

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ŽENY PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Bakalářská práce

JANA JANČEKOVÁ, DiS.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: Bc. Libuše Hofmannová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

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

Praha 31. března 2009

.....

Jana Jančková

ABSTRAKT

JANČEKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče u ženy po císařském řezu*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář v porodní asistenci. Vedoucí práce: Bc. Libuše Hofmannová.

Hlavním tématem bakalářské práce je Ošetrovatelská péče u ženy po císařském řezu při respektování základních a vyšších potřeb. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce nás seznamuje s císařským řezem a jeho historií, podmínkami k císařskému řezu, srovnání s vaginálním porodem a operačními technikami císařského řezu. Další kapitola zahrnuje novorozence po císařském řezu. Rovněž obsahuje informace o fyziologickém šestinedělí a jeho patologie. Součástí práce je samostatná kapitola o kojení, včetně jeho poruch. V závěru teoretické části práce je popsána rehabilitace po císařském řezu.

Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem u ženy po císařském řezu. V práci je podrobně rozpracován ošetrovatelský proces, který je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Důležitou součástí ošetrovatelské péče je edukace. Ta vede klientku k zdokonalování praktických dovedností, nejenom v péči o sebe samotnou, ale i o novorozence v domácím prostředí.

Klíčová slova: Císařský řez, šestinedělí, ošetrovatelská péče, novorozenec, edukace.

ABSTRACT

JANČEKOVÁ, Jana. Nursing attention following the caesarean section. Prague, 2009. Bachelor-degree work. The University of Nursing. Midwifery bachelor.

Instructor: Bc. Libuše Hofmannová.

The main topic of the bachelor-degree work is Nursing attention following the Caesarean section while respecting basic and higher needs. The work is divided in two parts: theoretical and practical.

Theoretical part deals with Caesarean section and its history, conditions necessary to perform Caesarean section, comparison with vaginal delivery, and surgical techniques of the Caesarean section. The next chapter comprises newborn after Caesarean section. It also includes information about physiological puerperium and its pathology. Breast-feeding, including breast-feeding disorders, is dealt with in a separate chapter. The description of woman's recuperation following the Caesarean section concludes the theoretical part.

Practical part deals with a woman's nursing process following the Caesarean section. The in depth description is given to nursing process which is integral part of the nursing attention. An important part of the nursing attention is education. Education enables client to improve her practical skills-regarding not only herself, but also a newborn-when performing household nursing.

Key words: Caesarean section, puerpericum, nursing attention, education.

PŘEDMLUVA

Porodnictví a ošetrovatelská péče o ženu v šestinedělí prošly během staletí mnoha epochami. V tomto oboru jsou získávány stále nové poznatky a tím dochází ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o šestinedělku. Přesto problematika šestinedělí je stále aktuální. Období šestinedělí je jedním z nejnáročnějších v životě ženy.

Výběr tématu práce byl ovlivněn dosavadní praxí a studiem porodní asistence, absolvováním klinických cvičení na oddělení šestinedělí v Hradci Králové a v Praze. Tato práce vznikla ve snaze více se seznámit s ošetrovatelskou péčí o ženu po císařském řezu. Je důležité poukázat i na skutečnost, že edukační proces, by neměl být pouze informativním, ale hlavně upevňovat praktické dovednosti. Podklady pro svou práci jsem čerpala především z odborné literatury a časopisů.

Práce je určena především studentům porodní asistence a ošetrovatelství. Dále v ní mohou najít podnětné rady sestry a porodní asistentky z praxe, které se věnují péči o matku a dítě na oddělení šestinedělí a oddělení novorozeneckém.

Dovoluji si tímto způsobem poděkovat celé řadě lidí, kteří mi významně pomohli při zpracování této bakalářské práce. Velké poděkování patří mé konzultantce Bc. Libuši Hofmannové za vedení této práce. Velkoryse mi poskytla cenné rady a připomínky. Rovněž bych poděkovala kolektivu v ÚPMD v Praze, kde jsem se obohatila o mnoho nových zkušeností. Obzvláště pak MUDr. Jiřímu Hanáčkovi za jeho drahocenný čas, který mi věnoval. Poděkování mu patří i za jeho nesmírnou trpělivost při vyhledávání materiálu týkající se mé práce, dále za jeho vřelou ochotu, znalosti a užitečné informace.

V neposlední řadě děkuji své klientce, která se se mnou velice otevřeně dělila o své zkušenosti a pocity.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Charakteristika císařského řezu	10
1.1 Císařský řez (sectio caesarea).....	10
1.2 Historie císařského řezu	10
1.3 Podmínky k císařskému řezu.....	12
1.4 Indikace k císařskému řezu	13
1.4.1 Skupiny indikací	13
1.5 Srovnání s vaginálním porodem.....	14
1.6 Chirurgické techniky císařského řezu.....	15
1.6.1 Sectio caesarea corporalis classica.....	15
1.6.2 Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis	16
1.6.3 Sectio caesarea sec Misgav Ladach	16
1.6.4 Sectio caesarea extraperitonealis	17
1.7 Vedení porodu po předcházejícím císařském řezu	17
2 Novorozenec.....	19
2.1 Novorozenec po porodu císařským řezem	19
2.2 Hodnocení novorozence.....	20
2.2.1 Hodnocení podle Apgar score	20
2.2.2 Vyšetření krevních plynů a pH	21
3 Šestinedělí	22
3.1 Fyziologické šestinedělí.....	22
3.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů.....	22
3.1.2 Změny extravaginálních orgánů, celkové změny v organismu ženy	25
3.2 Poruchy šestinedělí	27
3.2.1 Subinvoluce děložní, lochiometra.....	27
3.2.2 Krvácení v šestinedělí	27
3.2.3 Infekce v šestinedělí.....	28
3.3 Pozdní šestinedělí	31
3.4 Psychologie šestinedělí	31
4 Laktace.....	33
4.1 Mléčná žláza.....	33

4.1.1	Složení mateřského mléka	33
4.2	Desatero neboli 10 kroků k úspěšnému kojení.....	34
4.2.1	Péče o bradavky	36
4.3	Technika kojení	37
4.3.1	Držení prsu	37
4.3.2	Polohy.....	37
4.3.3	Správné přísátí	38
4.3.4	Správné sání.....	39
4.3.5	Výhody kojení pro matku.....	40
4.3.6	Výhody kojení pro dítě.....	40
4.4	Poruchy laktace	41
4.4.1	Anomálie sekrece mléka	41
4.4.2	Poruchy bradavek.....	42
4.4.3	Zánět prsní žlázy	42
5	Rehabilitace a císařský řez	43
	PRAKTICKÁ ČÁST	44
6	Ošetrovatelský proces u ženy po císařském řezu.....	44
6.1	Identifikační údaje	44
6.2	Průběh hospitalizace	46
6.3	Ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové	53
6.4	Plán ošetrovatelské péče	61
6.5	Edukace klientky	76
	ZÁVĚR	80
	Seznam použité literatury	81
	Seznam použitých zkratk	84
	Seznam příloh	85

ÚVOD

V dnešní moderní době se předpokládá, že matky jsou dostatečně informované o průběhu těhotenství a porodu. Menší důraz se však klade na znalosti, týkající se období šestinedělí a s ním související péčí. Je pravda, že dnes lze sehnat nepřeberné množství knih s tematikou šestinedělí a zároveň se stále více rozšiřuje využívání internetu. Spousta různorodých webových stránek zaměřené na těhotné, porod a období po porodu poskytuje matkám velký výběr kvalitních informací. V tomto směru je v současné době informací spíše nadbytek a snadno se může stát, že matky jsou informacemi přehlcené. Často se setkáváme s matkami, které poukazují na teorii, ale nechápou, že tyto rady nelze potom v praxi striktně uplatňovat.

Matka přichází sice do porodnice po teoretické stránce většinou informovaná, ale ze své praxe vím, že v této době je mluvené slovo pro matku důležitější. Zastávám názor, že ke každé matce by se mělo přistupovat individuálně a edukovat by se měla každá matka. Domnívám se, že edukační činnost je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Avšak zkušenosti z mé praxe mi ukázaly, že na odděleních šestinedělí se na edukaci neklade takový důraz.

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče u ženy po císařském řezu jsem si vybrala na základě dlouhodobého zájmu o tuto problematiku. Cílem mé práce je nastínit problematiku císařského řezu, šestinedělí a kojení. Hlavním cílem je vypracovat kvalitní ošetrovatelský proces. V uspokojení potřeb klientky chci stanovit ošetrovatelské diagnózy. Na základě ošetrovatelských diagnóz chci sestavit ošetrovatelský plán, který zrealizuji a následně zhodnotím. V neposlední řadě se chci podílet na edukaci klientky.

Bakalářská práce má teoreticko – praktický charakter. V teoretické části práce popisují císařský řez a jeho historii, podmínky k císařskému řezu, srovnání s vaginálním porodem a operační techniky císařského řezu. V další kapitole popisují novorozence po císařském řezu. Velkou kapitolu věnují fyziologickému šestinedělí a jeho patologii, jsou zde popsány důležité informace, které by měla porodní asistentka o tomto tématu znát. Součástí teoretické práce jsou i další samostatné kapitoly, kde se věnují kojení, včetně jeho poruch, psychologie šestinedělí a rehabilitační cvičení po císařském řezu. V praktické části se zabírám ošetrovatelským procesem u ženy po císařském řezu. Zde shrnuji průběh hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství, JIP a na oddělení šestinedělí. Na základě rozhovoru, pozorování klientky a informací získaných

z těhotenské průkazky, dokumentace, ale i z lékařské vizity odebírám ošetrovatelskou anamnézu dle modelu M. Gordonové. V uspokojení potřeb klientky stanovuji ošetrovatelské diagnózy. Na základě ošetrovatelských diagnóz sestavuji ošetrovatelský plán, který zrealizuji a následně zhodnotím. Důležitou součástí ošetrovatelské péče je edukace. Ta vede klientku k zdokonalování praktických dovedností, nejenom v péči o sebe samotnou, ale i o novorozence.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika císařského řezu

1.1 Císařský řez (sectio caesarea)

Císařský řez (sectio caesarea – S.C.) je nejčastější porodnickou operací, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru. V současné době jsme svědky narůstající incidence císařských řezů. Jedná se o roztočenou spirálu, kdy předchází císařský řez se téměř stává indikací k dalšímu následnému císařskému řezu.

1.2 Historie císařského řezu

Sectio caesarea, operace známá ze starověku se prováděla vzácně na mrtvých a moribundních pacientkách. Pro sectio se používají synonyma hysterotomie, gastrohysterotomie, gastrometrotomie, laparohysterotomie. Z historických pramenů vyplývá, že císařský řez znali již v Mezopotámii (Epos o Gilgamešovi), v Egyptě (Erbesův papyrus) a židé (lékařská kniha Mišnajoth z roku 140 našeho letopočtu zmiňuje císařský řez na živé rodičce). Zmínky o plodu vystupujícím z těla matčina nikoliv cestami přirozenými, ale přímo z útrobu matky, nacházíme již v mytologii. Řecký bájeslovný bůh lékařství Asklépios byl vyňat Apollonem z těla své matky Koronis zabité Artemidou. Z mytologie přešlo vědomí o možnosti této operace i do zákonodárství. Královský zákon Lex regia, který se připisuje římskému králi Numa Pompiliovi (715-673 př. n. l.) a který se nám dochoval v Justiniánově právním občanském zákoníku (Codex juris civilis), obsahuje ustanovení, že žádná těhotná žena nesmí být pochována, pokud nebyl plod z jejího těla vyňat. (20)

Lékař Francois Rousset roku 1581 vydal monografii *Traite nouvveav de l'Hysterotomotokie ov Enfantement Caesarien* - Nová rozprava o hysterotomotokii aneb rození císařským, což je vynětí dítěte postranním řezem břicha z dělohy těhotné ženy, nemohoucí jinak porodit.

Prvý císařský řez provedl údajně na živé ženě zvěrokleštič Jakub Nufer za přítomnosti porodních bab a jiných zvěrokleštičů v r. 1500 v kantonu Thurgau, a to

s příznivým výsledkem pro matku i plod. Nebylo to nic jiného, než na co byl zvyklý z kastrací u prasat, břicho rozřízl jediným řezem a dítě vytáhl bez poranění. Rána po tomotokii „řezoporodu“ byla sešita veterinario modo (po zvyklosti veterinářů) a zhojena. Jiní soudí, že prvním úspěšným byl chirurg Jeremias Trautmann ve Wittenbergu v roce 1610, řez proveden u ženy s velikou poúrazovou diastázou břišních svalů. Dne 16. května ve čtyři hodiny odpoledne byla mimo lůžko zachváčena nevolností a zemřela během půl hodiny. Žena byla naživu 25 dní, dítě přežilo do devíti let. (5, 20)

Kefalopelvický nepoměr znemožňující samovolný porod byl po staletí řešen zmenšujícími operacemi. Císařský řez se prováděl na živých výjimečně – u kostěné pánve zúžené tak, že nebylo možno zavést do dělohy ani špetkovitě složenou ruku a nástroje na embryotomii a kranioklasii (přímý průměr pánevního vchodu 5,5cm). U obturujících myomů, u osteomalacie se zobákovitou pávní, u donošeného mimoděložního těhotenství stanovil Levret tuto absolutní indikaci k císařskému řezu. Operace se prováděla i u eklampsie, nejvíce jako ultimum refugium na moribundních zcela vyčerpaných rodičkách. Popsán je z té doby i císařský řez u podvojně zrůdy. Ženy umíraly převážně až v pooperačním období na infekci. Každé přežití bylo tehdy medicínskou událostí. Jelikož se rány při šití rozpadaly, bylo od sutury opouštěno. Théobald Etienne Laverjat († 1800) v r. 1782 provedl úspěšně řez na děložním fundu příčně, bez sutury, když užil poznatku, že se tam děloha při kontrakcích uzavírá, zatímco při podélném řezu korporálním se rána rozchlipuje. V Čechách provedl první řez na živé ženě plukovní chirurg Josef Staub v r. 1789 ve Valtinově u Jablonného s neblahým koncem. (20)

Přežití operace bylo v této době výjimkou, mortalita se pohybovala nad 95 %. V době francouzské revoluce Jean Francois Sacombe zakládá r. 1799 École anti-césarinne, Školu proti císařskému řezu, kde napadá v maloměstěckém revolučním radikalizmu Baudelocquea, Dubiose a Coutoulyho jako vrahy za provádění nebezpečných císařských řezů. (20)

Eduardo Porro v roce 1876 u rachitické trpaslice provedl úspěšně sectio (plod 3300g), krvácení z dělohy zabránil tím, že nasadil ve výši vnitřní branky na děložní hrdlo měděné oko, provedl supravaginální amputaci, čímž odstranil zdroj infekce. Z prvních 100 takto operovaných zemřelo jen 57. Porro a jeho asistenti užili k mytí rukou a vymývání dutiny břišní roztoku kyseliny karbonové, k narkóze sloužil chloroform. K šití měl stříbrná vlákna, šití zařadil k technice Wagner 1882, což omezilo

výskyt smrtelných krvácení. Při zdokonalování techniky císařského řezu se většina postupně přikloňuje k šití dělohy ve dvou vrstvách. Kehrer byl v roce 1882 první, kdo provedl transversální řez v dolním segmentu. Fritsch v r. 1897 se vrací k příčnému fundálnímu řezu. Frank v r. 1906 zavádí transperitoneální příčný řez na dolním segmentu a překrývá ho vezikouterinní plikou. Sellheim v r. 1908 zavádí extraperitoneální řez provedený poprvé Američanem Alexandrem J. C. Skenem již v roce 1876. V průběhu 20. století je popsáno množství malých modifikací, způsobů šití, drénování, etc. Podstatnější změny představuje technika Misgav Ladach, kde se nešije peritoneum. (6)

Původ názvu císařský řez není zcela jasný. Z Pliniovy knihy *Historia naturálie* vyplývá, že slovo císař (caesar) pochází ze slova řezati (caedere), protože císař byl z matčina těla vyříznut. Celá operace se nazývá císařským řezem ne proto, že byla neobyčejná, císařská, ale proto, že je při ní rozříznuto břicho matky a z něj vyňat plod. (20)

Historický pohled dává náměty k přemýšlení, může poněkud usnadnit posuzování současných opatření. Vývoj oboru nebyl nikdy přímou bezkonfliktní cestou, v porodnictví neexistují finalistická řešení. Problematika císařského řezu přes jeho historické stáří je stále živá. Střety vyvolávají především indikace, na nové úrovni ožívají dávné spory mezi konzervativním a aktivním přístupem k porodnímu procesu. Technika operace se po určitých obdobích mění, je nutné sledovat zpětné vazby a to dlouhodobě a na velmi početných souborech. (4)

1.3 Podmínky k císařskému řezu

Původní řada podmínek (dobré děložní kontrakce, prostupnost děložního hrdla) byla opuštěna. Operace se musí někdy provádět i při dříve kontraindikovaných projevech infekce. Avšak i v obdobích antibiotik je to komplikace závažná. Také dříve stanovený požadavek živého a životaschopného plodu může být nerespektován při vitálním ohrožení matky (např. silné krvácení při placenta praevia) a operace se provede i při plodu mrtvém.

Prakticky jedinou, avšak zásadní podmínkou je, že velká část nemá být vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi, např. v pánevní šíři, i když je třeba připustit, že i hlavička

vstoupí pouze velkým oddílem do pánevního vchodu se při císařském řezu někdy obtížněji vybavuje.

Pokud je horní, zadní okraj spony stydké dosažitelný, jsou podmínky splněny. Ve výjimečných případech lze plod vybavit i při hlavičce vstoupilé velkým oddílem s vaginální elevací hlavičky prsty dalšího porodníka. Popsaný je i Zavanelliho manévr, kdy je hlavička vytlačena z hlubších pánevních rovin zpět do dutiny děložní a provedena sectio caesarea. Tento manévr ovšem je v našich podmínkách postupem non lege artis.

1.4 Indikace k císařskému řezu

Indikace se rozšiřovaly stále větší měrou i s ohledem na stav plodu. Byla-li tato operace na počátku století jevem výjimečným, budícím respekt, v současnosti se stala každodenností. Sectio je operace, se kterou mají porodníci velké individuální praktické zkušenosti. (6)

Indikace k císařskému řezu v posledním období doznaly značných změn. V současné době se již neuznává např. absolutní a relativní indikace při zúžených pánvích či malpozicích plodu. V indikacích však zůstává všeobecně uznávané dělení na primární (plánovaný, elektivní) císařský řez a sekundární (akutní, urgentní, krizový). Většina je v zájmu matky nebo plodu, či obou zároveň. V současné době vstupuje do těhotenství řada žen s významným základním onemocněním, které by před několika desítkami let nebylo ze strany lékaře pro graviditu akceptovatelné. Proto řada indikací je dnes tzv. sdružených.

Některé indikace se změnilly v příčinách. Zatímco ještě do konce 2. světové války byla nejčastěji indikace „zúžená pánev“ z důvodu prodělané rachidity, dnes se setkáváme s pánevní indikací na podkladě úrazu (lyžařské sporty, autohavárie a následné operace). V minulosti převažovala vaginální porodnická operativa (kleště, obraty a extrakce plodu), dnes jednoznačně převažuje císařský řez. Jeho frekvence se neustále zvyšuje, především ve skupině operací plánovaných. (8)

1.4.1 Skupiny indikací

- Nepoměr mezi naléhající částí plodu a porodními cestami.

- Patologické procesy v malé pánvi (vcestné tumory dělohy a ovaria, kostní tumory a exostózy).
- Pooperační stavy (rekonstrukční operace v malé pánvi).
- Porodnické krvácení (rpt. uteri, vasa praevia, placenta praevia, abruptio placentae).
- Patologie naléhání plodu (vysoký přímý stav, asynklitismy, naléhání hlavičky čelem nebo obličejem, příčná a šikmá poloha, poloha podélná koncem pánevním - naléhání kolénky, nožkami).
- Stav po prodělaném eklamptickém záchvatu, medikamentózně nekorigovatelná preklampsie (TK vyšší 160/110 mmHg).
- Akutní a chronická tíseň plodu, retardace růstu plodu, akutní a chronická hypoxie plodu jsou nejčastějšími indikacemi v zájmu plodu.
- Naléhání a výhřez pupečníku. Zvláště při poloze plodu podélné hlavičkou je tato indikace velmi akutní.
- Těžký stupeň anémie plodu při Rh-izo imunizaci nebo při fetomaternální transfuzi.
- Herpes genitalis.
- Vícečetné těhotenství je častou indikací k ukončení per sectionem caesaream.
- Dlouho odteklá voda plodová po nezdařených opakovaných provokacích a při příznacích rozvíjející se intraovulární infekce.
- Opakovaný císařský řez: hojení předešlého S.C. per sec., kýla v jizvě, hrozící ruptura dělohy, bolestivost v jizvě po předchozím S.C.
- Předchozí operace na děloze (myomectomia, kornuální gravidita).
- Zatížená porodnická anamnéza (např. komplikovaný předchozí porod s perinatálním úmrtím plodu/novorozence, trvalý handicap dítěte).
- Psychologická indikace.
- Žena umírající a mrtvá.

1.5 Srovnání s vaginálním porodem

Vaginální porod je přirozeně biologicky labilním procesem, což je dáno zejména pístovým fenoménem, napjatými relacemi mezi děložními kontrakcemi a prokrvením, poruchami odlučování a vypuzování hemochoriální placenty. K rizikům samovolného porodu patří možné větší krevní ztráty, ruptura konečníku, jako pozdní následky porušení pánevního dna s inkontinencí moči, flatů a stolice, píštěle, prolapsy rodidel,

což může odradit i v sexuálním životě. Další labilitou při vaginálním porodu je možný přenos některých infekčních chorob z matky na novorozence. Labilita roste při vaginálních klešťových rotačních operacích. Porodní děj má namnoze dramatický průběh, bývá spojen s bolestí, s tělesným vyčerpáním, což osoby labilní může celoživotně traumatizovat.

Císařský řez obchází pánevní porodní cesty, výkon probíhá v krátkém čase, bezbolestně, pánevní dno není narušeno. Řez řeší celou řadu patologických situací, snižuje rizika u plodu hypoxického, uplatňuje se v urgentních situacích nebezpečí pro matku a plod, když je třeba těhotenství rychle ukončit. Plánovaná sekce téměř vylučuje vznik intrapartální hypoxie, vylučuje i vznik postmaturity. Žádná operace se nemůže však zcela vyhnout komplikacím, které mohou být životně závažné. Při každém chirurgickém výkonu vzniká možnost chyby operátora, nečekané anomálie, mohou vzniknout poranění postihující močový měchýř, střevní stěnu, vlastní dělohu což může končit hysterektomií.

U opakovaných řezů existuje vždy větší možnost vzniku trhliny dělohy v jizvě, možnost poruchy placentace v příští graviditě. Po každé laparotomii existuje větší možnost vzniku nitrobřišních synechií, což není lhostejné. Mnoho žen po císařském řezu prodělává iterativní řez a v pozdějším věku další břišní gynekologické či chirurgické operace. Trombembolické příhody lze značně redukovat, ale mají při operativním porodu mnohem více příležitostí ke vzniku než při samovolném porodu. (6)

1.6 Chirurgické techniky císařského řezu

1.6.1 Sectio caesarea corporalis classica

V současnosti již téměř nepoužívaný řez, který je veden od fundu děložního, protíná napříč svalová vlákna myometria a končí v děložním isthmu. Jeho použití je indikováno před následnou hysterektomií, při rozsáhlé varikozitě v dolním segmentu, u pacientek, které již korporální řez měly proveden, po operacích pro močovou inkontinenci, při hrozící ruptuře děložní a u císařského řezu na umírající a mrtvé. Mezi jeho hlavní nevýhody patří ne vždy dokonalé hojení děložní rány a její obtížná peritonealizace. Vzhledem k její časně insuficienci jizvy může dojít v průběhu dalšího

těhotenství a zvláště za porodu k jejímu rozestupu a tím ke vzniku děložní ruptury.

(Příloha č.1)

1.6.2 Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis

Řez na děloze se vede po protěti vezikouterinní pliky a po jejím sesunutí příčně v oblasti dolního děložního segmentu, tedy v pasivní děložní části, mezi transverzálně probíhajícími svalovými vlákny myometria. Incize může být v celém rozsahu ostrá nebo je stěna děložní naříznuta pouze centrálně a hysterotomie je provedena tupým roztažením prsty do stran. Po protěti vaku blan extrahuje operatér naléhající část plodu rukou. Po porodu plodu se současně i.v. aplikuje oxytocinu k aktivnímu vedení porodu placenty. Placenta se rodí pokud možno spontánně po uplynutí asi 1 – 3 minut. Je vhodné provést digitální revizi dutiny děložní, revize tupou kyretou se provádí pouze v případě, že zbytky placenty nejdou odstranit digitálně. Sutura hysterotomie se obvykle provádí ve dvou vrstvách vstřebatelným materiálem. Přešití pliky se dnes již neprovádí. Stěna břišní se šije v anatomických vrstvách. (Příloha č. 2)

1.6.3 Sectio caesarea sec Misgav Ladach

Základní myšlenkou této metody je snaha o co nejmenší trauma tkání a operaci zjednodušit. Předpokladem nicméně zůstává zachování maximální bezpečnosti operačního výkonu jak pro matku, tak pro plod. Snížení operačního času není sice účelem této techniky, je však evidentní. Operační postup popsal Michael Stark z Gynekologicko-porodnického oddělení nemocnice Misgav Ladach v Jeruzalémě.

Dutina břišní se otevírá poněkud kraniálněji (cca 3 cm nad sponou stydkou- řez dle Joen-Cohela). Příčný kožní řez je veden pouze v síle epidermis a koria. Ve středu laparotomie, kde nejsou větší cévy, se skalpelem protne podkoží v délce 2 - 3 cm až na fascii, která se transverzálně přetne v šíři 6 cm tak, aby linea alba byla centrálně. Poté se ukazováky roztáhne fascie kraniokaudálně. V oblasti střední linie se provede tupá separace přímých svalů břišních. Ukazovák a prostředník obou rukou operátora a asistence se zavedou pod svaly a tupě se laterálně roztáhnou svaly, fascie a podkoží, až je vytvořen dostatečný prostor pro extrakci plodu. Parietální peritoneum se otevírá tupě příčně. Uterotomie se provádí příčnou incizí centrálně asi 2 cm nad úponem vezikouterinní pliky. Digitálně se otvor rozšíří kraniokaudálně. Po porodu plodu,

placenty a plodových obalů se provede sutura hysterotomie pokračovacím 3/0 stehem v jedné vrstvě. Viscerální i parietální peritoneum se nešije, stejně tak jako přímé svaly břišní. Fascie se šije stejným pokračovacím stehem jako myometrium. Podkoží se nešije. Kůže se šije 3 silonovými stehy velkou jehlou. Okraje mezi stehy se přibližují čtyřmi Backhausovými kleštěmi na 10 minut. V současné době existuje mnoho modifikací této jednoduché a bezpečné operační metody. (Příloha č.3)

1.6.4 Sectio caesarea extraperitonealis

Metoda spočívá v otevření dutiny děložní laparotomickou cestou bez otevření peritoneální dutiny. Tato operace se prováděla při infikovaném obsahu dutiny děložní k zamezení průniku infekčního materiálu na peritoneum a tím k zabránění vzniku peritonitidy. V současné době, při dostupnosti účinných antibiotik, ztrácí tato operace na významu a prakticky se neprovádí.

1.7 Vedení porodu po předcházejícím císařském řezu

Pokud žena v minulosti prodělala císařský řez, nemusí to nutně znamenat indikaci k iterativnímu nebo-li opakovanému císařskému řezu. Je však potřebné zvážit možná rizika v případě porodu vaginální cestou. Zvláště po dvou a více provedených operacích, je zvýšené riziko komplikací (zejména krvácení, poruchy placentace a ruptury v jizvě). Císařský řez se vždy opakuje při přetrvávajících indikacích, jak porodnických tak i neporodnických.

Kontraindikací pro vaginální vedení porodu po předchozím císařském řezu jsou dále stavy po rozsáhlejší poranění dělohy, při hraničním kefalopelvickém nepoměru, při vícečetném těhotenství, jiné poloze plodu než záhlavím. Jednoznačnou indikací k dalšímu císařskému řezu je stav po cervikokorporálním či korporálním řezu a také po dvou císařských řezech v anamnéze. Toto jsou všechno indikace primární (in graviditate). V průběhu spontánně vedeného porodu je sekundární operační indikací: dystokie cervikokorporální a již počáteční příznaky hrozící děložní ruptury (citlivost dolního děložního segmentu, počínající děložní hypertonus, krvácení, náhlé vymizení kontrakcí, známky hypoxie plodu).

Pokud je nutné opakovaně operovat, doporučuje se vykonat císařský řez maximálně třikrát s následnou tubární sterilizací, pokud s tímto řešením matka písemně souhlasí výkon je schválen sterilizační komisí. Důvodem je nejistá pevnost a malá pružnost jizvy po předešlých výkonech.

Řada indikací se nemusí v následujícím těhotenství opakovat. Tak lze vést další porod při pečlivém sledování spontánně. Podmínkou však je, souhlas matky se spontánním vedením porodu, splněné porodnické indikace ke spontánnímu porodu a porod by neměl být protražovaný. (1)

2 Novorozenec

2.1 Novorozenec po porodu císařským řezem

Celosvětové kontinuální zvyšování frekvence císařských řezů je velmi vážným a alarmujícím problémem perinatální a neonatální péče. Na zvýšené frekvenci císařských řezů se momentálně nejvíce podílí elektivní císařský řez (z různých důvodů velmi nehomogenní skupiny žen), císařský řez u plodů v poloze KP a císařský řez po předchozím císařském řezu.

Medicínská argumentace pro přijetí konceptu elektivního císařského řezu zahrnuje: předpokládané snížení neonatální mortality, snížení incidence hypoxicko – ischemické encefalopatie a závažných forem porodního traumatismu plodu (zvl. paréza brachiálního plexu).

Ze strany matky se jedná o snížené poškození pánevního dna porodním mechanismem a s tím související inkontinence moči a stolice. Matka jako svébytná bytost, má také možnost volby způsobu porodu. Plánovaný císařský řez na přání v České republice není schválen za metodu lege artis, ale v některých zemích je praktikován. Při jeho zavedení nedošlo ovšem k rapidnímu nárůstu počtu císařských řezů.

Novorozenci porození plánovaným císařským řezem mají signifikantně častěji respirační komplikace. U vaginálně porozených dětí je pulmonální adaptace na extrauterinní život optimalizována kompresí hrudní stěny a evakuací amniové tekutiny z bronchopulmonálního prostoru, zvýšeným plicním průtokem (pokles plicní vaskulární rezistence) a hormonálními změnami, které adaptaci plicní a systémové cirkulace přímo podporují. Selhání těchto procesů má za následek vznik syndromu dechové tísně, perzistující plicní hypertenze novorozenců a transitorní tachypnoe novorozenců. Incidence respirační morbidity je nejvyšší u elektivního císařského řezu, zejména pokud je proveden před 39. nebo 40. gestačním týdnem. U plánovaného císařského řezu také roste riziko iatrogenní prematurity, která může potencovat respirační obtíže novorozence, nutnost hospitalizace na neonatální jednotce intenzivní péče, horší adaptaci na extrauterinní život (metabolické abnormality, hypoglykémie, hypotermie) a celkově delší dobu hospitalizace. Tyto komplikace můžeme minimalizovat, pokud

budeme elektivní císařský řez provádět po 39. týdnu datace a pouze u jednoznačně definované populace, která může z tohoto přístupu profitovat.

Dalším faktorem, který zvýhodňuje spontánní porod, je absence kolonizace GIT zvl. bifidogenní vaginální flórou, při průchodu plodu pochvou. Tato flora je nahrazena kolonizací GIT potencionálně patogenními bakteriálními kmeny (G-tyče). Absence fyziologické vaginální flóry je asociována s poruchou sekreční imunity GIT a následně zvýšeným rizikem vzniku alergických onemocnění včetně nejzávažnějších forem (bronchiální astma).

Nástup laktace je po elektivním císařském řezu opožděný a celková doba laktace je signifikantně kratší. Problémy s laktací nezlepšila ani časná intervence příkládání v průběhu operativního porodu, přímo na operačním sále při vedení porodu v regionální anestezii. (24)

2.2 Hodnocení novorozence

Zhodnocení novorozence bezprostředně po porodu spočívá v odhalení vážně deprimovaných novorozenců s potřebou resuscitace a v časně detekci rizikových pacientů vyžadujících zvláštní péči. Navazuje na prenatální sledování plodu, na jehož základě spolu s anamnestickými údaji o matce a průběhu porodu můžeme předpokládat průběh poporodní adaptace.

2.2.1 Hodnocení podle Apgar score

První systematickou metodu vyšetření a zhodnocení poporodního stavu novorozence představila v roce 1952 Virginia Apgarová.

Skóre podle Apgarové			
Hodnocení	0	1	2
Barva kůže	modrá, bledá	tělo růžové, akra lividní	Kompletně růžová
akce srdeční	nepřítomna	pod 100/min	nad 100/min
dechová aktivita	Žádná	povrchní, nepravidelná	Pravidelná, křik
Svalový tonus	atonie	Hypotonie, malý odpor vůči extenzi	aktivní, silný odpor vůči extenzi
reakce na podráždění	Žádná	chabá, grimasa	Výrazná, kýchání, křik

Tabulka 1- Apgar score

Hodnocení se v České republice provádí u všech novorozenců v 1., 5. a 10. minutě po narození. Každé z pěti hodnotících kritérií - srdeční akce, dechová aktivita, barva kůže, svalový tonus a reakce na podráždění - je hodnocen 0, 1 nebo 2 body. Celkové skóre získáme součtem jednotlivých položek, maximální skóre je 10 bodů, minimální je 0.

2.2.2 Vyšetření krevních plynů a pH

Vyšetření krevních plynů z pupečníku je relativně přesným indikátorem perinatální asfyxie.

Krevní plyny a pH v pupečnickových cévách bezprostředně po porodu		
	Vena umbilicalis	Arteria umbilicalis
PO ₂	29,2 ± 5,9 mmHg (3,9 ± 0,8 kPa)	18,0 ± 6,2 mmHg (2,4 ± 0,9 kPa)
PCO ₂	38,2 ± 5,6 mmHg (5,1 ± 0,7 kPa)	49,2 ± 8,4 mmHg (6,5 ± 1,1 kPa)
pH	7,35 ± 0,05	7,28 ± 0,05
Bikarbonáty	20,4 ± 2,1	22,3 ± 2,5

Tabulka 2- Vyšetření krevních plynů a pH

U chronické asfyxie nacházíme metabolickou acidózu (nízké pH, normální nebo vysoké PCO₂ a vysoký deficit bází). Respirační acidóza (nízké pH, vysoké PCO₂, normální deficit báze) svědčí pro asfyxii akutní. Kombinovaná metabolická a respirační acidóza charakterizuje prolongovanou těžkou asfyxii plodu.

3 Šestinedělí

3.1 Fyziologické šestinedělí

Šestinedělí (puerperium) je období do 42. dne po ukončení těhotenství a porodu, kdy anatomické a fyziologické těhotenské změny mizí a organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním. Ustupují rovněž některé těhotenské patologie (např. gestační diabetes, preeklampsie, těhotenská hepatopatie). Po porodu zahájí svou činnost mléčná žláza a období mateřství je dovršeno tvorbou mléka – laktací. Těhotenství a porod zanechávají v tělesné a psychické složce ženy dalekosáhlé změny, takže úplný návrat do původního stavu nenastane téměř nikdy. (1)

Období šestinedělí bylo v mnoha kulturách ovlivněno tradičními zvyky, pověrami a tabu více než období těhotenství a porodu. Nešlo už pouze o těhotnou ženu s plodem zatím neviditelným, ale o počátek viditelného nového života, který zasluhuje pozornost společenství. Tyto zvyklosti nepřetrvávají pouze v kmenech a společenstvích přírodních národů, ale jejich stopy můžeme vysledovat i v moderní ošetrovatelské péči takzvané vyspělé, vědeckými poznatky se řídící společnosti. Některé rituály přírodních národů se navrací v jednání jedinců do našich podmínek. Jde například o odstřížení a mumifikování části pupečníku, ze kterého se s dalšími magickými objekty vytvoří amulet pro novorozence, který ho chrání od zlých sil. (20)

Šestinedělí je období zvýšené zranitelnosti matky i novorozence. Časné (rané) šestinedělí zahrnuje prvních 7 dní po porodu, pozdní šestinedělí je doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů, arbitrárně 42. dnem šestinedělí končí.

3.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů

Involuce dělohy

Největší změny v šestinedělí probíhají v děloze, která se během gravidity téměř 11x zvětšila a po porodu váží 1000g. Již v prvním týdnu se rychle retrahuje a na konci šestinedělí váží v průměru 80g. Po vybavení placenty nastávají hormonální změny, uvolňují se proteolytické enzymy, svalová vlákna se srašťují, zmenšují se svalové buňky. Retrahovaná děložní svalovina anemizuje kontrakcemi hladkého svalstva,

a stlačením stěn artérií má nedostatek výživy. V myometriu vzrůstá množství pojivové tkáně a elastinu a po 6 týdnech je děloha jen o něco větší než před těhotenstvím.

Po porodu má děloha oválný tvar, její stěny z tloušťky 1 cm zesílí na 3 - 5 cm, délka je přibližně 15 cm, šířka 12 cm a předozadní průměr 8 - 10 cm. Vedle těchto rozměrů lze ultrasonograficky stanovit také délku a šířku děložní dutiny. V průběhu puerperia se mění hlavně její délka, kdežto šířka je relativně konstantní šterbinovitá. Následkem zmenšeného obsahu děložní dutiny po vypuzení plodového vejce je v časném puerperiu vyšší myometrální a intrauterinní tlak, obnovuje se děložní činnost intenzita kontrakcí je značně vysoká a je vnímána zvláště u vícerodiček první dny po porodu jako porodní bolesti. Bolestivost stoupá při kojení účinkem vyplaveného oxytocinu z hypofýzy. Intenzita, frekvence a pravidelnost poporodních kontrakcí klesá po 24 hodinách.

Při dobré involuci se fundus děložní snižuje, od 1. porodního dne od pupku přibližně jeden prst (1cm) za 24 hodin, po týdnů dosahuje 2 – 3 prsty nad horní okraj stydké spony a klesá do malé pánve, takže po 10 dnech není fundus hmatný a stav involuce je možno posoudit gynekologickým vaginálním vyšetřením.(1) (Příloha č. 4)

Změny v místě inzerce placenty

Bezprostředně po porodu placenty se místo inzerce zmenší na polovinu a způsobí kontrakci a uzavření cév. V ranné ploše nastávají regenerační procesy, ve sliznici se hromadí leukocyty, vytváří se tzv. demarkační val. Povrchová vrstva deciduy nekrotizuje a bazální vrstva, která souvisí s myometriem a obsahuje zbytky žlázek, je pak základem nového endometria. Z děložní dutiny odchází po porodu ranný sekret, očistky (lochia) obsahující krev, krevní sraženiny, nekrotické cary deciduy, tkáňový mok, i sekrety z děložního hrdla, pochvy a vulvy. V prvních hodinách a dnech jsou červené, obsahují převážně krev – lochia rubra, po 3 - 4 dnech krve ubývá, přibývá tkáňového sekretu, jsou zahnědlé, sangvinolentní – lochia fusca. Cévy se postupně uzavírají a očistky dostávají žlutavou barvu, při převaze leukocytů jsou seropurulentní – lochia flava. Po týdnů žlutá barva mizí, vymizí erytrocyty i leukocyty, očistky jsou bělavé – lochia alba, posléze se mění v hlen – lochia mucosa. Očistky mají charakteristický nasládlý, až mdlý zápach a alkalickou reakci, která mění kyselé prostředí poševní, a tak se stávají dobrou živnou půdou pro bakterie. Původně sterilní očistky z děložní dutiny odcházejí z pochvy infekční a jako s takovými se s nimi musí zacházet. (1)

Vrchol odchodů očištěk je v průběhu 3. - 4. poporodního dne. Zvláště intenzivní je u multipar. Méně intenzivní je u matek po provedeném císařském řezu. Jde pravděpodobně o následek digitální a instrumentální revize děložní dutiny. Vylučování očištěk je silnější, pokud žena vstane z lůžka, při zvýšené fyzické činnosti a v průběhu kojení, kde se uplatňuje uterotonický účinek kojením vyvolané sekrece oxytocinu.

Změny děložního hrdla

V průběhu těhotenství dochází k nárůstu cervikální sliznice, cervikální žlázy hypertrofují a dochází u nich k hyperplazii. Ve stromatu dochází k deciduální reakci. Tyto změny jsou doprovázeny velmi výrazným nárůstem vaskularity děložního hrdla.

Po porodu je děložní hrdlo ochablé, tenkostěnné, prostupné pro dva prsty. Postupně se uzavírá, na konci 1. týdne je dilatováno do 1 cm, prostupné pro prst. Vnitřní branka se uzavírá rychleji než branka zevní, na konci 2. týdne je hrdlo délky 4 cm a vnitřní branka pro hrot prstu. Po třech týdnech se hrdlo uzavírá a jen zevní branka je prostupná pro prst. Na konci šestinedělí získává hrdlo cylindrický tvar, zevní branka má tvar příčné štěrbin.

Děložní přívěsky

Vejcovody, které byly v těhotenství vytažené podél děložních hran, prosáklé, síly prstu, klesají v šestinedělí do malé pánve, mají opět vodorovný průběh, svalové buňky se zmenšují a prosáknutí mizí. Vaječníky se rovněž zmenšují, sledují děložní fundus a spolu s vejcovody jsou opět uloženy v malé pánvi.

Vulva a pánevní dno

Po porodu se zmenšuje prokrvení zevních rodidel, mizí prosáknutí a pigmentace, případné varixy se zmenší nebo zcela vymizí. Svaly pánevního dna postupně získávají tonus a roztažené svaly diafragma urogenitale a diafragma pelvis se vracejí do původní polohy.

Břišní stěna

Břišní stěna je po porodu ochablá, přímé svaly jsou rozestouplé. Trvá několik týdnů, než se znovu zpevní. Rehabilitací břišní stěny napomáhá vhodná gymnastika, se kterou by žena měla začít již v šestinedělí.

Distenze břišní stěny v graviditě působí drobné trhlinky elastických vláken škáry, těhotenské pajizévky – striae – mohou přetrvávat a stávají se stříbřitě šedými. Pigmentace kolem pupku, ve střední čáře pod pupkem, na zevních rodidlech, kolem análního otvoru, v jizvách a někdy i v obličejí mizí v několika dnech.

3.1.2 Změny extravaginálních orgánů, celkové změny v organismu ženy

Močový systém

Po porodu je sliznice močového měchýře edematózní, překrvená, měchýř je rozepjatý, nedokonale se vyprazdňuje a první dny zbývá reziduální moč. Hypotonie a dilatace ureterů a ledvinných pánviček způsobené v graviditě progesteronem se během šestinedělí vrací k normálu. První hodiny po porodu jsou charakterizovány zvýšenou diurézou, často kombinovanou s útlumem na močení.

Zvětšené ledviny involují pomalu i několik týdnů. Reziduální moč, snížení citlivosti měchýře má za následek častou infekci močových cest v šestinedělí.

Trávicí ústrojí

Funkce trávicího ústrojí se rychle normalizuje, střevní kličky po vyprázdnění dělohy zaujmou svoji polohu, ale přetrvává obleněná peristaltika a potíže s vyprazdňováním. Upravuje se hyperacidita žaludeční šťávy a vrací se chuť k jídlu.

Kardiovaskulární změny

Po porodu klesá bránice, příčně uložené srdce zaujímá svou dřívější polohu, hemodynamické změny se rychle vracejí k normálu v časném šestinedělí. Srdeční výdej poklesne o 28 % během 14 dní, zmenší se systolický objem a poklesne myokardiální

kontraktilita. Plíce se rozepínají, nedělka má hlubší dýchání, klesá počet dechů a tepů. Reziduální kapacita plic vzrůstá, ale vitální a inspirační kapacita plic klesá.

Krevní změny

Celkový objem krve klesá z 5 až 6 litrů před porodem na 4 litry ve 3. týdnu šestinedělí. Objem krve, hodnoty erytrocytů a hematokritu jsou závislé na krevní ztrátě za porodu, která je kompenzována aktivací kostní dřeně a vyplavováním retikulocytů do oběhu. Po porodu mírně stoupá počet leukocytů, zvláště granulocytů. Hladina plazmatického železa klesá a od 5. dne se zvyšuje. Erytropoéza se vrací k normálu na konci šestinedělí.

Obvykle jsou sníženy hodnoty lymfocytů. Tři mechanismy zabraňují poporodnímu krvácení. Jsou to kontrakce myometria, které vedou k fyziologické ligatuře uterinních cév, trombocytární agregace a hemokoagulační systém. Aktivace hemokoagulačního systému je zvýrazněna v době odlučování placenty. Zvýšené hodnoty fibrinogenu přetrvávají týden i déle po porodu. To vede ke zvýšené náchylnosti nedělky k tromboembolickým komplikacím. (20)

Hormonální změny

Po porodu placenty rychle klesá hladina placentárních hormonů. Placentární laktogen vymizí během několika hodin, choriový gonadotropin se snižuje k nule do 11. - 16 dne. Po porodu rychle klesá hladina estrogenu a progesteronu do 7 dne, jejich další vzestup je závislý na laktaci. U nekojících žen přibližně za 3. týdny dosáhne estradiol hodnoty folikulární fáze, u nekojících za 60 - 80 dní, některé ženy jsou hypoestrické až 180 dní. Podobně prolaktin u nekojících žen se rychle snižuje, u žen kojících je jeho hladina závislá na intenzitě kojení, prolaktin se uvolňuje při sání a při frekvenci kojení, přibližně 6krát denně, se vysoká bazální koncentrace udržuje déle než 1 rok. První menstruace po porodu následuje po anovulačním cyklu. Ovulace může nastat u nekojících žen u 10% - 16% po skončeném šestinedělí, u 30% do 90 dní. U žen kojících je vzácně ovulace před 10. týdnem po porodu. Pearlův index kojení jako antikoncepční metody je 98 %. Musí být splněny 3 základní podmínky. Žena kojí max po 4 hodinách, neproběhla menstruace a od porodu neuběhlo více než 6 měsíců.

3.2 Poruchy šestinedělí

3.2.1 Subinvoluce děložní, lochiometra

Subinvoluce děložní znamená pomalé zavínování dělohy, které se projeví již v prvních dnech šestinedělí, děložní fundus sahá výše, děloha je měkká, krvácení nebo očistky jsou hojnější, hrdlo se neuzavírá.

Příčinou bývá nedokonalý uzávěr retroplacentárních cév tromby, které se odplavují např. při zvýšení nitrobřišního tlaku, při zakašlání, tlaku na stolicí, vstávání. Je častější u multipar, po vícečetném porodu, po porodu velkého plodu či po polyhydramniu. V poporodním období je zpomalená involuce rovněž po potrahaném nebo operačním porodu.

Lochiometra, hematometra vzniká u nedělek se zpomalenou děložní involucí, kde se krev nebo očistky hromadí v děložní dutině a nejsou děložní retrakcí vypuzovány. Měštnání očistků může být způsobeno uzavřením vnitřní branky (primární sectio caesarea při porodnický nezralém děložním hrdle) nebo jejím spazmem, retroverzí dělohy i následkem zánětu endometria.

Diagnóza se stanoví pomocí ultrasonografického vyšetření děložní dutiny a při klinických projevech. Zobrazí se zmnožený děložní obsah a vyloučí se placentární zbytky. Léčba spočívá v zevní děložní masáži a v podání uterotonik. Při lochiometře je mnohdy nutná dilatace vnitřní branky.

3.2.2 Krvácení v šestinedělí

Časné poporodní krvácení

Časné krvácení v šestinedělí se dostavuje do konce prvního týdne po porodu. V poporodním období a raném šestinedělí může být příčinou krvácení:

- porucha retrakce dělohy – subinvoluce, hypotonie a až atonie dělohy
- přehlédnuté či špatně ošetřené porodní poranění
- poporodní rezidua – zbytky obalů či placentární tkáně bránící retrakci dutiny děložní
- hemokoagulační porucha – nejčastěji DIC

Krvácení je většinou masivní. Je nutno ihned zjistit příčinu. Poruchy retrakce se řeší aplikací uterotonik. Poporodní rezidua se odstraňují tupou kyretou v celkové anestezii.

Pozdní poporodní krvácení

V pozdním šestinedělí od 2. - 6. týdne může být příčinou krvácení:

- rezidua post partum (placentární polyp) – vzniká z retinované části placentární tkáně, která si po určitou dobu zachovává svůj oběh, lne pevně k děložní stěně a nedělka po určitou dobu nekrvácí. Část lůžka později degeneruje, částečně se odlučuje, otevírají se uteroplacentární cévy. Fibrin ze sražené krve se usazuje na zbytku placentární tkáně, zvětšuje se v polypózní útvar, který vyplňuje děložní dutinu a je křehký. Děloha se snaží polyp vypudit kontrakcemi projevujícími se bolestmi v podbříšku. Nepravidelné krvácení zesiluje a může být velmi nebezpečné. Deciduální polyp se vytváří v místě inzerce placenty na přerušovaných uteroplacentárních septech z nalepeného fibrinu.
- endometritis – zánět sliznice děložní dutiny je provázen hojnými páchnoucími očišky a zpravidla slabým krvácením, mírnými bolestmi v podbříšku a zvýšenou teplotou.
- menstruace
- choriokarcinom nebo karcinom děložního hrdla (20)

3.2.3 Infekce v šestinedělí

Puerperální sepse

Puerperální infekce jsou častou příčinou mateřské morbidity a mohou ohrozit ženu i na životě vývojem sepse, častěji po porodu per sectionem caesaream než po porodu per vias naturales.

Od 18. století se objevuje mnoho prací o horečce omladnic, která byla smrtelnou hrozbou rodiček. Omladnice znamená totéž co šestinedělka, jinak též koutnice. V polovině 19. století byla po desetiletí horečka omladnic, vyskytující se především v porodnicích s vysokou koncentrací rodiček, v centru pozornosti. Její příčiny se připisovaly neznámým vlivům atmosférickým, telurickým či kosmetickým, které se soustřeďovaly do termínu genius epidemicus. Byly to špatné hygienické poměry,

špinavé potraty, řídké výměny ložního prádla, slamníků, dek, přeplněné prostory. Upozorňovalo se na změny organismu v šestinedělí, na dietní chyby, plethoru (překrvení), obleněný oběh krevní, dlouhotrvající porody, velká poporodní zranění, puerperální trombózu, retenci lochií, pozoroval se častější výskyt po operacích a po porodech mrtvých, zejména rozkládajících se plodů. (5)

Odhalení příčiny horečky omladnic Semmelweisem a zavedení pravidel asepse se zapsalo do historie medicíny. S nástupem antibiotik došlo ke snížení rizika tohoto onemocnění i jeho následků.

Infekce v šestinedělí, je souhrnný název pro řadu chorobných stavů, jejichž společným znakem je zvýšená teplota až horečka, ta je příznakem zánětlivého procesu nejen rodidel, ale i močových cest, žil, prsů, žlučových cest i celkových onemocnění, jako jsou např. chřipka, angína apod.

Po porodu zbývá v děložní dutině po odloučení placenty ranná plocha, která je nejsnazší vstupní branou infekce do organismu. V šestinedělí je snížená obranyschopnost ženy, ale organismus se brání infekci vytvořením leukocytárního demarkačního valu v místě inzerce lůžka kompresí cév děložní retrakcí. Děložní dutina se brzy po porodu stává nesterilní, protože lochia jsou výbornou živnou půdou pro bakterie.

Vznik infekce

Heterogenní infekce znamená, že nákaza byla zanesena do rodidel zvenčí:

- samotnou ženou při nedodržování hygienických zásad
- zdravotnickým personálem při vnitřním vyšetřování nebo za porodu
- nesterilními nástroji, rukavicemi, tampony, rouškami, vložkami

Autogenní infekce vzniká:

- ascenzí mikrobů, které byly přítomny v genitálním traktu již před porodem (poševní flora obsahuje aeroby i anaeroby, které jak za porodu, tak v puerperiu pronikají do porodních poranění
- metastatickým přenosem krevní nebo lymfatickou cestou vznikají vzácněji endogenní infekce (angína, pyelonefritida, tuberkulóza)
- per continuitatem při infekčním ložisku v dutině břišní (apendicitida)

Průběh infekce závisí na druhu mikroba a jeho množství, na způsobu a době vzniku infekce a na celkové obranyschopnosti organismu matky. Projevy infekce jsou místní a celkové. Každá místní infekce může přejít v celkovou.

Endometritis

Endometritis je nejčastější puerperální infekcí jak za porodu, tak po potratu nebo interrupci. Často zůstává lokalizována v ranné ploše po odloučení placenty. Dobrou živnou půdou pro bakterie jsou retinované očistky při lochiometře nebo rezidua po potratu nebo porodu. Organismus se brání proti infekci lokálně i celkově, na postiženém místě se tvoří leukocytární val a pokrývá se fibrinem, zvyšuje se leukocytóza a fagocytóza, tvoří se protilátky. (1)

Klinický obraz endometritidy začíná obvykle zvýšením teploty, bolestmi hlavy a v podbřišku, páchnoucími očistky. Děloha se zavínuje pomalu, je zvětšená, palpačně citlivá, prosáklá a žena má bolesti v podbřišku. Často se očistky městnají. Zánět mnohdy doprovází vleklé, někdy jen občasné, nepřilíš intenzivní krvácení.

Každé zvýšení teploty v šestinedělí je podezřelé a vždy je třeba mít na mysli, že se jedná o příznak zánětu. Teplota v šestinedělí by měla být vždy důvodem pro návštěvu lékaře nebo porodnice, kde porod probíhal. V léčbě se podávají celkově antibiotika podle původce a závažnosti onemocnění, současně uterotonika k lepší involuci děložní, klid na lůžku.

Infekce po císařském řezu

Pánevní infekce po porodu císařským řezem jsou častější po operačním porodu, který byl indikován při déletrvajícím porodu, po předčasné odtoku vody plodové, při teplotě za porodu, lokální infekci (kolpítida), u anémie nebo systémových chorob. Podezření na septickou pánevní tromboflebitidu je nutno mít vždy, přetrvává-li teplota při adekvátní léčbě antibiotiky a není-li jiné vysvětlení.

Ranná infekce

Frekvence ranné infekce po císařském řezu se snižuje po preventivním podání antibiotik. Predisponující faktory vyplývají z celkového stavu rodičky (obezita, anémie, diabetes melitus) nebo průběhu porodu (protražovaný porod, odteklá voda plodová, chorioamnionitida) a šestinedělí (endomyometritida)

V klinickém obraze se objevuje přetrvávající teplota 4-5 dní, erytém rány, citlivost. Zarudnutí posléze s fluktuací svědčí pro vznikající absces pod facií, který může vyústit v nekrotizující fascitidu až gangrénu. Původce infekce pochází u kůže (*Staphylococcus aureus*), amniální dutiny (streptokoky, *E.coli*) nebo genitálního traktu (*bakteroides*). Infekční agens se prokáže kultivací z rány.

Léčba spočívá v incizi, při intaktní fascii lokální léčba s drenáží, subfasciální absces je nutno vyprázdnit, drénovat, odstranit nekrózy a po vyčištění rány provést v celkové anestezii resuturu. Antibiotika volíme podle citlivosti.

Velice závažnou komplikací je zánětlivá dehiscence děložní sutury, kterou lze diagnostikovat pomocí ultrazvuku. Při této komplikaci je nutná clona širokospektrých antibiotik a provedení hysterektomie. (1)

3.3 Pozdní šestinedělí

Po propuštění domů musí nedělka dodržovat všechny hygienické návyky, tak jak se to naučila na oddělení šestinedělí. Důležitá je péče o prsy, aby se vyvarovala infekci mléčné žlázy.

Výživa kojící matky má být bohatá na bílkoviny, minerální látky a vitamíny, smíšená a lehká. Nesmí být dráždivá, příliš kyselá, nebo nadýmající. Ve stravě má převládat ovoce a zelenina, nikoliv sladkosti, tučná a ostrá jídla. Neopomenout na dostatek tekutin.

Nikotin a alkohol přecházejí do mléka a nedělka se má vyvarovat kouření a požívání alkoholických nápojů. Péče o močení a stolici jsou důležité i z důvodu dobrého zavínování dělohy.

3.4 Psychologie šestinedělí

Po císařském řezu se objevuje psychosomatických symptomů více. Tyto ženy bývají častěji soustředěny na sebe a cítí se být méně schopny starat se o dítě. Často se vnímají jako pomalé a málo výkonné. Někdy se objevují i pocity viny z nesplněného sociálního očekávání, tedy z toho, že neporodily spontánně. Rozdíl lze pozorovat i mezi urgentními a plánovanými císařskými řezy. Ženy, které porodily akutní sekci, vidí svůj porod jako dlouhý, pomalý, špatný, krutý, nemilosrdný a smutný. Naproti tomu ženy po

plánovaném císařském řezu hodnotí porod jako krátký, rychlý, dobrý, laskavý, milosrdný a radostný.

Při srovnání žen s plánovaným císařským řezem a žen, které porodily spontánně je vidět, že operační porod není tak radostný jako porod přirozený a je vnímán spíše jako pasivní, nucený, částečný, složitý. Při opakovaném císařském řezu jsou tyto negativní pocity slabší. Důležitým faktorem je i druh zvolené anestezie. Regionální anestézie ve srovnání s celkovou je z hlediska psychologických změn vnímána příznivěji.

Průběh šestinedělí po operačním porodu je velkou měrou ovlivněn i přístupem porodníka a veškerého ošetřujícího personálu k těhotné ženě v průběhu celého těhotenství, porodu a šestinedělí. U ženy, která důvěřuje svému porodníkovi a je jim dostatečně informována o průběhu těhotenství, porodu a možných komplikacích, je přítomnost negativních pocitů (pocit neschopnosti naplnit roli matky, pocit selhání, zklamání, podráždění a obavy o dítě) menší.

4 Laktace

4.1 Mléčná žláza

Na laktaci se připravuje v průběhu gravidity, kde estrogeny působí proliferaci mlékovodů a progesteron stimuluje epitel alveolů. Po porodu pokles estrogenů a progesteronu stimuluje začátek laktace, ale základní pro tvorbu mléka je hypofyzární prolaktin. Intenzita tvorby mléka je stimulována kojením, kdy periferní nervové dráždění bradavky sáním přechodně zvyšuje výdej prolaktinu a současně neurohypofýza pulzativně zvyšuje výdej oxytocinu. Oxytocin působí kontrakce myoepiteliálních buněk a napomáhá sekreci mléka z alveolů a malých mléčných vývodů. Také správná involuce dělohy je závislá na vyplavovaném oxytocinu.

První dny po porodu, tak jako v graviditě, lze z bradavek vytlačit hustou tekutinu – mlezivo (kolostrum). Oproti mléku obsahuje více bílkovin, hlavně globulinu, více minerálních látek, zejména Mg, které zvyšuje střevní peristaltiku a urychluje vypuzení smolky, méně tuků a cukrů. V mlezivu jsou přítomné protilátky – imunoglobuliny IgA.

4.1.1 Složení mateřského mléka

Mateřské mléko je nejdokonalejší stravou pro novorozence, má i optimální teplotu. Jeho hlavní složkou jsou bílkoviny, laktóza, voda a tuk. Proteiny – kasein, laktalbumin a laktalbumin – jsou syntetizovány v alveolárních sekretorických buňkách, mnohé mléčné proteiny jsou zcela unikátní a jinde se nevyskytují. K rychlému vzestupu koncentrace dochází dva dny po porodu. Laktóza částečně přechází do mateřského oběhu, je vylučována ledvinami a je možné ji detekovat v moči. Mateřské mléko obsahuje vitamíny ve variabilním množství, kromě vitamínu K. Železa je malé množství, ale je lépe absorbovatelné než z mléka kravského. Z iontů jsou v mléce přítomny K, Na, Cl, Ca, Mg a P. Stejně jako v kolostru jsou v mléce protilátky IgA, které mají preventivní účinek na bakteriální adhezenci k povrchu epitelových buněk. IgA působí proti *Escheria coli* a je známé, že kojené dítě má méně často střevní infekci - enterokolitidu. Laktaci podporuje pravidelné přikládání novorozence k prsu a dokonalé vyprázdnění prsu po kojení. (1)

4.2 Desatero neboli 10 kroků k úspěšnému kojení

O tom, že je kojení užitečné pro novorozence a malého kojence nejlepší, nepochybuje nikdo. Kojení je v současné době dávana obrovská podpora. Začíná už u organizace UNICEF. Ta se v rozvojových zemích soustřeďuje na podporu kojení jako takovou, protože nekojení znamená výrazný nárůst kojenecké úmrtnosti, a v rozvinutých zemích na iniciativu zvanou „Baby friendly hospital“. To lze volně přeložit jako „Nemocnice přátelsky naladěná dětem“. Tato iniciativa zahrnuje tzv. Desatero neboli deset kroků k úspěšnému kojení, které musí nemocnice dlouhodobě plnit, aby jí mohl být tento titul udělen. Tato nemocnice by také měla být pravidelně kontrolována, zda nějaký bod z „desatera“ neporušuje.

Dodržování „desatera“ jednoznačně zlepšuje zahajování kojení na porodnici a napomáhá tomu, aby děti byly kojeny dlouhodobě. Dlouhodobé kojení je doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO). Na straně druhé v měnících se společenských poměrech nelze po klientkách vyžadovat jednoznačné dodržování „desatera“. Řada matek chce po porodu odpočívat, nechce mít děti stále u sebe v systému roaming-in, některé matky nechtějí kojit vůbec, nebo, a to vůbec není zanedbatelná skupina, nechtějí řešit obtíže spojené se zahajováním kojení a raději přecházejí na krmení z lahve.

„Desatero“, jeho základ vychází z fyziologie kojení, je však k němu přistupovat, tak jako k řadě věcí v medicíně, zcela individuálně.

Není pochyb o tom, že by těhotná měla být o výhodách i nevýhodách kojení informována, stejně tak jako o problémech, které mohou v souvislosti s kojením nastat. V tomto směru je v současné době informací spíše nadbytek a z celé řady předporodních kurzů a na základě přečtené literatury se setkáváme s matkami, které lpějí na teorii, ale nechápou, že praxe se může lišit. Matky jsou přehlcené informacemi z brožur, knih a předporodních kurzů, ale tyto rady nelze potom v praxi striktně uplatňovat. O některých problémech, které lze s výhodou řešit již v době těhotenství, jako např. jsou vpáčené bradavky, se naopak matka dozvídá až po porodu.

Pokud jde o časně přiložení, čímž je míněno do půl hodiny po porodu, je to pro rozvoj kojení výhodné a po spontánním porodu s tím zpravidla nebývá problém. Ten však může nastat po císařském řezu. Někteří otcové požadují při císařském řezu přikládat dítě k prsu matky již v průběhu operačního výkonu. To je však nesplnitelné.

Pokud jde o podávání příkrmu v porodnici, jde asi o nejproblematičtější krok v „desateru“. Tam, kde se kojení nerozbíhá ideálně, se může dítě dostat do nepřiměřeně velkého váhového úbytku, který může někdy vést k dehydrataci dítěte. Obecně je správným postupem zdravé donošené dítě vůbec nedokrmovat, v praxi ale není jednoduché toto pravidlo dodržet. Na druhé straně příliš velké dokrmování vede k velké spokojenosti dítěte, které se u prsu nesnaží sát a tak nedochází k dostatečným stimulům pro tvorbu mléka.

Rooming-in – společné umístění matky a dítěte na pokoji umožňuje zcela volný režim příkládání. Nicméně i tady je celá řada úskalí. Po císařském řezu se matky samozřejmě o děti hned starat nemohou a řešíme to tím, že je dítě přinášeno na kojení v individuálních intervalech, jakmile má hlad. To je však organizačně a personálně náročné, zejména jsou-li matky po císařském řezu na oddělení JIP a tedy mimo oddělení. Některé matky také chtějí po porodu spát nebo odpočívat a o dítě v postýlce stojí až od druhého dne. V zásadě nic nebrání tomu, aby dítě po přijetí matky na oddělení šestinedělí a poté, co vstane a je schopna se o dítě postarat, jej k sobě na pokoj dostala.

Volné příkládání tak, jak dítě projeví o pití z prsu zájem, není rovněž jednoznačnou situací. Často se stává, že v prvních dvou dnech po porodu dítě spí a o kojení se nehlásí a bylo by chybou přiložení takového dítěte třeba jen 3x za 24 hodin. Každé přiložení v tomto čase po porodu vede k mnohonásobnému vyplavení prolaktinu při každém kojení, a tak ačkoliv se zdá, že matka „nemá mléka“, „má jen mlezivo“, je vhodné přiložit alespoň 7 – 8krát. Po třetím dnu se zpravidla situace obrací. Dítě má hlad, mléko ještě není zcela dostatek, a proto je vhodné příkládat tak často, jak si dítě požádá.

K desateru rovněž patří nepoužívání dudlíků a šidítek. Důvodem je to, že v prvních dnech, kdy novorozenec ještě nemá zafixované kojení, může být střídavé příkládání k prsu a střídavé sání dudlíku matoucí a může začít jeden způsob preferovat. Zpravidla je snazší sání z dudlíku, a proto je nevhodné dudlíky a šidítka používat. Řada dětí ovšem zvládne bez problémů obojí. Je-li nutné v prvních dnech po porodu dítě dokrmovat, osvědčilo se krmení dětí z malé laboratorní kádinky, ze speciálního měkkého kalíšku nebo lžičkou.

Posledním bodem z desatera je vytváření podpůrných skupin matek, na které by se mohly ženy s problémy s kojením po propuštění z porodnice obracet. U nás se osvědčil systém laktačních poradkyň, které docházejí do domácností. (2)

4.2.1 Péče o bradavky

Dříve se bradavky v průběhu těhotenství nejrůznějšími způsoby otužovaly a po porodu natíraly různými dezinfekčními prostředky, genciánovou violetí, nebo se alespoň důkladně drhly mýdlem. Nic z toho není potřeba, ba dokonce to ani není žádoucí. Nejdůležitější je posoudit v těhotenství tvar bradavky. U plochých a vpáčených pak lze doporučit nosit v poslední třetině těhotenství tzv. formovače, které se vkládají do podprsenky a pomáhají zlepšit tvar bradavky. Ale poporodní přikládání samozřejmě jen na tvaru bradavky nezáleží – používáme slogan, že dítě se nepřikládá k bradavce, ale k prsu. Někdy není bradavka vpáčená, ale velká a tuhá a přiložení je obtížnější než u vpáčených bradavek. Vše záleží na zkušenostech matky, zdravotního personálu a šikovnosti dítěte. Pokud jde o hygienu bradavek, nejlepší je před kojením ani nemýt. Pro dítě jsou důležité pachové vjemy z bradavky, která všechna mýdla a dezinfekce spolehlivě zničí.

Velmi se osvědčuje preventivní natírání bradavek zadním mlékem na konci kojení. Je to velmi přirozený způsob otužování bradavky a je mnohem výhodnější než používání nejrůznějších krémů. Při poškozených bradavkách, což je situace, které je nejlépe předcházet, protože vznikne snadno již při jediném kojení a hojí se dlouho, se doporučují lokální prostředky, Canesten krém, Mesocain gel, Pevaryl krém. Masti se na bradavky nedoporučují vůbec, mohou totiž ucpat mléčné vývody a tím může vzniknout retence mléka.

Pokud dojde v prvních dnech po porodu k zatvrdnutí prsů, je třeba prsy co nejvíce uvolnit, a to pomocí masáží, nahříváním před kojením, odstříkáváním před kojením (aby změkkl dvorec) i po kojení a použitím chladných obkladů mezi kojeními. Výbornou radou do této situace, kterou doporučuje i odborná literatura, je použití obkladů z měkkého tvarohu.

Při nesprávné technice kojení může také v prvních dnech po porodu dojít k poškození bradavek a vzniku ragád. Při kojení totiž musí dítě obemknout pevně celý dvorec, pod kterým jsou umístěny ducti lactiferi, a matka musí přidržovat prs tak, že palec tvoří s ostatními prsty ruky písmeno C. Dítě pevně obemyká dvorec, jazyk má přehnutý přes dolní ret a jazykem vytlačuje mléko směrem k tvrdému patru a dozadu. Je-li dítě přiloženo jen ke špičce prsu, nedostává se mléko z mléčných cisteren do úst dítěte a dítě i při nedostatku mléka u matky nic nevypije. Navíc poškozené bradavky postupně více bolí a reflexně kojení zhoršují. Poškozená bradavka je také cestou pro

přenos infekce a u matky se může rozvinout mastitida. Proto je zvládnutí techniky kojení klíčem k dobrému rozvoji kojení. (2)

4.3 Technika kojení

Technika kojení je jedním ze základních předpokladů úspěšného kojení. Technika vyžaduje správnou polohu a přisátí se správným sáním.

4.3.1 Držení prsu

Správné držení prsu

- prsty se nesmí dotýkat dvorce
- prs je podpírán zespodu všemi prsty kromě palce
- palec je položen vysoko nad dvorcem
- tlak palce na prsní tkáň umožní napřímení bradavky
- prs musí být dítěti nabídnut tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce

Nesprávné držení prsu

- prsty matky se dotýkají dvorce v místech, kde by měly být dásně dítěte
- všechny prsty kromě palce by měly být pod prse (Příloha č. 5)

4.3.2 Polohy

Správná vzájemná poloha matky a dítěte

- zvolit pohodlnou pozici pro matku i dítě
- dítě přikládáme k prsu, nikoli prs k dítěti
- dítě leží na boku, obličej, hrudník, břicho i kolena směřují k matce
- ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii

- osy procházející uchem, ramenem a kyčelním kloubem u matky i dítěte mají být rovnoběžné
- matka přitahuje rukou tělo dítěte k sobě za ramena a záda, nikoliv za hlavičku
- matka se nemá zbytečně dotýkat hlavičky ani tváře dítěte, aby se nerušil sací reflex
- pokud se dotýká hlavy, prsty nepřesahují spojnicí ušní linie
- mezi matkou a dítětem nesmí být žádná překážka (např. spodní ruka dítěte, uzel na zavinovačce ap.)
- matka nesmí odtahovat prs od nosu dítěte
- brada, tvář i nos dítěte se dotýkají prsu
- brada dítěte je v prsu hluboce zabořená
- dítě nesmí křičet
- kojení nesmí matku bolet

(Příloha č. 6)

4.3.3 Správné přisátí

Správná technika přisátí

- bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte
- drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex
- široce otevřená ústa dítěte jako při zívání jsou správnou odpovědí na tento dráždivý podnět
- prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce, hlavně pod bradavkou
- všechny prsty kromě palce by měly být pod prsem
- matka nesmí prs odtahovat prsty
- dítě ve správné poloze může volně dýchat
- nepřikládat k prsu dítě křičící, jazyk je při křiku umístěn nahoře a dítě v této poloze nemůže uchopit bradavku

Známky správného přisátí k prsu

- brada a nos dítěte se musí dotýkat prsu
- ústa jsou široce otevřená jako při zívání
- většina dvorce je v ústech dítěte

- více dvorce je vidět nad ústy než pod nimi
- dolní ret je ohrnut ven
- jazyk přesahuje dolní ret
- bradavka i s dvorcem je na jazyku
- tváře dítěte nevpadávají dovnitř
- při sání se pohybují spánky a uši dítěte

Známky nesprávného přísátí k prsu

- brada a nos dítěte se nedotýkají prsu
- ústa nejsou široce otevřená
- jazyk nepřesahuje dolní ret
- dolní ret je ohrnutý dovnitř
- dvorec není v ústech dítěte
- větší část nezakrytého dvorce je pod úst
- při pití vpadávají tváře dítěte
- tkáň prsu se před ústy pohybuje

4.3.4 Správné sání

Správná technika sání

- jazyk přesahuje dolní ret a je pod mléčnými sinusy
- jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku i s dvorcem
- bradavka i s dvorcem musí být uložena na jazyku
- dásně stlačují dvorec, bradavka se protahuje směrem k zadní části ústní dutiny dítěte
- tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce
- vlnovitý pohyb jazyka zepředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte
- tlakem jazyka o tvrdé patro jsou mléčné sinusy vyprazdňovány
- vytlačené mléko pak dítě polkne
- zpočátku dítě pije rychlými doušky, které jsou vystřídány pomalými
- Při nesprávném sání dítě pije stále stejně rychle a neefektivně

Následky nesprávné techniky kojení

- bolestivé a poškozené bradavky
- nalité prsy
- snížená tvorba mléka
- neprospívající a nespokojené dítě
- nespokojená matka

4.3.5 Výhody kojení pro matku

- děloha se po porodu rychleji vrací do původního stavu
- poporodní ztráty krve jsou menší
- ženy méně trpí chudokrevností
- chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků a osteoporózou
- rychlejší návrat postavy ke stavu před těhotenstvím
- antikoncepční účinek v průběhu kojení, pokud matka plně a často kojí
- podpora citové vazby matka – dítě
- pleny nepáchnou
- levnější než umělá výživa

4.3.6 Výhody kojení pro dítě

- chrání před průjmami
- ochrana proti infekcím dýchacích cest, zánětu středouší
- snižuje riziko cukrovky, alergie, obezity, anémie
- zajišťuje vývoj duševních schopností
- méně často vyžaduje hospitalizaci
- zajišťuje v dospělosti a stáří silnější kosti (18)

4.4 Poruchy laktace

4.4.1 Anomálie sekrece mléka

Hypogalaktacie

Nedostatečná tvorba mléka, je buď primární, nebo sekundární. Primárně je snižena laktace při hypotrofii mléčné žlázy vrozené. Sekundární hypogalaktacie vzniká u žen při dlouhodobých chorobách v graviditě, po komplikovaném porodu, zvláště operačním nebo spojeném s větší krevní ztrátou. Laktace souvisí s funkčním stavem centrálního nervového systému a je velmi často ovlivněna negativními emocemi vztahujícími se k porodu nebo dítěti.

V léčbě je v prvé řadě nutno příznivě ovlivnit psychiku nedělký a novorozence ukázkou správné polohy a techniky kojení, dále co nejšetrněji přikládat dítě k prsu. Nedělka pod dohledem dětské sestry nebo porodní asistentky po kojení šetrně odstříkává nebo odsává odsávačkou mléko, aby byl prs dokonale vyprázdněn. Vhodné jsou napařovací obklady před kojením. (1)

Hypergalaktacie

Nadměrná tvorba mléka, u hypertrofie mléčné žlázy většinou nepůsobí těžkosti, po kojení zbývá určité množství mléka, které nedělka odsává nebo odstříkává. Prsy bývají zduřelé, přeplněné, bolestivé. Někdy se tvoří tolik mléka, že to ženu i fyzicky vysiluje.

Podáváme studené obklady, omezíme příjem tekutin. Odstříkané mléko se používá k dokrmování ostatních novorozenců.

Galaktorea

Znamená neustálé samovolné odtékání mléka i mimo kojení, bývá buď při nadměrné laktaci, nebo při poruše svěračů bradavek a mlékovodů. Při kojení samovolně odtéká mléko i z druhého prsu.

Prsy je nutno pevně utáhnout a na bradavku přikládat gumový kroužek. Přetrvávající galaktorea je způsobena poruchou hypothalamu nebo hypofýzy, bloádou centra inhibujícího tvorbu prolaktinu. Prolaktin brzdí sekreci folikulostimulačního gonadotropinu, dozrávání folikulů a tím nízkou hladinu estrogenů.

4.4.2 Poruchy bradavek

Poruchy bradavek mohou být vrozené nebo získané. Vrozené bradavky jsou ploché, vpáčené nebo rozštěpené. Těhotná má být poučena v prenatální poradně, v průběhu gravidity povytahovat a otužovat. Bradavky, i normálně konfigurované, mají na povrchu skryté zářezy, které při sání dítěte praskají a vznikají trhlinky – fisury, oděrky – eroze nebo podlomení – ragády. Tyto poruchy bradavek vznikají často na podkladě macerace při dlouhém kojení nebo při nesprávném ošetřování bradavek. Drobná poranění jsou velmi bolestivá, jejich hojení je zdlouhavé, stroupky při kojení bývají strženy. Jsou vstupní branou pro infekci mléčné žlázy.

Léčba spočívá již v prevenci v těhotenství péčí o bradavky, správné technice kojení. Při vzniku fisur nebo ragád kojí nedělka přes klobouček, event. pouze mléko odsíkává. Vhodné jsou epitelizační masti (Calcium panthotenicum) aplikované na noc.

4.4.3 Zánět prsní žlázy

Mastitis puerperalis

Zánět prsu v šestinedělí začíná zpravidla infekcí zvenčí, traumatem bradavek nebo mlékovodů při nesprávné technice kojení nebo při infekci z nosu novorozence. Infekčním činitelem je nejčastěji *Staphylococcus aureus*.

Onemocnění začíná bolestivostí jednoho prsu, prs je zduřelý, kůže napjatá, zarudlá, teplá, zánět je provázen vysokou horečkou, zimnicí, třesavkou, malátností a celkovou únavou. Při palpaci na začátku onemocnění je hmatný bolestivý infiltrát, později při rozvoji abscesu s event. fluktuací abscesu, při intersticiálním zánětu může být postižený celý prs, při pohybu a palpaci bolestivý. (Příloha č. 7)

Prs je nutno vyvázat, fixovat, přikládat studené obklady, led, protistafylokoková antibiotika s ohledem na novorozence. Při horečce nedělka nekojí, klesne-li ji teplota pod 38°C, je kojení možné. V každém případě je nutno nenásilně odstříkávat mléko a prs dokonale vyprázdnit. Absces vyžaduje incizi radiálně směrem k bradavce s rukavicovým drénem, pokud trvá sekrece. (1)

5 Rehabilitace a císařský řez

Po porodu císařským řezem je nedělka pro fyzioterapeuta klientkou se dvěma oblastmi zájmu. Prodělala náročný chirurgický výkon a porodila dítě. Obě tyto situace se musí vzít v potaz při stanovování poporodního rehabilitačního plánu. Žena, která porodila císařským řezem se liší od ženy po vaginálním porodu v mnoha ohledech. Její pobyt v porodnici je o něco delší než u nedělky po vaginálním porodu, dříve se unaví a pociťuje větší bolest. Její období závislosti na ošetřujícím personálu je delší a intenzivnější. Potřebuje větší emocionální podporu a více informací, zejména v případech pokud se vyskytnou komplikace nebo akutní stav za porodu nebo v časném šestinedělí. Její poporodní rehabilitační program zahrnuje pooperační dýchání jak hrudní tak břišní, cvičební jednotky, speciální opatření k zabezpečení pohodlí a relaxaci.

(Příloha č. 8)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Ošetrovatelský proces u ženy po císařském řezu

Informace o zdravotním stavu klientky jsem získala z dostupné dokumentace a rozhovorem s klientkou. Mnoho důležitých informací jsem také získala od lékařů, porodních asistentek, ale i z lékařských vizit.

6.1 Identifikační údaje

Iniciály klientky:	X.X.
Rok narození:	1972
Zdravotní pojišťovna:	201
Stav:	svobodná
Státní občanství:	české
Vzdělání:	vysokoškolské
Povolání:	lékařka
Alergie:	pyl, zvířecí srst
Osoba kterou lze kontaktovat:	otec dítěte Y.Y.
Datum přijetí:	06. 05. 2008
Důvod přijetí:	jako rodička
Gravidita/parita:	III/II
Týden gravidity:	40+3
Otec u porodu:	Ano

ANAMNÉZA

- **RA:** bezvýznamná
- **OA:** rodička zdráva, s ničím se neléčila. Úrazy 0, operace 2006 S.C. Prodělala běžné dětské nemoci, DIN - mononukleosa v dětství, VVV 0, DM 0, kardiovaskulární onemocnění 0, onkologická onemocnění 0, systémové onemocnění

0, psychiatrická onemocnění 0. Transfuze 0. Očkovaná proti hepatitidě A, B. Abúzus alkoholu, nikotinu, drog i léků 0.

- **AA:** pyl, zvířecí srst, alergii na léky neguje. Dlouhodobě léky neužívá.

- **FA:** Aktiferin tbl 1 - 0 – 0

- **SA:** Bydlí společně s partnerem a dcerkou v rodinném domku ve společné domácnosti. Společné soužití je harmonické. Těhotenství plánované. Nyní na mateřské dovolené.

- **GA:**
 - Menstruace od 13 let, perioda 28-28, krvácení 5-5, nebolestivá
 - Gynekologické onemocnění: neudává
 - Pohlavní onemocnění: 0
 - Gynekologické operace: r. 2006 S.C. pro PPKP
 - Aborty: r. 2005 missed abort v 10. týdnu, RCUI - bez komplikací
 - UPT: 0
 - Porody: r. 2006 císařský řez v termínu 40. týden – žena 2700g/46cm, zdravá
 - Hormonální léčba: 0
 - PM: 28. 07. 2007 TP: 06. 05. 2008
 - Samovyšetření prsou: ANO, téměř pravidelně

Nynější těhotenství /informace jsem čerpala z těhotenské průkazky a porodopisu/

- PM: 28. 07. 2007, TP: 06. 05. 2008
- 40+3, III/II
- Diagnóza: O. 800
- Prenatální péče: Praha 7, ÚPMD. Od 12. týdne těhotenství, celkem 8 vyšetření
- Psychoprofylaktická příprava (počet přednášek): 0, těhotenský tělocvik: 0
- Laboratorní vyšetření: · BWR: neg, · HbsAg: neg, KS: B, Rh: pozitivní, · Isoim: 2x neg, HIV: neg, GBS: neg.
- Farmakoterapie: Aktiferin tbl 1 – 0 – 0
- Vyšetření moče: cukr 0, bílkovina 0

- Choroby k těhotenství přidružené: ne
- EKG + interní vyšetření v normě
- Varixy: ne, otoky: ne

6.2 Průběh hospitalizace

Při přijetí na porodní sál 06. 05. 2008 04.20 hod.

Rodička přišla na porodní sál pro pravidelné kontrakce po 5 minutách od 02.00 hod. Voda plodová zachovalá, nekrvácela, pohyby plodu +, AS + viz CTG záznam.

Zevní vyšetření při přijetí

Aspekce: tvar kulovitý, pigmentace přiměřená, linea fusca výrazná, pupeční jamka vyhlazená, kůže dostatečně hydratovaná, bez defektů, jizva v podbříšku po S.C. – nebolestivá, pubické ochlupení typické ženské.

Palpace: FX/4, PPHL, PI, DDS plný, nebolestivý.

Auskultace: AS+ viz CTG, pravidelné

Pelvimetrie: pánev neměřena, orientačně prostorná.

Vnitřní vyšetření lékařem

Aspekce: pubické ochlupení typicky ženské, hráz středně vysoká, anální otvor bez defektů, kůže čistá.

Palpace: poševní vchod prostupný, klenby plné, nevyvinuté, hrdlo sakrálně 2cm dlouhé, pro prst prostupné. VB zachovalý. Hlava volně nad vchodem pánevním. Nekrvácí.

Rodička přeložena na oddělení P3 (oddělení rizikového těhotenství) k observaci.

Shrnutí průběhu hospitalizace na oddělení P3 /výťah z dokumentace/

- 04.30 hod příjem z porodního sálu, napojená na CTG monitor (na příjmu natočeno suspektní CTG)

- 05.00 hod - CTG ex, hodnocení CTG: fyziologický, BF: 135', křivka undulatořní, akcelerace 0, decelerace 0, PP+. Děložní činnost nepravidelná, 8-10'.
- 05.30 hod. AS+, kontrakce nepravidelné, VB zachovalý, nekrvácí
- 06.15 hod. AS+, kontrakce nepravidelné, VB zachovalý, nekrvácí, pospává
- 07.00 hod. AS+, kontrakce nepravidelné, VB zachovalý, nekrvácí, DDS nebolestivý
- 09.30 hod. vyšetřeni lékařem: subj: kontrakce a 8-10 min
zevně: FX/4, děloha dráždivá, DDS nebolestivý
vagin.: 1,5 cm hrdlo děložní, pro prst těsně prostupné, tuhé
UZ vyš.: 1 plod, AS+, PPHL, postavení levé, oligohydramnion, placenta na ZS, DDS šíře 2mm v nejužším místě, EFW 3075g.

→ po domluvě s vedoucím lékařem oddělení se rozhodlo o ukončení gravidity z důvodu šíře DDS 2mm (ztenčelý DDS)

- 10:00 hod. zaveden PŽK LHK, odebrány předoperační krevní odběry
- 10.55 hod. CTG monitorace, VB zachovalý, nekrvácí
- 11.20 hod. CTG ex, hodnocení CTG: fyziologický, BF: 140', křivka undulatořní, akcelerace 0, decelerace 0, PP+. Děložní činnost po 8'.
- 13.00 hod. podepsán informovaný souhlas s provedením operačního výkonu
aplikována 1 ampule Ranitalu a 1 ampule Cerucalu i.v.
provedeny bandáže dolních končetin
zaveden permanentní močový katetr
- 13.30 hod. aplikován 1000ml R1/1 roztoku
- 14.15 hod. převezena na operační sál

Shrnutí operačního průběhu /operační protokol/

Po dezinfekci a standardním zarouškovaní, relaparotomie sec. Pfannenstiel, dále po anatomických vrstvách prořata plika vesikouterinní, která po předchozí operaci vysunuta značně kraniálně, prořata nůžkami a tupě sesuta kaudálně, DDS značně ztenčelý, uterotomia sec Geppert, digitálně rozšířeno do stran, v 14:46 hod vybaven plod v PPHL, PI, křičící, pohlaví ženské 3120g, Agar score 10, 10, 10. Po přerušení pupečníku předán do péče pediatra, odebrán Astrup, placenta vybavena ze zadní stěny, doplněna revize dutiny děložní Bummovou kyretou, sutura hysteretomie pokračovacím

přehazovaným stehem ve dvou vrstvách, při pravé hraně tvorba hematomu, který prošit, dále se nezvětšuje, provedena zkouška těsnosti močového měchýře – neprosakuje, provedena toaleta dutiny břišní, ošetření drobných bodových krvácení koagulací, roušky a nástroje souhlasí, peritoneum + svaly → pokračovacím stehem, fascie → pokračovacím stehem, podkoží → tři jednotlivé stehy, interdermální steh.

Rodička operační výkon prodělala v regionální anestezii – tzv. spinální blokáda. Krevní ztráta 450 ml, moč čirá.

Šestinedělka přeložena na JIP.

Průběh hospitalizace po sectio caesare /výtah z dokumentace/

06. 05. 2008 – 0. operační den (JIP)

- sledovat vitální funkce
(TK a P á 30 min – 4krát, dále á 1 hod; bilance tekutin á 6 hod, do rána klid na lůžku, kontrola krvácení)
- O₂ brýle, 3 l/min, zvlhčený
- Fraxiparin 0,3 ml s.c. v 19.00 hod
- analgezie: Dipidolor 3 amp / 50ml FR 2 – 3 ml/hod
Dicloream 100mg supp (1 supp per rektum á 8 hod)
- infuze: 2x G10% 500ml (60ml/hod) + 8j Humolin + 10ml KCl 7,45% + 10ml MgSO₄ 10% + 10ml CaCl₂ 10%
1x H^{1/1} roztok 1000ml (100 ml/hod) + 2 ampule Celaskon + 10j Oxytocin)
- volně popíjet čaj za 2 hod.
- kontrolní krevní odběry v 18 hodin (KO)

07. 05. 2008 – 1. pooperační den (JIP)

- podrobně viz ošetřovatelská anamnéza kapitola 6.3
- subj.: klientka se cítí dobře, nausea 0, bolesti neudává, nekrvácí
- obj.: oběhově stabilní, břicho měkké, laparotomie klidná, bez sekrece, děloha retrahovaná, lochia přiměřené, dolní končetiny bez otoků

08. 05. 2008 – 2. pooperační den (P2)

- přeložena na oddělení šestinedělí
- subj. klientka se cítí zcela bez obtíží, bolesti operační rány snesitelné
- obj. dušnost 0, břicho měkké, laparotomie klidná, bez sekrece, rána se hojí per primam, děloha retrahovaná, lochia odcházejí, FD P/2.
- ordinace lékaře: Fraxiparine 0,3ml s.c. v 19.00 hod
Dipidolor 1amp dle potřeby i.m.
Dicloream 100mg supp 1 – 1 – 1
Hypnogen 1 tbl. per os na noc
Aktiferin tbl. 1 – 1 – 1
- dieta kašovitá, pije si dostatečně
- fyziologické funkce v normě: TK 117/64 mmHg, P 65', TT 36,5 °C
- močí spontánně, bez obtíží, stolice 0, plyny odcházejí, lochia odcházejí přiměřeně, vložky měněny dle potřeby, sprcha
- prsa bez patologického nálezu, objevení kolostra
- klientka edukována o polohách při kojení
- novorozenec – systém roaming, přikládáno dle potřeby, saje pěkně.

09. 05. 2008 – 3. pooperační den (P2)

- subj. klientka se cítí zcela bez obtíží, bolesti operační rány neudává
- obj. dušnost 0, břicho měkké, laparotomie klidná, bez sekrece, rána se hojí per primam, děloha retrahovaná, lochia přiměřená
- ordinace lékaře – Fraxiparine 0.3ml s.c. v 19.00 hod
Dipidolor 1amp dle potřeby i.m.
Dicloream 100mg supp 1 – 1 – 1
Hypnogen 1 tbl per os na noc
- fyziologické funkce v normě: TK 110/60 mmHg, P 72', TT 36,5 °C
- močí spontánně, bez obtíží, stolice ANO, lochia odcházejí přiměřeně, vložky měněny dle potřeby, FD P/3, sprcha
- prsa bez patologického nálezu, nalité, nebolestivé, bradavky bez známek poškození, kolostrum

- novorozenec – systém roaming, přikládáno dle potřeby, saje pěkně. Edukace – péče o novorozence.

10. 05. 2008 – 4. pooperační den (P2)

- subj. klientka se cítí zcela bez obtíží, bolesti operační rány neudává
- obj. dušnost 0, břicho měkké, sutura klidná, rána se hojí per primam, steh in situ
- močí spontánně, bez obtíží, stolice ANO, lochia odcházejí sangvinolentní, vložky měněny dle potřeby, FD P/3.
- dieta šetřící, pije si dostatečně
- prsa bez patologického nálezu, bradavky nebolestivé
- novorozenec plně kojen, bez obtíží
- provedeno UZ vyšetření: rezidua ani koagula NE, oblast hysterotomie bez patologického nálezu, stěna břišní bez patologického nálezu → normální nález po S.C.
- dnes propuštění domů

→ klientka před propuštěním poučena lékařkou

- Kontrola u ošetřujícího lékaře po šestinedělí.
- Při obtížích kontrola ihned.
- Upozorněna, aby se vyvarovala jakékoli fyzické námahy v období šestinedělí.

Údaje o novorozenci

Iniciály novorozence: D. A.

Týden těhotenství: 40+3

Porod: per S.C., záhlavím

Datum a čas narození: 06. 05. 2007 v 14.46 hod

Porodní hmotnost: 3120g, porodní délka: 48cm

Apgar score: 10 – 10 – 10

Sál – výtah z dokumentace

III/II, porod per S.C. z indikace matky (ztenčelý DDS), vybavena zralá eutrofická dívka s dobrou poporodní adaptací. Novorozenec bez zjevných VVV. Na sále bez léčby.

Oddělení fyziologických novorozenců

- První močení – za 8 hodin od porodu.
- Smolka – za 6 hodin od porodu.
- Po porodu aplikován 0.1ml Kanavitu i.m
- Hmotnostní úbytek – fyziologický.
- Novorozenec afebrilní, plně kojen.
- Byly provedeny screeningová vyšetření – viz propuštění novorozence.
- Třetí den od porodu snesen pupeční pahýl, sterilně kryt, nekrvácí, bez známek infekce.

Výtah z dokumentace před propuštěním do domácího prostředí

Na oddělení fyziologických novorozenců pobyt bez komplikací. Močí, stolice +. U novorozence patrný bledší kolorit kůže, ostatní somatický i orientační nález v normě. Pupek klidný. Plně kojena, váhová křivka vzestupná.

Údaje při ukončení hospitalizace

- Výživa před ukončením hospitalizace: kojení
- Hmotnost: 3100g, délka: 48cm, obvod hlavy: 34cm, obvod hrudníku: 33cm.
- Kalmetizace provedena dne 10. 05. 2008
- Provedený screening: PKU, kongenitální hypothyeroza, puls AF, sluch, katarakta, CAH

Doporučené další sledování

Kojení dle chuti, prevence Kanavitem gtt, Vigantol gtt, kontrola svým dětským lékařem do 2 dnů po propuštění. Pupek čistit lihem. UZ kyčlí v místě bydliště ve 3 týdnech života.

- Vigantol gtt – 1x denně – 1 kapka od 14. dne věku dítěte – per os
- Kanavit gtt – 1x týdně – 1 kapka do 1 měsíce věku dítěte – per os
1x měsíčně – 1 kapka do 6 měsíce věku dítěte – per os

6.3 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové

Ošetřovatelská anamnéza je získaná 07. 05. 2008 od 06.45 do 15.30 hod. Klientka při rozhovoru působila klidným a optimistickým dojmem. Otázkám se nevyhýbala.

6.3.1 Vnímání zdraví

Klientka je zdravá, s ničím se neléčí. Těhotenství bylo plánované. Do prenatální poradny chodila pravidelně. Těhotenství bylo fyziologické. Během tohoto těhotenství hospitalizována nebyla. Na dítě spolu s partnerem a dcerou se moc těšily. Na gynekologickém oddělení byla hospitalizována 2krát. Poprvé v roce 2005 z důvodu missed abort v 10. týdnu, RCUI – bez komplikací. Podruhé v roce 2006 z důvodu S.C. pro PPKP. Pro udržení svého zdraví klientka dodržuje zdravou životosprávu. Ráda si zasportuje.

Nynější stav:

Dodržuje všechny léčebné postupy, které jsou klientce doporučovány.

6.3.2 Výživa, metabolismus

Při přijetí na porodní sál měla rodička hmotnost 86kg, před těhotenstvím 70kg, přibrala 16kg. Výška je 168cm. Klientka se stravovala pravidelně, asi 5krát denně. Žádná dietní opatření nedodržovala. S příjmem potravy neměla nikdy žádné problémy. Upřednostňovala ve svém jídelníčku ryby. Ovoce a zeleninu jedla pravidelně. Chut' k jídlu měla dobrou. Denní příjem tekutin byl asi kolem 2000 – 2500 ml/24 hodin. Preferovala minerální vody – jemně perlivé, ředěné ovocné džusy. Alkohol jen příležitostně. K zubnímu lékaři chodila pravidelně, s chrupem problémy nikdy neměla. Stav chrupu vlastní, sanován. Vlasy ji nepadají, nehty se nelámou.

Celková schopnost hojení drobných poranění je bez problémů. Operační rána z minulého těhotenství se jí hojila per primam. Šestinedělí afebrilní. Kojila 9 měsíců. Problémy s mléčnou žlázou neměla.

Nynější stav:

Klientka dnes první den po S.C. Dieta – tekutiny. Tekutiny – čaj pije dostatečně. Do 13.45 hod ji vykapaly dvě infuze. 1. G10% + 8j Humulin + KCl 7.5% 15 ml. 2. 1000ml R1/1 roztok + 1amp Syntostigmin. Na LHK má PŽK (růžová), kryta sterilním krytím Cosmopor E. Krytí na kanyle nebylo nutné měnit. Kanyla je zavedena druhý den, průchodná, hodnocení dle Madonna 0. Po vykapání infuzí PŽK ex. Místo vpichu je bez známek infekce.

Ústní sliznice je růžová, vlhká, klidná bez patologie. Jazyk bez omezení hybnosti, plazí se ve střední čáře. Odér z úst není. Stav kůže je v normě, čistá, prokrvená, bledší barva, kožní turgor v normě. Operační rána se hojí per primam. Rána je klidná, bez sekrece, okolí operační rány klidné. Operační rána kryta suchým sterilním krytím. Krytí neprosakuje. Afebrilní, 36,6 °C.

Prsy bez patologického nálezu, symetrické, nebolestivé. Objevení kolostra. Novorozenec přiložen k prsu s dopomocí dětské sestřičky, přisál se dobře.

6.3.3 Vylučování

Klientka v těhotenství se vyprazdňovala pravidelně. Na stolicí chodila 1x denně. Při sníženém pohybu někdy i za dva dny. Stolice formovaná, bez příměsí, obtíže žádné nebyly. Projímadla neužívá. Poslední vyprázdnění stolice měla v rámci předoperační přípravy – klyzma, po kterém se bez obtíží vyprázdnila. Močila bez problémů, bez příměsí. Při příjmu vyšetřena moč pomocí testačního papírku na vyšetření moče – cukr 0, bílkovina 0. V rámci předoperační přípravy byl zaveden PMK – odcházela čirá moč, bez příměsí.

Nynější stav:

Klientka první den po S.C. Střevní peristaltika +. Plyny odchází. Klientka má zavedený druhý den PMK – moč odvádí čistou, bez příměsí. Po dokapání infuzí PMK ex. Od 06.00 do 13.40 hod odvedeno do sáčku 2000ml moče. Po odstranění močového katétru močí spontánně bez obtíží. Výrazně se nepotí, bez oděru. Lochia odcházejí v přiměřeném množství.

6.3.4 Aktivita, cvičení

Klientka si ráda zasportuje, má ráda jízdu na kole, plavání, cestování. Jejím koníčkem je pletení a háčkování. Po celý rok se věnuje pěší turistice.

Nynější stav:

Dnes klientka první den po S.C. Ráno provedeno rehabilitační cvičení s fyzioterapeutkou. Klientka je zatím částečně soběstačná v oblasti aktivity. V oblasti stravování, vyprazdňování, hygieny je soběstačná. První vstávání z postele bylo bez obtíží, hlava se nemotala. Vstávání z postele a chůze odpovídá stavu po S.C. Únavu nepocítuje.

Fyziologické funkce v normě. 12.00 hod: TK 109/55 mmHg, P 62', afebrilní.

6.3.5 Spánek, odpočinek

Doma s usínáním neměla žádné problémy, jen ke konci těhotenství už nevěděla jak si lehnout. Spala asi 8 hodin denně, vzhledem k malé dcerce se v noci občas budila. Ráno se cítila odpočatá a připravená na denní aktivity. Během dne si někdy zdřímla. Na spaní neužívala nikdy žádnou farmakoterapii.

Nynější stav:

Klientka je první den po S.C. Cítí se odpočatá. Přes den odpočívá na lůžku.

6.3.6 Vnímání, poznávání

Klientka se sluchem, zrakem obtíže nemá. Brýle nenosí. Bolest snáší dobře.

Nynější stav:

Klientka dnes první den po S.C. Zrak bez obtíží, oční štěrbinu jsou symetrické, bulby ve středním postavení, spojivky fyziologické, bez sekrece, skléry bílé. Potíže se

sluchem jsem neshledala. Čich, chuť, hmat – potíže neudává. Klientka je plně orientovaná místem, časem i prostorem. Vědomí je nenarušené.

Klientka bolest na škále 0 – 10 by hodnotila asi stupněm 4. Bolest operační rány udává snesitelnou. Zvládá ji velmi dobře. Byla poučena, že si může kdykoliv říct o čípky na bolest nebo injekci. Ve 13 hodin zaveden per rektum čípek Dicloreum 100mg. Klientka udává zmírnění bolesti. Na škále by ohodnotila bolest stupněm 2.

Klientka má logické uvažování. Orientuje se a odpovídá přiměřeně. Vyjadřuje se srozumitelně, nedělá ji problém o sobě mluvit. Klientka rozumí všem kladeným otázkám. Její řeč je plynulá, srozumitelná, má širokou slovní zásobu, netrpí žádnou vadou řeči. Hlas má jasný. Klientka je přátelská a při rozhovoru udrží oční kontakt.

6.3.7 Sebepojetí, sebeúcta

Klientka žije plnohodnotný život se svojí rodinou.

Nynější stav:

Klientka je optimistická, váží si svoji rodiny a sama sebe. Žije spokojený život s rodinou. Je upravená, příjemného vzhledu. Cení si svoji zručnost (háčkování, pletení). Velmi ráda relaxuje při hudbě. V současné chvíli ji mrzí, že nemůže mít u sebe svoji holčičku.

6.3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí spolu s partnerem a dcerkou v rodinném domku ve společné domácnosti. V rodině panuje harmonie, vztahy v rodině nejsou narušeny. Partner jí pomáhá v domácnosti a pečovat o dcerku. Má v něm velkou oporu. Do zaměstnání chodila ráda, panovaly tam velmi dobré kolektivní vztahy. Nyní na mateřské dovolené.

Nynější stav:

Klientka se těší, až bude přeložena na oddělení šestinedělí, kde bude mít prostor pro návštěvy a možnost vidět se se svojí rodinou a hlavně bude mít u sebe dceru.

6.3.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Klientka má menstruaci od 13 let, nebolestivá, cyklus pravidelný. Na gynekologické záněty netrpí. V roce 2005 missed abort v 10. týdnu, RCUI – bez komplikací. V roce 2006 z gynekologických operací prodělala S.C. pro PPKP. V roce 2006 porodila S.C. v termínu – 40. týden ženu 2700g/46cm, zdráva, šestinedělí bylo afebrilní, kojila 9 měsíců. Hormonální léčbu nežívala. Provádí si téměř pravidelně každý měsíc samovyšetření prsu. Na preventivní gynekologické prohlídky chodila pravidelně. Těhotenství bylo fyziologické.

Nynější stav:

Nyní porodila svoje druhé dítě. Její vztah k sexu je kladný. Další otázky na toto téma jsem považovala za nevhodné.

Fundus děložní sahá jeden prst pod pupek, děloha retrahovaná.

6.3.10 Stres, zátěžové situace

K žádné větší změně v posledním období nedošlo, pokud má nějaký problém, který sama nedokáže vyřešit, tak jí při řešení nejvíce pomůže její partner.

Nynější stav:

Klientka byla smířena s faktem, že nerodila spontánně. Na tuto skutečnost byla předem připravená, neboť byla informována lékařem v prenatální poradně.

Udává, že sice měla strach z operačního výkonu, ale je šťastná, že všechno dobře dopadlo a že se jí narodila zdravá holčička.

6.3.11 Víra, životní hodnoty

Klientka je bez vyznání. Se svým životním stylem je spokojená. Klientka na první místo v žebříčku hodnot řadí především zdraví, dobré rodinné zázemí, lásku a porozumění. Finanční hodnoty nepovažuje úplně za nejdůležitější.

6.3.12 Jiné

Výsledky laboratorního vyšetření

- Hematologické vyšetření: krevní obraz

Leukocyty: 13.30 x 10⁹/l

Erytrocyty: 3.55 x 10¹²/l

Hemoglobin: 102.0 g/l

Hematokrit: 0.315

Trombocty: 256.0 x 10⁹/l

- Biochemické vyšetření

CRP: 32.6 mg/l

Farmakoterapie

Fraxiparine 0,3ml – s.c. v 19.00 hod

Antikoagulancium, antitrombotikum

Dicloremum supp dle potřeby

Nesteroidní antirevmatikum

Dipidolor i.m. 1amp dle potřeby

Analgetikum

Aktiferin 1-0-0

Antianemikum

Hypnogen tbl na noc

Psycholeptikum

Fyzikální vyšetření porodní asistentkou

Screeningové vyšetření jsem provedla dne 07. 05. 2008 od 07.00 hod do 15.00 hod.
Je to první pooperační den.

- Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: přiměřeně upravená, čistá
- Dutina ústní: sliznice vlhké, růžové, rty normální barvy, jazyk se plazí ve střední čáře
- Nos: čistý, bez sekrece
- Zuby: zubní náhrady nemá
chybění trvalého chrupu ne
- Šepot: slyší
- Přečte novinové písmo: ano
- Má brýle: ne
- Puls: 65/min, pravidelnost ano, hmatný
- Dýchání: 13/min, pravidelné, bez zvukových fenoménů
- Krevní tlak: 117/64 mmHg
- Stisk ruky: pevný, důvěřivý
- Může zvednout tužku: ano
- Rozsah pohybů kloubů: bez omezení
- Kůže: čistá, prokrvená, bledší, kožní defekty 0, kožní turgor v normě
- Chůze: odpovídá stavu po sectio caesare
- Držení těla: v normě
- Chybění části těla: 0

Předvedená schopnost pro soběstačnost: kód pro funkční úroveň 0-5

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| · Schopnost najíst se: 0 | · Umýt se: 0 |
| · Vykoupat se: nehodnoceno | · Celkový pohyb: 0 |
| · Schopnost dojít si na toaletu: 0 | · Pohyb na lůžku: 0 |
| · Schopnost obléknout se: 0 | · Uvařit si: nehodnoceno |
| · Nakoupit si: nehodnoceno | · Udržování domácnosti: nehodnoceno |
| · Kanyly intravenozní: Ano-PŽK | · Vývody/cévky: Ano-PMK |
| · Odsávání: Ne | · Jiné: 0 |
| · Nynější hmotnost: po S.C. nevážena | · Hmotnost nahlášená: 86 kg |

· Výška: 168 cm

· Tělesná teplota: 36.5 °C

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

- Orientace: je orientovaná, místem, časem a prostorem
- Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy): rozumí
- Řeč, způsob vyjadřování: plynulá, srozumitelná, netrpí žádnou vadou řeči
- Úroveň slovní zásoby: dostatečná
- Oční kontakt: udrží
- Rozsah pozornosti: v normě
- Nervozita (rozšíření nebo uvolnění): klientka je klidná
- Asertivní či pasivní: spíše asertivní
- Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo osobou provázející pokud je přítomna: vzhledem k tomu, že je klientka na JIP, návštěvy nejsou povoleny, zaznamenala jsem telefonní hovor s rodinou.

6.4 Plán ošetrovateľskej péče

Plán ošetrovateľskej péče jsem si stanovila od 07.05. 2008 – 10.05.2008.

Přehled ošetrovateľských diagnóz

1. Akutní bolest z důvodu operačního porodu císařským řezem projevující se slovními nebo mimickými vyjádřeními.
2. Porucha kožní integrity z důvodu operačního porodu císařským řezem projevující se operační ránou.
3. Snížená pohyblivost z důvodu pooperačních bolestí projevující se verbalizací a snížením soběstačnosti při změnách polohy.
4. Porucha vyprazdňování moče z důvodu zavedeného permanentního močového katetru.
5. Efektivní kojení z důvodu kladného postoje matky, fyziologické anatomii bradavky projevující se spokojeností matky i novorozence.
6. Riziko snížení tělesných tekutin z důvodu krvácení projevující se celkovou slabostí klientky.
7. Potenciální riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu klidového pooperačního režimu.
8. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného PŽK projevující se zarudnutím v místě vpichu.
9. Potencionální riziko deficitu znalostí jako následek nedostatečné informovanosti porodní asistentkou, dětskou sestrou.

Akutní bolest z důvodu operačního porodu císařským řezem projevující se slovními nebo mimickými vyjádřeními.

Krátkodobý cíl – snížit intenzitu bolesti ze stupně 4 na stupeň 2 do 1 hodiny.

Dlouhodobý cíl – klientka je bez pooperačních bolestí do tří dnů.

Výsledná kritéria

- Klientka zná příčinu bolesti.
- Klientka je dostatečně informována o možnostech podání analgetik dle potřeby ihned.
- Klientka spolupracuje při sledování a zaznamenávání intenzity bolesti do 1 hodiny.
- Klientka umí využít relaxační techniky pro zmírnění bolesti do 4 hodin.
- Klientka verbalizuje zlepšení bolesti do 1 hodin.

Ošetrovatelská intervence

- Proved' rozbor bolesti (zjistí lokalizaci, charakter).
- Zhodnot' ve spolupráci s klientkou intenzitu bolesti.
- Proved' záznam na stupnici 0 – 10 (0 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest).
- Věnuj pozornost všem projevům bolesti.
- Všímej si projevů mimoslovní komunikace (držení těla, výraz tváře).
- Seznam klientku s úlevovými polohami.
- Edukuj klientku o možnostech aplikace analgetik dle potřeby.
- Podej léky dle ordinace lékaře – dle potřeb klientky.
- Sleduj účinky analgetik, popřípadě vedlejší účinky.
- Proved' záznam do dokumentace klientky.

Realizace

- Během mé ošetrovatelské péče o klientku jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Hodnocení

- Krátkodobý cíl byl splněn. Po hodině, od podání čípku Dicloream 100 mg udává klintka zmírnění bolesti ze stupně 4 na stupeň 2. Bolest udává snesitelnou. Zvládá ji velmi dobře.
- Dlouhodobý cíl byl splněn. Klientka je bez bolesti. Je plně mobilní a soběstačná. Léky na bolest nevyžaduje.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

Porucha kožní integrity z důvodu operačního porodu císařským řezem projevující se operační ránou.

Krátkodobý cíl – operační rána bude bez známek infekce do 4 hodin.

Dlouhodobý cíl – operační rána se zhojí per primam.

Výsledné kritéria

- Klientka ví, co je příčinou porušené tkáně do 1 hodiny.
- Klientka bude cítit bolest na hranici snesitelnosti ihned.
- Tkáň se hojí bez známek infekce do 4 hodin.
- Klientce se hojí operační rána per primam po celou dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence

- Vysvětlí, co je příčinou a jaký je rozsah porušení tkáně do 1 hodiny.
- Edukuj klientku v péči o operační ránu do příštího dne.
- Věnuj pozornost místním projevům infekce.
- Seznam klientku s příznaky počínající infekce.
- Sleduj vývoj celkových známek infekce.
- Dodržuj zásady nozokomiálních nákaz.
- Ošetřuj operační ránu přísně asepticky.
- Sleduj vzhled operační rány a její okolí.
- Sleduj hygienickou úroveň klientky v průběhu hospitalizace.
- Proved' terapeutické výkony dle ordinace lékaře.
- Proved' záznam do dokumentace.

Realizace

- V průběhu mé ošetrovatelské péče jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Hodnocení

- Krátkodobý cíl byl splněn. Operační rána bez známek infekce do 4 hodin. Operační rána se hojí per primam. Operační rána je klidná, bez sekrece, okolí operační rány je klidné. Operační rána kryta suchým sterilním krytím. Krytí neprosakuje. Afebrilní 36.6 °C.

- Dlouhodobý cíl byl splněn. Rána se zhojila per primam do 4 dnů. Steh in situ.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

Snížená pohyblivost z důvodu pooperačních bolestí projevující se verbalizací a snížením soběstačnosti při změnách polohy.

Krátkodobý cíl – prevence vývoje kožního a tkáňového postižení do následujícího dne.

Dlouhodobý cíl – obnovena mobilita klientky do 3 dne.

Výsledná kritéria

- Klientka zná příčinu porušené pohyblivosti - ihned.
- Klientka je informována o prevenci vývoje tkáňového postižení do 4 hodin.
- Klientka zná rehabilitační cviky do 6 hodin.

Ošetrovatelské intervence

- Podej informace k pochopení dané situace – ihned.
- Zjistí přítomnost komplikací, které jsou s imobilizací spojeny.
- Pečuj o pokožku, zajisti prevenci vzniku dekubitů do 4 hodin.

Realizace

- V průběhu mé ošetrovatelské péče jsem realizovala všechny plánované intervence.

Hodnocení

- Krátkodobý cíl byl splněn. Klientka zná rehabilitační cviky a provádí cviky jako prevenci vývoje kožního a tkáňového postižení.
- Dlouhodobý cíl byl splněn. Do 3 dne byla mobilita klientky obnovena.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

Efektivní kojení z důvodu kladného postoje matky, fyziologické anatomii bradavky projevující se spokojeností matky i novorozence.

Krátkodobý cíl – porozumění a zvládnutí efektivního způsobu kojení, matka i novorozenec budou spokojeni.

Dlouhodobý cíl – prsní bradavky bez projevů poškození (ragády), snaha o udržení efektivního kojení.

Výsledná kritéria

- Prsy klidné, měkké, nebolestivé, přítomné kolostrum.
- Klientka bez známek poškozených prsních bradavek.
- Novorozenec plně kojen, přibírá na hmotnosti, prospívá

Ošetrovatelské intervence

- Posuď znalosti klientky a její dřívější zkušenosti s kojením.
- Zhodnoť techniku kojení u klientky.
- Zhodnoť schopnost novorozence uchopit prsní bradavku a efektivně sát.
- Informuj klientku o případných nedostatcích v technikách kojení.
- Dle potřeby poskytni informace.
- Zkontroluj, zda si klientka počíná správně.
- Věnuj pozornost četosti a délce kojení.
- Pouč klientku o pravidelném přikládání novorozence k prsu á 3 hod.
- Sleduj hmotnostní přírůstek novorozence.
- Pouč klientku o péči o prsa.
- Zdůrazni nutnost dodržování pravidelné hygieny prsou, umývání rukou před každým kojením.
- Kontroluj stav prsních bradavek, případné patologie (překrvení, citlivost, ragády)
- Informuj klientku o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a odpočinku.
- Posiluj úspěšné počínání pochvalou.

Realizace

- V průběhu mé ošetrovatelské péče jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Hodnocení

- Krátkodobý cíl byl splněn. Klientka zvládá techniku kojení bez problémů. Klientka i novorozenec jsou spokojeni.
- Dlouhodobý cíl byl splněn. Prsní bradavky bez projevů poškození. Hmotnostní křivka u novorozence stoupá.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

Porucha vyprazdňování moče z důvodu zavedeného permanentního močového katetru.

Cíl – Ústí močové trubice bude bez známek infekce, PMK bude odvádět čistou moč.

Výsledná kritéria

- Klientka zná důvod zavedeného PMK – ihned.
- V místě zavedeného PMK nejsou patrné známky infekce.

Ošetrovatelské intervence

- Vysvětlí důvod, proč má zaveden PMK – ihned.
- Kontroluj místo zavedeného PMK (známky infekce).
- Kontroluj vzhled odcházející moče.
- Sleduj příjem a výdej tekutin.
- Proveď záznam do dokumentace.

Realizace

- V průběhu mé ošetrovatelské péče jsem realizovala všechny plánované intervence.

Hodnocení

- Cíl byl splněn. Ústí močové trubice bylo bez známek infekce, PMK odváděl čistou moč, bez příměsí krve. Po dokapání infuzí PMK ex. Od 06.00 do 13.40 hod odvedeno do sáčku 2000ml moče. V 13.45 hod odstraněn PMK. Po odstranění PMK klientka močí spontánně, bez obtíží. Příjem tekutin je dostatečný.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

Riziko snížení tělesných tekutin z důvodu krvácení projevující se celkovou slabostí klientky.

Cíl – klientka bez známek velkého krvácení.

Výsledná kritéria

- Klientka zná příčinu krvácení.
- Krvácení je zastaveno.
- Vitální funkce se normalizují.

Ošetrovatelské intervence

- Sleduj celkový stav klientky.
- Povšimni si ztrát tekutin spojených s léčebným výkonem.
- Sleduj fyziologické funkce.
- Kontroluj laboratorní výsledky.
- Kontroluj kontraktilitu dělohy a měř krevní ztrátu.
- Při známkách velkého krvácení, ihned informuj lékaře.
- Pokud nemá zaveden PŽK ihned zaveď.
- Podej medikaci dle jeho ordinací lékaře.
- Proveď záznam do dokumentace.

Realizace

- V průběhu mé ošetrovatelské péče jsem kontrolovala, zda nedochází ke krvácení. Kontrolovala jsem fyziologické funkce, laboratorní výsledky a kontraktilitu dělohy.

Hodnocení

- Cíl byl splněn. Děloha je retrahovaná, krvácení je přiměřené. Operační rána nekrvácí. Fyziologické funkce v normě. TK – 121/64 mmHg, P – 68’.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

Potenciální riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu klidového pooperačního režimu.

Cíl: zabránit rozvoji tromboembolické nemoci (TEN).

Výsledná kritéria

- Klientka není ohrožena vznikem TEN a riziky, které její rozvoj přináší.

Ošetrovatelské intervence

- v rámci prevence TEN, dle ordinace lékaře, aplikuj Fraxiparin 0,3 ml s.c.
- proved' záznam o aplikaci Fraxiparinu do dokumentace pacientky.
- v rámci prevence TEN zajisti bandáže dolních končetin.

Realizace

- V průběhu mé ošetrovatelské péče klientka má funkční bandáže na dolních končetinách. V 19.00 hod se klientce aplikuje Fraxiparin 0,3 ml s.c.

Hodnocení

- Cíl byl splněn, klientka není ohrožena riziky, která vznik a rozvoj TEN přináší.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného PŽK projevující se zarudnutím v místě vpichu.

Krátkodobý cíl – Klientka bude bez známek infekce do 4 hodin.

Výsledná kritéria

- Klientka zná důvod zavedené PŽK – ihned.
- Místo vpichu bude bez známek infekce.

Ošetrovatelské s intervence

- Vysvětlí důvod, proč má zaveden PŽK – ihned.
- Informuj se, kdy byl zaveden PŽK – ihned.
- PŽK neponechávej déle než 72 hodin.
- Postupuj podle standartu ošetrovatelské péče týkající se aplikace infuzní terapie – ihned.
- Dodržuj aseptické postupy při manipulaci s kanylou po celou dobu hospitalizace.
- Hodnoť riziko flebitidy dle Madonna.
- Kontroluj místo vpichu.
- Hodnoť stav a funkčnost PŽK po celou dobu hospitalizace.
- Při známkách počínající infekce PŽK vyndej – ihned.
- Hodnoť všechny subjektivní obtíže od klientky po celou dobu hospitalizace.
- Pouč klientku o možných projevech infekce.
- Proved' záznam do dokumentace.

Realizace

- V průběhu mé ošetrovatelské péče jsem realizovala všechny plánované intervence.

Hodnocení

- Krátkodobý cíl byl splněn. Místo vpichu bez známek infekce. Do 13.45 hod ji vykapaly dvě infuze. 1. G10% + 8j Humulin + KCl 7.5% 15 ml. 2. 1000ml R1/1 roztok + 1amp Syntostigmin. Na LHK má PŽK (růžová), kryt sterilním krytím Cosmopor E. Krytí na PŽK nebylo nutné měnit. PŽK je zaveden druhý den,

průchodný, hodnocení dle Madonna 0. Po vykapání infuzí PŽK ex. Místo vpichu je bez známek infekce.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

Potencionální riziko deficitu znalostí jako následek nedostatečné informovanosti porodní asistentkou, dětskou sestrou.

Cíl – Klientka dostane dostatek informací o péči.

Výsledná kritéria

- Klientka má dostatek informací.
- Klientka má zájem o získání informací.
- Klientka spolupracuje.

Ošetrovatelské s intervence

- Povzbud' klientku, aby se ptala na vše, co jí není jasné.
- Informace poskytuj po částech, dej jí prostor na otázky.
- Trpělivě odpovídej na otázky klientky, objasni nesprávné představy.
- Během podávání informací udržuj s klientkou oční kontakt.
- Poskytni informace o technikách kojení a péče o prsa.
- Poskytni informace o hygieně v šestinedělí.
- Poskytni informace o péči jizvy po císařském řezu a její masáži.

Po domluvě s dětskou sestřičkou

- Poskytni informace o správném přebalování novorozence.
- Poskytni informace o správné koupeli novorozence.
- Ověř si pochopení informací.
- Poskytni informace ústně s následnou demonstrací.
- Dohlídni na klientku při manipulaci s novorozencem, zda ovládá techniku kojení a rozumí masáži po císařském řezu.

Realizace

- V průběhu mé ošetrovatelské péče jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Hodnocení

- Cíl byl splněn. Klientka byla edukována během hospitalizace na oddělení šestinedělí.

→ Ošetrovatelskou péči hodnotím jako efektivní.

6.5 Edukace klientky

Edukace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu. Ta vede klientku k zdokonalování praktických dovedností, nejenom v péči o sebe samotnou, ale i o novorozence v domácím prostředí. Před zahájením edukace je vhodné posoudit aktuální potřebu edukace u klientky. Tím máme na mysli její schopnost, pohotovost a ochotu učit se a přijímat nové poznatky. U dobře informované klientky lze očekávat větší spolehlivost a aktivitu při samotné péči o sebe a svoje dítě.

K edukaci mi posloužila především vlastnoručně vytvořená edukační brožurka, kterou jsem klientce následně ponechala. Rovněž mě motivovaly zkušenosti získané na praxích ve zdravotnických zařízeních. Také jsem čerpala z odborných knih – uvedené v seznamu literatury.

Klientka byla edukována po celou dobu hospitalizace na šestinedělí.

Hygiena

Klientka byla poučena o dodržování hygienických opatření nejen na oddělení šestinedělí, ale i v domácnosti. Byla ji zdůrazněna nutnost častého sprchování, časté výměny vložek. Byla upozorněna, že koupel v šestinedělí není vhodná, proto je lépe volit sprchování. Velký důraz byl kladen na častější hygienu rukou, zejména po výměně vložek a před manipulací s novorozencem.

Péče o jizvu, masáž jizvy

- „prodýchávání“ – vleže na zádech s pokrčenými DK, ruku položíme na jizvu, s nádechem se břicho zvedá, s výdechem klesá /zlepšuje se prokrvení a hojivost/
- masáž jizvy + sprchování
- vleže s pokrčenými DK /povolené břišní svaly/
- 2x denně, cca 1 měsíc

Klientka poučena, že je třeba o jizvu pečovat od začátku, aby byly vytvořeny optimální podmínky pro její dobré zhojení. Cílem je prokrvovat jizvu a její okolí, aby nedošlo ke stažení a srůstům s podkožím. Poučena, že jizva by měla být po svém

zhojení volně posunlivá. V prvních dnech je vhodné masírovat okolí jizvy krouživým pohybem snesitelným tlakem. Poučena, že před masáží je vhodné jizvu osprchovat a dobře osušit. Před masáží jizvu promazat např. Indulonou, v domácnosti je nejlepší použít na masáž vyškvařené nesolené vepřové sádlo.

Poučena, že doma může pokračovat s masážemi v okolí jizvy a postupně se nebát přidat i tzv. tlakovou masáž přes jizvu. Prst se přiloží na jizvu, lehce stlačí, drží několik vteřin a poté tlak uvolnit. Zlepší se tím prokrvení. /tlaková masáž + malé kroužky/

Poučena, že masáž esíčky se provádí tak, že jeden ukazováček se položí nad jizvu, druhý pod ní a pohybem proti sobě zahrnout jizvu do tvaru >>S<<. (Příloha č. 9)

Péče o prsa, podpora kojení

- Klientka edukována o vhodnosti kojení.
- Mateřské mléko obsahuje všechny živiny, které novorozenec potřebuje.
- Mateřské mléko nezpůsobuje alergické reakce.
- Kojení posiluje přirozenou imunitu.
- Kolostrum je velmi bohaté na protilátky.
- Kojení je pohodlné a úsporné.
- Tím, že novorozenec saje z prsu, podporuje návrat dělohy do stavu před těhotenstvím.
- Kojení posiluje vztah matky a dítěte.

Klientka poučena, že před kojením novorozence si musí umývat ruce. Pro optimální kojení je nutná správná poloha. Poučena o správném držení prsu. Byly ji ukázány možné polohy při kojení (viz příloha č. 6). Zkontrolovala jsem techniku kojení, přisátí novorozence, klientce bylo názorně předvedeno, jak má správné přisátí vypadat. Dále jsem klientku edukovala, jak má odpojit novorozence od prsu. Že kdykoli je nutné změnit polohu dítěte, či vyměnit prs, musí se sání přerušit vložení malíčku do koutku úst nebo stisknutím prsu blízko úst dítěte.

Výživa

Poučena, že výživa má být bohatá na bílkoviny, minerální látky a vitamíny. Nesmí

být dráždivá, příliš kyselá či nadýmající. Některé potraviny mohou ovlivnit chuť mateřského mléka nebo způsobit plynatost novorozence (zelí, fazole...) Měla by dát přednost čerstvým potravinám před konzervovanými. Informována, že ve stravě má převládat čerstvé ovoce a zelenina. Po dobu kojení je třeba omezit požívání černé kávy a černého čaje, neboť brání vstřebávání vápníku ve střevě.

Klientka upozorněna na správné dodržování životosprávy (nekouřit, nepít alkohol, dodržovat pravidelný příjem stravy, dostatek tekutin, odpočinku).

Rehabilitace

Klientka obdržela od fyzioterapeutky veškeré informace o rehabilitačním cvičení po císařském řezu. Veškeré instrukce obdržela i na edukačním letáku. (Příloha č. 8)

Sexuální aktivita

Upozorněna, že během šestinedělí není vhodný pohlavní styk. Jako prevence vzniku puerperální infekce je nutno dodržovat pravidla sexuální hygieny.

Péče o dítě

Přebalování (po dohodě s dětskou sestřičkou jsem klientku edukovala v péči o dítě)

Klientku jsem edukovala, jak by měla postupovat při přebalování. Poučila jsem ji, že nejdříve by měla kůži očistit od moče nebo zbytků stolice pomocí dětských textilních ubrousků. Informovala jsem ji o postupu při hygieně genitálu – postupovat směrem zepředu dozadu, aby se choroboplodné zárodky nedostaly do pochvy. Pokožku vysušit, do sucha, ale netřít ji. Před zabalením ošetřit rybí masťou.

Koupání

Po dohodě s dětskou sestřičkou, jsem klientce sama názorně ukázala koupel novorozence. Poučila jsem ji, že pokud ji bude cokoli nejasné, ať se nebojí zeptat. Informovala jsem ji, že důležité před každým koupáním je, aby měla připravené veškeré

pomůcky ke koupeli. Zpočátku klientka přihlížela, poté péči o dítě prováděla pod dohledem a později už sama. Doporučila jsem ji, že je vhodné doma při koupání používat ve vaničce speciální lehátko pro snadnější manipulaci s dítětem. Poučila jsem o tom, že novorozence nemusí koupat každý den, ale stačí obden. Dále jsem klientce ukázala, jak se přenáší novorozenec z vaničky, aby ji nevyklouzl z ruky. Po té mi názorně předvedla manipulaci s dítětem. Poučila jsem ji, že nikdy nesmí nechat dítě bez dozoru např. na přebalovacím stole či ve vaničce.

Klientku jsem edukovala, jak má pečovat o pupeční pahýl. Upozornila jsem ji, že o pupek bude pečovat i v domácím prostředí pomocí lihu.

→ Efekt edukace hodnotím jako úplný.

(Příloha č. 10)

ZÁVĚR

Narození dítěte a první chvíle seznamování se s ním, jsou pro ženu jedním z nejdůležitějších okamžiků v životě. Tyto okamžiky se vryjí do paměti na celý život. Pro ženu je to velmi významné období a v tuto dobu je velmi citlivá a vnímavá. Je to období, kdy dochází k mnoha dočasným, ale i trvalým změnám jejího těla.

V teoretické části jsem nastínila problematiku císařského řezu. V další kapitole jsem se zaměřila na novorozence po císařském řezu. Velkou kapitolu jsem věnovala fyziologickému šestinedělí a jeho patologii. Práce obsahuje i další samostatné kapitoly týkající se kojení, psychologie šestinedělí a rehabilitační cvičení. Jsou to velice obsáhlá témata, proto jsou některá z nich zmíněna pouze okrajově.

Praktická část se zabývala ošetrovatelským procesem u ženy po císařském řezu. V práci je podrobně rozpracován ošetrovatelský proces, který je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Na základě rozhovoru, pozorování klientky a informací získaných z těhotenské průkazky, dokumentace, ale i z lékařské vizity jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu a zařadila je do jednotlivých oblastí dle modelu M. Gordonové. V uspokojení potřeb klientky jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy. Na základě ošetrovatelských diagnóz jsem sestavila ošetrovatelský plán, který jsem zrealizovala a následně zhodnotila. Ošetrovatelskou péči u klientky hodnotím jako efektivní.

Považovala jsem za velmi přínosné vypracovat příručky „Manuál pro maminky“, které byly díky svému edukačnímu charakteru dobrým rádcem pro moji klientku. Přestože klientka porodila v pořadí již druhé dítě, byla vděčná za tyto materiály, které její vědomosti ještě více obohatily. Považovala je za vítaný doplněk, přestože jí moje teoretická i praktická edukace postačila k získání dovedností v péči o sebe samotnou, ale i novorozence. Tím se mi splnil cíl mé práce.

Všechny mé teoretické i praktické poznatky a zkušenosti, které jsem získala při vypracování této bakalářské práce a během své praxe, považuji za velmi cennou zkušenost. Tyto poznatky a zkušenosti mi byly podkladem k vypracování mé bakalářské práce. Pevně věřím, že své získané znalosti a vědomosti budu moci v budoucnu uplatnit.

Seznam použité literatury

1. ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel; SRP, Bedřich et al. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1303-9
2. ČERNÁ, Marcela. *Bagately v kojení*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2007. ISSN 1211-1058
3. DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd., přepracované a rozšířené. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
4. DOLEŽAL, Antonín. *Historie císařského řezu do XX. století*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008. ISSN 1211-1058
5. DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6
6. DOLEŽAL, Antonín et al. *Porodnické operace*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2
7. DUMOULIN, Chantale. *Ve formě po porodu*. 1. vyd. Praha: Portal, 2006. ISBN 80-7367-080-1
8. HÁJEK, A. *Indikace k císařskému řezu*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008. ISSN 1211-1058
9. HRODEK, Otto; VAVŘINEC, Jan et al. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5
10. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7

11. LOMÍČKOVÁ, Taťána. *Indikace císařského řezu*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2007. ISSN 1211-1058
12. MARTIUS, Gerhard; BRECKWOLDT, Meinert; PFLEIDERER, Albrecht et al. *Gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Vydavatel'stvo Osveta, 1997. ISBN 80-88824-56-7
13. MAŠATA, Jaromír; JEDLIČKOVÁ, Anna a kol. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-038-0
14. MĚCHUROVÁ, A. *Metody provedení císařského řezu*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008. ISSN 1211-1058
15. MIKULANDOVÁ, Magdaléna. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1470-8
16. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. I. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8
17. NICOLSON, Paula. *Poporodní deprese*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-938-1
18. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-594-9
19. PAŘÍZEK, Antonín et al. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-7169-969-1
20. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2
21. ROZTOČILOVÁ, S.; ROZTOČIL, A. *Rehabilitace a císařský řez*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008. ISSN 1211-1058

22. SCHNEIDEROVÁ, Dagmar a kol. *Kojení – Nejčastější problémy a jejich řešení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0112-X
23. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství. Přirozený porod*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2001. ISBN 80-86356-04-3
24. STRAŇÁK, Z. *Novorozenec po porodu císařským řezem*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008. ISSN 1211-1058
25. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-285-X
26. VITÍKOVÁ, Radka. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-461-4
27. WEIGERT, Vivian. *Všechno o kojení*. 1. vyd. Praha: Portal, 2006. ISBN 80-737-071-2
28. ZÁBRANSKÝ, František. *Technika císařského řezu*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-69-8
29. ZAMARSKÁ, Jana. *Kojení - praktické rady pro kojící matky*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0772-8

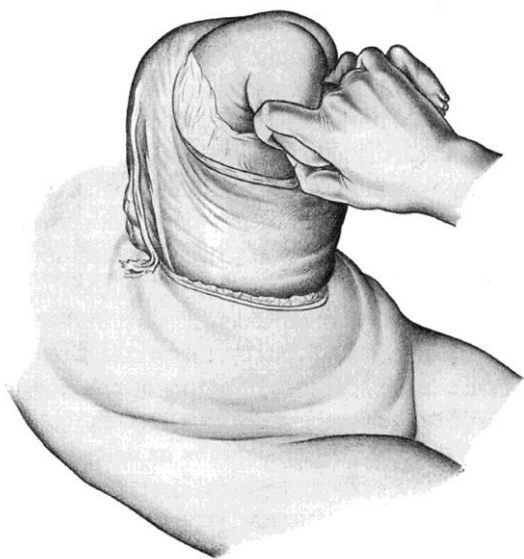
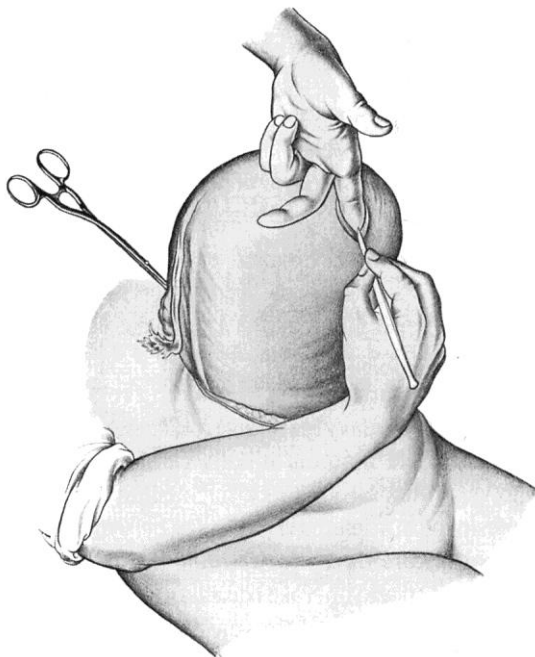
Seznam použitých zkratek

AA	alergická anamnéza
AS	akce srdeční
BDN	běžné dětské nemoci
CTG	cardiotokograf
DDS	dolní děložní segment
DIN	dětské infekční onemocnění
FA	farmakologická anamnéza
FD	fundus děložní
GA	gynekologická anamnéza
OA	osobní anamnéza
PM	poslední menstruace
PMK	permanentní močový katetr
PP	pohyby plodu
PPHL	poloha podélná hlavičkou
PPKP	poloha podélná koncem pánevním
PŽK	periferní žilní katetr
RA	rodinná anamnéza
SA	sociální anamnéza
TP	termín porodu
UPT	umělé přerušování těhotenství
VB	vak blan

Seznam příloh

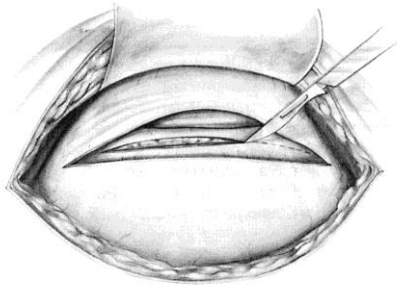
- Příloha č. 1 Obrázek č. 1 – Sectio caesarea corporalis classica
- Příloha č. 2 Obrázek č. 2 – Sectio caesarea supracervikalis transperitonealis
- Příloha č. 3 Obrázek č. 3 – Sectio caesarea Misgav-Ladach
- Příloha č. 4 Obrázek č. 4 – Involuce dělohy po porodu
- Příloha č. 5 Obrázek č. 5 – Držení prsu
- Příloha č. 6 Obrázek č. 6 – Polohy při kojení
- Příloha č. 7 Obrázek č. 7 – Mastitis puerperalis s různými lokalizacemi abscesů
- Příloha č. 8 RHB cvičení po císařském řezu
- Příloha č. 9 Obrázek č. 9 – Masáž jizvy
- Příloha č. 10 Příručka č. 1 – Manuál pro maminky
- Příloha č. 11 CD č. 1 – Bakalářská práce „*Ošetrovatelská péče u ženy po císařském řezu*“ ve formátu pdf.

Příloha č. 1

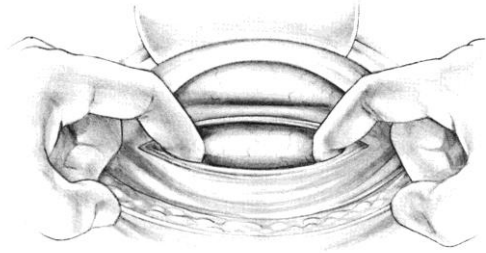


Sectio caesarea corporalis classica

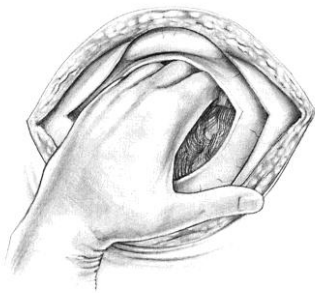
Příloha č. 2



1) S.C. supracervicalis transperitonealis, provedení hysterotomie



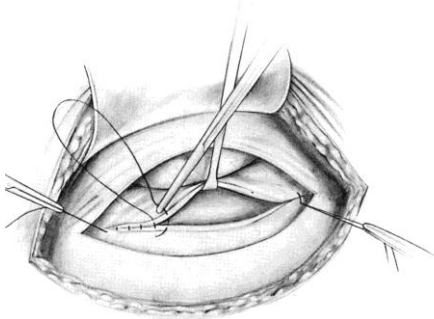
2) S.C. supracervicalis transperitonealis, tupé rozšíření hysterotomie



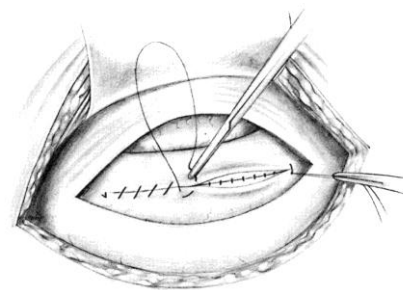
3) S.C. supracervicalis transperitonealis, vybavení hlavičky plodu



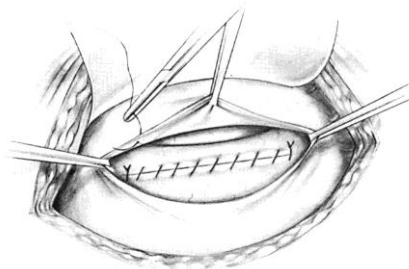
4) S.C. supracervicalis transperitonealis, porod placenty



5) S.C. supracervicalis transperitonealis, sutura první vrstvy myometria

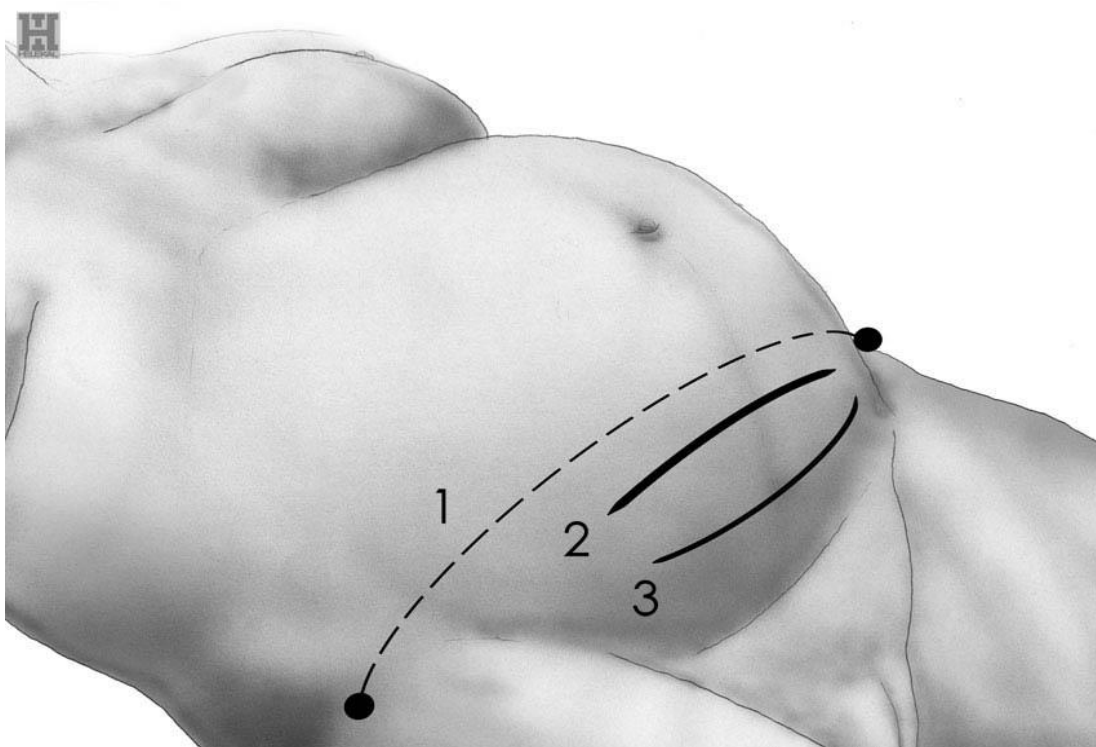


6) S.C. supracervicalis transperitonealis, sutura druhé vrstvy myometria



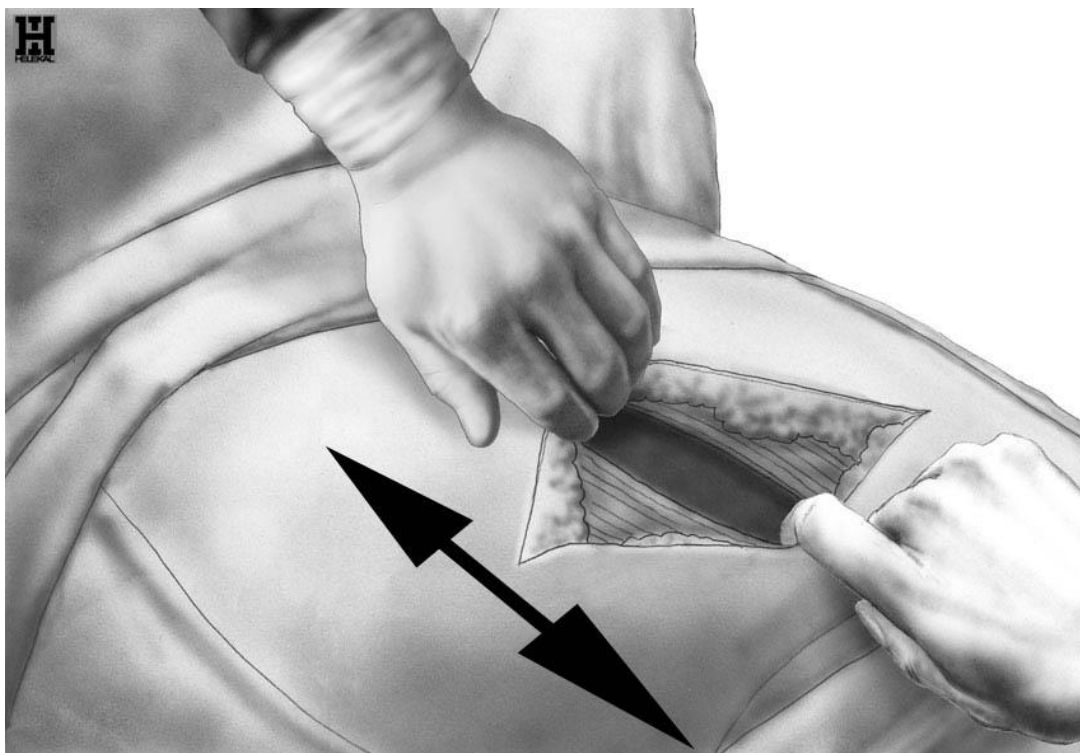
7) S.C. supracervicalis transperitonealis, sutura pliky močového měchýře (viscerálního peritonea)

Příloha č. 3

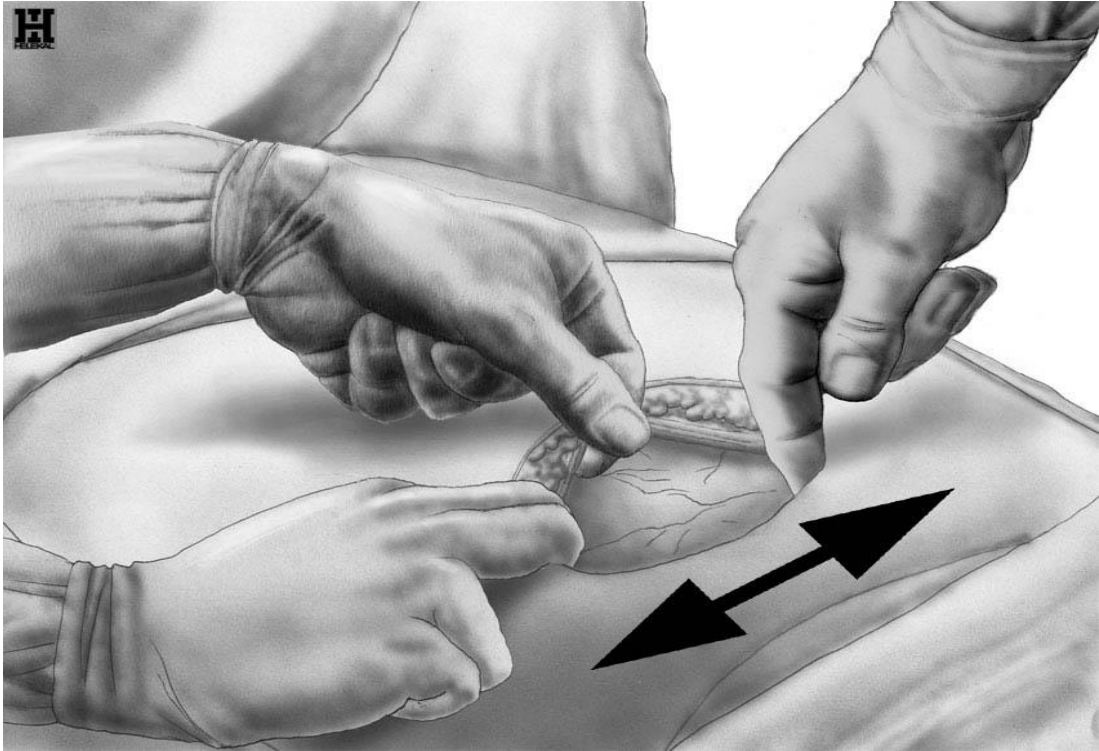


Incize kůže a podkoží

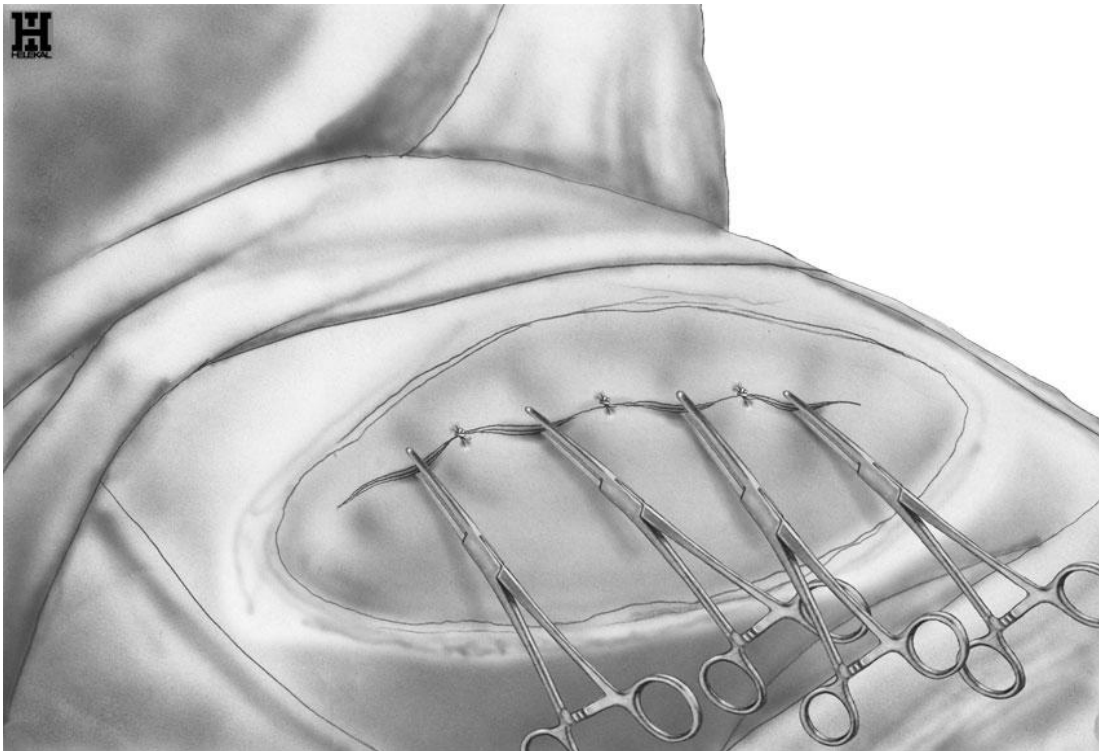
1. bispinální čára, 2. linie řezu podle Joel-Cohena, 3. linie řezu podle Phannenstiela



Digitální oddělení přímých břišních svalů

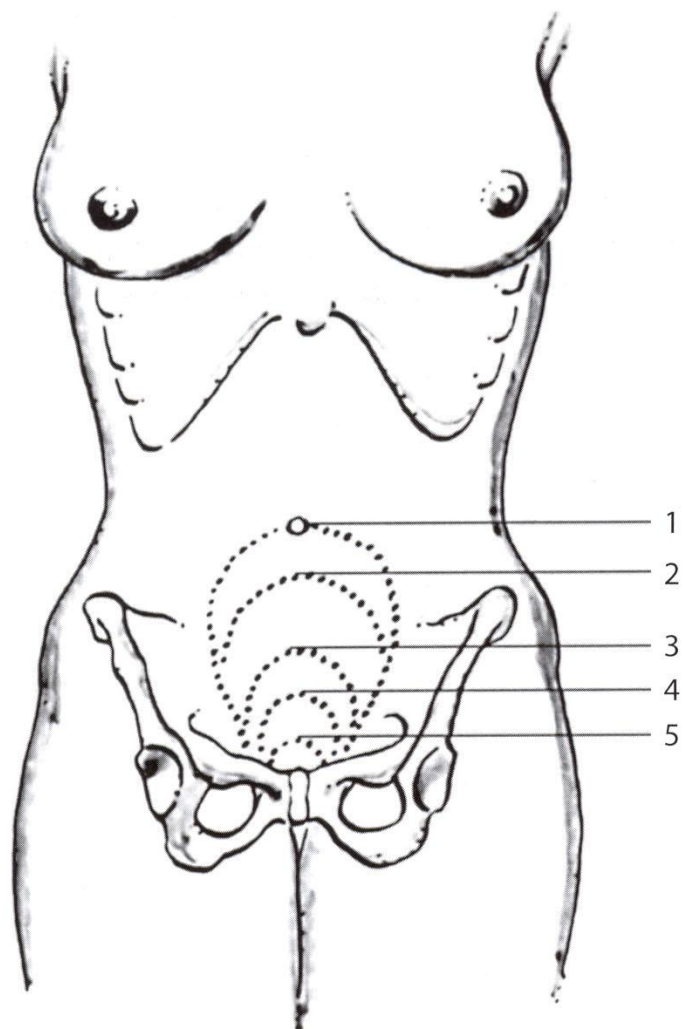


Otevření nástěnného perinea



Sutura kožního řezu

Příloha č. 4



**Děložní involuce (1-porod, 2- třetí poporodní den, 3- pátý poporodní den,
4- sedmý poporodní den, 5- devátý poporodní den)**

Příloha č. 5



A. Správné držení prsu



B. Nesprávné držení prsu

Příloha č. 6

Poloha vleže

- matka i dítě leží na boku
- matka má polštářem podloženu pouze hlavu, tak aby se vyrovnala poloha hlavy s výší ramene
- v zádech je lehce prohnuta dozadu
- dítě leží v ohbí paže
- matka se nesmí opírat o loket, ani horní končetina nesmí být zdvížená nad úroveň ramene



Poloha vsedě

- hlava dítěte leží v ohbí paže matky
- předloktí matky podpírá dítěti záda
- prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte
- druhou rukou matka přidržuje prs
- spodní ruka dítěte je kolem pasu matky
- chodidla matky podpírá stolička.



Fotbalové boční držení

- je vhodné pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu
- dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte
- prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte
- prsty podpírají hlavičku dítěte
- nožky dítěte jsou podél matčina boku
- chodidla dítěte se nesmí o nic opírat
- předloktí matky je podepřeno polštářem.



Poloha tanečníka

- poloha vhodná pro nedonošené děti nebo pro děti, které se špatně přisávají
- dítě leží na matčině předloktí
- ruka podpírá prs téže strany.



Poloha v polosedě s podloženými nohama

- vhodné zejména pro matky po císařském řezu
- dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky
- polštář na břichu matky brání tlaku dítěte na jizvu
- polštář pod kolena podpírá dolní končetiny matky.



Kojení vleže na zádech

- vhodné pro ženy po císařském řezu a pro děti, které se špatně přisávají
- matka může dítě k prsu přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu.

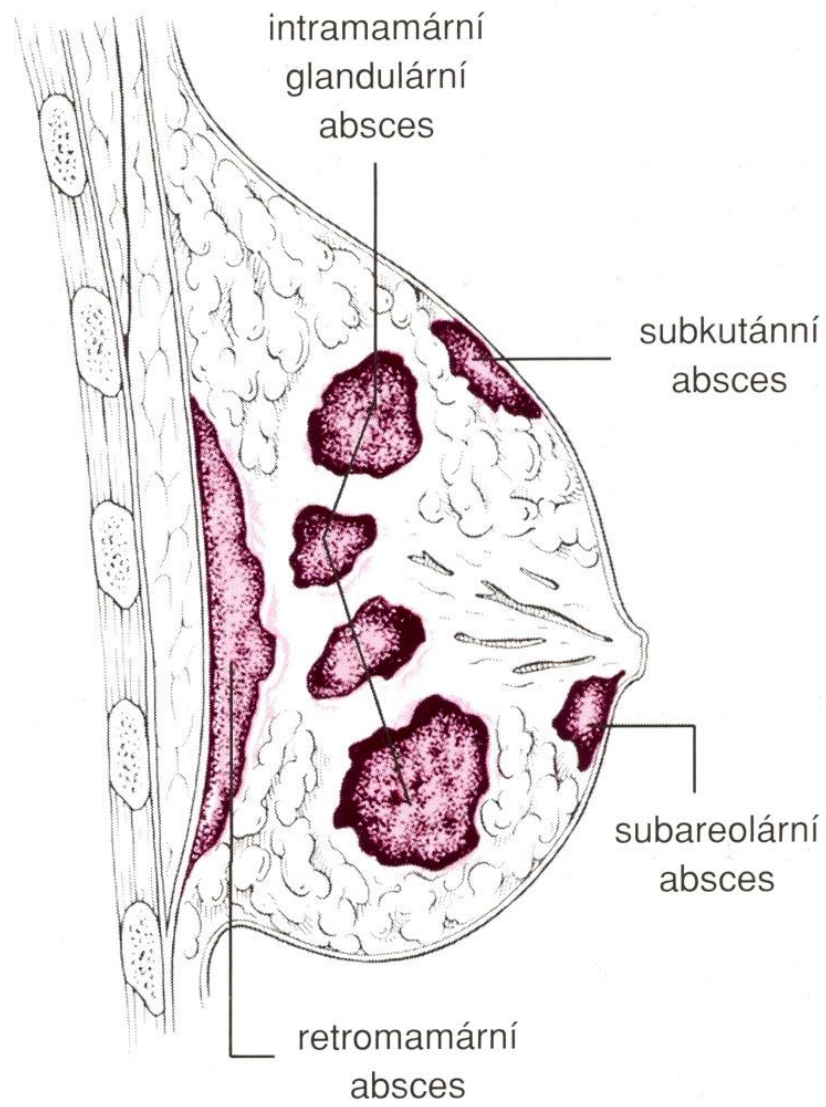


Vzpřímená vertikální poloha

- vhodná pro děti nedonošené a děti s malou bradou
- matka jednou rukou drží dítě, druhou prs
- dítě sedí obkročmo na levé dolní končetině matky
- její pravá ruka podpírá hlavu a krk spolu s tělem dítěte
- levá ruka matky podpírá prs téže strany
- při kojení z pravého prsu jej podpírá pravá ruka, levá podpírá dítě



Příloha č. 7



Mastitis puerperelis s různými lokalizacemi abscesů.

Příloha č. 8

Rehabilitačním cvičením se snažíme :

- Zabránit vzniku pooperačních komplikací.
- Dosáhnout prohloubené plicní ventilace, zlepšení krevního oběhu, látkové výměny, peristaltiky střevní.
- Působit místně (cílené cviky na prokrvení pánve – urychlit látkovou výměnu a samostatné hojení operační rány – posílit břišní svaly operací poškozené)
- Působit celkově, oživit nervosvalovou koordinaci a zlepšit celkovou vegetativní regulaci.
- Působit kladně na psychiku ženy (sebedůvěra, potlačení pocitu slabosti)
- Urychlit zavinování dělohy, její zpětné uložení v malé pánvi.
- Povzbudit činnost mléčných žláz - laktace.

První den po císařském řezu po 12 hodinách pokrčíme obě nohy v kolenou a vytáčíme obě kolena u sebe střídavě vpravo a vlevo, klinkáme s koleny do stran. Jizva nesmí bolet. Cvičení je důležité pro peristaltiku. Na břiše ležíme na složeném polštáři , je-li vše v pořádku, od 5. dne.

Druhý den po císařském řezu začínáme cvičit. Svaly i vazy jsou uvolněné, pánev rozestouplé, proto bude cvičení po dobu dvou měsíců lehké, ale účinné.

1. Leh na zádech, ruce pod hlavu, nohy natažené nebo pokrčené, nedechneme nosem do celého těla a vydechujeme ústy. Opakujeme 3 – 5krát.
2. Stejná poloha jako v bodě 1., ruce dáme na břicho a dýcháme do břicha. Nádech – břicho zvětšíme, výdech. Opakujeme 3 – 5krát.
3. Leh na zádech, obě nohy pokrčené, jednu nohu protáhneme v koleni, cvičíme v kotníku, nahoru a dolů. Pro každou nohu opakujeme 8krát.
4. Leh na zádech, obě nohy pokrčené a jednou nohou „jedeme na kole“ asi 6 šlápnutí, vyměníme. Rozsah záleží na každém individuálně, nikdy necvičíme přes bolest – netrháme stehy!
5. Leh na zádech, nohy pokrčené v kolenou, jednu nohu přes druhou (jako v kavárně) a tahem lýtka přes koleno (dopředu, dozadu) masírujeme lýtko. Pak necháme stejnou polohu a zakroužíme v kotníku.
6. Leh na zádech, ruce podél těla, nohy pokrčené v kolenou. Přitlačíme kříž dolů do prostěradla, pŕlky stáhneme, nadechneme do břicha (zvětšíme ho) a vydechujeme a vše uvolníme. Ve stejné poloze nadechujeme také pusou. Oboje opakujeme 3krát.
7. Leh na zádech, nohy pokrčené, nazvedneme pánev, nedechneme do břicha, s výdechem se položíme zpět. Opakujeme 3krát.
8. Leh na zádech, nohy natažené, tiskneme k sobě kolena, stehna, stáhneme pŕlky a nadechneme do prsou, břicho zmenšíme, vydechujeme a vše uvolníme.
9. Leh na zádech, nohy pokrčené, s nádechem vtáhneme pochvu, sepneme k sobě kolena, dech zadržíme 2 – 3 vteřiny.

Břišní svaly přímé – cvičíme nejdříve za 3 měsíce po císařském řezu

1. Rovné posazování, NE sedy, lehy.

Břišní svaly šikmé – cvičíme od 6. – 8. dne po císařském řezu

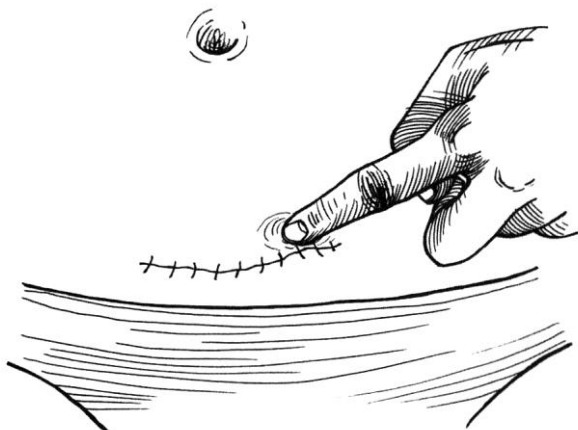
1. Leh na zádech, nohy pokrčené, ruce podpažíme a zvedáme je šikmo do strany. Zpočátku stačí zvednout hlavu a odlepit lopatky, časem se posadíme do strany úplně, ale není to nutné.
2. Leh na zádech, nohy pokrčené, ruce složené pod hlavou. Zvedáme se opět šikmo, pravý loket k levému a opačně.
3. Leh na zádech, nohy pokrčené, ruce podél těla. Skrčíme pravé koleno k břichu a levou ruku dáme za levé koleno a opačně.

Břišní svaly cvičíme 1x denně (lze ale také 2 – 3krát denně), do každé stran 10krát.

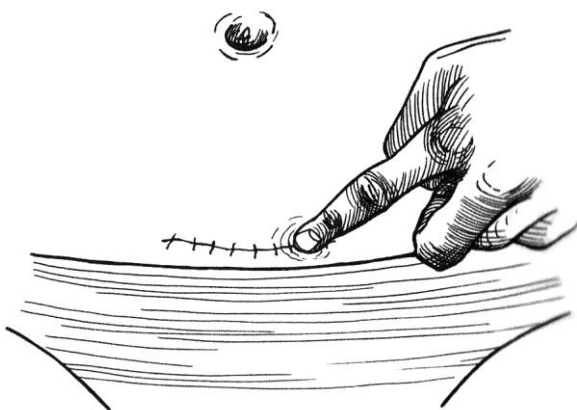
Cviky na záda

1. Leh na zádech, nohy pokrčené, ruce ve svícnu, obě nohy u sebe vytočíme doprava, hlavu doleva a totéž opačně.
2. Leh na zádech, obě ruce složené pod hlavou, lokty zatlačíme do podložky, vypneme hrud' a uděláme prostor pod lopatkami.

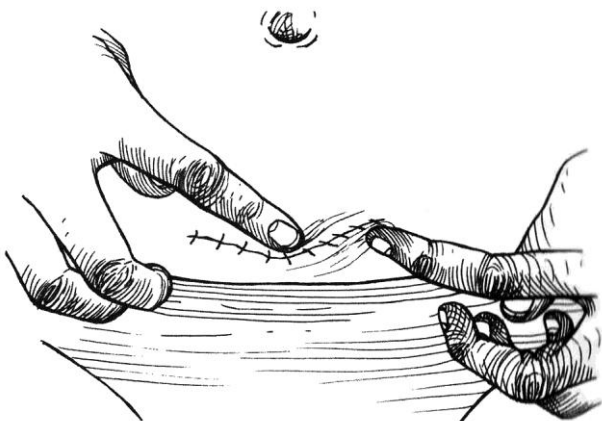
Příloha č. 9



Krouživá masáž jizvy



Tlaková masáž jizvy



Masáž jizvy esíčky