer eddigi tapasztalataim alapján az egy
orvossal működő szülőotthonok számára ideális. Nyugodt, biztonságos műtési
feltételt teremt, az asszonyok jó része amnesziás. Kóros mellékhatást, keringési,
légzési, zavart, eszméletvesztést, excitatiót eddig több mint 2000 eset során
nem észleltem. A narcosisal szemben előnye, hogy a méhet nem lazítja el,
így jó effektusa, veszélytelensége miatt nagyobb intézetek számára is ajánlható.

Műtési szövődményként 3 át nem hatoló, az elülső áthajlási redő, illetve a
parametrium felé irányuló, *Hegar-tágítás során létrejött sérülés* adódott. Mind-

három eset a gyulai nőgyógyászati osztályon került hasmetszésre, méhet megtartó műtéttel. Egyik nő azóta szövődmény nélkül szült, másik ismételt terhességmegszakításokon esett át.

A művi vetélésekkel kapcsolatos sérülések gyakorisága hazai szerzők klinikai illetve kórházi anyagában 0,5—1% körül változik. *Takátsy* [13] 0,1%, *Szendi—Lakatos* [12] 0,13%, *Ferkó—Jánossy* [3] az összes vetélésekre vonatkozóan 0,28%, *Ozsváth—Rahó* [10] 0,4%, *Horn* [5] 0,5%, *Kovács F.* [7] 0,9%, *Raics—Árvay* [11] 1,66%, *Gyöngyösi* [4] 2% sérülést közöl. Ezen adatokkal összehasonlítva a *medgyesegyházi szülőotthon* 0,09% sérülésgyakorisága kedvező, közel áll a *Manstein* [8] gyűjtőstatisztikájában említett legalacsonyabb értékhez (0,04%). A móri szülőotthonban *Végh* [14] sérülésgyakorisága (0,09%) anyagunkéval megegyező. *Koppány* [6] a siófoki szülőotthonból 567 sérülés nélküli esetet említ. *Utóvérzést* a műtét utáni 2—60 napon 55 nőnél (1,69%) észleltem. A vérzések csupán $\frac{1}{4}$ -ed része mutatkozott a megszakítást követő ápolás alatt, $\frac{3}{4}$ részük újrafelvételt tett szükségessé. Az 55 vérzéses szövődmény közül 53-nál *recurettaget* végeztem. Az ismételt méhkaparások minden esetben jó eredményt adtak. A vérzés és láz megszűnt, újra nem jelentkezett. A *recurettage* jelentőségére a lobos esetek ismertetésénél visszatérek. A kaparékot szövettanilag nem vizsgáltam. Többségük szabadszemmel megítélhetően törmelékeny peterszéből állt. Egy ízben peterszévisszamaradás utáni vérvesztés miatt transfúziót kellett adnom. Művi vetéléssel kapcsolatban ez volt egyetlen vérátömlesztésünk.

Két esetben együlésben végzett megszakítás után a *terhesség tovább fejlődött*. Hat héten belül mindkét terhes méhet újabb méhkaparással ürítettem ki. Terhességmegszakításra felvett nők közül 59 (1,7%) a kaparékszövettani vizsgálata szerint nem bizonyult terhesnek. *Dalos* [2] 9 (0,9%) hasonló esetet említ.

Tévesen intrauterin graviditásnak vagy amenorrhoeának vélt méhen kívüli terhesség, simultan tubaris terhesség, mola vagy chorionepithelioma anyagomban nem fordult elő.

A terhességmegszakítást követően 63 (1,84%) *lázás szövődményt* észleltem, lázasnak véve mindazokat, akiknél a hőmérséklet egyszer is elérte a 38°-ot. A vérzéssel szemben a láz 80%-ban már az első bentfekvés alatt jelentkezett. A lázhoz több esetben *adnextáji nyomásérzékenység* is társult, de antibiotikum kezelésre a lázzal egyidőben megszűnt, resistencia nem alakult ki. Csupán egy beteget kellett méhkörüli exsudatummal, septicus lázmenettel kórházi osztályra helyezni. Conservatív kezelésre jól gyógyult, kétszer ismét átesett terhességmegszakításon. Más esetben adnexresistencia kialakulását nem észleltem. Ennek oka az lehet, hogy a Békés megyei falusi lakosság körében *ritka az idült méhfüggelék-gyulladás*, így a curettage utáni fellobbanás lehetősége is. Másrészt összefüggésben van azzal, hogy vérezgetés esetén *liberalisan végzek ismételt méhkaparást*, nem várva addig, míg a visszamaradt, pangó, fertőződő méhtartalom lázat, adnexlobosodást okoz. Érdemesebb vállalni a betegek neheztelését, hogy az első méhkaparás nem sikerült, mint a bizonytalan eredményt adó, a későbbi egészségkárosodások szempontjából kockázatosabb conservatív kezelést.

Felületes *thrombophlebitis* 1 lázas betegnél lépett fel. 11 napi ápolás alatt gyógyult.

A 3410 terhességmegszakítás során a duplicált esetek (pl. vérzés és láz ugyanazon betegnél) leszámításával a megszakítást követő 60 napon belül összesen 121 nőnél (3,54%) észleltem szövődményt. *Takátsy* [13] 3%, *Dalos* [2] 13,43%, *Raics—Árvay* [11] 17,4% korai szövődményt említ. Művi vetéléssel összefüggésben 4 ritkább műtéti, illetve kísérő szövődmény adódott.

1. Praemediatio nélkül, együlésben végzett terhességmegszakítás során a méh ellazulása miatt 10 E Glanduitrint adtam i. v. Beadás után azonnal cyanosis, légszomj, veritékezés. Első percekben légemboliának látszott, azonban az ajkak és szemhéjak rövidesen felpuffadtak, oedemások lettek. Ez mutatott arra, hogy a kifejlődő shock-állapot *gyógyszerérzékenység* következménye. O₂ belélegeztetés, Tonogen, Suprastin, Eucoran, Coffein, Strophanthin, Calcium adása után a beteg állapota javult, a pulsus 30 perc múlva tapintható lett. Az asszony utólag elmondotta, hogy gyógyszerekre érzékeny, gyógyszerbevitel után máskor is volt rosszulléte.

2. Metranoikter behelyezés, gyógyszeres méhtonisálás után hyperpyrexias delirium lépett fel. A több, mint 100 kg-os, dühöngő beteget kórházi osztályra szállítottuk. Állapota a méh kitakarítása után rendeződött.

3. Nem szült nő 10 hetes terhességének megszakítása után a mellek megduzzadtak, 26 nap múlva *abscedáló mastitis* alakult ki. Feltárás során 200 ml gennyet bocsátottam le.

4. 42 kg súlyú nő *gyógyszercsere* folytán praemedicatióként 0,02 g Morphint és 0,001 g (!) Scopolamint kapott subcut. A tévedést azonnal észrevettük. Nalorphin, Spiractin, centralis izgatók adása után igen gyér légzéssel kórházi osztályra szállítottuk. Légzése néhány órán belül rendeződött. *A késői szövődményekről* gyűjtött anyagom nincs, csupán megfigyelésekből következtethetek a várható gyakoriságra. A *Raics—Árvay* (11) által említett, művi vetelés miatt invalidussá vált nőt anyagomban nem láttam. Eddig a terhességmegszakításon átesettek közül meddőségi, idült adnexlobos, psychés panaszokkal visszatérő nem volt. Interruptio után 3 hónapnál tovább fennálló amenorrhoeával 2 nő jelentkezett. Az elvégzett méhkaparás során cervixocclusiót nem találtam. A szövettani vizsgálat mindkét esetben prolif. szakot mutatott.

2 fiatal nő az első graviditás megszakítása után fogamzott, megtartani kívánt terhességét elvetélte. 171 nem szült nőnél végzett terhességmegszakításhoz viszonyítva ez már most több, mint 1%-os gyakoriság, pedig ezen nők közül eddig bizonyára többen még nem óhajtottak újabb terhességet kiviselni. Az eddig tudomásomra jutott késői károsodások közül egyéni és népszaporodási szempontból ez látszik legjelentősebbnek. Bár említett 2 esetben Rh incompatibilitás nem volt, érdemes lenne minden első terhesség megszakítása előtt az Rh vizsgálat kötelező elvégeztetését elrendelni.

A szövődmények előfordulása — mint arra *Szendi—Lakatos* (12) és *Dalos* (2) is rámutattak — mindig magasabb a tudomásunkra jutottnál. Tapasztalatom szerint azonban a társadalombiztosítás kiterjesztése és a lakosság igényének, felvilágosultságának emelkedése következtében ma már valamennyi, komolyabb, elhúzódóbb szövődmény visszakerül intézetbe. Magunk minden beteget azzal bocsátunk haza, hogy panaszok esetén ismét jelentkezzen. Azon szövődmények, melyek enyhe lefolyásuk miatt intézeti kezelést nem igényelnek, nagyobb jelentőséggel nem bírnak.

Eredményeim az összehasonlítás tükrében kedvezőek. Azt mutatják, hogy a *művi vetelés kockázata szülőotthonban nem nagyobb, mint kórházban vagy klinikán*. A nagy intézetek adottságának fölénye a szövődmények ellátásánál jelentkezik. A szövődmények megelőzésében, a méh kíméletes, de alapos kitakarításával azonban a tapasztalt szakorvos által vezetett szülőotthon van előnyben az oktatást, ill. szakorvosképzést is ellátó klinikákkal, kórházakkal szemben, hol a terhességmegszakítások jó részét gyakorlatlanabb kéz végzi. A szülőotthoni eredményeket tovább lehetne javítani azzal, hogy a nagy forgalmú szülőotthonok vezetői másodorvost vagy központi gyakornokot kapnának segítségül sokrétű munkájukhoz, melynek a művi

vetélések csak egy részét képezik. Ha gyakran nem a szülőágy mellett töltött éjszaka után kellene a terhességmegszakítások elvégzéséhez kezdeni, bizonyára még jobbak lennének az eredmények.

Összefoglalás

Szerző a megyesegyházai szülőotthonban 4 év alatt végzett 3410 művi vetélésről számol be. Évekre bontva ismerteti a korai szövődményeket, kitér a késői károsodások várható gyakoriságára. A szövődmények előfordulása ritkább volt, mint nagy intézetek anyagában. Ezt annak tulajdonítja, hogy valamennyi terhességmegszakítást maga végzett, az utóvérzéseket pedig actívan kezelte.

Irodalom

1. Babos, I.: Gyógyszereink 1960. 6, 27. — 2. Dalos, Gy.: Magyar Nőorvosok Lapja 1959, 6, 364. — 3. Ferkó S.—Jánossy T.: Orvosi Hetilap 1960, 33, 1153. — 4. Gyöngyösi F.: cit. Kovács F. — 5. Horn B.: cit. Kovács F. — 6. Koppány T.: Népegészségügy 1958. 7, 171. — 7. Kovács F.: Orvosi Hetilap 1960, 21, 656. — 8. Manstein: cit. Szendi—Lakatos. — 9. Miltényi K.: Demográfia 1960 3—4, 424. — 10. Ozsváth I.—Radó S.: Népegészségügy. 1961. 4, 121. — 11. Raics J.—Árva S.: Magyar Nőorvosok Lapja 1958. 5, 249. — 12. Szendi B.—Lakatos I.: Magyar Nőorvosok Lapja 1961. 6, 354. — 13. Takácsy T.: Népegészségügy 1959. 10, 271. — 14. Végh G.: Népegészségügy 1959. 10, 271.

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója

63.9., 16356 - Révai Nyomda, Budapest, Vadász utca 16.

KÜLÖNLENYOMAT

A

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

C. FOLYÓIRATBÓL

1964 - 2

TÓTH PÁL dr.:

A medgyesegyházi szülőotthon nőgyógyászati tevékenysége 4 év munkája tükrében

Közlemény a mezőkovácsházi járás medgyesegyházi szülőotthonából

A szülőotthonok beteganyaga, működésük jellege a közelmúltban megváltozott. Míg 10—12 évvel ezelőtt tevékenységük csaknem kizárólag szülések ellátására korlátozódott, 1956 óta a szakorvos által vezetett szülőotthonok részt vállalnak a művi vetélések lebonyolításában is. Ez a változás a szülésszám csökkenésével, a kevesebb ápolási napot igénylő terhességmegszakítások megszorodásával viszonylagos ágybőséget eredményezett. Ugyanakkor a társadalombiztosítás széles körű kiterjesztésével a vidéki nőgyógyászati osztályok zsúfoltsága növekedett. A szülőotthoni ágykihasználás csökkenése, az intézeti kezelést igénylő nőbetegek számának növekedése indokoltta tette, hogy a nagyobb szülőotthonok egy része nőgyógyászati eseteket is ellásson, mint arról a siófoki (Koppány) és móri (Végh) szülőotthonok vezetői is beszámoltak.

A medgyesegyházi szülőotthon 1958 decemberében kezdte meg működését 20 ágygal. A szülésekre vonatkozóan csaknem 40 000, művi vetélésekkel kapcsolatban több, mint 50 000 lakost számláló terület betegellátását végzi. Ágyaink számát 1960. júniusában egy közeli 3 ágyas szülőotthon megszüntetésekor 22-re emelték. 4 év (1959—1962) alatt összesen 6449 beteget vettünk fel. Ápolási napjaink száma 22 607 volt. Ágyki-

használásunk a 4 évi periódusban 73%. Terhesek, szülönők, gyermekágyasok és vetelő nők mellett nőgyógyászati betegeket is kezeltünk. Beszámolónk ezen eseteket öleli fel.

A szülőotthonhoz tartozó területen nőgyógyászati szakrendelés nincs. Kezdetben a nőgyógyászati betegek maguktól vagy körzeti orvosi beutalással jelentkeztek felvételre. 1959 végétől, a Mozgó Szakorvosi Szolgálat megindulása után, magunk rendeljük be a megfelelő betegeket. Csak olyan eseteket veszünk fel, melyek megoldását az egy orvossal ellátott intézet korszerű gyógymódok alkalmazásával kockázat nélkül vállalhatja, a gyógykezelés várhatóan eredményes lesz, a szülőotthon működését közegészségügyi szempontból nem zavarja.

Az épület tagoltságánál fogva nőbetegeinket a gyermekágyasoktól elkülönítve tudjuk elhelyezni. Műtőhelyiségünk jól felszerelt, tágas, hasmetszés végzésére is alkalmas.

Összes felvett betegünk (6449) közül 597 (9,3%) nőgyógyászati eset volt, ezek ellátására a 22 607 ápolási napból 1489-et (6,6%) fordítottunk. A művi és megindult vetélések korai szövődményei jelen beszámolóban nem szerepelnek. Nőgyógyászati betegeink közül a műtéten átesettek átlagos életkora 37 év, a conservatíván kezeltéké 34 év volt. Legfiatalabb betegünk (juvenilis metropathiával) 13 éves, legidősebb

(cervicalis polypussal) 68 éves volt. Az 597 nőgyógyászati beteg közül 505 kis műtéten, 92 conservatív kezelésem esett át.

A műtétnél nyert anyagot minden esetben szövettani vizsgálatra küldtük. A vizsgálatok elvégzéséért ez alkalommal is köszönetet mondunk Heim főorvos úrnak és a gyulai megyei kórház kórbonctani osztályának.

Műteteinket részben Intranarcon-narcosisban, részben Morphin-Scopolamin praemedicatio után végeztük.

Műteteink zöme (70%) *curettagé* volt. A 358 méhkaparás közül 91-et (25%) társműtéttel (polypeltávolítás, ékchimetszés, kauterisatio, kolpopunctio, perflatio) végeztük. A javallatok túlnyomó része — 260 eset — vérzészavar volt, ebből 59 sec. amenorrhoea. Ezen betegek abortus bizottsági engedéllyel terhesként jelentkeztek felvételre. 201 rendellenes vérzés közül a kaparék szövettani vizsgálata 4 esetben *endometrium-carcinomát*, 1 esetben *tbc-t* mutatott.

43 nőnél végeztünk *polypeltávolítást*. 34 alkalommal méhkaparással, egy ízben ékchimetszéssel együtt. A 43 eltávolított cervicalis polypus közül 1 *carcinomásnak* bizonyult.

Az *erosios* betegek felvételénél különös körültekintéssel jártunk el. Csak fiatalabb nők (átlagos életkor ezen csoportban 31 év) kis kiterjedésű erosioját, ektropiumát kezeltük.

Valamennyit, számszerint 111-et elektrokauterrel égettük le. A kauterisatioval együtt 12 alkalommal *curettagét*, 7 esetben pedig ékchimetszést végeztünk. A kauterisatiót követően 9 nőnél lépett fel utóvérzés. 7-et tamponálással, 2-t leöltéssel csillapítottunk.

18 esetben végeztünk vaginalis, ill. abdominalis totalexstirpatio után *hüvelyboltozati granuloma-eltávolítást*. Ezen betegek többsége más intézetben ambuláner végzett varratszedés, Volkmann-kaparás után jelentkezett, mivel folyásos-vérzéses panaszuk nem szűnt. Felvételüket azért tartottuk szükségesnek, hogy a granulatiót fenntartó varratot nyugodt, a beteg részére fájdalommentes körülmények közt kerelessük fel.

Kolpopunctiot 25 esetben végeztünk, 16 betegnél *curettagéval* együtt. A javallat exsudatum, adnextumor, ill. extrauterin graviditas gyanúja volt. 2 eset bizonyult valóban méhen kívüli terhességnek.

A *meddőség* miatt végzett műteteinkkel részletesebben foglalkozunk. 38 nőt elsődleges, 3-at másodlagos meddőséggel kezeltünk. Sajnos, csak néhány esetben sikerült a férj vizsgálatát elvégeztetni. A férfiak többsége még a spermavizsgálatnak sem hajlandó alávetni magát.

Meddőség miatt a következő beavatkozásokat végeztük:

Curettagé	17
Curettagé + perflatio	21
Curettagé + perflatio + Syntestrin-implantatio	2
Perflatio	2
Syntestrin implantatio	3

4 betegnél a perflatiót, ill. Syntestrin-implantatiót a curettagét követően végeztük, így ezen esetek a műtéti felsorolásban kétszer szerepelnek. Adnexresistentia vagy genit. tbc. alaposabb gyanúja esetén először méhkaparást végzünk, perflatióra csak a szövettani eredmény birtokában rendeljük vissza a beteget. A betegek egy része a perflatio elvégzését halogatja, bár figyelmüket mindig felhívjuk, hogy a méhkaparás csak legelső lépés meddőségük okának felderítésében. Ezért szabad környezetnél inkább egy ülésben végezzük a tubaátfúvást és a méhúri-vizsgálatot. Ennek hátrányos következménye (láz, méhkörüli gyulladás) anyagunkban nem volt. Syntestrin-implantatiót csak genitális hypoplasianál végzünk, előzetes szövettani vizsgálat után vagy a méhkaparással egyidőben.

Korábban csaknem mindegyik meddő betegünk részesült különböző gyógymódokban, legtöbbször nem szakorvos által adott hormonkezelésben. Ennek hátrányait minél több alkalommal kell hangsúlyoznunk. A 2 évnél régebben fennálló meddőség kezelésében nem hanyagolható el az idő-factor. Minél korábban részesül a meddő nő intézeti kezelésben, annál nagyobb a lehetőség a teherbe jutásra. Tapasztalatunk szerint a gyakran nem is szakszerű hormonkezelés eredménytelensége után a falusi betegek nagy része elcsügged. Úgy gondolja, mindent megtett a siker érdekében, intézeti kezelésre esetleg csak évek múlva, meddősége miatti családi konfliktus esetén szánja rá magát.

A nagy adagokkal végzett tüszőhormon-kezelés különösen ivarszervi tbc-nél lehet káros. Meddőségnek az általános orvosnak is gondolnia kell a genitális tbc lehetőségére. Anyagunkban a meddőség miatt végzett méhkaparás utáni szövettani vizsgálat 2 esetben mutatott *endometrium-tbc-t*.

Eredményeink a teherbe esést illetően kedvezőek. 38 primer sterilitással kezelt nő közül 7 fogamzott, közülük 6 (15,8%) terhességét kiviselte, élő magzatot szült. A 6 kiviselt terhességből 4 *curettagé + perflatio*, 1 *curettagé + perflatio + Syntestrin-implantatio*, 1 pedig *curettagé + Syntestrin-implantatio* után fogamzott. A házasságkötéstől a fogamzást lehetővé tevő műtéti beavatkozásunkig az egyes betegeknel 2, 2 és fél, 3, 5, 6, illetve 11 év telt el.

Egyik betegünk már a *curettagé* után teherbe esett, de elvetélt.

A 3 sec. sterilitással kezelt nő közül 1 viselt ki terhességet. Ezt azonban nem tulajdonítjuk a műtét sikerének, mivel a *curettagé-perflatiót* a beteg határozott kérésére 5 hónappal korábbi spontán vetélése után végeztük. A javallatot gyakorlatunktól eltérően a beteg sajátos családi körülményei miatt állítottuk fel liberálisan. Úgy mondotta, házassága fennmaradása függ a mielőbbi teherbe eséstől. Valószínűleg orvosi beavatkozás nélkül is teherbe esett volna.

Meddőség miatt kezelt betegeink sorsát később is figyelemmel kísérjük. Azokat, kik a szövettani vizsgálat után javasolt hormonkezelés segítségével sem jutnak 6—8 hónapon belül teherbe, további vizsgálatokra, illetve kezelésre kórházi osztályra küldjük.

Egyéb kis műtétet 12 esetben végeztünk. Ezek közt *Bartholin-tályog* megnyitás, coitus-

sérülés ellátása, hüvelyfali excisio, fibroma-eltávolítás stb. szerepel.

Műtétes eseteinkben az *átlagos ápolási tartam* 1,87 nap volt. Kauterisatio és granuloma-eltávolítás után általában másnap hazabocsátottuk a betegeket. Műtéti vagy műtétet követő szövődmény az említett 9 kauterisatio utáni vérzésen kívül nem volt.

92 beteget kezeltünk conservative, közülük 30-at adnexitissel. A heveny folyamatokat antibioticum-, a félheveny és idült lobosodásokat URH- és roboráló kezelésben részesítettük. A 8—10 napi kezelés a fekvéssel, kikapcsolódással együtt az idült folyamatoknál is lényeges subjectiv javulást adott. Kolpitis, fluor, vulvovaginitis miatt 20 beteget kezeltünk.

Vérzészavar miatt 18 nőnél végeztünk conservativ kezelést, juvenilis metropathiákon kívül csak előzetes szövettani vizsgálat után. Egyéb eseteink csoportjában változáskori tünetekkel, bizonytalan alhasi fájdalmakkal, dyspareuniával stb. jelentkező nők voltak. A conservative kezelt nőbetegek átlagos ápolási napja 5,8 volt.

NÉPEGÉSZSÉGÜGY 1964. 2

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy nőgyógyászati tevékenységünk az adottságokhoz mérve eredményes volt. 4 év alatt 5 carcinomát és 3 genitális tbc-t fedtünk fel, 6 meddő nő pedig műtétes beavatkozásunk után jutott teherbe, illetve szülte meg magzatát. Eredményeinket (végzett curettagek, felfedett carcinomák, illetve tbc aránya, meddőséggel kezelték közül teherbe esettek aránya stb.) kórházi vagy klinikai anyaghoz nem hasonlíthatjuk. Anyagunk egyrészt kicsiny, másrészt a szülőotthon jellegénél fogva selectált. Ha emiatt therapias következtetések levonására nem is alkalmas, képet ad az egy orvossal ellátott szülőotthon nőgyógyászati tevékenységének lehetőségeiről, teljesítőképességéről.

IRODALOM

1. *Koppány T.* Népegészségügy 1958. 7. 171. — 2. *Végh G.*: Népegészségügy 1960. 11. 332.

Szerk. megjegyzés: A cikk vitaanyagnak tekintendő különösen olyan vonatkozásban, hogy mennyire irányítsunk nőgyógyászati betegeket szülőotthonokba a jelen körülmények között. A jövőben a nőgyógyászati ellátás feltétlenül csakis kórházi feladat lehet.

