



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o ženu
s komplikacemi po porodu v domácnosti**

*Nursing Care of the Woman with Complications
after Delivery at Home*

případová studie

bakalářská práce

Praha, duben 2008

Katarína Andrášková

Autor práce: **Katarína Andrášková**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: PhDr. Radomila Drozdová
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF KU v Praze

Odborný konzultant: **MUDr. Rajmund Pokorný**
Pracoviště odborného konzultanta: Gynekologicko – porodnická klinika
3.LF KU v Praze

Datum a rok obhajoby: **22. dubna 2008**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 22. dubna 2008

Katarína Andrášková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla vyjádřit upřímné poděkování mým konzultantům bakalářské práce a to paní PhDr. Radomile Drozdové a panu MUDr. Rajmundovi Pokornému. Díky jejich vstřícným postojům jsem získala potřebné i mnohé další informace vedoucí ke zdárnému dokončení této práce.

Obsah

Úvod	7
KLINICKÁ ČÁST	
1 Fyziologie porodu	8
1.1 Porodní cesty	8
1.2 Dítě jako objekt porodu	9
1.3 Porodní síly	10
1.4 Porodní mechanismus	12
2 Průběh porodu a péče v porodnickém zařízení	12
2.1 Začátek porodu	12
2.2 Příjem na porodní sál	13
2.3 Sledování stavu plodu a děložní činnosti během první porodní doby	14
2.4 Vedení vypuzovací doby	15
2.5 První ošetření fyziologického novorozence	17
2.6 Porod placenty	17
2.7 Fyziologické šestinedělí	19
3 Zákroky podporující a ulehčující porod, příprava k porodu	20
4. Odlišné způsoby vedení porodu – alternativní vedení porodu	22
4.1 Porod ve vodě	23
4.2 „Ambulantní porod“	24
4.3 Porod doma	24
5 Komplikace za porodu ze strany matky	28
5.1 Nepravidelnosti třetí doby porodní a poporodního období	28
5.2 Porodní poranění, porodní šok, embolie plodové vody	30
5.3 Poporodní krvácení	34
6 Ohrožení plodu za porodu	35
6.1 Ohrožení plodu za porodu hypoxií	35

6.2	Ohrožení plodu za porodu infekcí	37
6.3	Ohrožení plodu za porodu traumatem	38
7	Základní údaje o nemocné	40

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

8	Ošetřovatelský proces	48
9	Informace o pacientce	50
10	Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného	50
11	Krátkodobý ošetřovatelský plán, realizace a hodnocení 2. ošetřovací a 1. pooperační den od 7:00 do 15:00 hod.	54
12	Dlouhodobý ošetřovatelský plán, jeho realizace a hodnocení	67
13	Propuštění do domácí péče	74
14	Edukace pacientky	74
15	Psychologické hodnocení	74
16	Závěr	77
	Literatura	78
	Další zdroje	79
	Seznam příloh	80
	Seznam obrázků	80
	Seznam tabulek	80

Úvod

Téma své bakalářské práce Péče o ženu s komplikacemi po porodu v domácnosti jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku a také proto, že je to téma spojené s mým pracovním prostředím.

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie. Klinická část zahrnuje informace o fyziologii porodu, průběhu porodu a péči v porodnickém zařízení, fyziologickém šestinedělí a zákrocích podporujících a ulehčujících porod. Jsou v ní uvedeny odlišné způsoby vedení porodu včetně porodu doma a komplikace za porodu ze strany matky a dítěte. Údaje o pacientce jsou z lékařské dokumentace.

V ošetrovatelské části bylo pečováno o pacientku podle modelu Ošetrovatelského procesu a bylo využito modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. Vzhledem k rozsahu práce je zpracován pouze 2. ošetrovací den podrobně včetně záznamu do ošetrovatelské dokumentace.(viz. Příloha č.2)

Součástí práce psychologické hodnocení pacientky, edukace.

V závěru práce jsou přílohy, obrázky, tabulky.

1 Fyziologie porodu

Porod je vypuzení plodového vejce z děložní dutiny porodními cestami působením porodních sil. Při porodu se uplatňují 3 faktory. Jsou to dynamické porodní síly, jen částečně a pasivně se přizpůsobující porodní cesty a plod, který je pasivně dosti přizpůsobivý tvaru a prostornosti porodních cest.(5)

1.1 Porodní cesty

Porodní cesty jsou prostor, jímž při porodu prochází plod. Rozeznáváme porodní cesty tvrdé (kostěné), které tvoří pánev a na ni ulpívající svaly a vazy, a porodní cesty měkké, představované tkáněmi, které se podílejí na anatomické skladbě děložního hrdla, pochvy, pánevního dna a hráze.

Kostěná pánev je tvořena z kostí pánevních, křížové kosti a kostrče. Pro porodní mechanismus má význam pouze malá pánev ležící pod spojnicí promontoria a horní hrany symfýzy. Pro diagnostiku v průběhu porodu, tak z hlediska mechanismu porodu je vhodné rozdělit malou pánev na pánevní roviny, popř. pánevní prostory.

Rovina, v níž velká pánev přechází v kostěný porodní kanál, se nazývá *pánevní vchod*, který má tvar oválu s dlouhým průměrem uloženým napříč a krátkým průměrem v předozadním směru od horního okraje stydké spony do středu promontoria na horním okraji křížové kosti.

Tento oválný tvar pánevního vchodu přejde níže v tzv. *pánevní šíři* na kruhovitý. Pod rovinou pánevní šíře změní porodní kanál znovu svůj tvar v tzv. *pánevní úžině* na oválný s dlouhým průměrem v předozadním směru. *Východ* z kostěné pánve je také oválný, delší předozadní průměr od dolního okraje stydké spony ke hrotu kostrče a může se prodloužit, neboť kostrč je ve skloubení s křížovou kostí pohyblivá dopředu a dozadu. Kolmice vedená na středy předozadních (přímých) průměrů jednotlivých rovin určuje tzv. *pánevní osu*.

Rozměry malé pánve se dají zjišťovat jen nepřímou. Informaci o typu pánve a nepřímou i o rozměrech malé pánve dají rozměry velké pánve. Ty jsou zjišťovány při první návštěvě v prenatální poradně a zaznamenány do průkazky pro těhotnou. Rozměry pánve se měří pelvimetrem. Jsou zjišťovány tyto rozměry: distantia bispinalis (26 cm), distantia bicristalis (28 cm), distantia bitrochanterica (32 cm), conjugata externa (20 cm).

Měkké porodní cesty jsou tvořeny jednak dolní částí dělohy, to je dolním děložním segmentem a děložním hrdlem, které při úplném otevření navazuje na pochvu a ta je zase prodloužena rozvinutým svalstvem hráze. Pánevní dno je vazivová plotna uzavírající pánevní kanál ve směru dolů. Pánevní dno tvoří oporu pánevním orgánům.(5)

1.2 Dítě jako objekt porodu

Plod zaujímá na konci těhotenství v děloze co nejmenší objem, má zhruba tvar elastického válce, v různých svých částech rozdílných rozměrů, pohyblivosti a přizpůsobivosti prostorovým rozměrům porodních cest. Mechanismus porodu je do značné míry určován druhem a tvarem naléhající části plodu. Z porodnického hlediska je nejdůležitější hlava plodu, jako jeho nejobjemnější a nejméně přizpůsobivá část. Tvar hlavy je determinován geneticky.

Kosti lební části hlavy tvoří u donošeného plodu souvislou pevnou klenbu. Mezi jednotlivými kostmi jsou blanité pruhy – švy. Šev *čelní* je mezi kostmi čelními, šev mezi oběma kostmi temenními je *šípový*, mezi kostmi čelními a temenními šev *věňčitý*, mezi kostmi temenními a kostí záhlavní je *lambdový* šev. V místě, kde se švy kříží, jsou blanitá políčka – fontanely (lupínky). V místě křížení švu šípového s věňčítým je *velká fontanela*. Šev šípový se kříží s lambdovým v *malé fontanelce*. Rozměry hlavičky jsou udávány jako průměry přímé nebo příčné a obvody.

Hlavička je pohyblivá v krční páteři ve smyslu předklonu a záklonu i rotace. Hlavička se může prostorovým poměrům porodních cest tvarově přizpůsobit tím, že se lební kosti proti sobě posouvají ve švech, aniž se tím změní objem lební dutiny. Tomu se říká *konfigurace hlavičky*.

Změní-li se působením odporu porodních cest hlavička tvarově tím, že se lební kosti podsouvají svými okraji pod sebe, zmenšuje se objem lební dutiny a mozek je stlačován. Jedná se o *konformaci* spojenou s nebezpečím mozkového otoku a krvácení.

Trup je velmi pohyblivý proto, že páteř se může ohýbat dopředu, dozadu, do stran a částečně i rotovat. Hrudník a břicho se tvarově přizpůsobují snáze než hlavička.

Při zevním porodnickém vyšetření se zjišťuje velikost, rovnoměrnost, tvrdost a zaoblení hlavičky, při uložení nad pánevním vchodem i pohyblivost. Při vnitřním vyšetření se porodník orientuje podle průběhu švů a uložení fontanel.(5)

1.3 Porodní síly

Plod prochází porodními cestami působením sil, které jsou nazývány porodními silami. Jsou tvořeny děložními stahy, kterými je plod vypuzován z dělohy, a stahy břišního svalstva. Stahy děložního svalstva nelze kontrolovat vůlí, zatímco břišní svalstvo je dobře ovládáno vůlí rodičky.

1.3.1 Děložní stahy – kontrakce

Děložní kontrakce jsou stahy děložních svalových vláken, mimovolné, na vůli nezávislé, dostavující se v intervalech, vyvolané zkrácením svalových buněk. Svalové kontraktilní buňky tvoří stěnu děložního těla – aktivní části dělohy. V dolním děložním segmentu je převaha vazivových buněk, svalové buňky jsou v těchto částech dělohy krátké – pasivní část dělohy.(5)

Pod vlivem děložních stahů, které v průběhu porodu zesilují, dochází ke zvýšení tlaku v děloze. Z klidové hodnoty 8 – 12 mmHg se zvyšuje až k tlakovému maximu 220 mmHg ve vypuzovací době. Je třeba si uvědomit, že již zvýšení tlaku na 100 mmHg podstatně zmenší prokrvení dělohy. Ke konci otevírací doby a především ve vypuzovací době tak vzniká v průběhu děložního stahu „kyslíkový dluh plodu“. Za fyziologických podmínek však zůstává bez škodlivého vlivu, poněvadž se v přestávce mezi stahy opět plně vyrovná.(1)

Účinek děložních kontrakcí se projevuje především na dolním děložním segmentu: ten je vytahován směrem vzhůru a rozepíná se, zároveň vytahuje k sobě děložní hrdlo, jehož horní část postupně do dolního segmentu přechází. Hranice mezi stahující se svalovinou děložního těla a pasivně rozepínanou stěnou dolního děložního segmentu je patrná jako šikmo napříč probíhající rýha tzv. Müllerův kontrakční kruh. Děložní hrdlo, nahoru vytahované se zkracuje – spotřebovává. Když je celé hrdlo spotřebováno, z kanálu děložního hrdla zbývá jen zevní branka – porodnická branka. V tomto okamžiku je děložní dutina oddělena od prostoru pochvy příčnou přepážkou. Dalšími děložními stahy se kruhovitá nebo oválná branka zvětšuje – rozvíjí se, až z ní zbývá jen lem. Když je branka zcela rozvinutá, přechází děložní dutina souvisle v měkké porodní cesty.

Vyvolání a regulace děložních stahů je složitý proces, na němž se podílí hormony, enzymy a míšní nervová centra.(5)

Na kontrakcích se sleduje jejich frekvence, intenzita, trvání a pravidelnost. Děložní činnost lze sledovat prostým pohledem: stahující se děloha se napřímí a vyklene břišní stěnu, pohmatem dlaní položenou na břišní stěnu se dá odhadnout intenzita a trvání kontrakce. Přesněji lze kontrakce registrovat přístroji (tokografy) upínanými na břišní stěnu. Kardiotokografy dovolují nejen grafickou registraci děložních kontrakcí, ale zároveň i ozev plodového srdce.(5)

1.3.2 Břišní lis

Břišní lis představují stahy svalů břišní stěny při bránici fixované při hlubokém vdechu. Tento stah rodička svojí vůlí ovládá. Stah vyvolává tlak na vnitřní orgány a přenáší se i na dělohu. Správně použit před maximem děložní kontrakce zvýší její efekt. Používá se ve vypuzovací době porodu, po rozvinutí branky a po dokončení vnitřní rotace k vypuzení plodu. Mluví se o tlačení nebo nucení.

Rodička leží na zádech nebo na boku, přitáhne obě dolní končetiny stehny po stranách břicha, zhluboka se nadechne, zadrží dech a tlačí jakoby do konečníku.

Je prospěšné, byl-li v kurzech pro těhotné proveden nácvik správného dýchání, zadržování dechu a tlačení.(5)

1.4 Porodní mechanismus

Porodní mechanismus je způsob, jakým plod a jeho části procházejí porodními cestami. Je dán nutností, aby se plod přizpůsobil prostorovým poměrům porodních cest, zejména tvrdých porodních cest.(viz. Obrázek č.1)

Za fyziologických podmínek sleduje porodní mechanismus určitá, zkušenostmi odpozorovaná pravidla. U pravidelného porodu naléhá hlavička na vchod synkliticky, centricky a indiferentně a klade se svým švem šipovým do příčného nebo šikmého průměru pánevního vchodu. Při poloze podélné hlavičkou je prvním pohybem hlavičky *flexe*. Tím se zruší indiferentní naléhání a vedoucím bodem se stává malá fontanela – záhlaví. Hlavička se dostává do pánevní šíře a pak do úžiny. Při tom dochází k *vnitřní rotaci*, tj. vedoucí bod se rotuje k symfýze. Poté, co hlavička sestupuje až na pánevní dno, opře se přechod šíje a záhlaví o dolní okraj symfýzy. Tento bod se nazývá hypomochlion. Kolem dolního kraje symfýzy se hlavička dostává z *flexe* do *deflexe*. Proto se rodí jako první nejnižší položený vedoucí bod, pak při deflexi hlavičky temeno, čelo, obličej a celá hlavička. Po porodu hlavičky probíhá *zevní rotace*, při které se hlavička otočí záhlavím na stranu hřbetu.

Po porodu hlavičky vystupují z porodních cest ostatní části plodu. Jedině ramínka jsou natolik objemná, že jsou nucena procházet vlastním mechanismem.(5)

2 Průběh porodu a péče v porodnickém zařízení

2.1 Začátek porodu

Porod začíná obvykle pravidelnými děložními stahy, které mají za následek zkracování děložního hrdla. Na rozdíl od předzvěstných stahů se porodní stahy opakují v pravidelných intervalech, přibývá jim na intenzitě, déle

trvají a mají otevírací efekt. Nemizí po podání léků proti bolesti. Dále je pozorován odchod krvavě zbarveného hlenu a rodička má častější nucení na močení.

Přechod předporodního období v porod je někdy plynulý, jindy náhlý. Někdy prvně odteče plodová voda a kontrakce bezprostředně následují, což není pravidlem. Interval mezi odtokem plodové vody a nástupem pravidelných děložních stahů může být 24 hodin i déle.

V obou případech se rodička odebere do porodnického zařízení, které si pro porod vybrala. Převoz má být s doprovodem, který vezme připravené zavazadlo, v ústavu ohlásí její příjezd a doprovodí ji k přijímacímu úseku porodního sálu.(5)

2.2 Příjem na porodní sál

Rodička přichází do ústavu s různě pokročilým porodnickým nálezem. Při příjmu je s ní sepsána krátká porodnická anamnéza a do porodopisu se zapisují i některé údaje z průkazky pro těhotnou. Je jí změřena teplota (TT), spočítán pulz (P), změřen krevní tlak (TK), spočítány plodové ozvy (OP), vyšetřena moč a pak provedeno zevní a vnitřní porodnické vyšetření, vstupní kardiokografický záznam (CTG).

Na základě získaných údajů a výsledku vyšetření stanoví přijímací lékař jednak pokročilost porodu, jednak posoudí prognózu porodu. Určí také, jaká bude další příprava k porodu.

Je-li porodní činnost pravidelná (plodová voda je zachovaná a vnitřní porodnický nález svědčí pro začátek porodu, branka je menší než 3 cm v průměru u prvorodiček), je provedena celková příprava: oholení zevních rodidel, vyprázdnění konečníku klyzmatem, očištění koupel osprchováním. Odtéká-li plodová voda nebo je-li branka větší než 4 až 5 cm, je rodička pouze oholena a osprchována. Po příchodu na porodní sál je provedena tzv. vstupní kardiokografie se záznamem děložních stahů a frekvencí ozev srdce plodu. Pokud neodtekla plodová voda, provede se amnioskopie.

Vlastní porod probíhá ve třech fázích – porodních dobách:

- první doba – otevírací

- druhá doba – vypuzovací
- třetí doba – k lůžku.(5)

2.3 Sledování stavu plodu a děložní činnosti během první porodní doby

Označení „otevírací“ vyjadřuje podstatu děje – otevírání, rozvíjení porodních cest. Začíná zahájením pravidelné děložní činnosti a končí rozvinutím branky. U prvorodiček trvá průměrně 10 až 12 hodin, u vícerodiček 6 až 8 hodin. Začátek porodní činnosti není někdy jednoduché časově určit. Změny na děložním hrdle jsou z počátku pomalé. První, pomalejší fáze je u prvorodiček delší než u vícerodiček, druhá rychlejší fáze, je přibližně stejně dlouhá.

Pokud neodtekla plodová voda a hlavička je již vstoupila do pánve, může se žena pohybovat po pokoji. Při kontrakcích pravidelně dýchá, vydechuje ústy, jsou-li kontrakce bolestivé, masíruje si krouživými pohyby dlaněmi podbřišek nebo bederní krajinu. Mezi kontrakcemi se uvolní a pravidelně dýchá. Pokud je hlavička nad pánevním vchodem nebo když odtekla plodová voda, leží rodička na boku.

Žena je pod trvalým dohledem a pravidelně kontrolována. Je zjišťována frekvence a intenzita kontrakcí. Kvalita a frekvence ozev plodu je sledována každých 15 minut. Po hodinách je vnitřně vyšetřena, po dvou až třech hodinách jsou měřeny fyziologické funkce (TK, P, TT) rodičky, intermitentně nebo kontinuálně je sledován kardiokograficky stav plodu a děložní činnost. Je třeba pamatovat na pravidelné vyprazdňování močového měchýře, protože plný močový měchýř zdržuje postup hlavičky.

Neodtekla-li spontánně plodová voda, provádí se u prvorodiček při brance 4 – 5 cm a u vícerodiček při brance 3 cm v průměru dirupce vaku blan. Po dirupci musí být rodička vnitřně vyšetřena a sleduje se stav plodu monitorováním jeho ozev. Samovolný odtok plodové vody žena hlásí porodní asistentce. Také po něm lékař rodičku vyšetří.

Rozvinutí branky se hlásí někdy pocitem na zvracení až zvracením, jindy náhlý sestup hlavičky na pánevní dno vyvolá tlakem na konečník pocit nucení na stolicí a nutkání k tlačení. Dokud není rodička vyšetřena vnitřně, má se zdržet

tlačení a hluboce dýchat. Je-li vyšetřením rodičky zjištěna rozvinutá branka, končí první porodní doba a žena se může přemístit na „pokoj pro druhou porodní dobu“ – vlastní porodní sál.(5)

2.4 Vedení vypuzovací doby

Druhá porodní doba – vypuzovací začíná úplným rozvinutím branky a končí porodem plodu. Horní hranice trvání je 90 minut. Přívlastek „vypuzovací“ vypovídá, že v této době je plod vypuzován porodními cestami. Přísné časové omezení vypuzovací doby dnes již není požadováno. Omezeno by však mělo být období tlačení na 7 - 10 stahů během 15 - 20 minut, aby se snížilo s tím spojené zatížení matky a plodu.

Porození dítěte je příkladem, kdy tělesná, psychická a citová stránka ženy a její rodiny jsou úzce propojeny. Proto také porodní asistentka ctí důstojnost a individualitu každé rodičky.

Strohé a dnes již v mnoha případech zastaralé dodržování některých pravidel vedení porodu nemusí být vždy ve prospěch rodičky a plodu. Omezování rodičky v pohybu nebo změně polohy, pokud k tomu není odborný důvod, trvalé nucení k tlačení ve II. době porodní, ostré osvětlení porodního sálu, atd., to vše velkou mírou ovlivňují porodní asistentky.

Značný význam má poloha rodičky ve vypuzovací době. V první části této doby má přednost uložení na boku, pro období tlačení se osvědčila poloha v polosedě. (viz. Obrázek č.2)

Větší či menší část této doby probíhá zároveň s rozvíjením porodních cest, tedy s první dobou porodní. Hlavička sestupuje k pánevnímu dnu ve druhé době porodní, kde provede vnitřní rotaci. Kolem malé fontanely se vytváří otok, někdy dosti objemný, tzv. porodní nádor. Hlavička sestoupí na pánevní dno je rodičkou vnímána jako cizí těleso reflektoricky dráždící k tlačení a k použití břišního lisu. Rodička se však musí zdržet tlačení, ale kontrakci prodýchat, až do té doby než je vnitřním vyšetřením zjištěno, že hlavička dokončila vnitřní rotaci. Když je vyzvána k tlačení, zaujme polohu na zádech s podloženým hrudníkem nebo polohu na boku a s nástupem děložní kontrakce tlačí. Po skončení kontrakce se uvolní a hluboce dýchá. Po celou dobu je sledován

postup hlavičky, kvalita kontrakcí a po každé kontrakci se kontrolují ozvy plodu. Jak hlavička sestupuje níže, vyklenuje se hráz i prostor mezi konečnickem a hrotem kostrče a otevírá se řitní otvor. Rýha stydká se za kontrakce pootevřívá a v ní se objeví vedoucí bod (malá fontanela i s porodním nádorem). Nejprve je vidět jen za kontrakce, poději i mezi kontrakcemi.

Při porodu hlavičky dochází v oblasti introitu pochvy nad hrází k maximálnímu roztahování tkáně. Aby se zabránilo jejímu roztržení, musí být porození hlavičky a zadního raménka co nejpomalejší. Položením levé ruky porodníka na hlavu plodu při současném klidném usměrňování jejího tlačení je možné postup hlavičky zpomalit.

Napíná-li se hráz a její kůže za kontrakce bledne a leskne se, je nutné provést její nástřih – epiziotomii – speciálními nůžkami, jejichž jedna branže je zaváděna podél hlavičky za hráz. Nástřihem se rozšíří vulvární kruh a zabrání s nekontrolovanému roztržení tkáně. (viz.Obrázek č.3)

Zatímco porodník chrání hráz a vybavuje hlavičku plodu, jsou do loketní žíly vstříknuty 2 jednotky oxytocinu ke zkrácení 3. doby porodní a ke snížení krevní ztráty. Toto je označováno jako aktivní vedení třetí doby porodní. Po porodu hlavičky se uvolní dýchací cesty dítěte. S následující kontrakcí dojde k zevní rotaci hlavičky. Po dokončení rotace se položí po stranách hlavičky naplocho ruce a opatrným tahem dorzálním směrem se vybaví přední raménko a část paže pod symfýzou.

Hlavička dítěte se potom zvedá a přes hráz je pomalu vybaveno zadní raménko. Velká část poranění vzniká příliš rychlým porozením zadního raménka právě při nekontrolovaném tlačení rodičky.

Po úplném vybavení je novorozenec položen na sterilní plenu mezi nohy matky a osušen. Porozený novorozenec je držen tak, aby dolní končetiny byly výše, hlavička byla obličejem dolů, aby z jeho úst otekly a mohly být odsáty zbytky plodové vody. Po prvním posouzení novorozence a stanovením hodnoty skóre podle Apgarové. Pak se přestřihne pupečník mezi dvěma podvazy. Dítě se zabalí, aby nedocházelo ke ztrátám tepla, položí se matce do náručí nebo na prsa.

2.5 První ošetření fyziologického novorozence

Novorozence je třeba po celou dobu chránit před prochlazením a před infekcí. Bezprostředně po porodu se doporučují tato vyšetření: Vyšetření podle Astrupa z pupečnickové artérie a vény, zjišťuje se krevní skupina, Coombsův test a hladina bilirubinu pupečnickové krve u rizika Rh - či AB0 - izoimunizace a screeningové vyšetření BWR, HbsAg a HIV z pupečníku. Je prohlédnut dětským lékařem - neonatologem, zkontrolována jeho srdeční akce, dýchání a tělesný vývoj. Stav novorozence po porodu je hodnocen bodováním podle Apgarové za 1, 5 a 10 minut po narození. Fyziologický novorozenec má 8 - 10 bodů. (viz.Tabulka č.1)

Při prvním ošetření novorozence na porodním sále je třeba zabránit ztrátám tepla. Novorozenec je ošetřován ve vyhřevném lůžku nebo pod tepelným zářičem. Na porodním sále se novorozenec nekoupe.

Fyziologického novorozence není třeba po porodu odsávat. Nešetrné a neindikované odsávání nosohltanu může vést k reflexní bradykardii a zhoršit poporodní adaptaci. Odsátí z ústa a nosu je indikováno u mekoniem zkalené plodové vody.

Pupeční šňůra je podvázána dvojitou ligaturou nebo jsou použity speciální umělohmotné svorky, pupečnickový pahýl je dezinfikován např. Cutaseptem.

Novorozenec je zvážen a změřen. Je zajištěna dvojí identifikace novorozence. Provádí se vždy kredeizace Ophtalmo - Septonexem k prevenci gonokokové infekce.

Po ošetření je dítě přikládáno k matčině prsu k prvnímu přisátí ještě na porodním sále. První přisátí stimuluje produkci oxytocinu, lépe se rozvíjí laktace a také se rychleji zavinuje děloha.(2)

2.6 Porod placenty

Třetí doba porodní – doba k lůžku začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty. Zahrnuje sled tří dějů: odloučení placenty, vypuzení (porození) placenty a zástavu krvácení. Trvá 15 – 30 minut. Při odlučování lůžka

dochází ke krvácení. Krevní ztráta bývala 100 až 350 ml. Při dnešním způsobu tzv. aktivního vedení třetí doby porodní se ztráta krve snižuje.

Po porodu se děloha retrahuje, je kulovitá, sahá k pupku. Po několikaminutové fázi klidu se děloha začne znovu stahovat. Těmito stahy se od děložní stěny odlučuje placenta. Stahy nejsou vnímány bolestivě. Z otevřených cév vytéká krev mezi placentu a děložní stěnu. Tvoří se retroplacentární hematoma, který oddaluje placentu od děložní stěny. Při dalších děložních stazích klesne placenta do zadní poševní stěny a vyvolá pocit nucení k tlačení.

Po porodu je kontrolován stav dělohy a krvácení, které může být jak z dělohy, tak z poporodních poranění. Sledují se známky odloučení placenty: změna tvaru dělohy a výšky děložního fundu, výstup pupečního provazce před vulvu, případně se zkouší zatlačením nataženými prsty nad stydkou sponou směrem dozadu, zda se pupečník vtahuje, což je známka, že placenta ještě není odloučená, nebo se nevtahuje, což svědčí pro odloučení placenty a její sestup. Zjistí-li se, že placenta je odloučena, je rodička vyzvána, aby zatlačila.

Porozená placenta musí být pečlivě prohlédnuta, zda-li je celá a zda-li nezůstaly v děloze její zbytky, potřhané klky nebo přídatné kotyledony a zda tenké blány jsou vypuzené celé. Po porodu placenty se děloha dále zmenší, retrahuje se.

Po vybavení lůžka a jeho kontrole jsou prohlédnuta zevní rodidla a potom, po zavedení širokých porodnických zrcadel i poševní vchod, poševní stěny a děložní hrdlo. Porodní poranění jsou po místním znecitlivění chirurgicky ošetřena. Nedělká má být po porodu vycévkována taky pro kontrolu, zda-li nejsou poraněny močové cesty, a aby plný močový měchýř nebránil zavínování dělohy.

Čtvrtá doba porodní nebo také postplacentární období je období prvních dvou hodin po vypuzení placenty, kdy je žena po porodu ještě trvale sledována, neboť v této fázi šestinedělí se mohou dostavit osudná krvácení. Proto zůstává na porodním sále, kde je kontrolována výška děložního fundu, konzistence dělohy, krvácení z rodidel a celkový stav. Po ošetření porodních poranění jsou změřeny fyziologické funkce. Žena se může napít a spát. Po uplynutí doby 2 – 3 hodin

může být nedělka, u níž nebyly shledány žádné nepravidelnosti, převezena na oddělení šestinedělí.(5)

2.7 Fyziologické šestinedělí

Šestinedělí je období po porodu, kdy nastávají v organismu ženy významné změny jak po stránce fyzické, tak po psychické stránce. Fyzické změny se dají zařadit do tří skupin:

- hojí se poranění vzniklá po porodu
- pohlavní orgány a celý organismus se vrací do stavu před otěhotněním
- zahájí činnost mléčná žláza.(5)

2.7.1 Klinická péče v raném šestinedělí

Nedělka pocítuje úlevu a radost nad narozením dítěte a zároveň vyčerpání tělesné i duševní. Bezprostředně po porodu je dopřán matce klid a několikahodinový spánek. Dítě je předáno do péče novorozeneckého oddělení. Po převozu z porodního sálu na oddělení šestinedělí je žena uložena do čistě povlečeného lůžka. Porodní asistentka se seznámí s nedělkou, s průběhem těhotenství a porodu, zkontroluje výšku děložního fundu, zevní krvácení, fyziologické funkce, přesvědčí se o tom, zda se žena vymočila před převozem z porodního sálu a informuje ženu o hygienickém režimu oddělení.

Preferuje se včasné vstávání, přibližně do 6 hodin po porodu, které je prevencí tromboembolických komplikací a usnadňuje také vyprazdňování močového měchýře a střev i odchod očístků a zavínování dělohy.

Při denní vizitě lékař kontroluje celkový stav nedělky, výšku děložního fundu, typ a množství očístků, hojení poranění hráze, prsy a tvorbu mléka. Pravidelně dvakrát denně je sledován pulz a teplota a další vyšetření dle průběhu těhotenství a porodu.

Po porodu může být ztížené močení pro hypotonii močového měchýře, kdy není pocíováno nucení na moč. Je úlohou porodní asistentky, aby sledovala pravidelné vyprazdňování močového měchýře. Cévkování se provádí až po vyčerpání běžných prostředků, jako je oplach teplou vodou, sprchování nebo podání spasmolytik. Stolice je obvykle druhý poporodní den, při obstipaci se

používají, podobně jako v těhotenství, nepříliš drastické prostředky, nejlépe glycerinový čípek, event. klyzma.

Poporodní péče je prováděna dvojím způsobem. V posledních letech je téměř ve všech porodnických odděleních zaveden poporodní režim matka – dítě, tzv. roaming-in, kdy jsou oba spolu na témže pokoji. Tento systém je buď trvalý nebo částečný, kdy jsou novorozenci na noc svázeni na novorozenecké oddělení. Roaming-in má navodit pevné vztahy mezi matkou a dítětem, způsobit rychlejší rozvoj biologických a psychických funkcí novorozence a v neposlední řadě naučí matku starat se o své dítě krátce po porodu, krmit, přebalovat, koupat. Oba jsou pochopitelně pod stálou kontrolou porodní asistentky a dětské sestry.

Návštěvy na pokoji šestinedělek by měly být omezeny jen pro nejbližší příbuzné a na kratší dobu pro nebezpečí infekce matky nebo novorozence. Do domácí péče je žena propouštěna po spontánním porodu minimálně za 72 hodin. Doba pobytu na oddělení šestinedělí se postupně zkracuje.(2)

3 Zákroky podporující a ulehčující porod, příprava k porodu

Možnosti podpory a ulehčení porodu jsou velmi široké. Zahrnují psychoprophylaktickou přípravu, návod k uvolnění a správnému dýchání, medikamentózní analgezii a utlumení sedativy, lokální a popř. svodnou anestezii. Tato opatření zaměřená na zmírnění bolestí mají přímý vztah k regulaci a podpoře děložních stahů, a tím také k průběhu porodu. Bolesti při děložních stazích nemají na rozdíl od starších představ, žádnou funkci regulující průběh porodu. Lze je pokládat za jakýsi varovný signál upozorňující matku na blížící se porod, a tím i za fyziologický jev. Jejich intenzita závisí zvláště na tom, jak je příslušná rodička vnímavá na bolest.

Celkově aplikovaná analgetika, spazmolytika a anxiolytika se používají v dávkách, které bolest pouze utlumí. Jsou indikovány pouze v první době porodní. Při vyšším dávkování hrozí riziko útlumu dechu matky i plodu. Sem patří z analgetik např.: Dolsin, Tramadol, Sufentanyl, z anxiolytik např.: Prometazin,

jeho kombinace s Torecanem a Dolsinem, tzv. "lytické směsi" nebo "neuroplegická analgezie" (Dolsin, Prometazin, Chlorpromazin)

Inhalačními přípravky je směs kyslíku a oxidu dusného v analgetické dávce. Tato směs může být podávána v průběhu první i druhé doby porodní. K aplikaci inhalačních přípravků se používají samoobslužné přístroje. V našich podmínkách je použití tzv. "rajského plynu" málo rozšířené - zřejmě z důvodu rizika kontaminace prostředí a ovlivnění zdravotnického personálu.

Při paracervikální blokádě se lokálním anestetikem infiltruje tkáň kolem děložního čípku na úrovni poševní klenby. Výkon je možno provést pouze tehdy, pokud není zašlá branka.

Blokáda n. pudendus se provádí chvíli před tím, než chceme dosáhnout uvolnění a analgezie svalstva pánevního dna. Rutinně se provádí u všech operačních vaginálních porodů, u porodů plodů v poloze pánevním koncem a u předčasných porodů.

Epidurální analgezie patří mezi nejúčinnější metody ovlivnění bolesti za porodu. Je bezpečná pro matku i plod, vykazuje až 90 % účinnost.

Z lokálních anestetik se používají Marcain a Sufenta. Mezi možné komplikace patří infekce v místě vpichu, proniknutí do subdurálního prostoru a krvácení z poraněných cév.

Pro použití jakýchkoli způsobů porodnické analgezie platí zásadní požadavek o neškodnosti pro rodičku i plod.

Péče o psychiku rodičky má velký význam. Cílem péče je posílení důvěry rodičky v porodní asistentku, porodníka a v sebe sama. Dále je to zprostředkování zainteresovanosti a podpory ze strany porodnického personálu, stálá přítomnost kompetentní osoby a informace o průběhu porodu a o potřebných opatřeních.(1)

V ideálním případě se péče o psychiku opírá o předchozí přípravu k porodu, která se děje formou předporodních kurzů. Příprava k porodu znamená poučení těhotné ženy o tom, co se bude odehrávat v jejím organismu během porodu a navazuje poučení o tom, jak se má rodička sama během porodu chovat. Význam přípravy k porodu je ten, že žena ví, co se v jejím těle odehrává během porodu a co může sama dělat, aby se porod neprodlužoval a nezatěžoval zbytečně

dítě ani ji, ztrácí z porodu strach. Lépe spolupracuje s porodní asistentkou a s lékařem. Z praktického hlediska dělíme přípravu k porodu na přípravu k první době porodní a na přípravu k druhé době porodní.(8)

Je třeba dbát o to, aby nebyla vzbuzována nerealistická očekávání. Každá fixace na určitý průběh porodu ztěžuje možnost nutného přizpůsobení se od normálního stavu. Současná snaha o „přirozený porod“ není nutně shodná s vedením porodu bez léků nebo jiných podpůrných opatření.

Zlepšit komunikaci mezi zdravotníky a rodící ženou může také porodní plán. Žena se v něm zmiňuje o svých přáních, vztahujících se k porodnímu procesu. Porodní plán pomáhá nastávající matce uvědomit si, co ona sama považuje za důležité a podněcuje k získání většího množství informací ohledně jakéhokoli kroku, který se s ní i dítětem bude dít. Porodní plán v ideálním případě sestavuje žena společně se svým partnerem. Je dobré ho prodiskutovat také s porodní asistentkou.(17)

4 Odlišné způsoby vedení porodu – alternativní vedení porodu

Alternativní porod je takový porod, který probíhá jiným, než běžným klasickým způsobem. Pod pojmem klasické porodnictví se rozumí aktivní zasahování lékaře do průběhu porodního děje. Přirozený průběh porodu vychází ze schopnosti matky porodit své vlastní dítě. Zdravotnický personál je od toho, aby ženě pomohl, ulehčil, aby ji podpořil a povzbudil, nikoliv však od toho, aby jí diktoval, co má dělat, jak se má položit, že má být potichu apod. Lékař a porodní asistentka respektují intuitivní chování rodičky, která má volnost pohybu. Snaží se minimálně zasahovat a nerušit intimní prostředí rodičky, případně rodičovského páru. Vychází vstříc jejím či jejich přáním a požadavkům, což podporuje pozitivní emoce a usnadňuje ženě porodit bez stresu a strachu. Zároveň však sledují stav rodičky i plodu.

Velmi důležitou roli hraje vzájemná důvěra lidí zúčastněných u porodu. Snahou a cílem všech je narození zdravého dítěte s potlačením stresu na co nejnižší možnou míru. Podmínkou přirozeného porodu je, aby si rodička byla

vědoma míry své odpovědnosti, a aby si tento způsob sama vybrala. Klade na ni totiž určité fyzické a psychické nároky a vyžaduje její připravenost.

Hlavní zásady přirozeného porodu jsou podle Světové zdravotnické organizace (WHO) tyto:

Respektovat přání ženy kde porodit, respektovat výběr porodníka, respektovat výběr průvodce, vždy hodnotit individuální rizika, sledovat fyzickou i psychickou kondici během porodu, ohleduplné chování personálu, respektovat právo na soukromí, používat nefarmakologické prostředky tlumení bolesti - např. koupel, masáž či relaxační techniky, při fyziologickém průběhu poskytovat jen nezbytně nutnou péči, v průběhu porodu nabízet příjem tekutin, sledovat stav plodu, přiložit dítě k prsu do jedné hodiny po porodu.

Pozitivní působení prostředí na pocity a dojmy rodičky je jedním ze základních předpokladů alternativního vedení porodu. Aby se žena mohla uvolnit, potřebuje příjemné prostředí, které je vstřícné. V porodnictví platí toto dvojnásob. Doporučuje se proto návštěva porodního sálu ještě v těhotenství, aby žena vstupovala při začátku porodu do známých míst. Zařízení interiérů, souhra prostředí a personálu musí vytvářet v rodičích od prvního setkání pocit důvěry a profesionality. Nezbytné je zřízení samostatných porodních boxů, které zajišťují diskrétní prostředí a intimitu. Boxy by měly co nejméně připomínat prostředí nemocnice. Uklidňující je teplé barevné ladění maleb a textilií, obrázky navozující klidnou a optimistickou atmosféru. Velmi důležité je vybavení boxu pomocnými relaxačními pomůckami, sloužícími rodičkám k celkovému uvolnění a k uvolnění pánevního dna. Jsou to míče, žíněnky, stoličky, poddajné měkké sedačky, žebřiny, vana či sprcha. Intimní osvětlení s tlumenou relaxační hudbou působí rovněž pozitivně.(14)

4.1 Porod ve vodě

Pobyt v teplé vodě má výrazný spazmolytický (uvolňovací) účinek, čímž se snižuje nutnost použití léků v průběhu porodu. Existuje také vliv teplé vody na vznik porodního poranění. Díky pobytu ve vodě je nutné provést epiziotomii jen výjimečně. Teplá voda mění elasticitu kůže a tlak vody tak umožní rovnoměrné tlačení, takže dochází k jejímu natržení jen zřídka.(16)

Pokud nebudou brány v úvahu často kontroverzní názory našich domácích zastánců a odpůrců tohoto způsobu porodu (majících navíc poměrně krátkou vlastní zkušenost), je třeba se podívat na dlouholeté zkušenosti a výsledky zahraničí. Žádná z čerstvých analytických prací, které byly publikovány v renomovaných odborných časopisech, nepopsala jakoukoliv prospěšnost této metody pro plod. Jen malá část prací popsala efekt a snížení porodních bolestí, žádná neprokázala snížení rizika poraněné hráze a pochvy při porodu a rovněž žádná nedokumentovala vliv pohybu ve vodě na zkrácení doby porodu. Mimo jiné se však diskutuje o komplikacích typických pro tento způsob vedení porodu, jakými jsou například vlhké plíce následkem vdechnutí vody do plic před vytažením dítěte z ní a infekce plodu získaná z vody ve vaně.

Otázkou tedy stále zůstává, jaké má porod ve vodě výhody. Zdá se, že žádné, ale pro posouzení rizika a prospěšnosti porodu do vody stále chybí objektivní vědecké studie a v tomto smyslu by měly být rodičky žádající informaci o této metodě správně poučeny.(15)

4.2 „Ambulantní porod“

Je to celkem nevhodný název pro jinou variantu ústavního porodu. Ambulantní porod znamená, že žena porodí ve zdravotnickém zařízení a za 2 - 24 hodiny po porodu odchází domů. Hlavní podmínkou je, aby ani rodička ani novorozenec neměli žádné potíže. U nás toto není možné, protože chybí dostupnost ambulantní péče.(5)

4.3 Porod doma

Není to tak dávno, co ženy rodily děti pouze doma. Je pravda, že úmrtnost žen po porodu i novorozenců byla větší, ale tato skutečnost byla spojena se špatnými životními podmínkami (zejména špatná výživa a hygiena).

Po II. světové válce se zdála být otázka, zda vést porod v domácnosti nebo v porodnicích, vyřešena. Ve všech vyspělých zemích bylo dosaženo nejlepších perinatálních výsledků v porodnicích, které odvádějí dostatečný počet porodů a které jsou vybaveny materiálně i erudovaným personálem. Myšlenka umožnit ženě родit v prostředí jí nejbližším, ve své vlastní domácnosti, nevznikla

v medicínském profesionálním prostředí, ale v laických kruzích zabývajících se humanizačními trendy v porodnictví. Tato myšlenka je podepřena dvěma argumenty:

1. Zajištění bezpečnosti porodu jak pro matku tak pro plod je při porodu v domácnosti dostatečné, a proto systém nemocniční porodnické péče není zapotřebí. Důmyslná metodika porodu v domácnosti byla vypracována v Holandsku. „Rodící tým“ v domácnosti je ve stálém kontaktu s mobilní skupinou porodnické rychlé pomoci, která je v jakoukoliv denní dobu schopna převést pacientku do nejbližšího porodnického zařízení.

2. Na rozdíl od běžného porodu v porodnici se od porodu v domácnosti očekávají psychologické výhody. Kritice je podrobena běžná aplikace léků za porodu. Jde přece o přirozený děj. Žena může lépe prožít svůj porod v domácím prostředí mezi svými blízkými. Ve svých projevech není omezována, cítí se šťastná, volná.

Rozšíření porodů v domácnosti nad rámec ojedinělých případů doznalo Holandsko v osmdesátých letech. Situace této země je pro rozvoj této porodnické činnosti vhodná. Hustota osídlení je zvláště v západní části země velice vysoká, s výborným komunikačním systémem a hustotou sítí nemocničních zařízení včetně porodních sálů. Medicínská vzdělanost populace je vysoká a vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky mají výbornou profesionální úroveň praktickou i teoretickou a jsou schopny a zvyklé samostatně vést fyziologické porody. Holandsko patří mezi ekonomicky nejvyspělejší země, a proto hrazení finančně náročnějších porodů v domácnosti a řešení jejich eventuálních komplikací nepůsobí vážnější problémy.

Žena je v těhotenství pravidelně sledována porodní asistentkou, která je k ženě přivolána, jakmile tato začíná rodit. Po vyloučení porodnických rizik, které jsou kontraindikací porodu v domácnosti, je žena pravidelně monitorována přenosným kardiografem. Rodí v místnosti, která jí vyhovuje a která umožňuje vedení porodu. Porodu jsou přítomni kromě porodní asistentky také osoby, které si rodička u porodu přeje mít a které jí vytvářejí ideální psychologické prostředí. V případě vzniku komplikací je neprodleně porodní asistentkou informována nejbližší porodnice a pacientka je převezena do nemocničního

zařízení k řešení akutně vzniklé porodnické patologie.

Jisté je, že mortalita a morbidita jak matky tak plodu a novorozence ve vztahu k porodu se v současnosti dostaly na velmi nízké hodnoty. Nicméně je nutné vzít v úvahu, že tyto výsledky byly získány aplikací poznatků lékařské vědy, které byly částečně dosaženy pokrokem čistě technickým. Naskýtá se otázka, zdali můžeme dosáhnout v domácnosti stejné kvality sledování porodu jako na porodním sále. Problém se týká jak personálního tak materiálního zajištění. Na porodním sále je neustále k dispozici kvalifikovaný tým složený z lékařů a porodních asistentek. Vzhledem ke koncentraci porodů na porodní sál zajišťuje současně péči o několik rodiček omezený počet pracovníků. Porody v domácnosti svoji dekoncentrací vedou k nárůstu personálu nutného k zajištění dostatečné bezpečnosti porodu, což se projeví výrazným zvýšením ceny takto odvedeného porodu.

Co se týče materiálního zabezpečení, je v našich podmínkách iluzorní vybavit domácnost rodičky veškerým vybavením nutným k zabezpečení porodu do té míry, aby odpovídalo nemocničnímu standardu. To by se týkalo jak veškerého spotřebního materiálu, tak prostředků nutných k rychlé extrakci plodu, kardiografu, zařízení nutného k resuscitaci novorozence atd. I při porodu ženy nezátížené žádným porodnickým rizikem se mohou vyskytnout situace, kdy je nutné tyto prostředky použít, a proto je jejich disponibilita na místě porodu v domácnosti bezpodmínečně nutná.

Z hlediska současného stavu našeho zdravotnictví je realizace těchto podmínek finančně velmi náročná, málo praktická, a tudíž velmi obtížně realizovatelná. Jen velmi obtížně si dovedeme představit stěhování vybavení porodního sálu v kteroukoliv denní a noční hodinu do domácnosti rodičky. I kdyby k tomuto přece došlo, samo vybavení porodního boxu nezajistí bezpečnost pro plod a novorozence, kterou jim zabezpečuje nemocniční péče. Domácnost nemá přímou návaznost na laboratorní a hematologický servis, neonatologické oddělení, operační sál. Sama rutinní práce porodní asistentky je pro ni v neznámém prostředí obtížnější než na jejím porodním sále, kde přesně zná rozmístění prostředků (léky, šicí materiál, vývody medicínálních plynů atd.) nutných k zabezpečení péče o rodičku. Navíc doplňování těchto prostředků je

v nemocnici plynulé a snadné, zatímco v domácnosti může vést ke značným komplikacím. Vzhledem k tomu, že za porodu hrají často roli minuty a vteřiny, mohou popsané nevýhody porodu v domácnosti vést k dramatickým situacím.

V budoucnu může technický pokrok některé nevýhody porodu v domácnosti zmírnit nebo odstranit. Patří mezi ně telemetrické monitorování děložní činnosti a srdeční akce plodu, zlepšení rychlého transportu rodičky do porodnického zařízení, systém mobilních porodních sálů atd. Nicméně v současnosti je ve všech rozvinutých zemích nejlépe zajištěna bezpečnost matky a dítěte za porodu v dobře organizovaných porodnicích, ve kterých se v praxi aplikují nejnovější poznatky lékařské vědy. V mnoha zemích (např. Francie) se možnosti vést porod v domácnosti nechápou porodníci, kteří jsou si dobře vědomi možných úskalí porodů vedených mimo specializovaná zařízení, ani porodní asistentky, ale rodinní lékaři. Právě v těchto případech může dojít k přehlédnutí příznaků signalizujících vznikající porodnickou patologii, která může vést k tragickým následkům.

Porod doma má své výhody. Matka a dítě nejsou vůbec odděleny, rodina při tak významné události zůstává pohromadě, soukromí apod. Má však i nevýhody. Pokud dojde k akutnímu ohrožení matky i dítěte, může být cesta do porodnice rozhodujícím zdržením. V případě komplikací nebývá personál porodnice zrovna vstřícný, péči během porodu doma nehradí zdravotní pojišťovny. Rodiče musejí sami ohlásit dítě na matrice apod.

Uvažuje-li žena o porodu doma, musí dobře znát svůj zdravotní stav, vědět co nejvíce o svém těhotenství, zhodnotit, zda je její domov pro porod vůbec vhodný, kdo se v jeho průběhu o ni a o dítě postará (porodních asistentek, které pomáhají při porodech doma, je velice málo).

U nás zatím nedoznal porod v domácnosti praktické realizace. Vzhledem k nepropracovanosti systému vedení porodů v domácnosti u nás, obtížnému zajištění monitorování porodu a chybějící erudici porodních asistentek v této problematice není možno zajistit ženě a jejímu plodu a novorozenci péči při porodu v domácnosti jako na standardním porodním sále. Je velmi pravděpodobné, že za současných podmínek by při rozvoji domácího porodnictví

došlo ke zhoršení jak mateřské tak perinatální mortality a morbidity, a proto je nutné od těchto pokusů iniciátory zrazovat.(8)

Ale na druhé straně je dobré také vědět, že porod doma není v České republice nelegální.

5 Komplikace za porodu ze strany matky

5.1 Nepravidelnosti třetí doby porodní a poporodního období

Nepravidelnosti třetí doby porodní spočívají v poruchách odlučování lůžka a v poruchách vypuzování odloučené placenty.

5.1.1 Poruchy mechanismu odlučování placenty

Po porodu se děloha retrahuje s výjimkou místa, kde je umístěna placenta. Po určitém období klidu, nastoupí kontrakce, které odloučí placentu od děložní stěny a vypudí do pochvy. Medikamentózní vedení třetí porodní doby není zásahem do tohoto mechanismu, nýbrž jej zkracuje, tím se sníží množství komplikací a zmenší krevní ztráta.

Poruchy odlučování jsou nejčastěji způsobeny vydatnými kontrakcemi, které nejsou schopny odloučit placentu nebo ji odloučí jen částečně. To je spojeno vždy s větší krevní ztrátou.

Nejčastější příčinou je únava a vyčerpání děložní svaloviny jako následek dlouhotrvajících porodů. Jindy vede k nepravidelnosti odlučování placenty způsob její inzerce. V těchto případech lůžko inzeruje tam, kde byla nedostatečná decidualizace (dolní děložní segment, jizva po předchozí operaci na děloze,...). Placenta pak prorůstá do děložní stěny. Podle stupně fixace placenty ke stěně děložní rozlišujeme:

- *placenta adherens* – uteroplacentární septa oddělují placentární kotyledony a vyrůstají z deciu jako hypertrofická a jejich přetržení vážne
- *placenta accreta* – fixační placentární klky prorůstají až ke svalovině
- *placenta increta* – fixační klky prorůstají do hloubky svaloviny

- *placenta percreta* – fixační klky prorůstají celou děložní stěnou

Vedení třetí porodní doby je zásadně konzervativní. Pokud rodička silně nekrvácí, může se vyčkávat na spontánní porod lůžka až 1 hodinu. Při aktivním vedení třetí doby porodní se vyčkává 20 – 30 minut. Jestliže se do té doby placenta neporodí, přistupuje se k operačnímu, manuálnímu, vybavení lůžka – lysis manualis placentae. Při poruše fixace placenty se daří manuálně vybavit pouze placentu adherens. Jestliže jsou pochyby o její úplnosti, provádí se digitální nebo instrumentální revize děložní dutiny. Pokus o vybavení placenty acretry, increty a percrety končí silným krvácením. V těchto případech je řešením odstranění dělohy – hysterektomie.(2)

5.1.2 Poruchy vypuzování placenty

Po každém porodu je třeba pečlivě kontrolovat celistvost lůžka. Při porodu placenty mohou být retinovány v děloze jednotlivé kotyledony nebo celá přídatná placenta. To může být příčinou poporodního krvácení. Při podezření na retenci části placenty se vždy indikuje manuální nebo instrumentální revize dutiny děložní.

Příčinou je v porodnictví nejčastěji nešetrný tlak na fundus při nekontrahované děloze nebo tah za pupečník při pokusu o porod lůžka při placenta accreta.(2)

5.1.3 Poruchy děložní retrakce, děložní hypotonie a atonie

Stavy, které vedly k poruchám odlučování placenty, mohou být příčinou patologií i po porodu placenty.

Hypotonie a atonie dělohy je neúplná nebo úplná ztráta schopnosti dělohy retrahovat se a kontrahovat. Tím chybí důležitý faktor stavění krvácení, stlačení děložních cév mezi vrstvami kontrahované svaloviny. Pahýly cév jsou otevřené a vytéká z nich arteriální krev. Stává se tak po vyčerpání děložního svalu dlouhotrvajícím porodem, po překotném porodu, při vývojových anomáliích dělohy, po poškození děložní svaloviny jizvami nebo záněty. Děložní atonie je závažný stav, který, nezachytí-li se včas, vede k hypovolemickému šoku

a rozvoji DIC. Děloha je měkká, objemná, sahá až nad pupek a dají se z ní vytlačit krevní sraženiny. Děloha však ani na dráždění masáží nereaguje stažením. Nejprve je nutné vyloučit ostatní příčiny krvácení: zadržetí částí lůžka, krvácení z porodních poranění a krvácení z afibrinogenemie. Při něm je však děloha kontrahovaná.

Jsou-li ostatní příčiny vyloučeny, podává se k vyvolání kontrakce intravenózně oxytocin nebo ergometrin. Zároveň je třeba hradit krevní ztráty.(5)

5.2 Porodní poranění, porodní šok, embolie plodové vody

V průběhu pravidelně probíhajícího porodu dochází k menším poraněním, do jisté míry nevyhnutelným, která jsou také průkazem předchozího porodu (např. roztržení hymenálního kruhu). Taková poranění není třeba ošetřovat. Za porodu může být roztrženo děložní hrdlo, děložní tělo, pochva a hráz.(5)

5.2.1 Poranění zevních rodidel a pochvy

Na vulvě jsou většinou vidány drobné trhlinky na kůži malých stydkých pysků, které obvykle není třeba ošetřovat. Pouze trhliny zasahující do oblasti crura clitoridis někdy značně krváčí a vyžadují ošetření.

Ruptury hráze jsou nejčastějším poraněním za porodu. Postihují obvykle všechny vrstvy tvořící hráz (kůži, podkoží, svalstvo tvořící diafragma urogenitále a pars pubococcygea m.levatoris ani) a zároveň část pochvy. Nejčastější příčinou je špatné chránění hráze porodníkem, předčasná deflexe hlavičky, nebo příliš rychlý prostup hlavičky. Jindy je tkáň hráze křehká po probíhajícím zánětu nebo vrozeně chabá.

Podle toho, které vrstvy jsou poraněny, rozeznáváme:

- ruptury 1 .stupně, kdy je postižena kůže, podkoží a část poševní stěny,
- ruptury 2. stupně, které postihují kůži, podkoží a svaly hráze,
- ruptury 3. stupně mají poranění stejné jako u 2. stupně, ale je přetržen i m.sfincter ani. Tyto ruptury dělíme na ruptury inkompletní a ruptuty kompletní (u nich je roztržena stěna na konečníku).

Ošetření ruptur bývá obtížné, protože okraje poranění jsou nepravidelné, zhmožděné a krvácení bývá často silné. Je třeba provést dokonalou suturu svěrače, případně i suturu střeva.

Ruptury se obvykle špatně hojí. Špatně zhojená ruptura 3. stupně může být příčinou rektovaginálních nebo rektoperineálních píštělí a někdy se vyvine iporucha ovládnutí řitního svěrače.

Někdy vznikají latentní (skryté) ruptury. Při nich se trhají hlubší vrstvy hráze, ale kůže nad nimi zůstává intaktní. Nebezpečí těchto trhlin je v tom, že kryté poranění zůstává většinou neošetřené. Nepoznané a špatně zhojené ruptury mají za následek insuficienci hráze, pánevního dna a mohou se podílet na vzniku sestupu dělohy a poševních stěn v pozdějším věku.

Aby se těmto poraněním a jejich následkům předešlo, provádí se včasný preventivní nástřih hráze – epiziotomie.(2)

5.2.2 Hematomy (podkožní výrony) vulvy

Výrony krve pod kůží vulvy a pod poševní sliznicí vznikají i mimo těhotenství při poranění zevních rodidel. Po porodu se mohou projevit až s několikahodinovým odstupem zduřením velkého stydkého pysku, vyklenujícího se do poševního vchodu. Kůže a sliznice nad výronem jsou prosáklé krví.

Léčba je konzervativní, přikládá se vak s ledem. Velké zvětšující se hematomy je třeba otevřít, sraženou krev vyprázdnit, krvácející cévy podvázat a po sešití kůže ránu drénovat.(5)

5.2.3 Ruptury hrdla

Drobná poranění okrajů hrdla vznikají téměř u každého porodu. Proto má portio vaginalis u ženy, která rodila, cylindrický tvar a branka je příčně štěrbinovitá. Trhliny do 1 cm není třeba ošetřovat, pokud nekrvácejí.

Mnohem závažnější jsou ruptury, které jdou po celé délce hrdla a zasahují až do poševní klenby.

Příčinou bývá rigidní nebo jizevnaté hrdlo, nadměrně silné kontrakce a předčasné tlačení při nerozvinuté brance. Hlavním příznakem těchto ruptur

je krvácení, které může být silné, postihne-li trhlina větve uterinní artérie. Zvláště nebezpečné jsou ruptury sahající až do dolního děložního segmentu. Tyto ruptury se velice špatně ošetřují.

Jestliže rodička po porodu lůžka krvácí a děloha je dobře kontrahovaná, musí se vždy myslet na rupturu hrdla. Z toho důvodu je po každém porodu revidován stav hrdla v zrcadlech a ruptury dokonale ošetřeny.(2)

5.2.4 Ruptura dělohy

Ruptura dělohy za porodu se vytvoří v méněcenné svalovině, v jizvách apod. Mohou být kompletní (postihují celou děložní stěnu) nebo inkompletní. Příčinou spontánní ruptury za porodu je:

- plod nemůže být vypuzen pro mechanickou překážku,
- stěna dolního děložního segmentu se maximálně roztáhla až praskla,
- kraj branky byl fixován mezi hlavičku plodu a kostěnou pánev, a nevytahuje se nahoru přes hlavičku plodu.

Příčiny, proč plod neprochází porodním kanálem jsou úzká pánev, kefalopelvický nepoměr, zanedbaná příčná poloha, nepravidelné naléhání hlavičky, atd.

Spontánní ruptury za porodu předchází řada příznaků hrozící ruptury:

- stupňovaná děložní činnost až křečovité děložní stahy
- děložní fundus vystoupí až k žeberním obloukům, Bandlova rýha (hranice mezi dolním děložním segmentem a děložním tělem) postupuje vzhůru k pupku
- dolní děložní segment je napjatý, citlivý a po stranách jsou hmatné napjaté děložní vazy,
- rodička je neklidná, naříká, tlačí, má zrychlený pulz a zvýšený krevní tlak.

Roztržení děložní stěny vyvolá prudkou bolest v břiše, žena cítí, že něco prasklo. Děložní stahy rázem ustanou, retrahovaná děloha je vychýlená do strany, pod břišní stěnou jsou hmatné části plodu. Rozvíjí se obraz anemie z krvácení do břišní dutiny a obraz šoku. Zřídka rodička krvácí z rodidel.(5)

S rupturou dělohy se dnes setkáváme méně často než v minulosti. Vzniku ruptury se předchází již na začátku porodu včasným odhalením stavů, které by mohly vést ke vzniku ruptury. Jestliže jsou zjištěny příznaky hrozící ruptury, pak je ihned přerušen porod aplikací tokolytik těhotenství je ukončeno císařským řezem.

V okamžiku stanovení diagnózy proběhlé ruptury, je prvořadým požadavkem zajištění krevního řečiště a léčba šoku. Ihned se dělá laparotomie.(2)

5.2.5 Porodní šok

Porodní šok dostal svoje označení pro svou časovou návaznost na patologické stavy v těhotenství a za porodu. Jedná se o šok z krevní ztráty – šok hemorrhagický a o šok traumatický po protražovaném porodu, ruptuře dělohy, operativním porodu, po rozsáhlém porodním poranění a o stav, který je součástí embolických příhod.

Těhotenství a porod vyčerpávají adaptační mechanismy, zejména porod patologický, spojený s únavou a změnami v oběhovém systému. Toto je terén, na němž se snadno uplatní škodlivé vlivy. Vedoucími příznaky šoku jsou snížení krevního tlaku, zrychlení pulzu, bledost kůže a sliznic, studený pot na končetinách, psychické změny.

Hemorrhagický šok vzniká při akutním oběhovém selhání na podkladě náhlé krevní ztráty zevně nebo do dutiny tělní. Další příčinou je náhlé zmenšení cirkulujícího objemu krve ztrátou plazmy, vody nebo elektrolytů. Příznaky hemorrhagického šoku jsou:

- náhlé značné krvácení,
- tachykardie, pokles krevního tlaku, slabý pulz,
- chladná, vlhká, bledá pokožka,
- pocit nevolnosti, žízně, strachu a neklidu,
- psychická ochablost, ztráta vědomí.

Při každé větší krevní ztrátě je možnost hemorrhagického šoku.(8)

5.2.6 Embolie plodové vody

Embolie plodové vody je vniknutí plodové vody do mateřského žilního oběhu. Je to vzácná komplikace, častěji u vícerodiček, u rodiček s děložní hyperaktivitou, s předčasným odloučením lůžka, po manuálním vybavení placenty. Plodová voda a v ní suspendované buňky, lanugo, vločky mázku ucpou plicní krevní kapiláry, a to vyvolá stav plicní hypertenze. Příhoda může nastat před porodem, během porodu, ale i za několik hodin po porodu.

Při diagnóze embolie plodovou vodou je rodička neklidná, obtížně dýchá, promodrává, udává bolesti na hrudníku, má nauzeu nebo zvrací, dostaví se třesavka. Při embolii plodovou vodou současně dochází k poruše koagulace krve a hypofibrinogémii (DIC). Průběh je různý a závisí podle množství plodové vody vniklé do oběhu. V nejtěžších případech je průběh rychle smrtící, středně těžké formy upomínají na mnohočetnou plicní infarzací se známkami přetížení pravého srdce. Rodičky s lehčími formami přežívají toto kritické období.

5.3 Poporodní krvácení

V poporodním období a raném šestinedělí může být příčinou krvácení děložní hypotonie, atonie a subinvoluce, porodní poranění, zbytky placentární tkáně nebo plodových blan, hemokoagulační poruchy. Prevence spočívá ve správném vedení porodu, pečlivé kontrole placenty a celistvosti blan, revizi děložního hrdla a pochvy v zrcadlech.

5.3.1 Diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC)

Jedná se o získaný rozvrat hemokoagulační rovnováhy. Syndrom je především charakterizován profuzním krvácením ze všech ranných ploch i ze sebemenších oděrek.

Příčinou je porucha koagulopatie podmíněná vysrážením fibrinu v kapilárách s následnou aktivací fibrinolytického systému. Ten způsobuje v cévách rozpuštění fibrinogenu a fibrinu. Tím se uvolňují některé degradační produkty, které následně vyvolají poruchu srážlivosti na základě fybrinolýzy.

Stavy, které mohou způsobit DIC, jsou zamlklý potrat, febrilní potrat, mrtvý plod, placenta praevia, retence kotyledonu, placenta accreta, ruptura děložní, atonie děložní, gestosa, jaterní porucha. Mezi iatrogeně vyvolávající příčiny DIC patří manuální lyze placenty, Credeho hmat, ruptura dělohy po instrumentální revizi, kriminální potrat.

Jsou tři stadia DIC:

- I. stadium se klinicky projevuje minimálně, laboratorně je zjištěna hyperkoagulace.
- II. stadium se klinicky projevuje krvácením z vpichů, křehkými koaguly, trombozou v mikrocirkulaci. Laboratorně je zjevná aktivace a přechod do hypokoagulace.
- III. stadium se projevuje masivním krvácením, nesrážlivou krví a orgánovým selháváním v důsledku mikrotromboz. Laboratorně se projevuje hypokoagulací s masivní fibrinolýzou.(8)

Při pozitivních orientačních testech při počínajícím stadiu DIC je zahájena okamžitá příslušná terapie a nečeká se na laboratorní výsledky, kterými se pouze ověřuje diagnóza a na jejich základě se určí další postup.

Léčby DIC se účastní kromě týmu porodníků také hematolog, anesteziolog a internista. Zásadou léčby je odstranit vyvolávající příčinu, regulovat generalizovanou trombónovou aktivitu a udržet homeostázu.

Prevenici dělíme na primární a sekundární. Při primární prevenci je nutný již ambulantní záchyt všech stavů, kde je narušena hemokoagulace. Sekundární prevence zahrnuje aplikaci nízkomolekulárního heparinu u těhotných se zvýšeným rizikem.(2)

6 Ohrožení plodu za porodu

Během porodu je plod ohrožen hypoxií, infekcí, traumatem.

6.1 Ohrožení plodu za porodu hypoxií

Hypoxie je stav, kdy plod je ohrožen nedostatkem kyslíku. Na tento nedostatek je nejcitlivější mozková tkáň plodu, a proto déletrvající nebo hluboká

hypoxie může vést k jejímu trvalému poškození, v nejzávažnějších případech pak ke smrti plodu za porodu.

Příčiny hypoxie dělíme na chronické a akutní. Mezi chronické příčiny hypoxie patří placentární insuficience, která bývá důsledkem onemocnění matky (hypertenze, gestóza, choroby ledvin, anemie,...). Lze ji diagnostikovat již před porodem a rozvoji závažné hypoxie lze předejít včasným ukončením těhotenství císařským řezem.

Akutní příčiny hypoxie vznikají až za porodu bez předchozích varovných příznaků. Mezi ně patří hypotenze matky včetně syndromu posturální hypotenze při poloze na zádech. Další příčiny jsou infekce matky a plodového vejce, nadměrně silné a časté děložní stahy či trvalý hypertonus dělohy, který omezuje přísun krve k placentě, odlučování placenty, komprese pupečníku plodovou částí, smyčka kolem plodu nebo pravý uzel na pupečníku.

Příznaky hypoxie jsou: zesílení pohybů plodu, změny frekvence srdeční akce plodu, zkalení plodové vody smolkou.

Hypoxii lze včasné diagnostikovat pravidelným posloucháním srdečních ozev plodu stetoskopem, v první době porodní po 15 minutách, ve druhé době pak po každé kontrakci. Pro hypoxii je typický pokles srdeční frekvence plodu pod 120/minutu těsně po kontrakci.

Kardiotokografie (CTG) je přístrojové monitorování akce plodu a děložních kontrakcí matky. Kardiotokografií je akce plodu a děložní kontrakce sledovány buď intermitentně nebo kontinuálně podle situace.

Další diagnostickou metodou, při které je možné zjistit stav plodu, je amnioskopie. Je to jednoduchá metoda, při které je amnioskopem, zavedeným skrze děložní hrdlo do děložní dutiny, pozorována amniální tekutina a plodové obaly. Podmínkou pro toto vstupní vyšetření je zachovalý vak blan. Výhodou amnioskopie je její dostupnost a jednoduchost, nevýhodou je, že popisuje jen děj již proběhlý.

Cennou informací o výměně krve a tedy i krevních plynů mezi placentou a plodem dává měření průtoku krve v pupečnickových cévách Dopplerovým ultrazvukem. Při sníženém průtoku je velice pravděpodobná hypoxie plodu.

Doménou této metody je spíše vyšetření chronických stavů v předporodním období.(8)

Analýza pH, krevních plynů a přebytku bází v pupečnickové krvi po porodu potvrdí proběhlou hypoxii a umožní lepší řízení ošetření novorozence a stanovení prognózy.

Možnosti terapie hypoxie plodu jsou velmi omezené. Nejčastěji je jedinou možností plod porodit a zajistit zásobení kyslíkem ventilací plic. Rozhodování o ukončení těhotenství je někdy velmi obtížné vzhledem k nedokonalosti používaných diagnostických metod. Pokud vznikla hypoxie plodu za porodu, je akutní císařský řez často jediným řešením. V některých případech, kdy se podaří identifikovat příčinu hypoxie, je možné příčinu odstranit a obnovit přísun kyslíku.(2)

6.2 Ohrožení plodu za porodu infekcí

Z infekcí může být plod za porodu ohrožen nejčastěji ascendentní infekcí z pochvy. Nastává po předčasném prasknutí vaku blan, kdy plodová voda částečně odteče a zbytek se pak infikuje. Mezi dobou prasknutí vaku blan a vznikem infekce existuje časová závislost. Do 24 hodin po odtoku plodové vody se vyskytuje infekce plodové vody asi v 16 %, do 48 hodin kolem 26 % a po 48 hodinách ve více než 50 % případů. Nejčastěji izolovanými kmeny je Streptokok B a Bacteroides fragilis.

Plod je v uvedených případech značně ohrožen infekcí, která se projeví adnátní pneumonií. Tento stav je nebezpečný hlavně pro nezralé novorozence.

Klinický postup u předčasného odtoku plodové vody po 36. týdnu gravidity je indukce porodu do 24 hodin po odtoku.

U odtoků před 34. týdnem se nasazují po 24 hodinách širokospektré antibiotikum, aplikují se kortikoidy k urychlení dozrání surfaktantu a maximálně 3. den se indukuje porod. (8)

6.3 Ohrožení plodu za porodu traumatem

6.3.1 Intrakraniální krvácení

Hlavička plodu, díky volnému spojení lebečních kostí, má určitou pružnost, která umožňuje určitou konformaci při průchodu porodním kanálem, bez jakýchkoli následků. Je-li míra této pružnosti překročena, dochází k výraznější konformaci hlavičky ke vzájemným podsouváním lebečních kostí k ruptuře vén, nejčastěji vén odvádějících krev z mozkové kůry do sagitálního sinu.

Příčinou může být nadměrná děložní činnost, nepoměr hlavičky plodu ke kostěné pánvi rodičky, abnormální poloha hlavičky plodu, kdy hlavička prochází větším průměrem než při poloze záhlavím nebo traumatizace při klešťovém porodu, hypoxie.

Příznaky: plod je apatický, bledý, dyspnoický, cyanotický, často zvrací a záhy se mohou projevit křeče. Sonografie nebo CT vyšetření hlavičky diagnózu přímo potvrdí.

Léčba: kyslíkem se kompenzuje dyspnoe a cyanóza, sedativy se tlumí křeče. Krev ze subdurálního hematomu lze odstranit aspirací punkční jehlou, závažnější případy vyžadují chirurgickou intervenci.

Plody, které přežijí, mohou trpět trvalými mozkovými poruchami jak ve sféře motorické, tak mentální – dětskou mozkovou obrnou, defekty intelektu či epilepsií.

Prevence spočívá v prenatálním vyšetření velikosti hlavičky a prostornosti pánve rodičky, v monitorování průběhu porodu a ve včasné indikaci císařského řezu při hrozící konformaci hlavičky.

6.3.2 Kefalhematom

Kefalhematom je hematom pod periostem hlavičky plodu a způsoben traumatizací periostu při porodu. Jeho přesně hmatné okraje a omezení hranicemi lebečních kostí jej odlišují od běžného porodního nádoru, který je jen otokem tkání nad periostem.

Kefalhematom se může objevit až později po porodu, pozvolna narůstat a pozvolna mizet týdny až měsíce po porodu. Porodní nádor je přítomný ihned po porodu, pak roste již minimálně a mizí několik hodin maximálně dní po porodu.

6.3.3 Obrna plexus brachialis

Při extrémní laterální flexi hlavičky může dojít k natažení eventuálně přetržení horních kořenů brachiálního plexu s jeho následnou parézou. Nejčastěji k tomu dochází při obtížném vybavování ramének po porodu hlavičky, kdy je hlavička v ostrém úhlu k jednomu rameni. Ojediněle se tato porucha nachází i po fyziologicky probíhajícím porodu bez požití jakéhokoli násilí.

V klinickém obrazu je postižení deltoideu a ostatních svalů ramene, stejně jako flexory předloktí. Paže visí pasivně po straně těla, s vnitřně rotovaným předloktím v extenzi. Funkce prstů bývá zachována.

Léčba spočívá ve včasné rehabilitaci, která obvykle vede k úpravě stavu. U určitého počtu takto postižených však porucha přetrvává v podobě trvalé parézy, rezistentní na jakoukoli léčbu.

Prevence tkví ve fyziologickém vedení porodu bez použití jakéhokoli násilí nebo ve včasném provedení císařského řezu.

6.3.4 Zlomeniny kostí

Poměrně častá je v porodnictví zlomenina klíčku. K fraktuře dojde nejčastěji při obtížném vybavování ramének při poloze hlavičkou, ale poměrně často se nachází i po hladkém průběhu porodu. Diagnosticky lze v místě fraktury cítit krepitaci.

7 Základní údaje o nemocné

Jméno: L. S.

Rok narození: 1976

Stav: svobodná

Státní občanství: ČR

Příjem na porodní sál: 17.2.2008 v 16:20 hodin jako nedělka

Těhotenství

Diagnózy: Porod v domácnosti, fyziologické těhotenství

Prenatální péče: Praha 7, od 15. týdne těhotenství, celkem 8 vyšetření

Počet přednášek: 0

Tělocvik: ano

Otec u porodu: ne

Rodinná anamnéza: matka: zdravá, otec: stav po infarktu myokardu v roce 2005, sourozenci: zdraví

Osobní anamnéza: údaje o osobní anamnéze dle těhotenské průkazky – interně se neléčí

Operace, úrazy: 0

Chronická medikace: 0

Alergie: 0

BWR: nevyšetřeno, Isoim: 1x negativní, HIV: negativní, HBsAg: negativní,

GBS: nevyšetřeno, Hepatitis C: negativní

KS: A Rh pozitivní

Gynekologická anamnéza

Gynekologické operace: 0

Hormonální léčba: 0

Menstruace: od 15 let, perioda: 28/5

Otec dítěte: neudává

Předchozí těhotenství: I / I

Sociální poměry: žije s matkou v rodinném domku

Nynější těhotenství:

Údaje z těhotenské průkazky: ultrazvuk odpovídá, fyziologická gravidita

Choroby přidružené k těhotenství: 0

Průběh porodu před přijetím: přivezena RZS na zavolání porodní asistentky I. K. pro zadržené lůžko po spontánním porodu doma do vody dne 17.2.2008 ve 14:11 hodin, aplikováno 5 j. Oxytocinu i.v., odtržen pupečník. Pacientka je bledá, komunikuje, leží v Trendelenburgově poloze, krvácí.

Termín porodu: 23. 2. 2008 podle poslední menstruace (16. 5. 2007)

Přítomný stav

Výška: 162 cm,

Hmotnost: před těhotenstvím: 52 kg, při přijetí 61 kg, přibyla 9 kg

Teplota (dále TT): 37,1°C

Tepová frekvence (dále TF): 132/min.

Krevní tlak (dále TK): 100/50 mmHg

Zevní a vnitřní vyšetření: 17.2.2008 v 16:21hod.

Objektivně: komunikuje, bledá, opocená, TF:132/min, TK: 100/50 mmHg

Zevní genitál potřísněn krví. V introitu je nepodvázaná, utržená klička pupečníku. Na hrázi ruptura I. stupně a trhlinky na obou mediálních plochách malých stydkých pysků. V pochvě hojná koagula. Fundus dělohy sahá k pupku. Děloha je měkčí konzistence.

Závěr: Stav po spontánním porodu doma dne 17.2.2008 ve 14:11 hodin

Haemorrhagický šok - sekundární anemie, krvácení při neodloučené placentě

Přetržený pupečník

Příjem na lůžkové oddělení 2 hodiny 10 minut po porodu.

POROD:

Týden těhotenství: 39 + 1

I. doba porodní:

Začátek pravidelných stahů

Odtok plodové vody: včasný

Vedení a nepravidelnosti: Porod doma do vody veden za přítomnosti porodní asistentky I. K. ve 14:11 hodin. Po porodu plodu odtržen pupečník, placenta v pochvě a v děloze, aplikace infuze s oxytocinem, ztráta krve dle údajů porodní asistentky celkem 1000 ml.

Porod plodu: 17.2.2008 ve 14:11 hodin.

III. doba porodní:

Porod lůžka: 17.2.2008 v 16:35 hodin Gessner, trvání: 2:24

Vedení a nepravidelnosti: Manuální lyze placenty, instrumentální revize dutiny děložní – výkon bez komplikací, krevní ztráta při výkonu: 200 – 300 ml.

Placenta: hmotnost 520 g, fyziologická

Menší operační výkony: manuální lyze placenty, instrumentální revize dutiny děložní

IV. doba porodní:

Celková ztráta krve: 1300 ml

Revize hrdla: bez poranění

Chování rodičky: spolupracovala

Porodní poranění (episiotomie): lacerace zadní komisury, lacerace lábií oboustranně

Ošetření: šití - vcr

POROD SOUHRNNĚ:

Porod mimo ústav – doma do vody.

Zadržaná placenta, přetržený pupečník, velká krevní ztráta (celkem 1300 ml)

Manuální lyze placenty, instrumentální revize dutiny děložní pro zadržanou placentu

Lacerace zadní komisury, lacerace lábií – šití vcr

Léčení:

Uterotonika: Methylergometrin (dále MEM), Oxytocin

Antibiotika: Cefazolin

PLOD

Porod 17. 2. 2008 ve 14:11 hodin, hmotnost: 2820 g, délka: 49 cm,

klinicky gestační stáří: 39 týdnů

místo narození: doma do vody

vitalita: živé, pohlaví: muž, vývoj: zralý, trofika: eutrofický, dýchá: od 1. minuty

poznámka: I/I, spontánně, záhlavím, porod doma do vody dnes ve 14:11 hodin. Matka přivezena RZS 2 hodiny a 10 minut po porodu v hemorhagickém šoku při utrženém pupečníku. Donošený eutrofický novorozenec, přijatý s teplotou 35,4°C, růžový, eupnoický, kardiopulmonálně kompenzovaný, APGAR: 10,10,10. Matka byla v těhotenství v péči porodní asistentky I.K., nemá vyšetřeno GBS ani BWR.

Překlad dítěte na odd. JIP, inkubátor, observace D, TT, monitor. Glykémie a BWR /statim/ 3 hodiny po porodu. Kanavit 0,1 ml i.m. Matka s odběry a aplikací Kanavitu souhlasí.

Předán: 17.2.2008 v 16:30 hodin na oddělení: JIP

OPERAČNÍ PROTOKOL

Operace provedena: 17.2.2008 v 16:30 – 16:55

Hlavní operační diagnóza: neodloučená placenta po spontánním porodu

Diagnóza: Stav po spontánním porodu – doma do vody

Zadržaná placenta, přetržený pupečník

Velká krevní ztráta

Operace: Manuální lyze placenty

Instrumentální revize dutiny děložní

Popis: V klidné celkové anestezii po dezinfekci operačního pole, vycévkovaná, poté špekovitě pronikám za prevence vzduchové embolie (pod proudem Fyziologického roztoku) do dutiny děložní a malíkovou hranou ruky postupně odlučuji částečně odloučenou placentu na přední stěně. Poté vybavena placenta s plodovými obaly po částech, poté provedena revize dutiny děložní, ultrazvuková kontrola – prázdná dutina děložní. Děloha se retrahuje. Podána uterotonika – 1 amp. MEM, infuze s 10 j. oxytocinu. Spodina pevná. Revize hrdla – bez poranění. Poranění – lacerace lábií, lacerace zadní komisury, šití vcr lege artis.

Výkon byl proveden bez komplikací.

Krevní ztráta při výkonu je 200 – 300 ml, celková ztráta cca 1300 ml.

Před výkonem byly provedeny pacientce kontrolní odběry krevního obrazu (dále KO), srážlivých markerů a další. Je aplikována první dávka Fraxiparine 0,4 ml s.c./24 hodin k prevenci trombembolické nemoci. Během výkonu aplikována antibiotika (Cefazoline).

Výsledky KO (viz.Tabulka č.2) v 16:46 hodin: Leukocyty: $22,1 \cdot 10^9/l$

Erytrocyty: $2,54 \cdot 10^{12}/l$

Hematokrit: 0,161

Trombocyty: $287 \cdot 10^9/l$

Hemoglobin: 48 g/l

Po výkonu pacientka spí. Jsou plněny ordinace lékaře (kontrola fyziologických funkcí, krvácení, infuzní terapie). Objednané 2 transfuzní jednotky erytrocytové masy. Po stabilizaci je předána do péče oddělení JIP v 19:00 hodin.

Oddělení JIP – 0. pooperační den, 1. ošetřovací den

Příjem v 19:05 hodin. Děloha je retrahovaná, krvácí přiměřeně. Kape druhá infuze R1/1. Je zaveden Folleyův katetr, který odvádí čirou moč. Jsou dále

sledovány fyziologické funkce, příjem a výdej tekutin, krvácení a retrahování dělohy.

Ve 20 hodin je opět zkontrolován KO: Leukocyty: $20,7 \cdot 10^9/l$

Erytrocyty: $2,51 \cdot 10^{12}/l$

Hematokrit: 0,184

Trombocyty: $174 \cdot 10^9/l$

Hemoglobin: 59 g/l

Pacientka se cítí unavená, pospává, příjem a výdej tekutin je v normě, krvácení je přiměřené a děloha retrahovaná. Podány 4 transfuzní jednotky erytrocytové masy bez komplikací.

Oddělení JIP – 1. pooperační den, 2. ošetrovací den

Subjektivně se pacientka cítí lépe.

Objektivně: Příjem a výdej tekutin je v normě, fyziologické funkce jsou stabilizované, permanentní Folleyův katetr odvádí čirou moč, krvácení je přiměřené a děloha retrahovaná. Je bledá.

V 6:00 hodin zkontrolován KO: Leukocyty: $23,0 \cdot 10^9/l$

Erytrocyty: $3,30 \cdot 10^{12}/l$

Hematokrit: 0,252

Trombocyty: $185 \cdot 10^9/l$

Hemoglobin: 83 g/l

Pokračuje se dále v infuzní terapii, sleduje se příjem a výdej tekutin. Zahajuje se léčba anemie podáváním medikamentů (Aktiferin 3x1, Acidum follicum 3x1, Pyridoxin 3x1). Pokračuje se v aplikaci Fraxiparine 0,4ml s.c.

Po ukončení infuzní terapie se zahajuje vertikalizace pacientky. Po úspěšném opuštění lůžka je odstraněn Folleyův katetr, poté za hodinu a půl pacientka močí spontánně. V 15:00 hodin je přeložena na oddělení šestinedělí.

Oddělení šestinedělí – 2. pooperační den, 3. ošetrovací den

Subjektivně se pacientka cítí dobře.

Objektivně: fyziologické funkce jsou stabilizované, krvácí přiměřeně, děloha je retrahovaná. Pacientka močí spontánně, je bledá. Pohybuje se samostatně.

V 6:00 hodin zkontrolován KO: Leukocyty: $18,5 \cdot 10^9/l$

Erytrocyty: $2,53 \cdot 10^{12/l}$

Hematokrit: 0,198

Trombocyty: $200 \cdot 10^9/l$

Hemoglobin: 65 g/l

Je doporučeno podání transfuzí. Pacientka transfuze odmítá. Podepisuje negativní revers.

Ve 12:00 hodin pacientka odmítá další hospitalizaci na oddělení šestinedělí. Je opakovaně poučena o rizicích a následcích odmítnutí krevní transfuze a další léčby. Po manuální lyzi placenty a instrumentální revizi dutiny děložní je doporučena aplikace Fraxiparinu a kontrolní ultrazvukové vyšetření. Toto pacientka odmítá.

Po podepsání negativního reversu je pacientka propuštěna domů! Pacientka se do 3 dnů nahlásí u svého gynekologa. Kontrola u obvodního gynekologa proběhne po šestinedělí, v případě obtíží ihned, možno i na pohotovosti v nemocnici. Dostává léky (Aktiferin, Acidum follicum, Pyridoxin) na tři dny s sebou. Poučena (viz. Příloha č.1)!

Zhodnocení průběhu hospitalizace pacientky L. S.

Pacientka byla přivezena na porodní sál RZS 2 hodiny a 10 minut po porodu v domácnosti. V průběhu porodu nastaly komplikace, které ohrožovaly život pacientky. Jsou to neodloučená placenta, přetržený pupečník a následná velká krevní ztráta. Během porodu v domácnosti nelze odhadnout, zda porod proběhne fyziologicky.

Během hospitalizace na porodním sále je ihned proveden zákrok, který vede k odloučení placenty a brání další velké krevní ztrátě. Pacientka spolupracuje. Po stabilizaci jejího zdravotního stavu je předána do péče oddělení JIP.

Na oddělení JIP je dále kontrolován zdravotní stav pacientky, dostává transfuze krve. Její zdravotní stav se postupně stabilizuje. V péči oddělení JIP je

pacientka do druhého dne hospitalizace, poté je odpoledne předána do péče oddělení šestinedělí. Zde je pacientka až do konce hospitalizace. Je dále sledován její zdravotní stav, zejména hodnoty krevního obrazu. Třetí den hospitalizace hodnoty krevního obrazu odpovídají tomu, aby byly pacientce opět podány transfuze krve a aby se provedl kontrolní ultrazvuk. Pacientka toto odmítá i po podání informací lékařem o rizicích odmítnutí transfuze krve. Pacientka podepisuje negativní revers a je propuštěna do domácí péče.

8 Ošetřovatelský proces

Při ošetřování pacientky L.S. jsem vycházela z teorie Ošetřovatelského procesu a „Modelu funkčního zdraví“ Marjory Gordonové, který je orientován na identifikaci a přiměřené uspokojování potřeb.

Moderní ošetřovatelství začíná chápat zdraví kvalitativně a v širokých souvislostech. Nemoc chápe jako součást normálního života lidí. Teorie a modely, které vysvětlují zdraví, vycházejí z určitých hodnotových orientací, které umožňují pochopit, jak může být prožívání zdraví ovlivněno.

Ošetřovatelské modely se snaží odrážet podstatu ošetřovatelství. Cílem ošetřovatelského modelu je pomoci sestřám zkvalitnit jejich práci a poskytnutí kvalitní ošetřovatelské péče o pacienta. Ošetřovatelské modely mají důležitý vztah k ošetřovatelskému procesu.

Teoretické modely ošetřovatelství jsou abstraktní rámce, které pomáhají sestřám zjišťovat problémy, plánovat ošetřovatelskou péči vztahující se ke klinické praxi, a hodnotit výsledky ošetřovatelských činností a zásahů. Charakterizují vztahy mezi čtyřmi základními komponentami ošetřovatelství: zdravím, prostředím, člověkem (nemocným), ošetřovatelskou péčí.

Teoretické modely ošetřovatelství byly vytvořeny deduktivním způsobem, kdy poznatky jiných vědních disciplin byly transformovány autorkou do ošetřování. Nebo byly vytvořeny induktivním způsobem, v němž autor vychází ze specifické situace v ošetřovatelské praxi, která se stává podnětem k určitém zobecnění. Tato situace umožňuje vytvoření určité ošetřovatelské teorie. Některé modely rozpracovávají a rozšiřují již známé koncepce.

Existují čtyři skupiny modelů:

1. Modely potřeb (Hendersonová, Oremová, Gordonová, ...): sestra pomáhá při uspokojování potřeb pacienta.
2. Interakční modely (Wiedenbacková, Kingová, ...): ošetřovatelská péče je mezilidský proces vztahů.
3. Humanistické modely (Patersonová, Watsonová, ...): péče vychází ze subjektivních zkušeností mezi pacientem a sestrou.

4. Modely výsledků (Royová, Neumannová, ...): jsou založené na hodnocení výsledků poskytnuté péče.

Ošetrovatelský proces je systematický přístup k poskytování ošetrovatelské péče. Má pět fází: zhodnocení pacienta – zjišťování informací, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování ošetrovatelské péče, realizace navržených opatření a zhodnocení efektu ošetrovatelské péče.

Marjory Gordonová vyučuje ošetrovatelství a zabývá se výzkumem na univerzitě v Bostonu. Je známá svým přínosem k ošetrovatelské teorii. Její doménou je ošetrovatelská diagnostika. Věnuje se výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče. Do roku 2004 stála v čele Severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování. V roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví.

Model Gordonové vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Podle Gordonové může být zdravotní stav člověka funkční nebo dysfunkční.

Model funkčního zdraví jednotlivce/rodiny/komunity je založen na interakci člověka a prostředí a vyjadřuje jeho celkovou bio-psycho-sociální integritu. Je to jeden z novějších teoretických modelů, který je v současné době používán v některých evropských zemích.

Funkční zdraví ovlivňují faktory biologické, vývojové, kulturní, sociální a spirituální.

Model fungujícího zdraví M. Gordonové zahrnuje 12 oblastí potřeb a denních aktivit:

1. Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita – cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Smyslové vnímání – poznávací funkce
7. Sebepojetí – sebeúcta
8. Životní role a mezilidské vztahy

9. Sexualita – reprodukční schopnost
10. Stres – reakce na zátěžové situace
11. Víra, životní hodnoty
12. Různé

9 Informace o pacientce

Paní L.S se narodila v roce 1976, je svobodná.

Pacientka se rozhodla pro porod doma. Porod probíhal v termínu. Narodil se donošený chlapec (2820 g / 49 cm). Před přijetím byla přivezena RZS na zavolání porodní asistentky I. K. pro zadržené lůžko po spontánním porodu doma do vody dne 17.2.2008 ve 14:11 hodin. Na porodní sál byla přijata dne 17.2.2008 v 16:20 hodin jako nedělka. Stav pacientky při přijetí byl vážný, krvácela, byla bledá, placenta ještě nebyla odloučená a byl odtržen pupečník. Ztráta krve byla dle údajů porodní asistentky asi 1000 ml.

Na porodním sále byla provedena manuální lyze placenty a instrumentální revize dutiny děložní. Po stabilizaci stavu v 19:00 hodin byla pacientka předána do péče oddělení JIP, kde je paní L. S. dále sledována.

Donošený chlapec byl přijat 2 hodiny a 10 minut po porodu na oddělení JIP s teplotou 35,4 °C. Novorozenec byl podchlazený, růžový, eupnoický a kardiopulmonálně kompenzovaný. Po porodu byl umístěn do inkubátoru, byly mu sledovány fyziologické funkce a provedena některá laboratorní vyšetření. Jeho stav se postupně stabilizoval, tělesná teplota se zvyšovala. Za 12 hodin po stabilizaci zdravotního stavu byl chlapec přeložen na novorozenecké oddělení.

10 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocného

První fází ošetrovatelského procesu je hodnocení pacienta. Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetřování, měla by získat o svém pacientovi co nejvíce informací. Během této fáze ošetrovatelského procesu má sestra

nejlepší příležitost navázat užší osobní kontakt s nemocným, poznat ho lépe nejenom po stránce medicínské, ale i osobní a sociální.

Informace jsou čerpány z více zdrojů, a to rozhovorem s pacientkou, z dostupné lékařské dokumentace (chorobopis, rekurz, teplotní tabulka, laboratorní výsledky), poskytnutými informacemi od ostatních členů ošetrovatelského týmu, pozorováním pacientky.

10.1 Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Pacienta celkově vnímá svůj zdravotní stav jako uspokojivý. V posledním roce vážněji nemocná nebyla. Během těhotenství se cítila dobře. Na začátku těhotenství pocítovala ranní nevolnosti, které od 4. měsíce gravidity ustaly. Na konci gravidity se cítila více unavená. Během gravidity navštěvovala tělocvik pro těhotné. Do kurzu pro těhotné nechodila. Byla v péči porodní asistentky I. K. Pracovala až do nástupu na mateřskou dovolenou.

Je nekuřačka.

Do nemocnice byla přijata po spontánním porodu doma s komplikací odloučení placenty a následnou velkou krevní ztrátou. Je přeložena po stabilizaci zdravotního stavu na porodním sále a na oddělení JIP. Nyní je asi 17 hodin po spontánním porodu.

10.2 Výživa a metabolismus

Pacientka se před otěhotněním až do nástupu na mateřskou dovolenou stravovala v zaměstnání potom doma. Nedodržovala žádnou speciální dietu. Na počátku těhotenství trpěla ranními nevolnostmi, které později ustaly. Během těhotenství se stravovala častěji 5 - 6x denně menší porce. Vynechávala ostřejší jídla. Denně vypila 2 – 3 litry tekutin. Během těhotenství přibyla 9 kg, neužívala žádné vitamínové preparáty.

Dnes má ještě infuzní terapii, poprvé od porodu dostala stravu per os.

Během porodu vznikla poporodní poranění a došlo ke ztrátě většího množství krve. Začíná proces hojení poporodních poranění. Tělesnou teplotu má 36,9 °C.

10.3 Vylučování

Před těhotenstvím a v první polovině gravidity potíže s vylučováním stolice a moči neměla. Stolicí měla každý den. Nepotila se. V druhé polovině těhotenství se vylučování střeva zhoršilo na frekvenci 1x za dva dny. Projímadla nepoužívala, pila na lačno sklenici vlažné vody. Na konci těhotenství a po porodu je přítomný kolem konečníku hemoroid.

Nyní zavedený močový katetr, moč odvádí čistou a dostatečné množství. Mírně se zpotila.

10.4 Aktivita - cvičení

Před otěhotněním chodila 2x týdně cvičit. Jezdila na kole. Během gravidity navštěvovala kurz plavání a tělocvik pro těhotné. Zvládala všechny denní aktivity bez problémů. Na konci těhotenství se objevuje mírná dušnost a otoky kolem kotníků na konci dne.

Po porodu se cítí ještě slabá, ráno potřebovala pomoc při hygieně. Poprvé vstávala z lůžka. V noci cítila bolest v oblasti poporodního poranění.

10.5 Spánek a odpočinek

Před otěhotněním neměla s usínáním žádné problémy. Spala 7 – 8 hodin denně. Chodila spát kolem 22.hodiny a vstávala v 6:00 hodin. Spí sama v místnosti, budí se pomocí budíku. Na konci těhotenství hůře usínala, proto pila čaj z meduňky.

Dnes v noci se špatně vyspala, protože ji rušily zvuky přístrojů a pravidelné měření fyziologických funkcí. Nyní se cítí unavená. Pacientka nemá dost informací o stavu dítěte, cítí obavy a úzkost.

10.6 Smyslové vnímání – poznávací funkce

Pacientka nemá potíže se sluchem ani se zrakem. Orientovaná v čase i místě. Potíže s učením nemá.

Při porodu má větší ztrátu krve, proto se cítí unavená. Výkon byl prováděn v celkové krátkodobé anestezii, kterou snášela dobře. Po probuzení byla orientovaná.

Pacientka je průběžně informovaná o svém zdravotním stavu. Nemá ale dost informací o stavu svého dítěte. Cítí bolest v místě poporodního poranění.

10.7 Sebepojetí – sebeúcta

Pacientka se cítí po porodu unavená, ale šťastná z narození dítěte. Cítí se trochu nejistá v roli matky a má obavy, jak vše bude zvládat doma. Už má zařízenou pomoc matky v domácnosti po návratu z porodnice.

Nemá dostatek informací o stavu dítěte, cítí obavy a úzkost.

10.8 Životní role a mezilidské vztahy

Žije v rodinném domku s matkou. Otce dítěte neudává. Na dítě se těšila. Má obavy, jak bude zvládat péči o dítě v domácím prostředí, ale ví, že matka jí pomůže.

Pravidelně se stýká s přáteli. Po narození dítěte ví, že styky s přáteli budou z počátku omezené. Do zaměstnání přestala chodit s nástupem na mateřskou dovolenou.

Nemocniční prostředí vnímá jako omezování osobní svobody, ale kvůli komplikacím při porodu se mu podřizuje.

10.9 Sexualita – reprodukční schopnost

Menstruaci má pravidelně od 15 let po 28 dnech a trvala 5 dní. Užívala hormonální antikoncepci 5 let. Nyní je to její první těhotenství. S otěhotněním problém neměla. Během těhotenství navštívila lékaře celkem osmkrát. Navštěvovala tělocvik pro těhotné, nechodila do předporodního kurzu. Pečovala o ni porodní asistentka I. K. Otce dítěte neudává.

10.10 Stres – reakce na zátěžové situace

Stres zvládá dobře. Nepije alkohol, nekouří. Při prožívání stresové situace má oporu v rodině a přátelích.

Těhotenství a mateřství znamená velkou změnu v jejím životě. Dítě je chtěné. Z počátku pomůže s výchovou matka.

Nyní prožívá nejistotu a úzkost kvůli nedostatku informací o stavu dítěte.

10.11 Víra, životní hodnoty

V Boha nevěří, ale pokud je v obtížné situaci, obrací se k něčemu, co si nijak nepojmenovává, ale myslí si, že „něco existuje“. Sekty a ostatní náboženské směry ji nezajímají.

Dítě si moc přála a těšila se na něj. O otci dítěte se nezmiňuje. Výchova dítěte je pro ni důležitá. Do zaměstnání plánuje návrat v jednom roce věku dítěte.

11 Kátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení

2. ošetrovací a 1. pooperační den od 7:00 do 15:00 hod.

Ošetrovatelské diagnózy a realizace krátkodobého ošetrovatelského plánu jsou stanoveny a zaznamenány ve 2. ošetrovacím a 1. pooperačním dni během mojí služby od 7:00 hodin do 15:00 hodin, kdy byla pacientka předána do péče oddělení šestinedělí. Pacientka strávila celé dopoledne a část odpoledne na oddělení JIP. Zaznamenaná ošetrovatelská péče probíhá na oddělení JIP.

Během péče o paní L. S. byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, které jsou seřazeny podle závažnosti.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Únava z důvodu vyčerpání porodem a velké krevní ztráty
2. Zhoršená perfuze tkání v souvislosti s nadměrnou ztrátou krve
3. Akutní bolest v důsledku traumatizace tkání a fyzického i psychického vyčerpání

4. Nepříjemné pocity při močení v důsledku porodního traumatu a otoku tkání
5. Deficit spánku v noci
6. Úzkost v důsledku nedostatku informací o zdravotním stavu dítěte

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku poporodních komplikací
2. Riziko pádu v souvislosti se sekundární anémií při krevní ztrátě

11.1 Únava z důvodu vyčerpání porodem a velké krevní ztráty

Únava je stav, při kterém má jednotlivec nadměrný pocit vyčerpání a snížené schopnosti pro výkon tělesné a mentální práce. Jsou vyvolány bolestí a nepohodlím, silným pocitem rozrušení a vyčerpávajícím porodem.(4, 11)

Projevy:

- ospalost
- snížená schopnost se soustředit
- ztížené usínání
- tmavé kruhy pod očima

Cíl ošetrovatelské péče:

- snížení únavy
- pacientka bude spát alespoň 3 hodiny bez probuzení

Plán ošetrovatelské péče:

- zajisti pacientce optimální podmínky pro odpočinek a spánek
- uprav lůžko dle přání pacientky
- vyvětrej pokoj
- zajisti tlumené světlo
- podej sedativa
- zajisti snížení, zmírnění nebo úplné vymizení bolesti
- zmírní obavy a úzkost

Realizace plánu:

- pacientka byla umístěna na jednolůžkový pokoj
- zmírnění úzkosti bylo zajištěno návštěvou pediatra, který podal pacientce informace o stavu dítěte v 8:50 hodin
- pacientka dostala v 8:00 hodin analgetika (Diclofenac čípek) ke zmírnění bolesti a využila úlevové polohy
- lůžko bylo upraveno podle přání pacientky
- pokoj byl vyvětraný, rolety zatažené a v pokoji bylo příjemné přítmí, které pacientce vyhovovalo
- pacientka je průběžně kontrolována tak, aby nebyl narušen její spánek

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka spala bez probuzení 3 hodiny od 9:30 hodin do 12:30 hodin
- po probuzení se cítila odpočatá
- podávání sedativ nebylo nutné

11.2 Zhoršená perfuze tkání v souvislosti s nadměrnou ztrátou krve

Zhoršené prokrvení tkání z příčiny velké krevní ztráty má za následek snížený přívod kyslíku, jehož důsledkem je vážnoucí výživa tkání na kapilární úrovni. Nadměrná krevní ztráta může vyústit v hypovolemický šok. Žena s rizikovými faktory by měla být častěji kontrolována.. Fundus děložní by měl být tuhý, aby se komprimovali cévy na místě odloučení placenty. Zvyšující se pulz bývá první známkou nedostatečného krevního oběhu. Krevní ztráta p porodu bývá viditelná, výjimečně je skrytá.(1, 4, 11)

Projevy:

- nízké laboratorní hodnoty hemoglobinu v krevním obrazu
- jsou snížené hodnoty krevního tlaku a zrychlený pulz než je norma
- pacientka se cítí unavená

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka se nebude cítit unavená

- krevní tlak a pulz budou v rozmezí 10 % hodnot, které byly naměřeny na konci těhotenství v těhotenské poradně
- pacientka nebude mít žádné známky a příznaky hypovolemického šoku

Plán ošetrovatelské péče:

- zajisti pacientce optimální podmínky pro odpočinek a spánek
- zjistí rizikové faktory poporodního krvácení
- vyšetřuj děložního fundus, jeho výšku, tuhost a polohu každou lichou hodinu
- kontroluj očišťky, jejich zbarvení, množství a sraženiny každou lichou hodinu
- pečuj o pravidelné vyprazdňování močového měchýře, po odstranění permanentního Folleyova katetru pacientka pravidelně močí každé 2 hodiny od prvního spontánního vymočení
- všímej si méně zřetelných známek krvácení jako například trvalý pramének světle červené krve při tuhém fundu

Realizace plánu:

- pacientka byla umístěna na jednolůžkový pokoj
- pokoj byl vyvětraný, rolety zatažené a v pokoji bylo příjemné přítmí, které pacientce vyhovovalo
- opatrně byl vyšetřen děložní fundus v 9:00 hodin, v 11:00 hodin pacientka spala, ve 13:00 hodin byl děložní fundus tuhý, 2 prsty pod pupkem, v 15:00 hodin děložní fundus zůstal tuhý a 2 prsty pod pupkem
- zůstal zavedený permanentní Folleyův katetr po dobu spánku a infuzní terapie
- po probuzení ve 12:30 hodin byl odstraněn Folleyův katetr, infuze vykapaly ve 12:15 hodin
- pravidelně byl kontrolován počet vložek a stupeň jejich prosáknutí, při spánku nebyla rušena
- pravidelně byl měřen krevní tlak a pulz až do stabilizace po hodině (7:00 hod., 8:00 hod., 9:00 hod), dále po 3 hodinách (12:30 hod., 15:00hod.)

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka se po probuzení cítila odpočatá
- během spánku měla pacientka stále zavedený permanentní katetr, po jeho odstranění ve 12:30 hodin pacientka do hodiny a půl močí spontánně (14:00 hod.)
- fundus děložní zůstal tuhý a 2 prsty pod pupkem
- počet vložek a stupeň jejich prosáknutí odpovídá normálnímu poporodnímu průběhu
- krevní tlak se postupně stabilizoval, pulz zůstal zrychlený
- známky hypovolemického šoku se neobjevily

11.3 Akutní bolest v důsledku traumatizace tkání a fyzického i psychického vyčerpání

Bolest je stav, kdy jedinec pociťuje přítomnost silného, prudkého nepohodlí nebo silně nepříjemného pocitu.

Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Bolest je ryze subjektivní zážitek a existuje vždy, když člověk říká, že bolest má. Akutní bolest při vyšší intenzitě představuje pro nemocného velkou zátěž, je provázena vegetativními projevy (zrychlení pulzu, zvýšení krevního tlaku, prohloubení dýchání). (4, 11)

Projevy:

- pacientka si stěžuje na bolest v oblasti porodního poranění
- pacientka v noci špatně spala

Cíle ošetrovatelské péče:

- pacientka nebude pociťovat bolest do 30 minut po podání analgetika
- pacientka bude spát alespoň 3 hodiny bez probuzení
- pacientka bude udávat zmírnění únavy

Plán ošetrovatelské péče:

- podej analgetika (Diclofenac čípek) při pocitu bolesti a dále každých 4 - 6 hodin při bolesti

- zajisti pacientce optimální podmínky pro odpočinek a spánek
- sleduj neverbální projevy akutní bolesti
- sleduj, kdy se bolest zhoršuje

Realizace plánu:

- pacientka byla umístěna na jednolůžkový pokoj
- pokoj byl vyvětraný, rolety zatažené a v pokoji bylo příjemné přití, které pacientce vyhovovalo
- pacientce dostala v 8:00 hodin analgetika (Diclofenac čípek) ke zmírnění bolesti

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- po podání analgetika (Diclofenac čípek) v 8:00 hodin pacientka necítila bolest do 20 minut a v 9:30 hodin usíná
- dokonce ani po probuzení pacientka necítí bolest porodního poranění

11.4 Nepříjemné pocity při močení v důsledku porodního traumatu a otoku tkání

Poruchy vyprazdňování moče jsou stavy, při kterých člověk trpí poruchami vyprazdňování moče. Souvisejícími faktory jsou senzitivní poruchy a psychické faktory, anatomické obstrukce, mechanické úrazy, infekce močových cest, mechanické trauma a otok tkání. Naplněný močový měchýř způsobuje, že děložní fundus je výše a často také odkloněn na jednu stranu.(4, 6)

Projevy:

- obavy, že pacientka nezvládne samostatné močení po odstranění permanentního Folleyova katetru
- pocit tlaku v močovém měchýři po odstranění permanentního Folleyova katetru
- děložní fundus je výše než odpovídá doba uplynulá od porodu

Cíle ošetrovatelské péče:

- pacientka se sama vymočí do 4 - 6 hodin po odstranění permanentního Folleyova katetru
- pacientka nebude mít bolest při močení
- pacientka bude močit nejméně každé 2 hodiny alespoň 150 ml moči
- děložní fundus bude tuhý a jeho úroveň bude odpovídat době uplynulé od porodu
- pacientka bude vědět, že musí vypít alespoň 3 litry tekutin za 24 hodin
- pacientka zvýší příjem tekutin per os po odstranění permanentního Folleyova katetru

Plán ošetrovatelské péče:

- permanentní Folleyův katetr odstraň, až se pacientka probudí a skončí infuzní terapie
- dohlédni, aby pacientka vypila po odstranění permanentního katetru každou půlhodinu 2 – 3 skleničky (150 ml) čaje nebo jiných oblíbených nápojů
- zajisti snížení, zmírnění nebo úplné vymizení bolesti podáním analgetika (Diclofenac čípek)
- vysvětli pacientce, proč je důležité zvýšit příjem tekutin a pravidelné vyprazdňování močového měchýře
- kontroluj výšku a tuhost děložního fundu
- kontroluj, aby pacientka močila každé 2 hodiny od prvního spontánního vymočení

Realizace plánu:

- pacientce byl odstraněn permanentní Folleyův katetr po probuzení ve 12:30 hodin
- pacientce bylo vysvětleno, proč je nutné se spontánně vymočit do 4 - 6 hodin po odstranění permanentního Folleyova katetru a dále močit spontánně každé 2 hodiny
- pacientka pila tekutiny, které má ráda (čaj, iontový nápoj, voda)
- pacientce byla nabídnuta analgetika (Diclofenac čípek) ke zmírnění bolesti

- pacientka byla poučena o tom, že je lepší močit ve sprše z důvodu lepší hygieny poporodního poranění
- pacientka měla dostatek času a zajištěné intimní prostředí
- po vymočení pacientky byla zkontrolována výška děložního fundu, zda-li odpovídá jeho úroveň době uplynulé od porodu

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka se probudila ve 12:30 hodin, poté byl odstarněn permanentní katetr
- pacientka se sama poprvé vymočila za hodinu a půl po odstranění permanentního katetru ve 14:00 hodin
- močení ve sprše pro ni bylo příjemné
- nepotřebovala ani analgetika
- pacientka vypila doporučené množství tekutin, cítila se lépe a dokonce opustila lůžko
- pacientka věděla, proč má močit pravidelně a potencionální poruchu s močením by nahlásila

11.5 Deficit spánku v noci

Porucha spánku je přerušení doby spánku, která člověka obtěžuje nebo zasahuje do žádoucího životního rytmu.(11)

Projevy:

- subjektivně pacientka udává, že se po nočním spánku necítí odpočatá, protože ji v noci rušily zvuky přístrojů a pravidelné měření fyziologických funkcí.
- ospalost, únava
- snížená schopnost se soustředit

Cíle ošetrovatelské péče:

- pacientka bude spát alespoň 3 hodiny bez přerušení dnes během dne
- snížení únavy

Plán ošetrovateľskej péče:

- zajišti pacientce optimální podmínky pro odpočinek a spánek
- uprav lůžko dle přání pacientky
- vyvětrej pokoj
- zajišti tlumené světlo
- podej sedativa podle potřeby pacientky
- podej analgetika (Diclofenac čípek) ke zmírnění bolesti před usnutím

Realizace plánu:

- pacientka byla umístěna na jednolůžkový pokoj
- pacientka dostala v 8:00 hodin analgetika (Diclofenac čípek) ke zmírnění bolesti a využila úlevové polohy
- lůžko bylo upraveno podle přání pacientky
- pokoj byl vyvětraný, rolety zatažené a v pokoji bylo příjemné přítmí, které pacientce vyhovovalo
- pacientka byla průběžně kontrolována tak, aby nebyl narušen její spánek

Hodnocení ošetrovateľskej péče:

- pacientka spala bez probuzení 3 hodiny v době od 9:30 hodin do 12:30 hodin
- po probuzení se cítila odpočatá
- podávání sedativ nebylo nutné

11.6 Úzkost v důsledku nedostatku informací o zdravotním stavu dítěte

Úzkost znamená nejasný pocit stísněnosti nebo děsu, provázený vegetativní odpovědí. Úzkost je modifikací signálu varujícího před nebezpečím a umožňujícího jedinci přijmout opatření k odvrácení hrozby nebo jí čelit. Souvisejícímu stavu a faktory jsou: stres, situační krize, ohrožení života, hrozící změny zdravotního stavu, nenaplněné potřeby.(11)

Projevy:

- pacientka má pocity strachu a úzkosti o své dítě, je unavená, špatně spala
- pacientka má málo informací o zdravotním stavu dítěte

- pacientka neví, kdy dítě uvidí
- pacientka viděla dítě naposledy včera odpoledne při příjmu na porodní sál

Cíle ošetrovatelské péče:

- pacientka dostane informace o zdravotním stavu dítěte od pediatra, který dítě ošetřuje
- pacientka uvidí své dítě co nejdříve to bude možné

Plán ošetrovatelské péče:

- domluv se s ošetřujícím pediatrem, aby navštívil pacientku co nejdříve a podal jí informace o zdravotním stavu novorozence
- domluv se s dětskou sestrou, kdy může matka vidět dítě

Realizace plánu:

- telefonicky byla domluvena návštěva pediatra, přijde v 8:45 hodin
- telefonicky byla domluvena návštěva dětské sestry s dítětem, přijde v 9:00 hodin

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- pediatr přišel v 8:50 hodin, pacientka dostala uspokojivé informace o zdravotním stavu svého dítěte
- v 9:00 hodin přišla s novorozencem dětská sestra, pokusila se o přiložení dítěte k prsu
- přisátí dítěte k prsu se zdařilo
- dětská sestra se domluvila s pacientkou na další návštěvě s dítětem za 3 hodiny (ve 12:00 hodin), před tím se domluví se sestrou, zda může přijít
- další návštěva dětské sestry s novorozencem proběhla ve 13:00 hodin, protože pacientka ve 12:00 hodin spala
- pacientka byla klidná, necítila úzkost
- po odchodu dětské sestry usnula v 9:30 hodin a spala celé 3 hodiny do 12:30

11.7 Riziko vzniku poporodních komplikací

Rodička může být po porodu postižena různými zdravotními problémy, jde ve většině případů o jednu z následujících komplikací: krvácení, tromboembolická nemoc, infekce, subinvoluce dělohy, afektivní poruchy. Nejčastější z těchto komplikací jsou infekce a krvácení. Poporodní krvácení je charakterizováno jako krevní ztráta větší než 500 ml po spontánním porodu. Matka je po porodu ohrožena různými druhy infekcí. Nejpravděpodobnější vstupní brány jsou rány (episiotomie, lacerace), děloha, močové cesty, intravenózní kanyly.(6)

Cíle ošetrovatelské péče:

- pacientka nebude mít známky infekce
- krevní tlak a pulz budou v rozmezí 10 % hodnot, které byly naměřeny na konci těhotenství v těhotenské poradně
- pacientka nebude mít žádné známky hypovolemického šoku

Plán ošetrovatelské péče:

- zajisti pacientce optimální podmínky pro odpočinek a spánek
- vyšetřuj děložního fundus, jeho výšku, tuhost a polohu každou lichou hodinu
- kontroluj očištění, jejich zabarvení, množství a sraženiny každou lichou hodinu
- pečuj o pravidelné vyprazdňování močového měchýře
- po odstranění permanentního Folleyova katetru pacientka pravidelně močí každé 2 hodiny od prvního spontánního vymočení
- všímej si méně zřetelných známek krvácení jako například trvalý pramének světle červené krve při tuhém fundu
- pečuj o zavedenou intravenózní kanylu, sleduj známky infekce
- pravidelně kontroluj krevní tlak a pulz až do jeho stabilizace po hodině (7:00 hod., 8:00 hod., 9:00 hod.,...), dále po 3 hodinách (12:00 hod., 15:00 hod., ...)

Realizace plánu:

- místo vpichu intravenózní kanyly bylo sledováno při výměně infuze a při pravidelném měření fyziologických funkcí
- opatrně byl vyšetřen děložní fundus v 9:00 hodin, v 11:00 hodin pacientka nebyla rušena, ve 13:00 hodin byl děložní fundus tuhý, 2 prsty pod pupkem, v 15:00 hodin děložní fundus zůstal tuhý a 2 prsty pod pupkem
- zůstal zavedený permanentní Folleyův katetr po dobu spánku a infuzní terapie
- po probuzení ve 12:30 hodin byl odstraněn Folleyův katetr, infuze vykapaly ve 12:15 hodin
- pravidelně byl kontrolován počet vložek a stupeň jejich prosáknutí, při spánku nebyla rušena
- pravidelně byl měřen krevní tlak a pulz až do jejich stabilizace každou hodinu (7:00 hod., 8:00 hod., 9:00 hod), dále po 3 hodinách (12:30 hod., 15:00hod.)

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka se po probuzení cítila odpočatá
- během spánku (9:30 – 12:30 hodin) měla pacientka stále zavedený permanentní katetr, po jeho odstranění ve 12:30 hodin pacientka do hodiny a půl močí spontánně
- fundus děložní zůstal tuhý a 2 prsty pod pupkem
- počet vložek a stupeň jejich prosáknutí odpovídal normálnímu poporodnímu průběhu
- krevní tlak se postupně stabilizoval (TK 110/65), pulz zůstal zrychlený (P 92/min.)
- známky hypovolemického šoku se neobjevily
- do překlady na oddělení šestinedělí v 15:00 hodin se neobjevily žádné známky infekce
- intravenózní kanyla zůstává zavedena i po překlady pacientky, v místě vpichu nejsou známky infekce

11.8 Riziko pádu v souvislosti se sekundární anémií při krevní ztrátě

Riziko úrazu (pádu) je akutní, potencionální stav, při kterém je člověk ohrožen zraněním nebo poškozením. Žena ležící na lůžku si nemusí uvědomovat, že by při chůzi mohla pociťovat závrat'. Krevní ztráta redukuje množství cirkulující krve. Krevní objem při rychlých změnách polohy nedostatečně prokrvuje všechny části těla. Postupné změny polohy snižují riziko pádu, protože objemový systém se na ně adaptuje.(4, 6)

Projevy:

- snížená koncentrace hemoglobinu v krvi
- snížené hodnoty krevního tlaku proti normálu
- závrat' při změně polohy
- únava

Cíle ošetrovatelské péče:

- pacientka se při pobytu na oddělení JIP nedostane do situace, kdy by si pádem přivodila zranění

Plán ošetrovatelské péče:

- umístí pacientku na pokoj, kde je blízko toaleta a sprcha
- dohlédni, aby pacientka vypila alespoň 1 – 2 skleničky tekutin každou půlhodinu
- dohlédni, aby pacientka vypila po odstranění permanentního katetru každou půlhodinu 2 – 3 skleničky (150 ml) čaje nebo jiných oblíbených nápojů
- pouč pacientku, že nesmí opustit lůžko bez pomoci druhé osoby, dokud není její stav stabilizovaný
- pouč pacientku o tom, že než opustí lůžko, bude několik minut sedět na straně lůžka
- pouč pacientku, že při závratí si musí okamžitě sednout, že se nebude dívat na podlahu

Realizace plánu:

- pacientka ležela na jednolůžkovém pokoji, kde byla blízko toaleta i sprcha

- pacientka byla poučena o riziku pádu a neopouštěla lůžko bez pomoci druhé osoby dokud si nebude jistá
- pacientka měla signalizační zařízení k přivolání druhé osoby na dosah
- při vstávání z lůžka byla nejprve zvednuta hlava pacientky, poté se pomalu posadila přes okraj postele
- než opustila lůžko, seděla několik minut přes okraj lůžka
- pacientce byla poskytnuta pomoc při chůzi
- pacientka byla poučena, že při závratí si musí okamžitě sednout
- při mdlobách by byla pacientka opatrně položena na podlahu, případně by jí byly zvednuty dolní končetiny

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- ve 14:00 hodin pacientka vstala a došla s pomocí sestry do sprchy, kde se poprvé vymočila spontánně
- pacientka vypila asi 600 ml tekutin per os do překlada na oddělení šestinedělí v 15:00 hodin
- na oddělení šestinedělí byla pacientka převezena v křesle a umístěna na pokoj, kde byla opět blízko sprcha a toaleta
- pacientka poznala, kdy jí hrozilo riziko pádu a věděla, jak se má chovat

12 Dlouhodobý ošetrovatelský plán, jeho realizace a hodnocení

Dlouhodobé ošetrovatelské diagnózy a jejich ošetrovatelský plán jsou stanoveny v průběhu hospitalizace pacientky. Realizace ošetrovatelského plánu probíhala v průběhu celé hospitalizace a hodnocení proběhlo k ukončení hospitalizace.

12.1 Riziko zhoršené výživy v souvislosti se zvýšenými nároky na výživné látky

Porušená výživa znamená stav, kdy příjem živin nekryje metabolické potřeby. Kojící matky potřebují větší množství živin jednak k vlastnímu hojení a

zotavení, jednak pro tvorbu mléka. Bílkoviny a vitamín C jsou důležité pro hojení. Anemie, spojená s nedostatkem železa, se dobře koriguje potravinami s vysokým obsahem železa. Vitamín C zvyšuje schopnost těla využít železo.(6)

Cíle ošetrovatelské péče:

- pacientka bude schopna na základě poučení vyjmenovat potraviny obsahující živiny důležité pro hojení

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistí, které potraviny žena konzumuje
- pouč pacientku o tom, které potraviny jsou bohaté na železo, vitamín C a bílkoviny:
 - a) železo – maso, tmavě zelená listová zelenina, sušené ořechy, ovoce
 - b) vitamín C – citrusové plody, rajčata, brokolice, papriky,
 - c) bílkoviny – vejčička, maso, sýry, mléko, luštěniny, celozrnné potraviny
- zopakuj pacientce doporučení lékaře o vitamínových přípravcích

Realizace plánu:

- formou rozhovoru bylo zjištěno, které potraviny pacientka normálně konzumuje
- pacientka byla poučena o vhodnosti jednotlivých potravin pro období po porodu a v době kojení
- pacientce bylo zopakováno poučení o vhodnosti vitamínových prostředků
- pacientka dostala leták „Poučení nedělký o samostatné poporodní péči“ (viz. Příloha č.1)
- pacientka byla poučena o tom, kde by mohla získat další informace o vhodných potravinách na období po porodu a dobu kojení

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka ochotně mluvila na toto téma, ptala se na vhodnost některých potravin

- pacientka věděla, které potraviny byly pro ni v tomto období vhodné a uměla je vyjmenovat
- pacientka také věděla, kde má další vhodné informace čerpat

12.2 Zácpa

Zácpa je změna běžného normálního způsobu vyprazdňování střeva, charakterizovaná sníženou frekvencí nebo pasáží tuhé stolice. Peristaltika po porodu bývá zpomalená vlivem léků. Bolestivé a oteklé perineum nebo hemeroidy způsobují, že rodička má z prvního vyprazdňování stolice obavu.(4, 6)

Projevy:

- pocit tlaku a plnosti v rektu

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka se vyprazdňuje v obvyklých časových intervalech, pravidelně
- pacientka nemá pocity bolesti ani nadměrné námahy při defekaci
- pacientka se stravuje pravidelně, jí vyváženou stravu bohatou také na vlákninu, vypije denně alespoň 3 litry tekutin
- pacientka nepotlačuje defekační reflex
- pacientka umí vyjmenovat potraviny bohaté na vlákninu
- do konce hospitalizace bude mít první stolici

Plán ošetrovatelské péče:

- pouč pacientku, jaká strava je vhodná k podpoře pravidelného vyprazdňování stolice
- podávej pacientce dostatečné množství tekutin, alespoň 3 litry denně
- pouč pacientku o tom, aby hodně chodila, jakmile jí to zdravotní stav dovolí
- zjistí, jak předcházela zácpě v těhotenství, aby mohla využít předchozích zkušeností
- pouč pacientku o vhodnosti použití laxativ, nepomohou-li tradiční způsoby předcházení zácpy

Realizace plánu:

- pacientka byla formou rozhovoru poučena o včasném způsobu vyprázdnění stolice
- pila dostatečné množství tekutin (alespoň 3 litry denně)
- měla dostatek pohybu podle toho, jak jí dovolil její zdravotní stav
- pacientka dostala leták „Poučení nedělký o samostatné poporodní péči“, kde našla dostatek informací prevence zácpy
- byly jí nabídnuty Glycerínové čípky na podporu stolice

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka neměla do konce hospitalizace stolicí, protože odešla do domácí péče na revers 3.den hospitalizace
- pacientka byla dostatečně poučena o prevenci zácpy v době po porodu
- pacientka Glycerínové čípky odmítla

12.3 Riziko neúčinného kojení

Neúčinné kojení je stav, kdy matka nebo dítě nepociťují uspokojení z kojení nebo jim kojení způsobuje obtíže. Souvisejícími faktory mohou například být nedostatek znalostí, úzkost matky, slabý sací reflex dítěte.

Charakteristickými příznaky jsou bolestivost bradavek, skutečný nebo domnělý nedostatek mléka. Dítě pláče a vzdoruje uchopení prsu.(4)

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka pochopí příčiny a vyvolávající faktory neúčinného kojení
- pacientka si osvojí praktické postupy zlepšení kojení

Plán ošetrovatelské péče:

- zdůrazni význam přiměřené výživy a příjmu tekutin
- zdůrazni potřebu pacientky odpočívat a relaxovat i během dne
- zjistí, co ví pacientka o technice kojení a jak by případně mohla podpořit kojení

- věnuj se pacientce při každém kojení až do zvládnutí jeho techniky během své služby

Realizace plánu:

- rozhovorem s pacientkou bylo zjištěno, co ví o podpoře kojení a technice kojení
- pacientka si vyzkoušela více poloh při kojení, vyzkoušela si sama dokrmit dítě z lahve při nedostatečném kojení
- pacientka je poučena o významu výživy a dostatku tekutin v době kojení

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka věděla, jaké polohy může při kojení využít
- měla nedostatek mléka, přesto odchází 3. den hospitalizace do domácí péče, kde bude stav a výživu dítěte sledovat pediatr
- v případě komplikací pacientka věděla, jaké jsou další způsoby krmení dítěte
- při odchodu domů měla zarudlé bradavky

12.4 Riziko vzniku zácpy z důvodu bolestivého hemoroidu

Riziko vzniku zácpy je riziko méně častého vyprazdňování, provázeného obtížnou nebo neúplnou pasáží stolice. Mezi rizikové faktory patří návyk nepravidelné defekace, změny prostředí, emoční stres, špatné jídelní návyky, nedostatek vlákniny, nedostatečný pitný režim, hemoroidy, těhotenství. Hemoroidy jsou varikozity konečníku, které se po porodu postupně zmenšují nebo mizí.(6)

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude mít pravidelné vyprazdňování střev
- pacientka nepotlačuje defekační reflex
- konzistence stolice nebude tuhá
- pacientka bude znát preventivní zákroky vzniku zácpy
- pacientka umí vyjmenovat potraviny bohaté na vlákninu

- pacientka zvýší příjem tekutin alespoň na 3 litry za den
- hemoroid se nebude zhoršovat

Plán ošetrovatelské péče:

- pouč pacientku, jaká strava je vhodná k podpoře pravidelného vyprazdňování stolice
- nabízej pacientce alespoň 3 litry tekutin denně
- pouč pacientku o tom, aby hodně chodila, jakmile jí to zdravotní stav dovolí
- nabídní pacientce Faktu mast a čípek na léčbu hemoroidu
- připrav pacientce koupel z dubové kůry

Realizace plánu:

- pacientka byla formou rozhovoru poučena o tom, jak podpořit včasné vyprázdnění stolice
- pacientka vypila 3 litry tekutin denně
- pacientka měla připravenou sedací koupel z dubové kůry
- pacientka dostala léčebnou mast s anestetikem (Faktu mast) podle potřeby a čípky (Faktu čípky) dle ordinace lékaře 3 x denně

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka zná preventivní opatření zácpy
- do konce hospitalizace stolicí neměla, protože odešla domů na revers 3. ošetrovací den
- sedací koupel využila pouze jedenkrát, byla jí příjemná, cítila potom mírnou úlevu
- pacientka aplikovala mast po sedací koupeli, cítila mírnou úlevu, čípky nechtěla

12.4 Riziko vzniku poporodní infekce

Je to stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobů do organismu. Rizikovými faktory jsou kožní praskliny, traumatizace tkání, snížené množství

hemoglobinu, prasklé plodové obaly, chronická onemocnění, podvýživa, trauma a další.

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka nebude mít známky infekce do konce hospitalizace
- bude mít normální nezapáchající očistky
- nebude mít teplotu nad 37,5°C
- pacientka pozná příznaky počínající infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- pouč pacientku o příznacích počínající infekce
- pouč pacientku o zásadách dodržování osobní hygieny v době po porodu (mytí rukou, perineální péče, výměna vložek)
- sleduj příznaky infekce močových cest
- nabízej pacientce dostatečné množství (alespoň 3 litry) tekutin
- zajisti, aby pacientka odpočívala i během dne

Realizace plánu:

- formou rozhovoru pacientku pouč o známkách počínající infekce, o zásadách správné osobní hygieny po porodu
- pacientka dostala džbán s čajem (1,5 litru) do pokoje, věděla, kde může dostat další
- pacientce bylo umožněno odpočívat kdykoli během dne s ohledem na péči o novorozence
- pacientka dostala leták „Poučení nedělký o samostatné poporodní péči“

Hodnocení ošetrovatelské péče:

- pacientka po rozhovoru věděla, jaké jsou známky počínající infekce
- pacientka dodržovala během hospitalizace zásady osobní hygieny
- před odchodem do domácí péče neměla pacientka žádné známky infekce
- pacientka rozuměla „Poučení nedělký o samostatné poporodní péči“

13 Propuštění do domácí péče

Pacientka odchází 3. den hospitalizace do domácí péče na vlastní žádost a podepsala negativní revers. Nemá žádné známky infekce, cítí se unavená z důvodu velké krevní ztráty. Dostává sebou medikaci na podporu krvetvorby na tři dny. Během této doby musí informovat o svém zdravotním stavu svého obvodního gynekologa a obvodního lékaře, aby byla zajištěna adekvátní léčba anemie. Další návštěvy bude pacientka konzultovat podle vývoje jejího zdravotního stavu.

Je informován také obvodní dětský lékař, který bude dále kontrolovat výživu a vývoj dítěte. Pacientka jej navštíví v den odchodu z porodnice. Další návštěvy spolu budou konzultovat podle stavu dítěte a kalendáře povinných návštěv pediatra.

12 Edukace pacientky

Cílem edukace je poskytnout pacientce dostatek informací týkajících se především poporodní péče o porodní poranění, osobní hygienu, výživu a prevenci infekce. Informace dostávala pacientka v průběhu hospitalizace a podle jejího zdravotního stavu.

Edukaci péče o novorozence prováděla dětská sestra v průběhu hospitalizace formou názorných ukázek a rozhovorem s pacientkou.

Při propuštění do domácí péče byla ještě jednou seznámena ústně se zásadami samostatné poporodní péče s ohledem na její krevní ztrátu při porodu.

15 Psychologické hodnocení

Těhotenství a porod patří k vrcholným a neopakovatelným zážitkům v životě ženy.

Zvláště porod prvního dítěte je doprovázen zcela neopakovatelnými pocity. Zrození svého prvního dítěte považuje většina žen za malý zázrak. Porod je doprovázen tak výjimečnými zážitky, že na okamžiky porodu svého prvního dítěte žádná žena snad nikdy nezapomněla a velmi často se k němu při kontaktu s druhými ženami vrací. Většina žen hodnotí události kolem těhotenství a porodu pozitivně.

Jsou také ženy, které zážitky spojené s narozením dítěte hodnotí jako tak nepříjemné, že nenajdou odvahu k opakovanému početí. Narození dítěte považují za nedorozumění, křivdu a násilí na svém těle.

Z porodnické praxe je známo, že dobrý psychický stav těhotné a rodící ženy se spolupodílí na zdárném průběhu těhotenství a porodu a může ovlivnit i psychosomatický stav dítěte.

Je jisté, že hormony vyplavované při stresové reakci matky, se dostávají přes placentu do oběhu plodu. Do jaké míry ovlivňují nenarozené dítě, není zatím známo.

Průběh a délka trvání porodu je v úzké souvislosti s psychickým stavem rodící ženy. Žena, která je během porodu klidná, bez výraznějšího strachu nebo úzkosti, vnímá obvykle děložní kontrakce jako méně intenzivní, je schopná mezi kontrakcemi relaxovat a klidně zhluboka dýchat, doba průběhu porodu je o dost kratší. Zde je jasný mechanismus: strach (úzkost), spasmus a bolest. Pocit úzkosti a strachu obvykle souvisí s nedostatkem informací nebo pocitem, že žena nebude schopná zvládnout danou situaci.

Psychika ženy v těhotenství, během porodu a krátce po porodu je ovlivněna osobností ženy, vztahem k nenarozenému dítěti, somatickým stavem a sociálními a ekonomickými podmínkami rodiny. Postoje k těhotenství a porodu jsou ve významném vztahu k míře identifikace s „ženskou rolí“ matky. Identifikace je ovlivněna kvalitou rodinného prostředí a výchovným působením rodičů, zvláště matky, která je důležitým vzorem pro dceru. Stupeň ztotožnění s ženstvím se podílí na prožívání těhotenství, vnímání porodních bolestí a hodnocení partnera.(3)

Pacientka si dítě moc přála a těšila se na něj. Výchova dítěte je pro ni důležitá. Těhotenství a mateřství znamená velkou změnu v jejím životě. Dítě je

chtěné. Žije v rodinném domku s matkou. Na dítě se těšila. Má obavy, jak bude zvládat péči o dítě v domácím prostředí, ale ví, že matka jí pomůže. Do zaměstnání přestala chodit s nástupem na mateřskou dovolenou. O otci dítěte se nezmiňuje.

Stres zvládá dobře. Při prožívání stresové situace má oporu v rodině a přátelích. Pacientka je průběžně informovaná o svém zdravotním stavu. Nemá ale dost informací o stavu svého dítěte.

Nemocniční prostředí vnímá jako omezování osobní svobody, ale kvůli komplikacím při porodu se podřizuje okolí. 3. den hospitalizace pacientka odmítá další hospitalizaci a podepisuje negativní revers.

Cítí se dostatečně poučená o svém zdravotním stavu a při péči o dítě spoléhá na spolupráci s matkou, která je jí velkou oporou. Těsně před odchodem informuje o svém rozhodnutí také pediatra na doporučení dětského lékaře v porodnici.

16 Závěr

Ve své práci se věnuji problematice porodů v domácnosti a ošetrovatelské péči o ženu po spontánním porodu s komplikacemi. Práce je rozčleněna na část klinickou a část ošetrovatelskou. V klinické části popisuji fyziologii spontánního porodu, průběh porodu a péči v porodnickém zařízení, odlišné způsoby vedení porodu, porod doma, komplikace za porodu ze strany matky a dítěte. Stručně popisuji průběh hospitalizace. V ošetrovatelské části jsem pracovala s metodou ošetrovatelského procesu. K celkovému zhodnocení pacientky jsem použila model Marjory Gordonové. Stanovila jsem krátkodobé a dlouhodobé ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče a popsala jsem kroky vedoucí k realizaci stanoveného plánu. Zhodnotila jsem účinnost ošetrovatelských intervencí.

Literatura

1. Autorský kolektiv Breckwold M., Martius G., Pfleider A., GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ. Osveta, Vydání 2., Martin 1997, ISBN 80-88824-56-7
2. Čech E., Hájek Z., Maršál K., Srp B., PORODNICTVÍ. Grada Publishing, a.s., Vydání 2., Praha 2006, ISBN 80-247-1313-9
3. Čechová V., Mellanová A., Rozsypalová M., SPECIÁLNÍ PSYCHOLOGIE. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Vydání 2., Brno 1999, ISBN 80-7013-243-4
4. Doengers M. E., Moorhouse M. E., KAPESNÍ PRŮVODCE ZDRAVOTNÍ SESTRY. Grada Publishing, a.s., Vydání 2., Praha 2001, ISBN 80-247-0242-8
5. Macků F., Macků J., PRŮVODCE TĚHOTENSTVÍM A PORODEM. Grada Publishing, a.s., Vydání 1., Praha 1997, ISBN 80-7169-589-0
6. Leifer G., ÚVOD DO PORODNICKÉHO A PEDIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ. Grada Publishing a.s., Vydání 1., Praha 2004, ISBN 80-247-0668-7
7. Richards A., Edwards S., REPETITORIUM PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY. Grada Publishing a.s., Vydání 1., Praha 2004, ISBN 80-247-0932-5
8. Roztočil A. a kolektiv autorů, INTENZIVNÍ PÉČE NA PORODNÍM SÁLE, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Vydání 1., Brno 1996, ISBN 80-7013-230-2
9. Staňková M., ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 4: Jak provádět ošetřovatelský proces. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Vydání 1., Brno 1999, ISBN 80-7013-283-3

10. Staňková M., ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Vydání 1., Brno 2001, ISBN 80-7013-323-6

11. Trachtová E. a kolektiv autorů, POTŘEBY NEMOCNÉHO V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU, Institut pro další vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví v Brně, Vydání 2., Brno 2001, ISBN 80-7013-324-8

Další zdroje:

12. www.rodina.cz

13. www.aperio.cz

14. www.baraka.cz/baraka/Baraka/b_5/b_5_alternativni_neboli_poiroz.html

15. www.moje-rodina.cz/tehotenstvi-a-porod/je-porod-do-vody-riskantni)

16. www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/porod-do-vody.html#porod_do_vody2

17. www.rodina.cz/rubrika/porod_priprava

Přílohy

- č.1 Poučení nedělký o samostatné poporodní péči (5)
- č.2 Ošetrovatelský plán (10)

Obrázky

- č.1 Porodní mechanismus hlavičky v postavení levém předním (5)
- č.2 Poloha rodičky při tlačení (5)
- č.3 Nástřih hráze, chránění hráze (5)

Tabulky

- č.1. Skóre podle Apgarové (5)
- č.2. Fyziologické hodnoty krevního obrazu (7)

*PŘÍLOHA č.1/1***POUČENÍ NEDĚLKY O SAMOSTATNÉ POPORODNÍ PÉČI**

Šestinedělí je období po porodu, kdy v organismu ženy – nedělky probíhají změny, které se dají zařadit do tří skupin:

- hojí se poranění vzniklá po porodu,
- pohlavní orgány a celý organismus se vrací do stavu před otěhotněním,
- zahájí činnost mléčná žláza.

Porodní asistentka poskytuje matkám poučení, jak o sebe mají pečovat, aby minimalizovaly riziko komplikací během pobytu v porodnici. Porodník může v některých oblastech nefyziologie poskytnout specifitější poučení.

2 Následné kontroly

Při odchodu z porodnice žena informuje do tří dnů svého obvodního gynekologa o propuštění a zajistí si u něho kontrolu po šestinedělí.

Žena opouští porodnici s propouštěcí zprávou pro obvodního gynekologa. Je-li to nutné, dostane zprávu pro obvodního lékaře nebo internistu.

Odchází-li žena z porodnice s nějakou medikací (železo, léky na snížení tlaku,..), dostane ji s sebou k užívání na tři následující dny. Během této doby navštíví svého praktického lékaře, aby jí předepsal léky na další dny a domluví si u něho kontrolu.

Matka je poučena o změnách, které zaznamená během období, kdy se její organismus vrací do stavu před otěhotněním. Je informována porodní asistentkou, jak poznat, že není něco v pořádku. Nejběžnějšími komplikacemi jsou krvácení, infekce a trombóza.

Matky by měly nahlásit následující problémy:

- horečka vyšší než 38°C
- přetrvávající očistky – lochia rubra nebo zapáchající očistky
- světle červené krvácení, zvláště po proměně očistků ze serózních na bílé
- přetrvávající poporodní bolesti, bolesti v pánevní a břišní oblasti nebo přetrvávající bolesti zad
- známky infekce močového ústrojí
- bolest, zarudnutí nebo citlivost lýtek
- lokalizovaná přecitlivělost prsů nebo jejich zarudnutí
- sekrece, bolest, zarudnutí nebo separace v oblasti šité rány (po císařském řezu, episiotomii)
- přetrvávající a silná deprese nebo pocit zklamání; obecně nechut' žít

Objeví-li se některá komplikace, má žena možnost navštívit pohotovostní službu gynekologické ambulance naší porodnice nebo ihned navštíví svého gynekologa.

Nejsou-li komplikace, po šestinedělí obvodní gynekolog vyhodnocuje celkový zdravotní stav a zotavení po porodu. Je provedeno vaginální vyšetření, zkontroluje hojení poporodních poranění, stav hráze. V některých případech se

PŘÍLOHA č.1/2

provádí krevní testy a v případě anemie se předepíše potravinové doplňky s obsahem železa nebo vitamínů.

3 Odpočinek a spánek

Režim dne nedělky je zcela podřízen péči o kojence, která je spolu s kojením vyčerpávající. Žena by se měla vyvarovat namáhavých prací a zdvihání těžkých předmětů. Žena by měla využít každé možnosti k odpočinku a ke spánku i během dne. Doporučuje se zdřímnout si, když dítě také spí. V noci by se měli v péči o kojence oba rodiče střídat.

4 Hygiena

Každodenní sprchování nebo osvěžení a také smyje z pokožky pot. Pocení bývá v prvních dnech po porodu intenzivnější. Sprchování je vhodnější. Ošetření perineální oblasti se provádí pravidelně několikrát denně tak dlouho, dokud se nezastaví výtok očístků. Do kontroly gynekologem po šestinedělí se nesmějí používat deodoranty a tampony. Doporučuje používání vložek vhodných pro ženy po porodu.

5 Gymnastika v šestinedělí

Účel a provádění gymnastických cvičení nedělek je odlišný v časném šestinedělí a od druhého týdne.

V časném šestinedělí má podpořit krevní oběh, zajistit správné dýchání a systematické procvičování svalových skupin pánevních a břišních, tím zároveň zahájit i rehabilitaci pánevního dna.

Od druhého týdne jsou cvičení zaměřena na posilování břišní stěny, pánve a trupu k zajištění správného držení těla a celkové kondice matky.

6 Pohlavní styk

K pohlavnímu styku by nemělo docházet, dokud se zcela nezahojí episiotomie a úplně se nezastaví výtok očístků. Rozhodnout o obnovení pohlavního života by měli oba partneři sami, popřípadě po poradě s lékařem.

Předčasný pohlavní styk má za následek trauma a infekci. Styk je snadnější s použitím ve vodě rozpustného lubrikantu. V rámci předehry může žena nebo její partner zkoumat, která místa na perineu jsou citlivá.

Ještě před kontrolou v 6. týdnu může dojít k ovulaci a oplodnění. Otázky antikoncepce se ženou obvykle probírá porodník. Nicméně je důležité zdůraznit, že **kojení není spolehlivá ochrana před početím.**

7 Stravování

Vyvážená strava přispívá k hojení, zotavování z porodu a zajišťuje správný průběh laktace.

PŘÍLOHA č.1/3

Častou obtíží bývá zácpa, proto jsou matky poučeny, které potraviny myjí vysoký obsah vlákniny (např. ovoce a zelenina se semínky a slupkami). Kojící matky by se neměly snažit o snížení váhy. Matky, které krmí umělou stravou, by neměly náhle měnit či redukovat jídelníček, nýbrž vyčkat, až jim to lékař dovolí.

Vyváženou stravu lze vyjádřit modelem pyramidy, jejíž základnu tvoří **obilniny** a výrobky z nich. Doporučené potraviny této skupiny jsou pečivo z celozrnné nebo tmavé mouky, kaše z ovesných vloček, celozrnné pochoutky s rozinkami, konzumní chléb, rýže Natural, bílá rýže, myslí, těstoviny. Méně vhodné jsou sladké bílé pečivo, tukové pečivo, sladké knedlíky, buchty, koláče.

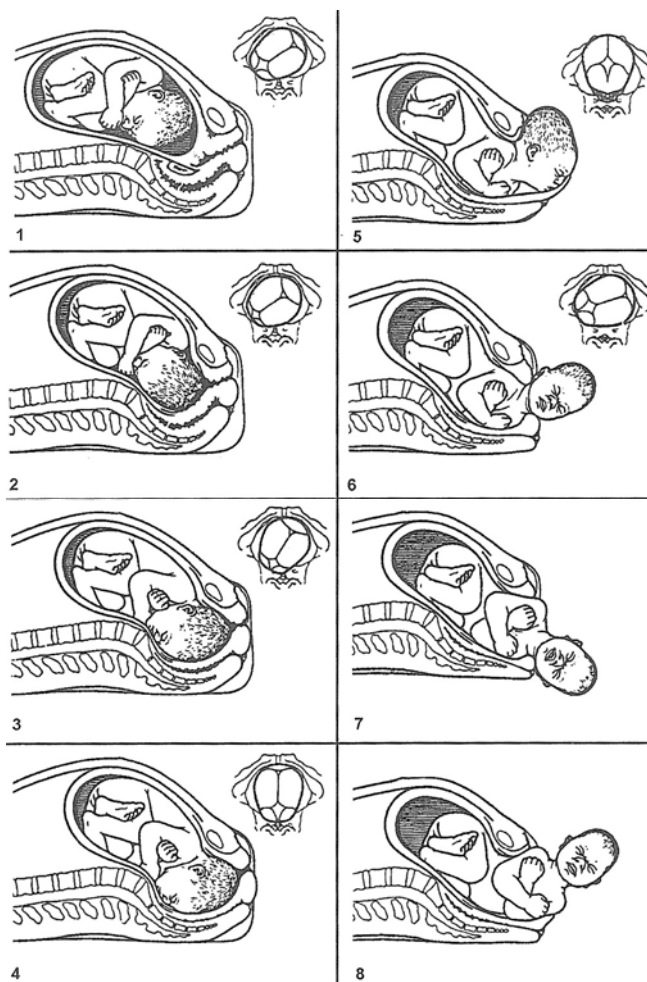
Nad touto skupinou potravin se nachází skupina **ovoce a zeleniny**. Vhodná je především zelenina syrová a mražená, popřípadě sušená, vařená pečená. Pozor na nadýmavou zeleninu. Za nevhodné se považují např. slané brambůrky. Většina druhů ovoce je dobrým zdrojem vitamínu C. Vhodné je ovoce syrové nebo mražené a také sušené. Je dobré vyloučit v době kojení potencionální alergeny jako citrusové plody, kiwi, jahody.

Potom následuje skupina **mléka a mléčných výrobků**, které se mají konzumovat nízkotučné nebo netučné. Vhodnými potravinami a nápoji jsou nízkotučný jogurt, biokys, acidofilní mléko, netučný tvaroh, netučné mléko, podmáslí, syrovátka, nízkotučné krémové sýry. Méně vhodné a nevhodné potraviny jsou šlehačka, kávová smetana, mražený smetanový krém, mléčná čokoláda, tučné příliš slané sýry. **Pozor!** Protože vápník snižuje využitelnost železa, doporučuje se konzumovat tyto potravinové zdroje odděleně. Mléko a mléčné výrobky mají být konzumovány 2 hodiny před jídlem, které obsahuje zdroj železa.

Na stejné úrovni se nachází skupina, v níž jsou zastoupeny **ryby, drůbež, červené maso, vejce, . . .** Mezi doporučené ryby patří zejména méně tučné mořské ryby (treska), ze sladkovodních ryb kapr, pstruh, lipan apod. Z drůbeže se doporučují kuřecí maso (bez kůže), krůtí maso. Vepřové maso je vhodné pouze libové. Vejce se má vařit natvrdo. Nevhodnými potravinami jsou játra, ledviny, mozeček, paštika, vejce naměkko, salámy, klobásy, hamburgery.

Ve vztahu k **pitnému režimu** se doporučuje, aby měla žena vždy připravenou sklenici nízkotučného mléka, ředěného džusu, čaje, minerální vody nebo kvalitní pitné vody u místa, kde kojí, aby se mohla kdykoli napít, i během kojení. Tento návyk zlepšuje celkový pitný režim. Pitný režim zahrnuje 2,5 – 3,5 litru tekutin denně.

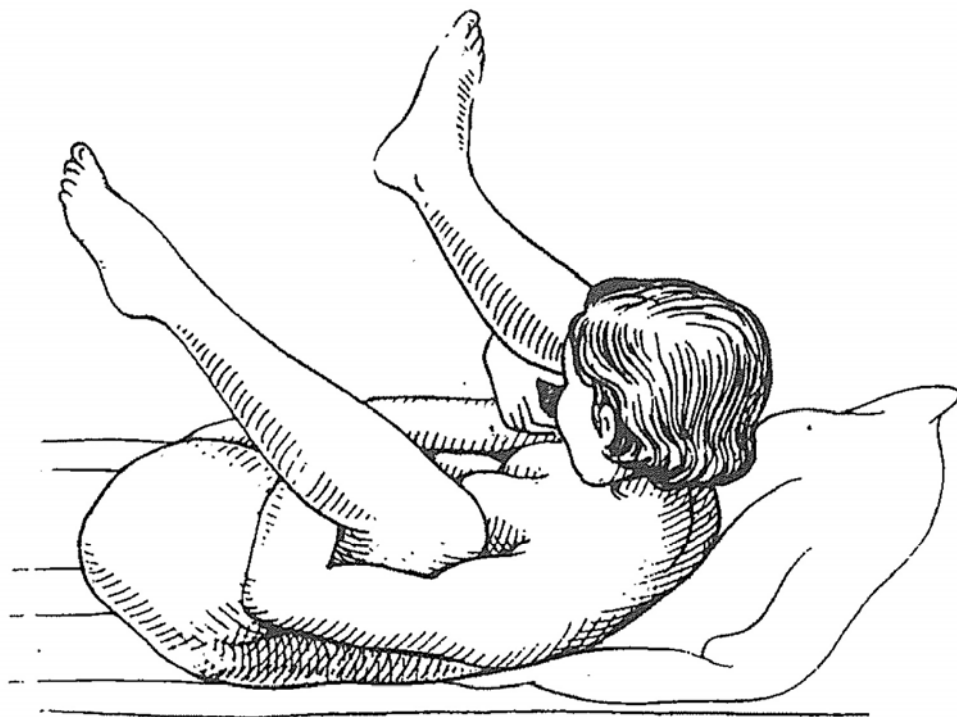
OBRÁZEK č.1



Porodní mechanismus hlavičky v postavení levém předním

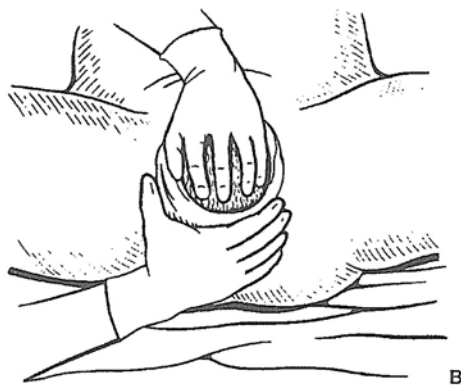
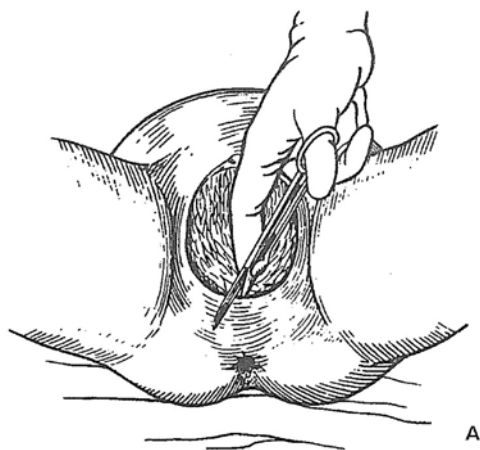
1- hlavička volně nad pánevním vchodem, 2 – hlavička vstupuje, zvyšuje flexi, 3- hlavička na pánevním dně před vnitřní rotací, 4 - hlavička po vnitřní rotaci, 5 - hlavička prořezává, krajina vedoucího bodu je pod stydkou sponou, 6 - porozená hlavička provedla zevní rotaci, 7- porod předního raménka, 8 – porod zadního raménka

OBRÁZEK č. 2



Poloha rodičky při tlačení

OBRÁZEK 3



Nástřih hráze – epiziotomie (A), chránění hráze (B)

TABULKA č.1
Skóre podle Apgarové

Body	0	1	2
Srdeční akce	žádná	pod 100/min	nad 100/min
Dýchání	žádné	pomalé, neoravidelné	pravidelné, křik
Svalový tonus	žádný	slabý	přiměřený
Reakce na podráždění	žádná	grimasy	křik
Barva kůže	bledá, šedá	akrocyanóza	růžová

TABULKA č.2

Fyziologické hodnoty krevního obrazu

Leukocyty	4,8 – 10,0	$10^9/l$
Erytrocyty	4,2 – 5,4	$10^{12}/l$
Hematokrit	0,370 – 0,470	
Hemoglobin	120 -160	g/l
Trombocyty	130 - 400	$10^9/l$