

DIE VENTOUSE (SUIGTREKKER) IN DIE ALGEMENE PRAKTYK

ERICH KUSCHKE, M.B., CH.B. (PRET.), D. VERL., K.O. & G. (S.A.), *Vredenburg*

Heelwat wetenskaplike dissertasies oor hierdie rewolusionêre obstetriesse ontwikkeling het reeds in vele wêrelddele en in baie tale verskyn. Tot nogtoe kon geen publikasies in verband met die voordele wat hierdie apparaat se toepassing in die algemene praktyk inhou, gesien vanuit die oog van die algemene praktisyn, nagespoor word nie.

Die doel van hierdie mededeling is om my indrukke en ondervinding met die gebruik van hierdie instrument na aanleiding van 23 gevalle kortliks weer te gee.

Die Indikasies

Daar was dikwels meer as een faktor gelyktydig aanwesig om as aanduiding vir die gebruik van die suigtrekker te dien. Hier word net die hoofindikاسies in elke geval weergegee.

TABEL I. INDIKASIES VIR GEBRUIK VAN SUIGTREKKER

Moederlike uitputting	3
Uterine traagheid	6
Fetale nood	4
Vorige keisersnee	1
Diep dwarsstand van die voorliggende fetale skedel (1 Bantoevrou, 1 Kleurlingvrou)	2
Pre-eklampsie (voortydse kraam)	1
Profilaktiese suigtrekkerverlossing soos bv. in 'n verlengde tweede stadium	5
Blywende oksipito posterior ligging	1
Totaal	23

Die Tegniek

Die nuutste ontwerp van die Malmström-apparaat is gebruik. Met uitsondering van een geval was algemene narkose nie nodig nie. In hierdie enkele geval waar algemene narkose gebruik moes word, was die indikاسie die feit dat hierdie pasiënt besonder hiper-reaktief was. Plaaslike infiltrasie van die vulva en omstreke en/of bilaterale pudendale senuweeblok was in die meeste gevalle voldoende en by sommige multiparae was verdoving nie nodig nie.

Voorkeur is gegee aan die grootste moontlike suierdop by elke spesifieke geval. Die lugleemte is geleidelik en trapsgewys opgebou oor 'n periode van 6 tot 10 minute in fraksies van 0.1 kg. per vk. cm. totdat die totale negatiewe druk -0.6 tot -0.8 kg. per vk. cm. op die kind se kopvel was. Na suksesvolle applikasie is traksie intermitterend en gesinchroniseerd met uterine kontraksies uitgevoer, behalwe in die gevalle waar uterine traagheid aanwesig was en traksie gebruik moes word om uterine kontraksies te stimuleer. Die applikasie-verlossingsperiode het in duur gewissel van 3 tot 35 minute. Suigtrekker-verlossings was in alle gevalle geslaagd.

Komplikasies

Daar was geen moederlike komplikاسies nie. Een baba het 'n reuse sefalhematoom ontwikkel. Hierdie kind het

gely aan hemorragiese siekte van die pasgeborene en die hematoom het geleidelik oor die verloop van 48 uur ontstaan. Die kind se hemoglobienwaarde het gedaal tot 9 G/100 ml. en 'n bloedoortapping moes toegedien word. Geen kliniese manifestasies van besering van die sentrale senuweestelsel kon gevind word nie en op die ouderdom van 18 maande was hierdie kind in alle opsigte normaal.

GEVAL-BESPREKINGS

Geval 1

Mev. T.B. was 'n primigravida wat op 41 weke spontaan in kraam gegaan het. Die eerste stadium het gepaard gegaan met pynlike ondoeltreffende uterine kontraksies en na die verloop van 40 uur was die voorliggende fetale kop in die midbekken en die serviks was 8 cm. ontsluit. Teen hierdie tyd was die samewerking van die pasiënt swak en haar moraal was laag. Dit was baie moeilik om 'n pudendale blok uit te voer en derhalwe moes 'n ligte algemene narkose toegeedien word tydens applikasie van 'n suierdop van 40 mm. Na 'n applikasie-duur van 35 minute (die langste in die reeks) en intermitterende traksie, gesinchroniseerd met uterine kontraksies, is die baba in 'n blywende oksipitoposterior posisie verlos. Daar was tekens van matige asfiksie by die baba maar resussitasie was vinnig suksesvol. Dit het geblyk dat die suigtrekker nie presies oor die klein fontanel geapplied was nie en hierdie feit het waarskynlik die mate van defleksie veroorsaak wat die blywende oksipitoposterior posisie in die hand gewerk het. Hierdie baba was dan ook die een wat die selfhematoom ontwikkel het (sien bo).

Etlike deskundiges, onder wie Greenhill,⁵ Martius⁶ en Huntingford,⁷ maak melding van die verhoogde risiko vir die baba waar suigtrekking 'n aanvang neem tydens die eerste stadium van kraam.

Geval 2

Mev. A.S. was 'n 24-jarige secundigravida, wat voorheen 'n laer-segment keisersnee gehad het weens uterine traagheid. 'n Lewende kind is gebore en is op die stadium van hierdie bevalling 2 jaar oud. In hierdie swangerskap het sy op voltyd spontaan in kraam gegaan en na 'n periode van 12 uur in sterk kraam was die serviks 8 cm. ontsluit en dun. Op hierdie stadium was die uterine kontraksies so hewig dat daar gevrees is vir die integriteit van die litteken in die laer segment en derhalwe is 'n suigtrekker verlossing onderneem met 'n suierdop van 40 mm. na bilaterale pudendale blok. 'n Lewende baba van 7½ pond is sonder enige moeite na 'n periode van 8 minute na applikasie verlos.

In albei hierdie gevalle was die enigste alternatiewe prosedure 'n keisersnee.

In hierdie reeks het daar twee gevalle van diep dwarsstand van die voorliggende fetale skedel voorgekom. By die stadium dat 'n ingreep aangedui was, was omstandighede sulks dat 'n moeilike tangverlossing na manuele of instrumentele rotasie van die voorliggende kop die enigste alternatief tot suigtrekker verlossing sou wees. Hierdie ingewikkelde ingrepe sou met algemene narkose gepaard moes gaan. Met die gebruik van die suigtrekker in hierdie twee gevalle het spontane rotasie van die oksiput na vore plaasgevind met die verlossing van die babas in die oksipito-anterior posisie.

Die 3 gevalle van moederlike uitputting was aldie pasiënte van kollegas. Die tydsduur van die kraam by hierdie pasiënte was onderskeidelik 24, 50 en 70 uur. Aldrie was primigravidae en hulle is sonder uitsondering in minder as 10 minute sonder enige moeite met die suigtrekker verlos. Onder die res van die gevalle was daar enkeles wat tangverlossings sou moes hê as 'n alternatiewe ingreep en daar was ook 'n paar wat spontaan sou gekraam het maar nie sonder 'n mate van onnodige ekstra beproewing vir die moeder nie.

BESPREKING

Keuse van Geval

By die keuse van instrumentele verlossing in die algemene praktyk moet die geneesheer aan twee faktore aandag gee.

(a) *Die fasiliteite vir die tipe narkose waarop die obstetrisiese pasiënt aanspraak maak, is baie selde in die algemene praktyk beskikbaar.* Die stelling: 'obstetrical anaesthesia is no job for the occasional anaesthetist', soos gemaak deur Donald,⁸ kan nie weerspreek word nie.

(b) *Die verloskundige is dikwels nie opgewasse teen die probleem nie.* 'n Besige algemene praktisyn doen hoogstens 50 bevallings per jaar. Die oorgrote meerderheid van hierdie gevalle is heeltemal normaal en op statistiese gronde geredeneer sal 'n algemene praktisyn dan bv. hoogstens elke 6 jaar 'n diabetiese vrou met 'n swangerskap aantref, elke 5 jaar een met 'n hartletsel en elke 4 jaar een waarby Rh iso-immunisasie 'n probleem is. In 1962 was daar 8,663 kraamgevallen wat onder die sorg van die Pretoria se Universiteit se Mediese Skool plaasgevind het.⁹ Onder hierdie hele getal was daar slegs 7 gevalle van manuele rotasie en tangverlossing vir diep dwarsstand van die fetale skedel. In hierdie selfde tydperk is Kielland-rotasie en ekstraksie vir dieselfde indikasie slegs drie keer gedoen. Dit is dus uit die aard van die saak vanselfsprekend dat die algemene praktisyn min ondervinding van hierdie ingewikkelde en potensieel gevaarlike ingrepe kan hê.

'n Radikale nuwe konsep, en veral as dit vanaf die Vasteland afkomstig is, vind maar stadig toegang tot die konserwatiewe Britse sfeer van verloskunde waarin ons onself bevind. Dit sal nog 'n hele aantal jare duur voordat die finale besluit geneem word oor die waarde van die suigtrekker en die indikasies en kontra-indikasies daarvan. Dit wil egter voorkom asof hierdie instrument 'n heroriëntasie van obstetrisiese denke gaan afdwing, veral ten opsigte van die indikasies vir ekstraksie en die keuse van die geskikte oomblik vir ingreep.⁴

Sommige Europese verloskundiges het die obstetrisiese tang geheel en al verplaas met die suigtrekker.¹⁰ Die enigste uitsonderings waar die tang nog gebruik word, is aangesigsligging (in daardie gevalle waar die fetale kop voorliggend is).

Dat suigtrekker-verlossing vir die moeder relatief skadeloos is, word algemeen aanvaar.

Heelwat oordeelsvermoë en ervaring is noodsaaklik wanneer die suigtrekker aangewend word in 'n geval waar die fetale kop hoog is en die serviks nie volledig ontsluit is nie. Dit is die indruk van sekere navorsers met hierdie instrument dat hierdie groep gevalle vermy behoort te word.^{3, 11, 12}

Fothergill en Chalmers¹ is die mening toegedaan dat hierdie instrument nie vir tuisbevalling gebruik moet word tensy die fetale kop verby die spinae ischiadicae en die serviks vol ontsluit is nie. Hierdie stelling kan egter net relatief wees en baie sal afhang van die plaaslike omstandighede soos bv. die ondervinding van die operateur, die aanwesigheid van hospitaalgeriewe, en die betrokke afstand tussen die pasiënt en sulke geriewe.

Lasbrey *et al.*¹³ gebruik nie soseer die stand van die voorliggende fetale kop en die toestand van die serviks as maatstaf nie maar heg baie waarde

aan die aantal traksies wat nodig is om die fetale kop te verlos. Hulle beveel aan dat nie meer as 3 tot uiters 5 traksies uitgeoefen moet word nie.

Vir die fetus hou suigtrekkerverlossing ook minder gevare in as enige ander vorm van instrumentele verlossing. Snoeck¹⁰ en Rosa¹⁴ het bewys dat die mees optimale aplikasie van 'n uitgangstang die intrakraniële druk 20 keer meer verhoog as die mins optimale suigtrekker aplikasie (d.w.s. die kleinste suierdop).

Onder die invloed van suigtrekking ondergaan die fetale skedel wat in die oksipito-posterior of die oksipito-transvers posisie is in die meerderheid van gevalle outo-rotasie na die oksipito-anterior posisie. As die bekkenvorm dit vereis, sal hierdie rotasie na die oksipito-posterior posisie geskied. Die suigtrekker laat toe dat hierdie rotasie op die vlak wat die gunstigste is vir die verhouding tussen die betrokke skedel en bekken, sal geskied.²

Die suigtrekker maak dit dus onnodig dat die algemene praktisyn met relatief min ervaring moeilike en potensiële gevaarlike obstetriese ingrepe uitvoer, onder ongunstige omstandighede, soos bv. in die afwesigheid van 'n goeie narkotiseur, 'n bloedbank en so meer.

GEVOLGTREKKING

- (1) Ek wil die suigtrekker by my kollegas in die algemene praktyk aanbeveel en wil die gebruik daarvan veral aanraai by diegene wat hulle ver van 'n groot sentrum af bevind. Dit is egter nie 'n instrument wat sonder meer gebruik kan word nie en voordat suigtrekkerverlossing gepoog word, moet die praktisyn vertrouwd wees met al die fynere puntjies van die tegniek.
- (2) Ek wil aanbeveel dat die suigtrekker die eerste keuse moet wees in enige geval van verlengde of moeilike kraam. As vaginale verlossing ten spyte van 'n poging tot suigtrekkerverlossing deur

'n ingeligte persoon faal, kan aangeneem word dat vaginale verlossing deur enige metode baie moeilik of gevaarlik sal wees. 'n Keisersnee sou onder hierdie omstandighede geregverdig wees en die feit dat 'n proef-suigtrekkerverlossing gebruik is, benadeel hoegenaamd nie die moeder of die fetus nie. (Dit is vanselfsprekend dat proef-suigtrekkerverlossing nie in gevalle van akute fetale nood gebruik sal word nie.)

Proef-suigtrekkerverlossing sal 'n groot aantal onnodige keisersneë voorkom en die totale insidensie van keisersnee-verlossing sal daal.

OPSOMMING

Die ervaring van 'n algemene praktisyn met die Malmström-suigtrekker aan die hand van 23 gevalle word weergegee. Suigtrekkerverlossing was sonder uitsondering geslaagd. Daar was slegs een perinatale komplikasie (sefalhematoom). Vanweë die veiligheid van hierdie instrument vir moeder en baba, die baie eenvoudige tegniek daarvan en die feit dat algemene narkose nie by die aanwending daarvan noodsaaklik is nie, word hierdie apparaat met entoesiasme by kollegas aanbeveel as 'n plaasvervanger van die obstetriese tang in die algemene praktyk.

As die gebruikstegniek korrek is, is 'n gefaalde suigtrekkerverlossing 'n indikasie vir keisersnee.

Dr. J. J. Bornman word bedank vir sy wenke en die kritiese nales van die manuskrip.

VERWYSINGS

1. Fothergill, R. J. en Chalmers, J. A. (1961): *Practitioner*, **186**, 559.
2. De Villiers, J. N. en Bornman, J. J. (1963): *S. Afr. T. Geneesk.*, **37**, 574.
3. Evelbauer, K. (1958): *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, **18**, 82.
4. Bergman, P. en Malmström, T. (1961): *Nord. med.*, **65**, 578.
5. Greenhill, J. P. (1962-63): *Year Book of Obstetrics and Gynecology*, bl. 206. Chicago: Year Book Publishers.
6. Martius, H. (1958): *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, **18**, 83.
7. Huntingford, P. J. (1961): *Lancet*, **2**, 1054.
8. Donald, I. (1959): *Practical Obstetric Problems*, 2de uitg., bl. 400. Londen: Lloyd-Luke.
9. Departement Obstetrie en Ginekologie, Universiteit Pretoria (1962): *Kliniese verslag*. bl. 20.
10. Snoeck, J. (1960): *Proc. Roy. Soc. Med.*, **53**, 749.
11. Berggren, O. G. A. (1959): *Acta obstet. gynec. scand.*, **38**, 315.
12. Chalmers, J. A. in Kellar, R. J. red. (1963): *Modern Trends in Obstetrics*, bl. 133. Londen: Butterworths.
13. Lasbrey, A. H., Orchar, C. D. en Crichton, D. (1964): *S. Afr. T. Obstet. Ginek.*, **2**, 1.
14. Rosa, P. (1955): *Bull. Soc. roy. belge. Gynec. Obstét.*, **25**, 142.