

**PORODNÍ PORANĚNÍ Z POHLEDU PORODNÍ
ASISTENTKY**

Bakalářská práce

IVA PROPŠOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

podpis

Předmluva

S porodním poraněním se setkáváme poměrně často a to zejména u prvorodiček. Některá porodní poranění mohou být i závažná a prodlužují tak délku hospitalizace a zvyšují diskomfort ženy. Nesprávně ošetřená nebo vůbec neošetřená porodní poranění jsou příčinou velkých krevních ztrát a anatomických i funkčních poruch. Do nejčastějších porodních poranění patří epiziotomie a také ruptura perinea, která se dělí na několik stupňů.

Bakalářskou práci jsem si vybrala v době odborné praxe ve Fakultní Thomayerově nemocnici na porodním sále a na oddělení šestinedělí. Výběr tématu byl ovlivněn tím, že jsem se setkala s mnoho ženami s porodním poraněním a s jejich neznalostí o následnou péči. Podklady pro bakalářskou práci jsem především čerpala z knižních pramenů, ale také jsem použila časopis „Sestra“ a internetový zdroj.

Práce je určena zejména pro studenty porodní asistence, ale i pro porodní asistentky z praxe.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Endlicherové za trpělivé a svědomité vedení bakalářské práce a za její odborné rady a připomínky. Také bych chtěla poděkovat porodním asistentkám ve Fakultní Thomayerově nemocnici na porodním sále a na oddělení šestinedělí.

ABSTRAKT

PROPŠOVÁ, Iva. *Porodní poranění z pohledu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová. Praha. 2010. s. 72.

Hlavním tématem bakalářské práce je porodní poranění z pohledu porodní asistentky. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce obsahuje stručnou anatomii porodních cest a jejich rozdělení na tvrdé a měkké porodní cesty. Popisují anatomii pánve a ženských pohlavních orgánů. Dále jsem se zabývala porodním poraněním jeho možnou prevencí, popsala jsem epiziotomii a její druhy, indikace k provedení epiziotomie a její možné komplikace. V praktické části popisují kazuistiku ženy s porodním poraněním po klešťovém porodu. Zabývám se průběhem porodu a následným ošetřením porodního poranění. Také popisují průběh hojení a edukaci v období šestinedělí. Ke zpracování kazuistiky jsem použila model M. Gordonové, podle kterého jsem prováděla ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova: Epiziotomie. Porodní asistentka. Porod per forcipem. Porodní poranění. Ruptura hráze. Ruptura pochvy.

ABSTRACT

PROPŠOVÁ, Iva. *Birth injuries from the obstetric assistant's viewpoint*. Medical University (College of Health), o.p.s. qualification level: B Supervisor: PhDr. Jana Endlicherová. Praha, 2010. p. 72.

The main subject of the bachelor thesis is injury inflicted during birth from the point of view of an obstetric assistant. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part gives a brief outline of birth canals, their division into the hard and the soft part, it describes the anatomy of pelvis and female genitals. Then it deals with birth injury and its prevention. It also describes episiotomy and its different kinds, the indications for performing episiotomy and its possible complications. The practical part deals with a patient who suffered a birth injury during a forceps delivery. It describes the delivery and the subsequent treatment of the birth injury, as well as the healing process and the necessary instructions for postpartum period care. The practical part also deals with the process of nursing and describes the conceptual model made by Marjory Gordon.

Key words: Episiotomy. Obstetric assistant. Delivery per forcipem. Birth injury. Rupture of perineum. Rupture of vagina.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Porodní cesty.....	12
1.1 Tvrdé porodní cesty.....	12
1.2 Měkké porodní cesty.....	13
1.2.1 Vnější pohlavní orgány.....	14
1.2.2 Vnitřní pohlavní orgány.....	15
2 Porodní poranění.....	17
2.1 Poranění hráze.....	17
2.1.1 Klasifikace porodních poranění hráze.....	18
2.2 Usury.....	19
2.3 Epiziotomie.....	19
2.3.1 Indikace epiziotomie.....	20
2.3.2 Druhy epiziotomie.....	21
2.3.3 Pudendální blokáda.....	22
2.3.4 Sutura epiziotomie.....	22
2.3.5 Komplikace epiziotomie.....	23
2.4 Chránění hráze.....	23
2.5 Nástřih branky (Hysterostomatotomia).....	24
2.6 Poranění pochvy.....	24
2.7 Poranění děložního hrdla.....	25
2.8 Poranění děložního těla.....	26
2.9 Pomoc při porodním poranění v období šestinedělí.....	27
3 Klešťový porod (porod per forcipem).....	29
3.1 Podmínky.....	29
3.2 Indikace.....	30
3.3 Kontraindikace.....	31
3.4 Provedení klešťového porodu.....	31
3.5 Komplikace.....	32

PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
4 Ošetrovatelský proces.....	33
5 Koncepční model podle Gordonové.....	37
6 Kazuistika.....	41
6.1 Identifikační údaje.....	41
6.2 Příjem rodičky na porodní sál.....	42
6.3 Informace získané rozhovorem s pacientkou	45
6.4 Průběh porodu.....	49
6.5 Ošetrovatelská péče o ženu po klešťovém porodu.....	52
6.6 Ošetrovatelské diagnózy.....	53
6.6.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	55
6.6.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	66
ZÁVĚR.....	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	

Seznam použitých zkratk

ATB	antibiotikum
BWR	boder wasermanova reakce
Ca	karcinom
CTG	kardiotokografie
DDS	dolní děložní segment
DK	dolní končetiny
DP	doba porodní
DVB	dirupce vaku blan
FD	fundus děložní
HAK	hormonální antikoncepce
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen
HIV	virus lidské imunodeficiency
i. m.	intramuskulární
i. v.	intravenózní
KP	konec pánevní
OP	ozvy plodu
VEX	vakuumextrakce
VP	voda plodová
PPHL	poloha podélná hlavičkou
PP	postavení plodu
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	periferní žilní kanyla
tbl	tableta

Seznam použitých odborných výrazů

Absces – dutina vyplněná hnisem

Artéria – tepna

Aspekce – pohled

Auskultace - poslech

Deflexe - zaklonění

Descensus – sestup

Dextroverze - pravé otočení, obrat

Enukleace - vyloupenutí

Epiziotomie – nástřih hráze

Extrakce - vytažení

Febris – horečka

Flexe – ohnutí

Hypertenze – vysoký tlak

Hypertonus – zvýšené napětí

Hypogentialismus – snížená činnost pohlavního systému, neúplné
vyvinutí pohlavních orgánů

Hypoplazie – vývojově menší

Hypotenze – nízký tlak

Hysterektomie – operační odstranění dělohy

Inkontinence – mimovolný únik moče

Intaktní – nedotčený

Introitus – vchod

Ischemie – místní nedokrevnost určité tkáně nebo orgánu

Latentní - skryté

Laterální – do strany

Mediální – střední

Mortalita - úmrtnost

Myoma – nezhoubný nádor ze svaloviny

Nekroza – odumření

Palpace - pohmat

Prolapsus – výhřez

Perforace – proděravění, proražení

Revize – kontrola, prohlédnutí

Rigidní – tuhý, nepoddajný

Ruptura – prasklina, trhlina

Spasmus – křeč, sevření

Venózní - žilní

Úvod

Porodním poraněním se zabývají porodníci a porodní asistentky. V minulosti znamenalo pro porodní bábu poranění hráze velké zahanbení. Proto se snažily o dobré chránění hráze, aby se předešlo velkému poranění. Porodní poranění různého druhu se mohou vyskytnout jak na vnitřních a zevních rodidlech, tak i na močovém měchýři, ale i konečníku a pánevním pletenci. Pokud během porodu hrozí ruptura hráze provádí se epiziotomie, která patří k nejčastějším porodnickým výkonům v závěru II DP. Častěji se epiziotomie provádí u primipar než u multipar, protože jejich tkáně bývají poddajnější a elastičtější.

Teoretická část

1 Porodní cesty

Porod je charakterizován jako vypuzení plodového vejce z děložní dutiny porodními cestami, působením porodních sil. Při porodu se uplatňují tři faktory, a jsou to dynamické porodní síly, porodní cesty jen částečně a pasivně se přizpůsobují, plod se přizpůsobuje tvaru a prostornosti porodních cest (10).

Porodní cesty jsou prostor, kterým prochází plod při porodu. Jsou tvořeny kostěnou pánví a na ni se upínajícími svaly a vazy. Hlavička plodu musí procházet tak, aby odpor porodních cest byl co nejmenší, a to umožňuje porodní mechanismus. Porodní cesty se rozdělují na porodní cesty tvrdé, tedy kostěné, a porodní cesty měkké. Jsou představované tkáněmi a podílejí se na anatomické skladbě děložního hrdla, pochvy, pánevního dna, hráze (10).

1.1 Tvrdé porodní cesty

Tvrdé porodní cesty začínají u pánevního vchodu a pokračují do šíře, a přecházejí do úžiny a východu. Rozeznáváme průměr přímý – sagitální, příčný – transverzální a průměry šikmé. Střed přímých pánevních průměrů tvoří osu porodních cest a spojuje středy přímých průměrů pánevních rovin. U ležící ženy směřuje osa ve vchodu směrem k podložce, v šíři a úžině se obrací dopředu a ve východu stoupá vzhůru.

Kudela uvádí: „ Znalost průběhu porodní osy je zásadní, zejména u operativních porodů vakuumextraktorem nebo kleštěmi musíme při vybavování dítěte její směr plně respektovat“ (Kudela, M. et al., 2004, s. 147).

Rovina pánevního vchodu – (apertura pelvis superior s. aditus pelvis) je ohraničena lineou terminalis, která vychází od promontoria přes kost křížovou, přes articulationem sacroiliacae na os pelvis k symfýze přes střední rovinu na druhou stranu. Pánevní vchod se dělí na tři přímé průměry: diameter recta aditus pelvis (conjugata anatomica) je spojnicí promontoria s horním okrajem symfýzy a měří 11 cm. Diameter obstetrica (conjugata vera obstetrica) nejkratší vzdálenost mezi zadní stranou symfýzy a předním

okrajem promontoria, měří 10, 5 cm a je nejdůležitější. Conjugata diagonalis se dá měřit per vaginam ukazovákem a třetím prstem zavedeném do pochvy, je to vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy a předním okrajem promontoria, měří 12 cm. U pánevního vchodu rozeznáváme příčný průměr: diameter transversa, je to největší příčná vzdálenost mezi lineae terminales, měří 13 cm. Šikmé průměry: diameter obliquae spojnice mezi articulatio sacroiliaca a eminentia iliopubica. Měří 12, 5 cm.

Rovina pánevní šíře – (amplitudo pelvis) je vymezena čarou spojující rozhraní mezi S2 a S3, středy spodin obou acetabul a střed symfýzy. Má kruhovitý tvar, a proto jsou v ní nejlépe možné pohyby plodu, měří 12 cm.

Rovina pánevní úžiny – (angustia pelvis) spojuje dolní okraj symfýzy, spinae ischiadicae a sakrokokcygeální spojení. Diameter recta je spojnicí dolního okraje symfýzy se sakrokokcygeálním spojením měří 11 cm. Diameter transversa měří 10 cm a je spojnicí trnů sedacích kostí.

Rovina pánevního východu – (apertura pelvis inferior s. exitus pelvis) po stranách je vymezena čarou spojující dolní okraj symfýzy, tuber ischiadicum a hrot kostrče. Diameter transversa spojující tuber ischiadica měří 11 cm. Diameter recta je spojnicí dolního okraje symfýzy a hrotu kostrče měří 9 cm. Při porodu plod odtlačí kostrč dozadu a vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy a hrotem kostrče se zvětší na 11 cm (10).

1.2 Měkké porodní cesty

Měkké porodní cesty tvoří soubor příčně pruhovaných svalů v oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve. Pánevní dno podpírá orgány pánevní dutiny. Má tvar ploché nálevky a je tvořeno dvěma párovými svaly musculus levator ani a musculus coccygeus. Svaly hráze jsou pod diaphragma pelvis, které překrývají zespodu hiatus urogenitalis. Dělí se na svaly tvořící podklad diaphragma urogenitale a na svaly připojené k zevním pohlavním orgánům. Diaphragma urogenitale je rozepjatá mezi rameny stydkých a sedacích kostí, v rozsahu mezi spodním okrajem stydké spony a spojnicí tubera ischiadica. Podkladem jsou svaly musculus transversus perinei profundus, musculus sphincter uretrae, musculus transversus perinei superficialis a lig. transversum perinei.

Připojené svaly k zevním pohlavním orgánům jsou m. ischiocavernosus, m. bulbospongiosus. Ke svalům se ještě řadí zevní svěrač konečníku m. sphincter ani externus, horní část navazuje na m. levator ani (10).

V těhotenství svaly pánevního dna hypertrofují. Při porodu plodu se svaly, které tvoří diaphragma pelvis a urogenitale s mm. perinei, roztahují a tvoří svalovou manžetu, která ovlivňuje prostup plodu.

Kromě souboru příčně pruhovaných svalů k měkkým porodním cestám patří dolní část dělohy, dolní děložní segment, hrdlo děložní, které při úplném otevření porodních cest souvisle navazuje na pochvu. Ta je zase prodloužena rozvinutým svalstvem hráze (10).

1.2.1 Vnější pohlavní orgány

Vnější pohlavní orgány se nazývají vulva nebo pudenda. Tvoří je hrma, velké stydké pysky, malé stydké pysky, komisura, poštváček, poševní předsíň, ústí močové trubice, poševní vchod, hráz.

Hrma (mons pubis) je tuková tkáň pokrytá silnější kůží. Chrání stydkou sponu a je zaobleným zakončením ženského trupu. V pubertě narůstá ochlupení.

Velké stydké pysky (labia majora) jsou dva ochranné záhyby tukové tkáně po obou stranách poševní předsíně. Na vlhkém vnitřním povrchu se nacházejí četné žlázy. V pubertě narůstá ochlupení.

Malé stydké pysky (labia minora) jsou dva tenké měkké záhyby erektilní tkáně, které jsou vidět při rozevření velkých stydkých pysků. Pojivová tkáň, která tvoří malé stydké pysky, obsahuje mazové žlázy ústící přímo na povrch kůže. Sekrety žláz mají baktericidní účinky, zvlhčují a chrání kůži pohlavních orgánů.

Komisura (commissura) je to tkáňový záhyb pod pochvou v místě, kde se spojují velké a malé stydké pysky. Při porodu může dojít k laceraci.

Poštváček (clitoris) je malé erektilní tělíčko v nejpřednější části malých stydkých pysků. Je to nejcitlivější orgán ženských pohlavních orgánů. Produkuje bělavý sekret mazových žláz, který má charakteristický zápach a nazývá se smegma.

Poševní předsíň je uložena pod malými stydkými pysky. V předsíni se nachází: ústí močové trubice je přibližně 2 cm pod poštváčkem. Jeho funkcí je odvod moči z těla. Po stranách močové trubice jsou parauretrální vývody, které zvlhčují trubici a mohou být zdrojem infekce. Poševní vchod je vnější část pochvy. Hymen je to tenká pružná blána oddělující pochvu od předsíně. Vývody Bartholliniho žláz (vulvovaginálních žláz) zvlhčují poševní vchod na základě sexuální stimulace.

Hráz (perineum) je silná svalnatá část mezi poševním otvorem a řití. Pojivové tkáně svalů a pružná vlákna se při porodu napínají. Na hrázi se během porodu provádí epiziotomie nebo může dojít k protržení. Každý defekt se ošetřuje, jinak hrozí oslabení pánevního dna nebo dyspareunie (11).

1.2.2 Vnitřní pohlavní orgány

Pochva (vagina, kolpos) trubicovitý orgán tvořený svaly a sliznicemi, ty spojují vnější pohlavní orgány s dělohou. Velké roztažení pochvy během porodu je umožněno transverzálními záhyby slizniční výstelky. Pochva má samočisticí mechanismy a v průběhu reprodukčního období si udržuje pH 4 až 5. Nejnižší hodnoty pH jsou uprostřed cyklu, naopak nejvyšší hodnoty před menstruací. Samočisticí mechanismy mohou být narušeny při terapiích antibiotiky, nadměrnou hygienou, používáním vaginálních sprejů nebo parfémových hygienických vložek. V pochvě se odehrává pohlavní styk, odvádí menstruační tekutinu a jiné sekrety, které chrání před infekcí a při porodu pochvou prochází plod (11).

Děloha (uterus, metra, hystera) dutý, svalový orgán, ve kterém niduje oplodněné vajíčko a vyvíjí se embryo a plod. Hruškovitého tvaru. Děloha je ve střední části pánevní dutiny mezi močovým měchýřem a konečníkem. Děloha je fixována vazy a nejdůležitější je zaoblený a široký vaz. Horní část dělohy se nazývá děložní tělo (corpus uteri), dolů směřuje užší část děložní hrdlo (cervix uteri). Přejechod děložního těla v hrdlo tvoří děložní úžinu (isthmus uteri). Na děložním těle se popisuje přední a zadní stěna, děložní hrany, děložní rohy a děložní dno (fundus). Děložní dutina (cavum uteri) má tvar trojúhelníka postaveného na vrchol. Dolů přechází do kanálu děložního hrdla (canalis cervicis uteri), nahore do stran je děložní dutina spojena s vnitřním ústím vejcovodů. Děložní dutina je vystlána děložní sliznicí (endometrium), kde probíhají cyklicky se opakující změny - endometriální cyklus od puberty

do perimenopauzálního období. Sliznice má žláznový charakter, žlásky produkují hlenovitou tekutinu.

Děložní hrdlo má válcovitý tvar, 4 cm dlouhé. Část supravaginální, nad úponem pochvy, část infravaginální to je děložní čípek. Nahoře je zúžená, vnitřní branka, která spojuje kanál s děložní dutinou. Zúžená část na čípku, zevní branka, je vyústění cervikálního kanálu do pochvy. Cervikální kanál je vystlaný sliznicí s hlenotvornými buňkami uspořádaných do řas (12).

Vaječník (ovarium) je párový orgán, který je v oblasti hypogastria uložen v břišní dutině intraperitoneálně a je relativně volně pohyblivý. U žen, které nerodily, je umístěn ve fossa ovarica, která je na zadní břišní stěně, zezadu ohraničeno vasa iliaca a ureterem, z kraniální strany vasa iliaca interna a z ventrální strany plica lata uteri. U žen, které rodily, je posunut distálněji. Je uložen pod vejcovodem a k zadnímu listu širokého vazy je volně připojen mezovariem, kterým probíhá cévní anastomóza r. ovaricus ascendentní větve a. uterinae, spojující se zde s hlavním tepenným přívodem a. ovarica, která je vpravo přímou větví descendentní aorty a vlevo často větví a. renalis. K mezovariu přistupuje lig. suspensorium ovarii. K děloze je mezovarium fixováno lig. ovarii proprium (chorda uteroovarica). Ovarium se dělí na vrstvu korovou (zona corticalis) a dřevnou (zona medularis). V korové vrstvě jsou folikuly v různém stadiu vývoje a řada žlutých tělísek v různém stupni regrese. Volný povrch ovaria (margo liber) je kryt jednovrstevným nízkým kubickým epitelem bez peritoneálního povlaku, zasahujícím až k mezovariu. Pod kubickým epitelem korové zóny je vytvořeno vazivo korové vrstvy s tuhou membránou (tunica albuginea). Stopkou dřevné zóny je hilus ovaria, kterým vstupují z mezovaria do dřevné zóny cévy a nervy. V buňkách stromatu a v hilu ovaria jsou produkovány androgeny (3).

Vejcovod (tubae uterinae, salpinx) je párový trubicovitý orgán. Nálevkovitě rozšířený zevní konec (ampulla tubae uterinae) je otevřen do dutiny břišní v blízkosti vaječníku. Po obvodu je opatřen volně pohyblivými třásněmi (fimbriae tubae), kterými se při ovulaci vejcovod přimkne k povrchu vaječníku a lépe tak zachytí uvolněné vajíčko. V místě děložního rohu ústí vnitřním koncem do dělohy. Při průchodu děložní stěnou má vejcovod nejmenší průsvit (24).

2 Porodní poranění

Porod je fyziologický děj, který je spojený s možností poranění rodidel. Porodní poranění jsou relativně častá, mohou být i závažná, provázená smrtelným krvácením. Neošetřená nebo nesprávně ošetřená porodní poranění mohou být příčinou velkých krevních ztrát a anatomických i funkčních poruch (19).

Poranění různého druhu se mohou vyskytnout v průběhu celého porodního kanálu a to jak na vnitřních a zevních rodidlech, tak i na močovém měchýři, konečníku a pánevním pletenci. Jedním z nejčastějších porodních poranění je epiziotomie nebo ruptura perinea. Ruptury pochvy a ruptury děložního hrdla mohou způsobit silná krvácení a ty se nemusí projevit krvácením per vaginam. Krev se může hromadit v dutině břišní nebo může vytvářet hematom v subperitoneálních prostorech. Krvácení se pak může projevit přímo příznaky hemoragického šoku. Terapie spočívá v zástavě krvácení, při větších ztrátách je nezbytná náhrada krve náhradními roztoky nebo transfuzemi. Poranění perinea, pochvy, děložního hrdla se řeší suturou. Při rupturách dělohy se konzervativně ošetří suturou, méně často se provádí hysterektomie nebo supravaginální amputace (10).

2.1 Poranění hráze

Nejčastějším porodním poraněním jsou trhliny hráze postihující i poševní sliznici. Trhliny malých stydkých pysků a okolí poštváčku nejsou tak časté, ale dost krvácí. Po porodu plodu je nezbytné ženu vyšetřit v zrcadlech. Ošetření poranění spočívá v sutuře v místním znecitlivění. Ruptuře hráze lze předcházet pečlivým chráněním hráze a při známkách hrozící ruptury provést epiziotomii. Po nástřihu, který je ošetřen suturou se hráz dokonale zhojí, a jizvy po nich jsou nepatrné. Drobné oděrky a trhlínky nevyžadují žádné ošetření. Pozornost se věnuje větším trhlinám děložního čípku, poševní sliznice nebo svaloviny. Pátrá se i po skrytém poranění nebo hematomu. Trhliny hráze (rupturae perinei) jsou nejčastějším poraněním při porodu, mají různý rozsah a lokalizaci. Mohou zasahovat do přilehlé části pochvy, svalstva pánevního dna i konečníku. Existují i poranění hráze bez roztržení kůže, tzv. latentní trhliny,

postihující svalstvo pánevního dna, proto mohou být snadno přehlédnuty. Latentní trhliny mohou mít pozdější následky týkající se ochabnutí hráze, sestupy dělohy a poševních stěn (14, 19).

Příčiny vzniku porodního poranění mohou být jak ze strany matky, tak i ze strany plodu. Příčiny ze strany matky mohou být projevy hypogenitalizmu, jizvy, příliš vysoká hráz, ale také vysoký věk rodičky. Příčiny ze strany plodu jsou deflekční polohy a velikosti plodu. Další příčinou může být i průběh porodu jako např. překotný porod, nedostatečně chráněná hráz.

2.1.1 Klasifikace porodních poranění hráze

Trhlina I. stupně – při ruptuře I. stupně je postižena kůže, podkoží a část poševní stěny, ale svalstvo není porušeno.

Trhlina II. stupně – při ruptuře II. stupně je postižena kůže hráze, podkoží a svaly hráze.

Trhlina III. stupně – při ruptuře III. stupně je postižena kůže hráze, podkoží, svaly hráze, a je navíc porušen i musculus sphincter ani. Ruptury tohoto stupně se dále dělí:

Ruptury inkompletní - kdy stěna střeva není porušena.

Ruptury kompletní - s roztrženým svěračem je roztržená i stěna střeva.

Atypické trhliny hráze – latentní trhlina vzniká roztržením svalstva hráze při zachovalém kožním krytu a intaktní sliznici poševní. Kapsovitá trhlina, kdy dochází k ruptuře poševní stěny při intaktní kůži na hrázi. Centrální trhlina je otvor v hrázi mezi commissura posterior a análním otvorem (19).

Ženy po inkompletním nebo kompletním stupni porodního poranění hráze mohou mít po porodu problémy s vyprazdňováním stolice. A proto se musí věnovat zvláštní péče dietě a příjmu tekutin. Dostatečným množstvím vlákniny v potravě a příjmem dostatečného množství tekutin předejde rodička obstipaci, které může mít za následek prasknutí v místě sutury (11).

2.2 Usury

Poranění vznikají z nekrózy tkáně na podkladě dlouhotrvajícího tlaku hlavičky na měkké tkáni porodních cest. Hlavička při prostupu pánví komprimuje poševní stěnu, močový měchýř, uretru, děložní hrdlo proti kostěné pánvi. Pokud se postup zastaví na dlouhou dobu, utlačená tkáň ischemizuje a později vzniká nekróza. Může vzniknout nekróza části hrdla, které bylo uskřínuto mezi hlavičkou a sponou, hojící se později jizvou, která deformuje hrdlo. Hlavička může uvíznout na pánevním dně a nerotuje (hluboký příčný stav).

Tkáň, která je mezi hlavičkou a sponou je dlouhodobě utlačená, ischemická. Vznikne nekróza a po jejím rozpadu vznikají píštěle. Jejich vznik nastane od 4. – 5. dne po porodu někdy i později, které se projeví odtékáním moči pochvou. Dnes při lékařském vedení porodu v nemocnici s aktivním přístupem porodních asistentek k rodičce je vznik píštělí vzácný (2).

2.3 Epiziotomie

Název epiziotomie pochází z řeckého slova episeion. Epiziotomie byla pokládána za součást lékařsky vedeného porodu. První nástřih hráze byl zdokumentován v polovině 18. století. Epiziotomie patří mezi nejčastější porodnické výkony v závěru druhé doby porodní (26). Cílem epiziotomie je rozšíření měkkých porodních cest, provádí ji buď lékař či porodní asistentka, jedná se o jednoduchou operaci s rozšířením porodních cest. Výhoda epiziotomie měla spočívat v urychlení druhé doby porodní a usnadňuje reparaci porodních poranění, uchránění hráze od nepravidelných poranění hráze a konečníku, měla být i ochranou proti descenzu, prolapsu a poranění močové trubice (4, 6).

Doležal uvádí: „Řada výzkumů urogynekologických tyto předpoklady zejména pro stresovou inkontinenci zpochybnila, nepodala však přesvědčivé důkazy, že porod sine nebo s rupturou hráze má prognózu v tomto směru příznivější. Je neobyčejně složité se vyjádřit k pozdním důsledkům provedené epiziotomie. Jedná se o velmi nesourodé skupiny. Nutno odlišit epiziotomii mediální a laterální, je rozdíl provádí-li je porodní asistentka malými 1 cm nástřihy kůže, nebo lékař 3 cm nástřihy zasahujícími i hlubší partie svalové. Pro pozdní důsledky, které se promítají i do života sexuálního,

je důležitý způsob ošetření a hojení. Je rozdíl, šije-li episiotomii porodní asistentka jednotlivými stehy skrz všechny vrstvy, proti lékaři, který rekonstruuje podle zásad topografické anatomie. Rozhoduje i sociální zařízení. Rozbor biomechanický, sledující poměry mezi velikostí plodu a porodních cest, vylučuje, že by epiziotomie mohla příznivě ovlivnit poranění vezikovaginální junkce, která vznikají ještě před prořezáváním hlavičky. Epiziotomie neovlivňuje délku vypuzovací doby, ta trvá od zániku branky a epiziotomie zasahuje jen kratičký časový úsek na jejím samém konci. Jmenované parametry jsou velice variabilní, frekvence nástřihu ve světovém porodnictví osciluje mezi 60-30 % všech porodů. Lze pozorovat přesun od epiziotomiích prováděných rutinně a pravidelně k epiziotomiím selektivním, kde se dostává frekvence na oněch 30 % “ (Doležal, A., 2007, s. 36 - 37).

Pokud je vidět při rozpínání hráze krvácení z pochvy či malé trhlinky na kůži, epiziotomie je prevencí velké trhliny. Kontraindikací epiziotomie je porod HIV pozitivních rodiček, je to prevence aspirace mateřské krve novorozencem. Epiziotomie je nedílnou součástí vaginálních operací jako jsou klešťové operace, vakuumextrakce, při porodu konce pánevního, dystokie ramének, porod velkého plodu. Častěji se provádí u primipar. Multipary mívají tkáň poddanější, elastičtější. Multipary často mají zející introitus, na hrázi jizevnaté změny, které svědčí pro hojení per secundam. Snazší průchod hlavičky může být důsledkem předchozích poranění, která činí pánevní dno prostornější (5).

2.3.1 Indikace epiziotomie

- Hrozící ruptura hráze, která je napínána prořezávající hlavičkou
- Operativní ukončení porodu forceps, VEX
- U porodu plodu v poloze KP
- Předčasný porod (omezení tlaku hráze na hlavičku nezralého plodu, nutnost zkrátit II. DP při zvolna prořezávající hlavičce a známkách hrozící hypoxie plodu)
- Rigidita a zjizvení hráze
- Velký plod
- Deflexní polohy hlavičky

2.3.2 Druhy epiziotomie

Epiziotomie se provádí nůžkami s tupými hroty bezprostředně před porozením dítěte. Epiziotomii lze provést mediálně, mediolaterálně, laterálně.

Mediální epiziotomie (střední)

Nůžky se zavádí kulatou branží do pochvy do střední čáry mezi naléhající část a hráz. Ostrá branže nůžek je zvenčí na hrázi a směřuje k anu. Nůžky se zavádí do rodidel a nástřih se provádí pod kontrolou druhého a třetího prstu. Epiziotomie se provádí na vrcholu kontrakce, kdy rodička tlačí a hráz je napínána.

Mediální epiziotomie se vede směrem k anu v délce 3 cm, přičemž se protíná m. transversus perinei superficialis et. profundus. Výhodou mediální epiziotomie je snadná sutura a dobré hojení. Nevýhodou mediální epiziotomie je možnost rozšíření poranění až na řitní svěrač nebo stěnu rekta. Mediální epiziotomie se často neprovádí (10).

Mediolaterální epiziotomie (obliqua)

Mediolaterální epiziotomie se vede ze střední čáry poševního introitu šikmo směrem k tuber ischiadicum v úhlu 45°. Protíná stejné svaly jako mediální epiziotomie a ještě navíc protíná snopce m. bulbocavernosus a m. levatoris ani. U mediolaterální epiziotomie je výhodou nižší riziko poranění svěrače, snadná sutura a možnost nástřih v případě nutnosti prodloužit. Nevýhodou je silnější krvácení. Mediolaterální epiziotomie je jedna z nejčastěji užívaných typů epiziotomie (10).

Laterální epiziotomie

U laterální epiziotomie se nástřih vede z místa asi 2 cm od střední čáry poševního introitu šikmo k tuber ischiadicum. Protíná se m. bulbocavernosus. Při laterální epiziotomii je nejméně ohrožen řitní svěrač, jsou rozšířeny měkké porodní cesty a je nejsnazší rozšíření nástřihu. Ošetření laterální epiziotomie je z uvedených epiziotomiích technicky nejnáročnější (10).

Schuchardův řez

Schuchardův řez se provádí jen výjimečně. Vychází z laterální epiziotomie, který se šikmým řezem dlouhým cca 6 – 7 cm rozšiřuje až na pubickou a ilickou část m. levatoris ani (5).

2.3.3 Pudendální blokáda

Pudendální blokáda se provádí 5 – 10 minut před tím, než chceme dosáhnout ochabnutí a analgezií svalstva pánevního dna, urogenitálního sinu a částečně i analgezie perinea. Provádí se u všech vaginálně operačních výkonů ve II. DP, u vaginálně vedeného porodu koncem pánevním, u předčasných porodů. Oboustranně se používá 5 – 10 ml 1 % Mesocainu. Do oblasti cca 1 cm pod spina ischiadica, kde se předpokládá lokalizace nervi pudendi, vpichuje se jehla a aspiruje se. Při provádění epiziotomie jen v místní anestezii se snažíme, aby výkon nevyvolal bolesti. Kůže se perforuje kolmo, jen jednou, aspiruje se, aplikuje se pomalu a trpělivě se vyčká efektu. Nato se jehla sklopí a pokračuje se v aplikaci až do oblasti introitu, do snopců m. bulbocavernosus. Po provedení profylaktické epiziotomie připravenými peány se zachycuje venózní krvácení, aby se zabránilo zbytečným ztrátám krve (2, 5).

Provádí-li se epiziotomie na plně rozvinuté, napjaté, anemizované hrázi, není nutností provádět výkon v lokální anestezii. Naopak, provádí-li se epiziotomie na hrázi nerozvinuté nebo jako přípravná operace před jinou vaginální operací, je aplikace lokální anestezie samozřejmostí (10).

2.3.4 Sutura epiziotomie

Po porodu placenty se reviduje rozsah porodního poranění. Jsou prohlédnuta zevní rodidla a po zavedení širokých porodnických poševních zrcadel je zkontrolován poševní vchod, poševní stěny, děložní hrdlo. Porodní poranění jsou po místním znecitlivění chirurgicky ošetřena (14). Zjišťuje se, zda v pokračování epiziotomie není ruptura pochvy, která může směřovat vzhůru, někdy až do poševní klenby. Musí se přesně lokalizovat konec nebo-li vrchol poranění a zde začít se suturou. Ošetření se provádí v lokální anestezii. Pochva, svalovina hráze, kůže se šije resorbovatelným stehem. První steh je vždy 0, 5 – 1 cm nad vrchol epiziotomie, aby se podchytili poraněné cévy a předešlo se krvácení do parakolpia s tvorbou bolestivých a rozsáhlých hematomů.

Pochva se šije pokračovacím stehem až do introitu k hymenálním okrajům. V jedné vrstvě se rekonstruuje svalstvo hráze a v další vrstvě se šije podkoží a následně se provádí sutura kůže. Po dokončení sutury se vyšetří per rectum. Hmatá-li se per rectum steh, musí se sutura rozpustit, stehy vytáhnout a provést suturu znovu (10).

2.3.5 Komplikace epiziotomie

Hematom je častou komplikací vznikající při nezastaveném krvácení. Krev se hromadí v paracolpiu a není-li provedena včasná revize, hematomy se mohou šířit až do oblasti parametrií. Pacientka udává bolestivý tlak na konečník. Při vyšetření per vaginam i per rektum je hmatná bolestivá elastická rezistence v paracolpiu. Neodkladně se provede revize v celkové anestezii, kdy se sutura rozpustí, vyhledá se zdroj krvácení a ošetří se.

Infekce rány je nejčastější komplikace provázena v časném šestinedělí. Klinicky se nachází zarudlé okolí sutury s palpační bolestivostí. Někdy ze sutury odchází serózní nebo hnisavý sekret. Stav se dá zvládnout lokální aplikací ATB a koupelemi, jsou-li přítomny febrilie, je to indikací k celkovému podání ATB. Pokud je podezření na abscesové ložisko, je třeba je incidovat, evakuovat a následně drénovat.

Dehiscence rány je často následkem nesprávně ošetřené epiziotomie nebo rané infekce. Pacientka je zajištěná ATB, lokálně se aplikují oplachy s protizánětlivým účinkem a po vyčištění spodiny rány od hnisavého povlaku se přistupuje k resuturě (10).

2.4 Chránění hráze

Tlak proti hrázi je ochranou proti větším poraněním perinea. Hráz je nutno chránit tehdy, když se hráz napíná a vyhlazuje, a když hlavička zůstává v pootevřené vulvě a nevtahuje se během kontrakce zpět do pochvy. Porodník obvykle se sterilní rouškou v pravé ruce chrání hráz tak, aby viděl zadní komisuru a přikryl řitní otvor a opřenými prsty levé ruky o hlavičku plodu zabraňuje jejímu příliš rychlému prořezávání. Pravá ruka s rouškou se drží tak, aby palec byl na straně pravé a ostatní prsty na levé polovině hráze. Palec s ostatními prsty přibližujeme k sobě tak, aby vzrůstající napětí hráze bylo oslabeno. V případě hrozící ruptury hráze je nutno provést epiziotomii. Dbá se na to, aby se hlavička při zvýšené flexi svými parietálními hrboly

dostala za oblast arcus pubis. Tím se sníží napětí hráze a sníží se i rozsah porodního poranění (3, 19).

2.5 Nástřih branky (Hysterostomatotomia)

Dnes se tento výkon provádí jen zřídka. Je to urgentní zákrok při akutním ohrožení plodu, jehož hlavička vstoupila do pánve, ale ještě nedošlo k zániku branky. Provádí se jen tehdy, pokud už není možno neodkladně provést císařský řez. Asistent pomocí Simpsonových zrcadel zastaví branku. Operující pak nůžkami provádí hluboké nástřihy na č. 2, 10 a 6. Porod se poté ukončuje extrakcí plodu kleštěmi nebo vakuumextrakcí. Po porodu se v zrcadlech najdou místa nástřihů a pečlivě se provede sutura. Nevýhodou je možnost prodloužení nástřihů rupturou vzhůru. Poranění mohou silně krváčet (10).

2.6 Poranění pochvy

Ruptury pochvy jsou obvykle spojeny s trhlinami sousedních orgánů, vulvy či hráze. Izolované trhliny pochvy vznikají ve střední části. Špatně ošetřená ruptura pochvy má za následek, že krev vytéká a hromadí se v paracolpiu a šíří se vzhůru do parametria až k ledvině a tvoří rozsáhlé retroperitoneální hematomy. Pokud se infikují, mohou vzniknout nebezpečné abscesy.

Trhliny v horní části pochvy a v poševních klenbách bývají příčně orientované. Vzácněji může dojít k odtržení pochvy od čípku v celém obvodu. Příčinou jsou dlouhotrvající děložní kontrakce při porodních překážkách, cervikokorporální dystokie, operační výkony, jejíž komplikace může být spojena s krvácením a s šokovým stavem. Děloha, která kontrahuje, vytahuje pochvu směrem nahoru, ale hlavička ji cirkulárně rozpíná a táhne směrem dolů.

Do příznaků patří krvácení, při palpaci narušená poševní stěna, hematoma, který deformuje celou pochvu a zužuje ji, pacientka bude udávat bolestivý tlak na konečník a bude anemická. Principem léčby je sešít každé trhliny, krvácející cévy je nutné podvázat. Větší hematomy je třeba incidovat, vyprázdnit a podchytit krvácející cévy. Prevencí je správné vedení porodu, včasná diagnóza porodních překážek, včasná epiziotomie (19, 2).

2.7 Poranění děložního hrdla

Trhliny děložního hrdla vznikají obvykle po stranách. Mělká poranění děložního hrdla nemusí být ošetřována, hlubší poranění děložního hrdla musí být pečlivě sešita, poněvadž silně krvácí. Krvácení nemusí být patrná ihned po porodu, ale může se objevit až za několik hodin po porodu, protože na přetržených cévách povolí spasmus, který je dosud uzavíral. Po porodu lůžka se zkontroluje děložní hrdlo v širokých porodnických zrcadlech.

Drobná poranění okrajů hrdla vznikají téměř u každého porodu, snadno se hojí a nezanechávají žádné následky. Závažnější jsou ruptury jdoucí po celé délce hrdla až do poševní klenby. Příčiny ruptur bývá rigidní nebo jizevnaté hrdlo po operacích na hrdle, konizace, serkláž, elektrokoagulace, nebo kryoterapie lézí hrdla. Patří sem i nadměrně silné kontrakce, po jejich zesilování nebo předčasné tlačení při nerozvinuté brance. Příznakem ruptur je krvácení, které může být silné, postihuje-li ruptura větve uterinní artérie jdoucí v hraně hrdla. Léčbou je sutura každé trhliny větší než 1 cm vycrilovými nebo chyrlacovými stehy. Nebezpečné mohou být ruptury jdoucí až do dolního děložního segmentu, které jsou velmi špatně přístupné k ošetření a mohou být indikací k hysterektomii. Jestliže po porodu lůžka rodička krvácí a děloha je dobře kontrahována, musí se vždy myslet na rupturu děložního hrdla. Z toho důvodu se po každém porodu provádí revize stavu děložního hrdla v porodnických zrcadlech a trhliny se exaktně ošetří. Špatně ošetřená poranění nebo neošetřená menší poranění, mají za následek jizevnatou deformaci hrdla.

Prevencí poranění děložního hrdla je dostatečně dozrálé děložní hrdlo před indukcí porodu, zamezit tlačení rodičky, pokud porodnická branka ještě není zašlá, užití spasmolytik a při rigidní brance po konizaci nebo cerkláži provést včasný nástřih (19, 14, 2, 12).

2.8 Poranění děložního těla

Poranění děložního těla (ruptura corporis uteri), roztržení jeho stěny patří k nejzávažnějším porodním poraněním. U vícerodiček je poranění děložního těla častější než u primipar. Nejčastěji bývá perforován dolní děložní segment. Může být perforována stěna se sliznicí, svalovou vrstvou a pobřišnicí nebo se může perforovat jen sliznice se svalovinou a pobřišnice bude neporušená. Trhliny mohou vzniknout buď náhle, nebo se mohou vyvíjet a nijak se neprojeví. V tomto případě se nazývají latentní nebo-li skryté. Trhliny mohou vzniknout v průběhu těhotenství nebo za porodu (14, 19).

Poranění děložního těla se dělí podle rozsahu na kompletní, kdy je roztržena celá děložní stěna a inkompletní, které mohou být subperitoneální nebo extramukózní.

Podle mechanismu vzniku se poranění děložního těla dělí na samovolné, spontánní (dehiscentio uteri) a violentní (ruptura uteri) (19).

Predilekčním místem ruptury bývá jizva na děloze po předchozí operaci např. císařský řez, enukleace myomu, kyretáž. Ruptura vzniká v důsledku nedostatečnosti děložní svaloviny při vývojových děložních vadách, poškození děložní stěny zánětem, děložní hypoplazie. Těhotné mají na začátku neurčitý tlak, bodnutí v břiše, později při krvácení do dutiny břišní se může rozvinout hemoragický šok. Postupně se plod může dostat částečně do dutiny břišní a je hmatný pod břišní stěnou mimo dělohu.

Spontánní ruptura během porodu vzniká v důsledku zvýšeného intrauterinního tlaku za kontrakce, objeví-li se překážka postupu naléhající části jako např. zúžená pánev, včasný myom, kefalopelvický nepoměr. Vznik ruptury podporuje lokalizace placenty v místě jizvy a prorůstání choriových klků do vrstev děložní stěny. Místem děložní ruptury je ztenčelý, roztažený dolní děložní segment.

Při hrozící ruptuře se zvyšuje kontrakční činnost dělohy až k hypertonu, bolestivé kontrakce, které nutí rodičku předčasně tlačit. Na břiše rodičky je patrná Bandlova rýha jako hranice mezi dilatovaným dolním děložním segmentem a svalovinou děložního těla. Rýha stoupá směrem k pupku. Plod je nyní v dolním děložním segmentu, oblé vazy jsou bolestivé, napjaté a hmatné přes břišní stěnu. Děloha je obvykle ukloněná v dextroverzi. Na začátku příznaků hrozící ruptury jsou přítomny příznaky intrauterinní

tísne plodu na CTG jako následek nedostatku kyslíku. Příčinou je snížení průtoku krve placentou při nadměrné kontrakční činnosti. Vznik děložní ruptury se projeví především náhlou bolestí v břiše, po které ustane děložní činnost. Náhle vznikne krvácení do dutiny břišní nebo krvácení přes pochvu se zvyšujícími se příznaky hemoragického, traumatického šoku. Rodička má rychlý pulz s hypotenzí, padá do mdlob, je úzkostná, neklidná. Ozvy plodu nelze zachytit. Při každém hemoragickém šoku s podezřením na trhlinu dělohy je nutné laparotomicky zrevidovat dutinu břišní. Při hrozící ruptuře děložního těla se podá tokolyza a ukončí se porod císařským řezem. Porod ukončený kleštěmi je kontraindikací. Někdy lze provést suturu trhliny děložní, ale ve většině případů je indikována supravaginální amputace děložní (19, 3, 2, 11, 14).

Roztočil uvádí: „ Prognóza je pro matku i pro plod nepříznivá. Mortalita plodů byla dříve 100 %, nyní je závislá na vybavení plodu z dělohy. Vyhlídka na záchranu života matky je tím příznivější, čím dříve se ruptura pozná a čím kratší je interval mezi rozpoznáním ruptury a operací. Příznivější je rovněž příčná ruptura v istmické části dělohy, jestliže se neroztrhly velké cévy. Komplikací může být i vzduchová embolie nebo embolie plodovou vodou “ (Roztočil, A. a kol, 2008, s. 297).

2.9 Pomoc při porodním poranění v období šestinedělí

U každé ženy trvá různě dlouho, než začne normálně chodit, sedět a stát. Jde o individuální proces. Šestinedělky se nesmí srovnávat s jinými šestinedělkami, které vše zvládly snadněji a rychleji. Srovnávání může vést k většímu nátlaku, stresu a pocitu méněcennosti. Porod tkáň pánve maximálně zatíží, tkáň se roztáhne a téměř vždy dojde k lehkému poranění. Během těhotenství se svalstvo na tuto událost připravuje hormonálně, tělesným cvičením a přírodními léčebnými postupy. V ranném šestinedělí potřebuje tato část těla klid, uvolnění, aby se mohla vyléčit a zotavit. V pozdním šestinedělí se svalstvo začne zpevňovat a zotavovat. Proces probíhá pod vlivem hormonů a může se podpořit cílenou gymnastikou (27).

V prvních dnech by měla žena dostatečně odpočívat. V lehu je vhodným odlehčením leh na břichu s podložením polštáře. A střídavě ležet na boku, aby nedošlo ke křečím. V porodnici se doporučuje malá stolička pro podložení nohou nebo při vstávání. Tím se zamezí roztahování nohou. Doma z postele je doporučováno vstávat skoro po čtyřech nebo přes bok. Při vstávání jsou bolesti menší. Na sezení se zase doporučuje

plovací nafukovací kruh. Kruh je možné nahradit stočeným ručníkem nebo otvorem vystřiženým do molitanu. Je také vhodné nosit boty na podpatcích, tím se uleví pánevnímu dnu. Při snížení otoku a bolesti je možno použít ledový obklad (27).

Každá žena v období šestinedělí musí dodržovat přísná hygienická opatření. Několikrát denně po kojení a po každé stolici si musí oplachovat zevní rodidla a ošetřené porodní poranění sprchovat vlažnou vodou nebo dezinfekčním roztokem z irigátoru. Opláchnutí rodidel je také vhodné po každé výměně vložek. Vložky by měly být měněny po každém kojení a tehdy, pokud jsou prosáklé (8).

3 Klešťový porod (partus per forcipem)

Porodnické kleště jsou nástrojem, který slouží k instrumentálnímu vybavení vstouplé a fixované hlavičky v malé pánvi. Porodnické kleště se používají ve II. době porodní za podmínek zaniklé porodní branky a nahrazují nebo doplňují insuficientní porodní síly, které jsou důležité k vypuzení plodu z porodních cest (10).

Vynález zkříženého úchopového nástroje, kterému předcházely zahnuté ploché páky, sahá až do počátku 17. století a je přisuzován Angličanu Petru Chamberlenovi. Nástroj se stal po dlouhá léta majetkem rodiny Chamberlenových. O sto let později Jean Palfyn zkonstruoval paralelní kleště, které na rozdíl od Chamberlena dal k dispozici porodníkům ve Francii. V dnešní době se v porodnictví používá několik typů kleští. Jsou to porodnické kleště Simpsonovy, Breusovy, Kiellandovy, Shuteho. V Německu se také používají kleště, které se nazývají Naegeleho, ve Francii a ve Španělsku jsou to porodnické kleště Tarnier, které jsou v těchto zemích považované za univerzální. V Anglii se používají dlouhé porodnické kleště se zakřivením podle pánve dle Pipera, v USA na hlavičku s nedokončenou rotací kleště Bartonovy. V Rusku jsou to kleště paralelní Lazarevičovy. Porodnické kleště se skládají ze dvou volných polovin nebo-li branží (kleštin), které se při vzájemném uzávěru zkříží, anebo se uloží paralelně (3, 5).

3.1 Podmínky

- Vyloučení kefalopelvického nepoměru.
- Porodnická branka zašlá, pokud porodnická branka není zašlá, ale jsou splněny ostatní podmínky pro ukončení porodu per forcipem, tak u akutních indikací klešťového porodu lze provést nástřih branky.
- Volné a měkké porodní cesty.
- Odteklá voda plodová.
- Hlavička plodu je vstouplá v šíři a je fixovaná, hlavičku nelze vysunout do vyšších pánevních rovin.
- Živý plod.

- Přesná znalost polohy plodu, postavení plodu, vstoupení hlavičky, rotace, vedoucí bod, fontanely a švy, kdy šev šípový je v přímém nebo šikmém průměru.
- Do podmínek pro ukončení porodu per forcipem také patří znalost rozsahu porodního poranění (3, 7).

3.2 Indikace

Porod per forcipem je prováděn jako neplánovaný výkon, pouze u dlouhodobých onemocnění matky jako je např. kardiopatie, se s možností klešťové operace počítá pro snížení námahy a zkrácení II. doby porodní. Indikace k ukončení porodu per forcipem lze možno rozdělit na indikace ze strany matky a indikace ze strany plodu. Je třeba poznamenat, že často spolu tyto dvě indikace splývají a operace se vykonává jak ze strany matky, tak i ze strany plodu. Do těchto indikací např. patří předčasné odlučování placenty, které ohrožuje matku krvácením a plod hypoxií (3, 10).

Indikace ze strany matky:

- jsou sekundárně slabé děložní kontrakce
- špatná funkce břišního lisu (hernie, diastáza břišních svalů)
- vyčerpaná rodička
- febris intra partum
- akutní stav matky, do kterých patří horšící se preeklampsie, eklampsie, krvácení, ztráta vědomí rodičky, status epilepticus
- některá srdeční onemocnění matky
- neurologické onemocnění matky
- oční onemocnění matky jako jsou refrakční vady, chronické změny sítnice

Indikace ze strany plodu:

- indikace ze strany plodu je zejména hrozící intrauterinní hypoxie ve II. době porodní, kdy se jedná nejčastěji o kompresi pupečníku, abrupci placenty, pravý uzel.
- významnou indikací je také protrahovaná II. doba porodní, kdy se může jednat o abnormální rotaci, hluboký příčný stav, temenní poloha a také nedostatečná děložní činnost (10).

3.3 Kontraindikace

Za kontraindikace k provedení klešťového porodu považujeme nepoměr mezi hlavičkou a pánevními rovinami (patologicky zúžená pánev nebo příliš velký plod), překážka v porodních cestách, kterou nelze odstranit např. vývojové vady čípku, pochvy, vulvy, včestné tumory, pokud není hlava vstouplá a fixovaná v pánvi, hrozící ruptura dělohy (19).

3.4 Provedení klešťového porodu

Porodnické kleště se vždy zavádějí mimo kontrakci, trakce kleštěmi se provádí za kontrakce, vybavením hlavičky se musí respektovat porodní mechanismus a směr pánevní osy. Rodička leží v gynekologické poloze, před zavedením porodnických kleští se vyprázdní jednorázovým katétrem močový měchýř, provede se bimanuální vyšetření, předoperační dezinfekce a zarouškování rodidel se hráz infiltruje lokálním anestetikem (pokud není porod veden v epidurální anestezii) provede se vydatná mediolaterální či laterální epiziotomie. Při prostornější pochvě a introitu se výjimečně epiziotomie vykonává až při prořezávání extrahované hlavičky plodu (3). Nejprve se zavede levou rukou levá kleština do levé poloviny pánve podél pravé ruky, která je zavedená do rodidel. Pravá ruka se vytáhne z rodidel a do pravé poloviny pánve se zavede levá ruka a podél ní se zavede pravá ruka pravou kleštinou. Obě kleštiny se uzavřou v zámku, poté se provádí pokusná trakce a extrakce hlavičky plodu. Trakce se provede ve směru osy porodních cest. Nejprve se táhne mírně vzad a dolů, a při prořezávající se hlavičce se začnou porodnické kleště zvedat obloukem vzhůru k břichu ženy,

čímž se napodobuje deflexe hlavičky. Tah, který se původně vedl oběma rukama, se zvládne při prořezávání hlavičky jednou rukou. Druhá ruka chrání hráz a po porodu hlavičky se kleště sejmou (10, 3).

3.5 Komplikace

K nejčastějším komplikacím po porodu per forcipem patří smeknutí kleští, které vede k poranění matky a k poranění plodu, děje se tak v případě, že kleště nebyly správně naloženy. Trhliny děložního hrdla mohou vznikat v případě, že porodnické kleště byly naloženy při ne zcela zašlé porodní brance. Jako další komplikace je ruptura navazující na epiziotomii, která může směřovat do poševní klenby či do oblasti rekta s možným poraněním III. stupně, jako důsledek příliš rychlé trakce, velké hlavičky, špatného chránění hráze, nebo při nedostatečné profylaktické epiziotomii. Mohou vznikat trhliny pochvy, které vznikají po příliš rychlé extrakci hlavičky plodu a při příliš časném zvedání kleští nebo při jejich smeknutí. Do vzácných komplikací patří poranění symfýzy, močového měchýře nebo dolního děložního segmentu. Vzácné komplikace u novorozence jsou tržné rány na hlavičce, kefalohematom a fraktury kosti kalvy s intrakraniálním krvácením (10, 3).

Praktická část

4 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je metodický rámec pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces je cyklický proces, jehož fáze se vzájemně prolínají a opakují. Smysl ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování ošetrovatelské péče při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči a dovolí pacientovi podílet se na péči. Ošetrovatelský proces lze charakterizovat jako způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuálních potřebách, který ovlivňuje způsob práce s nemocným, jednání i vlastní ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský proces je myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a je také systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného (22, 20, 23, 9).

Ošetrovatelský proces má pět fází, nebo-li kroků:

1. Zjišťování informací, hodnocení nemocného

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra získává o pacientovi co nejvíce potřebných informací. Čím vhodnější informace sestra získá o pacientovi, tím lepší a individuálnější přístup může volit v jednání s ním a při vlastní ošetrovatelské péči. Zhodnocení nemocného na základě shromáždění a vytrídění informací umožňuje sestře rozhodnout proč, kdy, jak a kdo může řešit individuální problém nemocného. Hodnocení umožňuje získat o nemocném dostatek informací potřebných pro nejvhodnější individualizovanou ošetrovatelskou péči a zjistit, jakého efektu bylo touto péčí u nemocného dosaženo. Nejdůležitějšími zdroji informací jsou zejména nemocný, zdravotnická dokumentace a další členové zdravotnického týmu, rodina, přátelé pacienta a spolupacienti (21).

2. Ošetrovatelská diagnostika

Jevy, na které se zaměřuje sestra, jsou konkrétní ošetrovatelské problémy – celostní reakce jednotlivce, rodiny nebo komunity, které se objevují, nebo které sestra může předvídat na základě své odbornosti (16).

Ošetrovatelská diagnóza je závěr provedený sestrou na základě pečlivého a systematického sběru informací o pacientovi. Ošetrovatelská diagnóza zahrnuje pouze ty oblasti, které je sestra schopná a kompetentní ovlivnit. Sestra např. není dostatečně oprávněna diagnostikovat diabetes mellitus, který diagnostikuje lékař, ale může diagnostikovat změny ve výživě atd. Za ošetrovatelskou diagnózu jsou odpovědné sestry i přes to, že na jejich utváření se také podílejí jiné zdravotničtí pracovníci. Ošetrovatelská diagnóza může popisovat jak současné zdravotní problémy, tak zdravotní problémy, které mohou teprve nastat a které lze očekávat (21).

Ošetrovatelská diagnóza:

Aktuální diagnóza – vyjadřuje skutečné, současné problémy nemocného. Pacienti mají velmi často dobrou představu o svých aktuálních problémech, např. cítí bolest, pacient má problémy s dýcháním, váhový úbytek či nechut' k jídlu.

Potenciální diagnóza – tvoří ji problémy, které se ještě nevyskytují, ale pravděpodobnost jejich vzniku je vysoká. Někdy si je nemocní mohou uvědomovat a snažit se určitým chováním minimalizovat jejich nebezpečí. Včasnou edukační prací nebo ošetrovatelskou péčí může sestra často provádět vhodnou prevenci nebo minimalizovat rizika vedoucí k rozvoji mnoha problémů.

Syndromová diagnóza (kombinovaná) – někdy se aktuální a potenciální problémy pacienta sdružují a vytvářejí tzv. ošetrovatelský syndrom. Typický příklad je ztráta nebo porucha soběstačnosti.

3. Plánování ošetrovatelské péče

Plánování ošetrovatelské péče je systematická metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra. V ošetrovatelském plánu na základě ošetrovatelských diagnóz stanovíme cíle péče, způsoby, jakými budeme individuální problémy nemocného společně řešit a pořadí, v jakém budeme postupovat. Z plánu ošetrovatelské péče mají být patrné jasné vazby mezi stanovenými potřebami, očekávanými výsledky, plánováním péče, její realizací i hodnocením jejího účinku (21).

Ve fázi plánování se postupuje ve čtyřech krocích:

- spolu s pacientem stanovíme cíle, jichž chceme dosáhnout
- zvolíme vhodné ošetrovatelské zákroky, jež povedou k dosažení vytyčených cílů
- ošetrovatelský plán prodiskutujeme s pacientem
- pro zajištění kontinuity péče seznámíme s plánem ostatní zdravotníky

4. Realizace ošetrovatelského plánu

Ve fázi realizace je činnost sester zaměřená k dosažení naplánovaných cílů individualizované péče. Realizace péče je závislá na kvalitě ošetrovatelského plánu. Sestra maximálně využívá spolupráce a schopností pacienta, takže pracuje s pacientem a ve prospěch pacienta (21).

5. Hodnocení účinnosti poskytované péče

Hodnocení je založeno na použití specifických kritérií, která umožní určit stupeň dosažení vytyčených cílů. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu, která se může využít k identifikaci dalších potřeb jedince. Týká se výsledků, kterého dosáhl pacient na základě ošetřovatelských zákroků, stanovených v ošetřovatelských plánech. Hodnocení je nezbytné k uzavření každého cyklu ošetřovatelského procesu. Zda byla plánovitě poskytovaná péče účinná se dozvíme, porovnáme-li její výsledek s jednotlivými fázemi ošetřovatelského procesu. Hodnocení efektu péče provádí sestra i pacient (21).

5 Konceptní model podle Marjory Gordonové

Zdravotní stav pacienta může být funkční nebo dysfunkční a při použití tohoto modelu, sestra získá komplexní informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy. Poté stanoví aktuální a potenciaální ošetřovatelské diagnózy a může efektivně naplánovat a realizovat svoji péči. Abychom mohli dokonale pochopit model Gordonové, je důležité znát i jiné definice a typy zdraví. Funkční vzorce zdraví představují optimální účelné vzorce chování člověka (jedince, rodiny, komunity), jež při zohlednění věku (vývoje), kulturních faktorů a faktorů prostředí přispívají ke zdraví, kvalitě života a k využití lidského potenciál. Prezentují pacientovu sílu a schopnosti a jsou využitelné při ošetřovatelských intervencích. K analýze informací o pacientovi je důležité znát optimální vzorce zdraví v jejich modifikacích (věk, vývoj, faktory prostředí, kultura). Ošetřovatelským cílem je co možná nejvyšší úroveň zdraví a přijetí odpovědnosti jedince za své zdraví. Pacient dospívá v rovnováze biopsychosociální interakce. Pacient je vnímán jako holistická bytost se svými biologickými, psychologickými, sociálními, vývojovými, kulturními, behaviorálními, kognitivními, duchovními i spirituálními potřebami. Pro dysfunkční typ zdraví je typické, že sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy dle priorit a vytvoří plán ošetřovatelské péče nejen u konkrétních onemocnění (sekundární i terciální prevence), ale i relativně zdravých jedinců, kdy při neposkytnutí adekvátní ošetřovatelské péče (primární prevence) dojde k vážnému narušení zdraví a vzniku chorob. Dysfunkční vzorce zdraví mají negativní vliv na pacientovo fungování a v důsledku toho se mohou měnit (23, 25, 1). Gordonová mluví o třech typech dysfunkčních vzorců zdraví, mezi které patří:

Prudce změněný vzorec – změna vzorce zdraví konkrétního pacienta ve vzorec dysfunkční proběhla prudce či nedávno.

Stabilizovaný – dysfunkční vzorec zdraví má dlouhodobý průběh a jedná se o trvalou přeměnu.

Vývojový – vývoj pacienta je opožděn či přerušen (25).

K posouzení o rozlišení, zdali jde o funkční nebo dysfunkční typ zdraví, je důležitá adekvátní úroveň znalostí a také dovedností sestry. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Vnímání zdravotního stavu zahrnuje, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje. Zahrnuje informace o tom, jak si pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem a jeho úroveň celkové péče o zdraví např. dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení a následné péče v případě nemoci (23, 16).

Výživa a metabolismus

V této oblasti se popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Patří sem také různé typy projevů, které svědčí o způsobu lokálního zásobení výživnými látkami. Zahrnuje individuální způsob stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu spolu s kvantitou konzumovaného jídla a tekutin, užívání náhradních výživných látek a vitamínů. Do této oblasti se také řadí hodnocení stavu kůže, kožní defekty, poranění a celková schopnost hojení ran (23, 16).

Vylučování

Tato oblast zahrnuje informace o způsobu vylučování a to tlustého střeva, močového měchýře a kůže. Patří sem pravidelnost a nepravidelnost vylučování, používání projímadel, poruchy ve vyprazdňování, tvar, kvalita a kvantita exkretů (23, 16).

Aktivita a cvičení

Zahrnuje základní denní aktivity, sporty, udržování tělesné kondice cvičením, relaxace, způsob trávení volného času a činnosti, které v něm zaplňuje. V této oblasti jsou také činnosti, které mají pro jednotlivce velký význam (23, 16).

Spánek a odpočinek

Popisuje spánek a trvání doby spánku přes den i noc. Jedinec zde popisuje kvantitu a kvalitu spánku a odpočinku a také vnímání úrovně životní energie získané odpočinkem. Nezapomínáme se ptát na usínání, přerušování spánku, na běžnou činnost před spánkem, užívání medikamentů na spaní a relaxaci (23, 16).

Vnímání, poznávání

Řadíme sem přiměřenost smyslového vnímání a to je sluch, čich, dotek, zrak, chuť a užívání různých protéz. Úroveň vědomí, mentální funkce. Ptáme se na bolest případně, jak je bolest tlumena. Schopnosti učení, paměť, myšlení, rozhodování. Zde se popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání (23, 16).

Sebekoncepce, sebeúcta

V této oblasti se popisuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, koníčků. Popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama. Nesmíme zapomenout na nonverbální projevy např. způsob pohybu, oční kontakt, hlas, držení těla (23, 16).

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Tato oblast popisuje plnění životních rolí a způsob přijetí. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a z toho vyplívající odpovědnosti. Harmonii či narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti, plnění povinností ve vztahu k rolím (23, 16).

Sexualita, reprodukční schopnost

Patří sem uspokojení či neuspokojení v sexuálním životě. Popisuje poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti. Patří sem reprodukční období ženy např. porody, potraty, menstruační cyklus (23, 16).

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Popisuje zvládnutí stresu a jejich způsoby. Zahrnuje vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace (23, 16).

Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Do této oblasti se řadí individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení, včetně náboženské víry – to, co přesahuje rozumové nebo smyslové poznání, které jednotlivce ovlivňuje v rozhodování (23, 16).

Jiné

Zde se mohou zařadit jiné důležité informace, které nebyly popsány v předchozích oblastech.

6 Kazuistika

6.1 Identifikační údaje

Iniciály: M. K.
Datum narození: 1978
Věk: 31 let
Gravidita/parita: I/I
Týden těhotenství: 40+5
Pojišťovna: 111
Státní příslušnost: česká
Stav: vdaná
Vzdělání: střední s maturitou
Povolání: referentka
Bydliště (město): Semily 1
Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel P. K.

Stav při příjmu

Datum přijetí: 5.11.2009 v 7.55 hod.	Moč: B: negativní
Gravidita: primigravida	C: negativní
Para: primiparita	H: negativní
Lékařská diagnóza: partus in cursu	Temešváry: pozitivní
TK: 150/90 Torr	Pohyblivost: bez omezení
Puls: 75/min.	Vědomí: plné
TT: 36,8 °C	Edémy: LDK, PDK +
Výška: 166 cm	Varixy: 0
Hmotnost před těhotenstvím: 67 kg	BWR: negativní
Hmotnost při přijetí: 79 kg	HBsAg: negativní
Přírůstek hmotnosti: 12 kg	HIV: negativní
KS: A	GBS: negativní
Rh faktor: negativní	

Průběh těhotenství

PM: 17.01.2009

TP: 24.10.2009

Týden gravidity: 40+5

VP: odtéká čirá VP, dne 3.11.2009 v 3.35 hod.

Poloha plodu: PPHL

Postavení plodu: levé přední

Těhot. bez komplikací

přítomnost otce u porodu: ano

tělocvik, předporodní kurzy: ne

počet návštěv v prenatální poradně: 12

6.2 Příjem rodičky na porodní sál

Paní M. K. byla přijata na porodní sál 5.11.2009 v 7.55 hodin, I/I, 40+5tt. Rodička byla přijata z oddělení rizikového těhotenství, kde byla dva dny hospitalizovaná pro spont. odtok čiré VP ze dne 3.11.2009 v 3.35 hodin ráno. Na oddělení rizikového těhotenství byla paní M. K. aplikována ATB – Ampicilin 1 g ā 6 hod. – 5⁰⁰ - 11⁰⁰ - 17⁰⁰ - 23⁰⁰. Nekrvácí, kontrakce ā 10 minut, progrese vaginálního nálezu s navalitou porodní brankou v průměru 3 cm.

Další údaje

Pánev: Distantia bispinalis:	27 cm
Distantia bicristalis:	29 cm
Distantia bitrochantarica:	31 cm
Conjugata externa:	20 cm

Zevní vyšetření při příjmu rodičky na porodní sál:

Aspekce: ovoidní tvar břicha, linea fusca sahá k pupku, pupeční jizva vyhlazená, kůže čistá, hydratovaná, bez defektů, strie 0, jizvy 0, hernie 0

Palpace: FDX/2, PPHL, PP I, DDS plný.

Auskultace: OP+ 135⁺ pravidelné.

Vnitřní vyšetření při příjmu rodičky na porodní sál:

Aspekce: pubické ochlupení ženského typu, jizvy 0, varixy 0, kůže čistá.

Vaginální vyšetření: klenby poševní vyvíjející se, hlava naléhá v sekundárním vaku blan, porodní branka v průměru 3 cm, čípek polotuhý, sakrálně uložený.

Auskultace: OP+ 139⁺ pravidelné, nekrvácí, kontrakce á 10 minut, VP t. č. neteče.

CTG při příjmu rodičky na porodní sál:

CTG fyziologický, reaktivní záznam, OP+ 136⁺ pravidelné, křivka undulatořní.

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Dědeček zemřel na Ca hrtanu či hltanu v 62 letech

Otec hypertenze léčen farmakologicky – Prestarium Neo 1 – 0 – 0 tbl.

Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci

Thyreopatie – léčena farmakologicky – Letrox ½ - 0 – 0 tbl.

Gynekologická anamnéza:

Menarche: od 17 let

Men. cyklus: pravidelný 28 dní/krvácení 5 dní/bolestivost neudává

Gynekologická onemocnění: nejuje

Hormonální léčba: HAK – Harmonet 3x21 tbl. – kombinovanou perorální
kontraceptivum užívala 10 let.

Potraty: 0

Operace:

Neguje.

Alergie:

Kov – projevující se ekzémem.

Sociální anamnéza:

Vdaná, referentka, bydlí s manželem.

Vzdělání střední s maturitou.

Abusus: kouření 0, alkohol 0, drogy 0

Farmakologická anamnéza:

Letrox ½ - 0 – 0 tbl.

Aktiferrin 1 – 0 – 0 cps. - profylaktické podání železa v těhotenství

ATB – Ampicilin 1 g á 6 hodin i. v. (krytá 5ti dávkami)

Transfúze krve: 0

Dieta: 3

6.3 Informace získané rozhovorem s pacientkou

Vnímání zdravotního stavu

S paní M. K. jsem se seznámila při příjmu na porodní sál, kam byla přeložena z oddělení rizikového těhotenství, kde byla hospitalizovaná dva dny pro odtok čiré vody plodové, kontrakce neudává, nekrvácí, pohyby cítí. Nynější hospitalizace paní M. K. je její první v současném těhotenství a před těhotenstvím. Paní M. K. nikdy nebyla vážně nemocná, prodělala běžná dětská onemocnění, v posledním roce nebyla nachlazená a léčí se ambulantně se štítnou žlázou – difúzní struma. V týdnu od 12.10.2009 zahájena terapie Letrox 50 mikrogramů ½ tablety ráno. Na gynekologické a stomatologické prohlídky chodí pravidelně. V nynějším těhotenství se subjektivně cítí dobře.

Výživa a metabolismus

Paní M. K. se stravuje pravidelně, v těhotenství dodržovala zásady zdravé výživy. Konzumovala pravidelně čerstvé ovoce a zeleninu, 1 x denně libové maso a ryby. Od II. trimestru gravidity užívala železo předepsané lékařem. Koncem gravidity činil její hmotnostní přírůstek 12 kg. Její denní příjem tekutin před porodem činil asi 2, 5 – 3 litry tekutin. V těhotenství udává zvýšenou chuť k jídlu. Kůže je hydratovaná, růžová, bez defektů.

Vylučování

Pacientka udává, že jen v těhotenství má potíže s vyprazdňováním stolice, má sklon k zácpě. Větry odchází. Před porodem se paní M. K. aplikovalo očistné klyzma. Paní M. K. v graviditě močí častěji, močení je často doprovázeno pálením. Po porodu měla problémy s močením, nemohla se sama vyprázdnit. Rodičce se v den porodu na oddělení šestinedělí zavedl permanentní močový katétr, který měla zaveden ještě dva dny po porodu. Zvýšeně se nepotí.

Aktivita, cvičení

Před graviditou paní M. K. nikdy aktivně ani pravidelně nesportovala. Svůj volný čas v těhotenství tráví v přírodě. V graviditě žádný těhotenský tělocvik ani předporodní kurz nenavštívila. Udává také, že moc ráda vaří a starost o domácnost je plně v její kompetenci.

Spánek, odpočinek

Paní M. K. udává, že doma chodí spát kolem 22 hodiny a vstává v 7 hodin ráno. V III. trimestru gravidity odpočívala i po obědě. Po probuzení se cítí trochu nevyspalá a někdy má pocit, že nemá dostatek energie k denním činnostem. Udává problémy s usínáním, má mělký, přerušovaný spánek. V graviditě se snažila co nejvíce odpočívat.

Vnímání (citlivost)

Paní M. K. se cítí dobře, graviditu si snaží co nejvíce užívat a už se moc těší, až přijde na svět jejich holčička. Rozhoduje se obtížně a někdy má pocit nejistoty. S učením žádné potíže nemá, ovládá plynule anglický a německý jazyk. Bolest neudává, na oddělení rizikového těhotenství byla přijata pro spont. odtok čiré VP, subjektivně bez kontrakcí. O svém zdravotním stavu je podrobně informovaná.

Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama

Paní M. K. pracuje jako referentka a v zaměstnání je spokojená, nyní je na mateřské dovolené. Věří, že až se vrátí z mateřské dovolené, bude mít v práci dveře otevřené. Sebe sama vnímá jako uzavřeného, nerozhodného, klidného člověka. Spíše než na sebe spoléhá na svého manžela.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Paní M. K. je vdaná a bydlí se svým manželem v panelovém bytě 3+1. Pro novorozence mají vše připravené a nakoupené a už se moc těší, až bude paní M. K. s novorozencem doma. Manžel je pro paní M. K. velkou oporou, je ochotný a obětavý. Paní M. K. pocitem osamělosti netrpí, má rodinu a manžela. V práci je spokojená, nyní je na mateřské dovolené.

Sexualita, reprodukční schopnosti

Paní M. K. měla první menstruaci až v 17 letech, menstruační cyklus před graviditou byl pravidelný, 28 dní/krvácení 5 dní/bolestivost neudávala. Hormonální antikoncepci – HARMONET 3x21 – kombinovanou perorální kontraceptivu užívala od 18 let. Poslední 3 roky neužívala žádnou hormonální antikoncepci. Nyní je poprvé gravidní. Má pozitivní vztah k sexuálnímu životu, na otázky nechce moc odpovídat, bere to jako osobní záležitost.

Stres, zátěžové situace

Paní M. K. nebývá moc často ve stresu. Má tolerantního manžela, s kterým řeší problémy a manžel je vždy k dispozici. V práci je vše v pořádku, práce ji moc baví. Pracuje všední dny od 8 hodin ráno do 16 hodin odpoledne. Když má paní M. K. jakékoli problémy v životě, nezvládá je dobře, má pocit, že nic nemůže zvládnout, a proto vše řeší se svým manželem, s kterým najdou řešení daného problému.

Víra

Je nevěřící. Její životní hodnoty jsou mít milující rodinu, být dobrou matkou i manželkou. Je přesvědčena o tom, že co si sama neudělá, to sama nemá.

Základní fyzikální vyšetření porodní asistentkou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:	upravená
Dutina ústní, nos:	prokrvení v normě
Zuby, chybění zubů:	vlastní chrup, všechny zuby
Sluch:	slyší dobře
Zrak:	zrak bez problémů
Chůze:	dobrá
Držení těla:	v normě
Tělesná teplota:	36,8 °C
Krevní tlak:	150/90
Puls:	75`, pravidelný
Dýchání:	čisté a pravidelné
Kůže:	hydratovaná
Stisk ruky:	dostatečný
Výraz v obličeji:	strach, panika

Informace získané objektivním pozorováním

Orientace:	dobrá
Reaguje na otázky:	ano
Řeč, způsob vyjadřování:	v normě
Hlas a způsob řeči:	roztřesený hlas, neklid
Oční kontakt:	snaží se udržet
Nervozita:	neklid
Spolupráce s manželem:	dobrá

Medicínský management

CTG: intermitentně

Pravidelné sledování OP: ano

Příprava: holení – ano

klyzma - ano

sprcha – ano

Pohybový režim: neomezený

Ordinace: po přípravě rodičky aplikace 1 amp. Dolsinu 100 mg i. m.

6.4 Průběh porodu

Paní M. K. byla přijata na porodní sál 5.11.2009 v 7:55 hodin, z oddělení rizikového těhotenství, kde byla již hospitalizována dva dny. Hned od příchodu na porodní sál byl s rodičkou i její manžel. Po příjmu jsem provedla rodičku i s manželem po porodním sále. Ukázala jsem jim toaletu, porodní box, na kterém bude paní M. K. rodit. Po prohlídce porodního sálu jsem odvedla rodičku na přípravu. Příprava je místnost, kde jsou rodičky jednu hodinu, kde se vyprazdňují a sprchují, než se odvedou na porodní box. Na přípravě se nachází toaleta se sprchou a lehátkem, kde jsem rodičku oholila v oblasti hráze, kde by event. byla provedena epiziotomie v II. době porodní. Po oholení jsem rodičce aplikovala očistné klyzma. Ale nejprve jsem jí řekla, že očistné klyzma může odmítnout, protože není povinné, ale zároveň jsem jí informovala, že jí aplikuji asi půl litru vlažné vody do konečníku a až bude na toaletě, tak nesmí tlačit. Informovala jsem jí, že se po dobu jedné hodiny co bude na přípravě vyprázdní minimálně 2x. Vysvětlila jsem rodičce, že bude při porodu důkladně vyprázdněna a někdy se může stát, že se změní vaginální nález. Poučila jsem rodičku, že po návštěvě toalety může navštívit sprchu, kde bude mít připravený gymnastický míč, na kterém bude sedět a bude se sprchovat. Rodičku jsem seznámila s tím, že každých 15 minut ji budu chodit kontrolovat a poslouchat srdeční ozvy plodu. Po přípravě jsem ji odvedla na porodní box, dle ordinace lékaře jsem rodičce s porodní asistentkou aplikovala 1 amp. Dolsin 100 mg i. m. Dolsin je opiát, který má spasmolytický účinek a aplikuje se každé rodičce ve Fakultní Thomayerově nemocnici. Dolsin částečně uleví od bolesti, a také působí na porodní cesty tak, že se uvolní. Po aplikaci Dolsinu jí byl

proveden kardiokogram, který byl lékařem zhodnocen jako fyziologický. Jelikož nebyla progresa ve vaginálním nález, rodička mohla volně chodit po porodním sále a každou čtvrt hodinu jsem rodičce poslouchala srdeční ozvy plodu a po každé hodině jsem jí provedla kardiokogram. Při porodu měla paní M. K. u sebe manžela, který jí psychicky podporoval. Rodička si chodila na toaletu, do sprchy a využívala gymnastický velký míč. V 10.00 hodin byla rodička vaginálně vyšetřena lékařem, byl hmatán sekundární vak blan a lékař provedl DVB, VP byla zkalená. Poté rodičce byla nabídnuta a vysvětlena epidurální analgezie, která zmírní porodní bolesti, ale rodička ji odmítla z finančních důvodů. Ve 12.25 hodin rodičku porodní asistentka vaginálně vyšetřila s nálezem porodní branky 6 – 7 cm, kdy hlava těsně naléhala na vchod pánevní. Rodička už pociťovala únavu, vyčerpání, přestávala s námi spolupracovat i přes to, že jsme jí o všem edukovali. Ve 13.30 hodin byla rodička znovu vaginálně vyšetřena s vaginálním nálezem porodní branky 8 cm, hlavička plodu začala vstupovat do porodních cest, OP+ 120' pravidelné. Rodička udávala nesnesitelnou bolest s tlakem na konečník, kdy se při kontrakci svíjela a odmítala spolupracovat. Edukovali jsme rodičku, že když bude mít tlak na konečník, aby netlačila a využila tzv. psího dýchání. Ve 13.45 hodin byl zavolán lékař a rodička byla vyzvána, aby si zatlačila, došlo k alteraci ozev plodu na 80 t./min, rodička velmi špatně spolupracovala, byla až hysterická, se špatným tlačáním při kontrakci. Porodní asistentka byla vyzvána k tomu, aby zavolala druhého porodníka. Ve 14:00 hodin byl porod ukončen per forcipem s provedením vydatné laterální epiziotomie při použití vysokých kleští Kjellandových, z pánevní úžiny pro hrozící hypoxii plodu s nespolupracující rodičkou.

Narodil se novorozenec ženského pohlaví 3430 g/50 cm, pupečník omotaný těsně 2 x kolem krčku, pediatr provedl odsátí z horních cest dýchacích, adaptace novorozence byla zpomalena. Stav novorozence za 1, 5, 10 minut po narození se hodnotí formou tzv. skóre podle Apgarové, kdy se posuzuje a boduje srdeční akce, dýchání, reakce na podráždění při odsávání, barva kůže a svalový tonus. U fyziologického novorozence bude každý z údajů ohodnocen dvěma body, takže výsledný počet bude 10. Čím horší je adaptace, tím je nižší Apgar skóre. Hodnocení se v České republice provádí u všech novorozenců. V případě deprimovaného dítěte (s Apgar skóre v 10. minutě nižším než 7) se Apgarové skóre hodnotí také v 15. a 20. minutě (13, 18).

Holčička měla Apgar scóre 7, 9, 10.

Ve 14:20 hodin došlo k spontánnímu porodu placenty, mechanismus odloučení placenty podle Baudelocquea – Schultzeho s paracentrálním úponem pupečníku. Placenta byla celistvá i s blanami. Po porodu placenty se porodníci snažili zkontrolovat porodní cesty, ale rodička byla úzkostná. Při zavedení porodních zrcadel bylo patrné krvácení z porodních cest. Pacientce porodní asistentka zavedla druhou periferní žilní kanylu do PHK na předloktí, přes PŽK jsem jí aplikovala 1 000 ml Hartmannova roztoku v infúzi. S porodní asistentkou jsme změřily krevní ztrátu, která přesahovala 600 ml krve. Porodní asistentkou byl zavolán anesteziologický tým, který pacientku uvedl do celkové anestezie. V celkové anestezii lékaři revidovali porodní poranění, rupturu pochvy s krvácející cévou a s vydatnou laterální epiziotomií dexter. V zrcadlech lékaři provedli suturu chirlacovými stehy od klenby do poloviny poševní stěny. V 15.00 hodin byla ukončena celková anestezie – pac. nás vnímala, reagovala na nás. Každou čtvrt hodinu jsem měřila krevní tlak a puls po celou dobu přítomnosti rodičky na porodním sále. Pacientka měla spíše hypotenzi, byla neklidná, slabá, vyčerpaná, měla obavy o svoji holčičku. Před překladem rodičky na oddělení šestinedělí jsme s porodní asistentkou zkontrolovaly zavínování dělohy, porodní poranění, krvácení a pacientku jsem jednorázovým katétrem vycévkovala. V 16:10 hodin byla pacientka přeložena na oddělení šestinedělí a porodním asistentkám na oddělení jsme podaly přesné informace o fyzickém i psychickém stavu pacientky.

Doba poporodní

TK: 100/60 Torr

Puls: 70/min.

TT: 37 °C

Krvácení: přiměřené

Děloha: retrahovaná

Močení: cévkována v 16.00 hod.

Celkem trvání porodu: 7.25 hod.

Překlad na oddělení šestinedělí: 5.11.2009 v 16.10 hod.

6.5 Ošetřovatelská péče o ženu po klešťovém porodu

Pro bakalářskou práci jsem si v době odborné praxe na porodním sále ve Fakultní Thomayerově nemocnici vybrala paní M. K., která byla přijata na oddělení rizikového těhotenství 3.11.2009 v 3.35 hodin pro spontánní odtok čiré vody plodové, v týdnu těhotenství 40+3, primigravida/primipara, nekrvácela, bez kontrakcí. Na porodní sál byla přijata dne 5.11.2009 v 7.55 hodin z oddělení rizikového těhotenství, kde rodička byla hospitalizovaná dva dny, 40+5, I/I, (pro spont. odtok čiré VP ze dne 3.11.2009 v 3.35 hodin) zajištěn ATB – Ampicilin 1g ā 6 hod, kontrakce ā 10 min, progresse vaginálního nálezu. O ženu jsem pečovala od příchodu na porodní sál, v průběhu celého porodu až do odchodu z porodního sálu. Po seznámení se s rodičkou na oddělení rizikového těhotenství, bylo cílem ošetřovatelské péče poskytnout adekvátní ošetřovatelskou péči, získání informací od paní M. K. a získání informací z ošetřovatelské a lékařské dokumentace. Během ošetřovatelské péče o rodičku jsem se snažila stanovit ošetřovatelské diagnózy, jejich cíle. Poté jsme se snažili sestavit plánování ošetřovatelské péče, její realizaci a následné hodnocení ošetřovatelské péče.

6.6 Ošetřovatelské diagnózy

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. 00148 - Strach

Strach z důvodu blížícího se porodu projevující se nervozitou, snížením pocitu sebejistoty, až nedostatečnou spoluprací rodičky.

2. 00046 - Porušená kožní integrita

Porucha integrity kůže z důvodu porodního poranění (epiziotomie) projevující se bolestí.

3. 00093 - Únava

Únava z důvodu počínajícího porodu projevující se sníženou výkonností, ospalostí.

4. 00095 - Porušený spánek

Porucha spánku z důvodu společné hospitalizace s novorozencem projevující se neschopností usnout, přerušovaným spánkem, častým buzením, celkovou ospalostí, slabostí.

5. 00011 - Zácpa

Porucha vyprazdňování stolice z důvodu provedení epiziotomie projevující se verbálně.

6. 00085 - Zhoršená pohyblivost

Porucha hybnosti z důvodu komplikovaného porodu, bolesti, zavedení močového katétru, únavy, vyčerpání, anestezie, projevující se stížnostmi na bolest.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

7. 00004 - Riziko infekce

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK.

8. 00087 – Riziko vzniku perioperačních komplikací

Riziko vzniku TEN z důvodu upoutání na lůžku.

9. 00024 – Neefektivní tkáňová perfúze

Riziko vzniku časných komplikací z důvodu anestezie.

6.6.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelská diagnóza: 1. 00148 - Strach

Strach z důvodu blízcího se porodu projevující se nervozitou, snížením pocitu sebejistoty, až nedostatečnou spoluprací rodičky.

Cíl:

Snížit prožívání a projevy strachu.

Výsledná kritéria:

Rodička má dostatek informací.

Rodička spolupracuje.

Rodička si uvědomuje příčiny strachu.

Rodička se naučí techniky zvládnání strachu.

Plánování:

Všímej si změn projevů chování rodičky.

Snaž se odhadnout úroveň jejího sebevědomí.

Snaž se o vytvoření příznivého, klidného prostředí, udělej si čas na rozhovor, ptej se, jakým způsobem můžeš být prospěšná, respektuj názory rodičky.

Mluv s rodičkou jasně, zřetelně a buď trpělivá.

Seznam rodičku s cílem léčebné péče a aktivně ji do ní zapoj.

Vysvětli, že i strach může být někdy prospěšný a má v životě svůj význam.

Realizace:

Od rodičky jsem získala potřebné informace k tomu, abych mohla zjistit její hlavní příčinu strachu. Zjistila jsem, že největší příčinou jejího strachu je obava z porodu a o zdraví jejího dosud nenarozeného dítěte. Rodičce jsem vysvětlila, že i strach může být někdy prospěšný a má v životě svůj význam. Na rozhovor

s rodičkou jsem si udělala dostatek času, při rozhovoru jsem mluvila jasně a zřetelně, zajistila jsem příznivé a klidné prostředí.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit částečně, paní M. K. je dostatečně informovaná o průběhu porodu.

Ošetrovatelská diagnóza: 2. 00046 – Porušená kožní integrita

Porucha integrity kůže z důvodu porodního poranění (epiziotomie) projevující se bolestí.

Cíl:

Rána se hojí per primam.

Zmírnit bolest.

Výsledná kritéria:

Tkáň se hojí bez známek zánětu.

Rodička pociťuje méně bolest.

Rodička popíše, jak pečovat o ránu.

Rodička zná příznaky počínající infekce.

Plánování:

Informuj rodičku o způsobu péče o hráz, způsobu sprchování, použití mýdla, výměny vložek.

Seznam rodičku se způsobem vyprazdňování a s péčí o genitál po vyprázdnění.

Informuj o dostatečném příjmu tekutin a stravě, která je bohatá na vitamíny.

Seznam s příznaky hrozící infekce jako je bolest, citlivost, zarudnutí, pálení, svědění.

Zajisti podmínky i pomůcky pro péči o genitál.

Přilož při otoku a bolesti studený obklad.

Sleduj úroveň hygieny.

Kontroluj stav očístků.

Vše zaznamenávej do dokumentace a při změnách informuj lékaře.

Realizace:

Rodičku jsem informovala o způsobu péče o hráz. Vysvětlila jsem jí, že v průběhu celého šestinedělí je nezbytná zvýšená hygiena, která je založená na sprchování se po každé návštěvě toalety. Rodičku jsem edukovala o způsobu vyprazdňování a následné péči o genitál po vyprázdnění. Na zmírnění bolesti v oblasti hráze jsem použila studený obklad.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit částečně, pacientka se umí podílet o péči o porodní poranění, zvládá hygienické návyky v období šestinedělí, zná známky projevující se infekce.

Ošetřovatelská diagnóza: 3. 00093 - Únava

Únava z důvodu počínajícího porodu projevující se sníženou výkonností, ospalostí.

Cíl:

Snížit nebo odstranit únavu.

Výsledná kritéria:

Rodička udává vyšší psychickou i fyzickou výkonnost.

Rodička mimo kontrakční období více odpočívá.

Plánování:

Zjistí první příznaky únavy a vyčerpanosti a délku jejich trvání.

Zjistí všechny příčiny vyvolávající současný stav.

Zajisti, aby rodička mimo kontrakce odpočívala.

Nauč rodičku relaxační metody během porodu.

Sleduj změny vitálních funkcí.

Informuj o možnosti epidurální analgezie.

Po porodu zajisti dostatečný spánek a odpočinek.

Realizace:

Zjistila jsem příčiny vyvolávající současný stav a hlavní příčinou únavy jsou pravidelné kontrakce. Vysvětlila jsem rodičce, že je důležité, aby se snažila mimo kontrakce odpočívat. Informovala jsem jí o možnosti epidurální analgezie, která zmírní porodní bolesti. Po porodu jsem rodičce zajistila dostatečný odpočinek.

Hodnocení:

Po uskutečnění naplánovaných opatření k odstranění únavy jsem docílila jen částečně, protože porod byl dlouhý a komplikovaný.

Ošetrovatelská diagnóza: 4. 00095 – Porušený spánek

Porucha spánku z dôvodu spoločnej hospitalizácie s novorozencem prejavujúca sa neschopnosťou usnúť, prerušovaným spánkom, častým buzením, celkovou ospalosťou, slabosťou.

Cíl:

Šestinedělka bude spát nejméně 4 hodin bez probuzení.

Výsledná kritéria:

Šestinedělka se bude cítit odpočínutá.

Šestinedělka má menší příznaky spánkové deprivace.

Šestinedělka zvládá relaxační techniky.

Plánování:

Všímej si známek únavy, identifikuj spánkové problémy.

Uprav prostředí – suché, upravené lůžko, zavřené dveře, ztlumení či zhasnutí světla, klid na oddělení šestinedělí.

Dle ordinace lékaře podej vhodnou medikaci.

Naslouchej problémům, šestinedělku psychicky podpoř.

Připomínej relaxační cvičení.

Realizace:

Šestinedělce jsem zajistila klidné prostředí, suché a upravené lůžko. Naslouchala jsem problémům, pro které šestinedělka nemůže usnout. Zjistila jsem, že hlavní příčinou její nespavosti je pobyt v nemocnici a bolest v oblasti hráze. Nabídla jsem šestinedělce, že dle ordinace lékaře může být podána vhodná medikace. Šestinedělka medikaci odmítla.

Hodnocení

Cíl se podařilo splnit částečně, šestinedělka v noci spí tři hodiny nepřetržitě, protože po třech hodinách jí byla přinesena holčička na kojení. Šestinedělka je odpočatá.

Ošetrovateľská diagnóza: 5. 00011 - Zácpa

Porucha vyprazdňování stolice z důvodu provedení epiziotomie projevující se verbálně.

Cíl:

Obnovení fyziologického způsobu vyprazdňování stolice.

Výsledná kritéria:

Šestinedělka nebude cítit bolest při defekaci.

Šestinedělka popíše, jak má pečovat o ránu.

Šestinedělka nepocítí napětí břicha a plnost konečníku.

Plánování:

Zjistí příčiny zácpy a poruch ve vyprazdňování stolice.

Seznam se s dietním režimem šestinedělky.

Doporuč šestinedělce vhodné potraviny.

Všímej si napětí břišní stěny.

Podej očistné klyzma dle ordinace lékaře, zajisti soukromí při defekaci.

Podej informace o období šestinedělí, kdy prvních 14 dní bývají časté problémy se zácpou.

Seznam šestinedělku se způsobem vyprazdňování a s péčí o genitál po vyprázdnění.

Seznam šestinedělku s příznaky počínající infekce (pálení, bolest).

Zajisti šestinedělce pomůcky a podmínky pro péči o genitál.

Při otoku přilož led.

Realizace:

Zjistila jsem, že hlavním problémem ve vyprazdňování stolice šestinedělky je bolest v místě provedené epiziotomie v II. DP. Doporučila jsem šestinedělce vhodnou stravu a dostatek tekutin. Šestinedělku jsem poučila o způsobu vyprazdňování stolice. Seznámila jsem šestinedělku s příznaky počínající infekce a zajistila jsem šestinedělce vhodné pomůcky a podmínky pro péči o genitál. Při bolesti a otoku rány jsem ji doporučila studený obklad (led). Poučila jsem šestinedělku, že v období šestinedělí bývají v prvních 14 dní časté problémy se zácpou.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit částečně, protože bolest v oblasti hráze přetrvává ještě několik dnů po porodu, ale šestinedělka je poučena.

Ošetrovatelská diagnóza: 6. 00085 – Zhoršená pohyblivost

Porucha hybnosti z důvodu komplikovaného porodu, bolesti, zavedení močového katétru, únavy, vyčerpání, anestezie, projevující se stížnostmi na bolest.

Cíl:

Obnovení hybnosti.

Výsledná kritéria:

Šestinedělka je schopna postupně vykonávat aktivity denního života.

Plánování:

Pomoz šestinedělce v potřebách v oblasti hygieny a vyprazdňování.

Informuj o možnosti signálního přivolání porodní asistentky na pokoj.

Všímej si emočních projevů, kterými šestinedělka na změnu hybnosti reaguje.

Zjisti přítomnost komplikací, které jsou s imobilizací spojeny – vyprazdňování stolice, moče, úzkost.

Monitoruj bolest, zajisti vhodnou polohu.

Vybízej šestinedělku ke cvičení, doporuč cvičení, informuj rehabilitační sestru.

Realizace:

Všíkala jsem si emočních projevů, kterými šestinedělka na změnu hybnosti reaguje. Šestinedělce jsem vysvětlila, že včasná mobilizace je prevencí tromboembolických nemocí, dýchacích obtíží i jiných komplikací. Šestinedělku chodil navštěvovat fyzioterapeut, který ji naučil cvičení na lůžku. Zjistila jsem, že hlavním problémem poruchy hybnosti je dlouhý, komplikovaný porod doprovázený vyčerpáním, únavou a celkovou anestézií po porodu plodu.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit částečně, šestinedělka spolupracovala a snažila se o mobilizaci.
Dva dny po porodu byla plně mobilizovaná.

6.6.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza: 7. 00004 – Riziko infekce

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK.

Cíl:

Zabránit vzniku infekce.

Výsledná kritéria:

Rodička chápe příčinu vzniku infekce.

Rodička zná způsoby prevence.

Plánování:

Při zavádění permanentního močového katétru, periferní žilní kanyly a při převazu postupuj vždy sterilně.

Zajisti dostatečnou hygienu.

Převazuj periferní žilní kanylu denně a kontroluj místo vpichu.

Při bolesti v oblasti permanentního močového katétru nebo periferní žilní kanyly je odstraň / vyměň.

Realizace:

Šestinedělka měla zavedený permanentní močový katétr a periferní žilní kanylu ještě 48 hodin po porodu. Při převazu periferních žilních kanyl jsem postupovala sterilně. Sledovala jsem v místě vpichu zarudnutí, otok a ptala jsem se na bolest v oblasti vpichu. Edukovala jsem šestinedělku, aby v případě bolesti, zarudnutí či otoku, informovala porodní asistentku, která periferní žilní kanylu odstraní nebo v případě potřeby vymění. V péči o permanentní močový katétr jsem šestinedělku informovala o dostatečné hygieně.

Hodnocení:

Cíle se podařilo splnit, k infekci nedošlo.

Ošetrovatelská diagnóza: 8. 00087 - Riziko vzniku perioperačních komplikací
Riziko vzniku TEN z důvodu upoutání na lůžku.

Cíl:

Nedojde ke vzniku TEN.

Výsledná kritéria:

Šestinedělka zná způsoby prevence.

Plánování:

Informuj šestinedělku o důležitosti cvičení DK na lůžku.

Pomáhej šestinedělce se cvičením na lůžku.

Časně mobilizuj šestinedělku.

Zajisti elevaci DK.

Zajisti hygienu a ošetřování DK.

Zajisti návštěvu fyzioterapeuta.

Realizace:

Šestinedělku jsem informovala o důležitosti časně mobilizace po porodu. Řekla jsem jí, že časnou mobilizací se předchází riziku vzniku tromboembolických nemocí a jiných komplikací. Informovala jsem šestinedělku o cvičení DK na lůžku a pomohla jsem se cvičením. Za několik hodin po porodu ji navštívil fyzioterapeut. Zajistila jsem šestinedělce zvýšenou hygienu.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit, k TEN nedošlo.

Ošetrovatelská diagnóza: 9. 00024 – Neefektivní tkáňová perfúze

Riziko vzniku časných komplikací z dôvodu anestezie.

Cíl:

Nedojde k poporodním komplikacím.

Výsledná kritéria:

Rodička zná možné komplikace celkové anestezie.

Plánování:

Monitoruj základní životní funkce.

Kontroluj průchodnost periferní žilní kanyly.

Sleduj příjem a výdej tekutin.

Sleduj barvu kůže, prokrvení končetin.

Realizace:

Po ukončení celkové anestezie jsem rodičce na porodním sále po dobu dvou hodin měřila základní vitální funkce. Sledovala jsem barvu kůže a prokrvení končetin. Před přeložením na oddělení šestinedělí jsem rodičku jednorázovým katétrem vycévkovala a zkontrolovala průchodnost periferní žilní kanyly.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit, časné komplikace nenastaly.

Závěr

Na závěr bych chtěla konstatovat, že porodní poranění vždy byla a budou. Je důležité snažit se o předcházení porodních poranění eventuelně zmírnit zasažení tkáně a zmírnit obtíže po porodu. V šestinedělí je důležitá hygiena až 10 x denně po každé toaletě osprchovat zevní rodidla vlažnou vodou a pravidelné vyměňování intimních vložek (mají k dispozici různé pomůcky k zmírnění bolesti). Je důležité připomenout, že každá žena má individuální proces prožívání bolesti a u každé ženy trvá různě dlouho, než začne normálně chodit, sedět a stát. Ženy mají možnost před porodem navštívit předporodní kurzy, kde je porodní asistentka edukuje o ošetřování hráze v případě porodního poranění. Edukace o ošetřování porodního poranění se také provádí v prenatalních poradnách, na porodním sále a na oddělení šestinedělí.

V praktické části této bakalářské práce jsem popsala ošetrovatelský proces o ženu po porodu per forcipem s vydatnou laterální epiziotomií dx. + rpt. pochvy. Po porodu byla rodička vyčerpaná a z důvodu velké krevní ztráty a porodního poranění, ji anesteziologický tým podal celkovou anestezii. Na základě toho, jsme se pokusili o aplikaci ošetrovatelského procesu na této ženě. Stanovili jsme si ošetrovatelské diagnózy aktuální a ošetrovatelské diagnózy potencionální a stanovili jsme si cíle ošetrovatelských diagnóz. Popsali jsme výsledná kritéria a stanovili konkrétní ošetrovatelský plán. Nakonec jsme péči realizovali a vyhodnotili. U některých aktuálních diagnóz se nám cíl podařilo splnit, ale některé cíle ošetrovatelských diagnóz se nám podařilo splnit jen částečně. Cíle potencionálních ošetrovatelských diagnóz jsme realizovali a splnili. Praktická část práce slouží ke studijním účelům oboru porodní asistence.

Doporučení pro praxi

Rodičky prožívají při porodu strach z neznámého a obavy, které mohou vést ke komplikacím během porodu a s tím související porodní poranění. Masírování hráze vede ke změkčení tkáně, která bývá pevná a při pravidelném masírování se hráz stane poddajnou. Masáž hráze se provádí šest týdnů před termínem porodu. Na masírování hráze se doporučuje slunečnicový olej, který se vmasíruje do hráze a masíruje

se ve směru písmene „U“ okolo zadní části poševního otvoru. Masáž se provádí pět minut v pohodlné poloze v polosedě, s pokrčenými a rozkročenými dolními končetinami. Důležité je také správné chránění hráze během porodu. Nejpřesnější informace získávají těhotné ženy z předporodních kurzů. Určitě je vhodné ženám předporodní kurzy doporučovat. Je důležité ženám doporučit vhodnou literaturu, kde se také dočtou, jak pečovat o porodní poranění v období šestinedělí. Porodní asistentka ženy také edukuje po porodu jak se starat o porodní poranění, doporučují jim zvýšenou hygienu a různé pomůcky a stravu bohatou na vitamíny.

Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A.; SLEZÁKOVÁ Z. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK®, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL, K.; SRP, B.; a kol. 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3.
3. ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL K.; SRP B.; a kol. 2006. *Porodnictví*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
4. ČEPICKÝ, P. 2003. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1.
5. DOLEŽAL, A.; a kol. 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
6. DOLEŽAL, A. 1998. *Technika porodnických operací*. Praha: Grada Publishing, 1998. 231 s. ISBN 80-7169-549-1.
7. KOBILKOVÁ, J. et al. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.
8. KOLIBA, P.; a kol. 2004. *Propedeutika v gynekologii a porodnictví pro porodní asistentky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 105 s. ISBN 80-7042-353-6.
9. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
10. KUDELA, M. et al. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 273 s. ISBN 80-244-0837-6.
11. LEIFERT, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
12. MACKŮ, F.; ČECH E. 2002. *Gynekologie*. Praha: Informatorium, spol. s.r.o., 2002. 171 s. ISBN 80-7333-001-6.
13. MACKŮ, F.; ČECH E. 2002. *Porodnictví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, spol. s.r.o., 2002. 143 s. ISBN 80-86073-92-0.
14. MACKŮ, F.; MACKŮ J. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada Publishing, 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.

15. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
16. MASTILIAKOVÁ, D. 2002. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2002. 186 s. ISBN 80-246-0429-9.
17. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2009. 75 s. ISBN 978-80-902876-0-0.
18. PAŘÍZEK, A.; a kol. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing, 2002. 536 s. ISBN 80-7169-969-1.
19. ROZTOČIL, A.; a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 455 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
20. STAŇKOVÁ, M. 1996. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
21. STAŇKOVÁ, M. 1999. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
22. ŠAMÁNKOVÁ, M.; a kol. 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
23. TRACHTOVÁ, E.; a kol. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-285-X.
24. TURKOVÁ, Z. 2004. *Gynekologie*. Praha: Eurolex Bohemia s. r. o., 2004. 116 s. ISBN 80-86432-74-2.
25. ŽIAKOVÁ, K.; JAROŠOVÁ D.; ČÁP J.; a kol. 2005. *Ošetrovatelství konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-068-8.
26. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 3, s. 80 – 81. ISSN 1210-0404.
27. Problematika poranění ženy za porodu [online], [citované 12. 3. 2010]. Dostupné na internetu:
https://www.stag.utb.cz/apps/stag/dipfile/index.php?download_this_unauthorized=8095

Seznam příloh

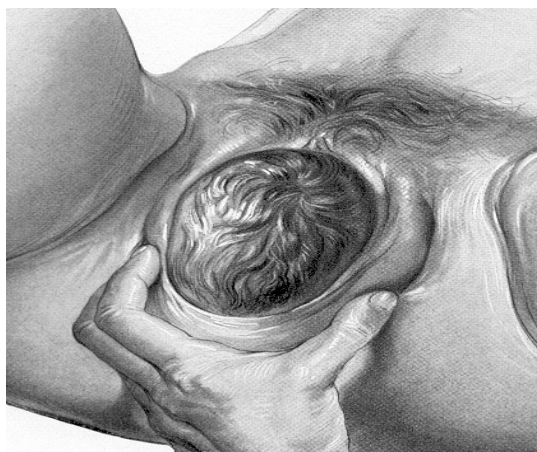
Příloha A - Chránění hráze.....	I
Příloha B - Epiziotomie.....	III
Příloha C - Ruptura perinei.....	VI

Příloha A – Chránění hráze



Zdroj:

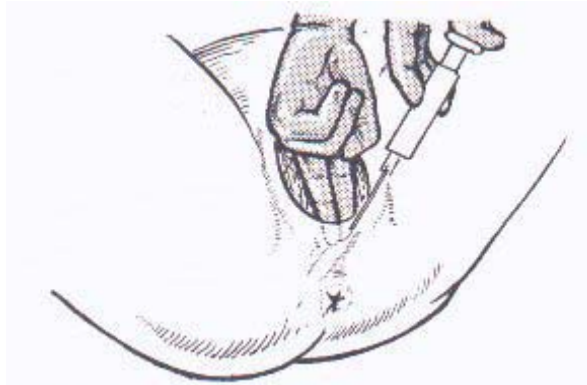
https://www.stag.utb.cz/apps/stag/dipfile/index.php?download_this_unauthorize_d=8095



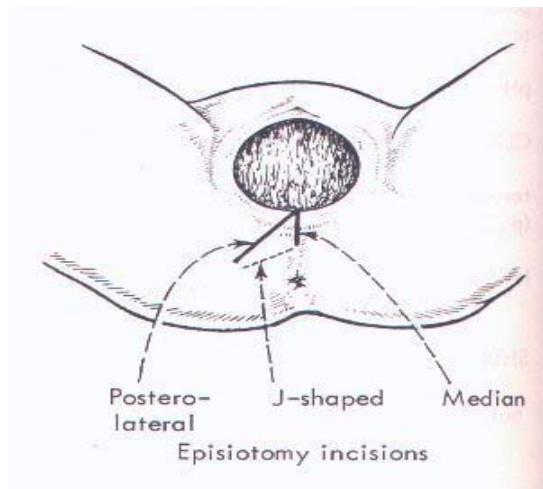
Zdroj:

https://www.stag.utb.cz/apps/stag/dipfile/index.php?download_this_unauthorize_d=8095

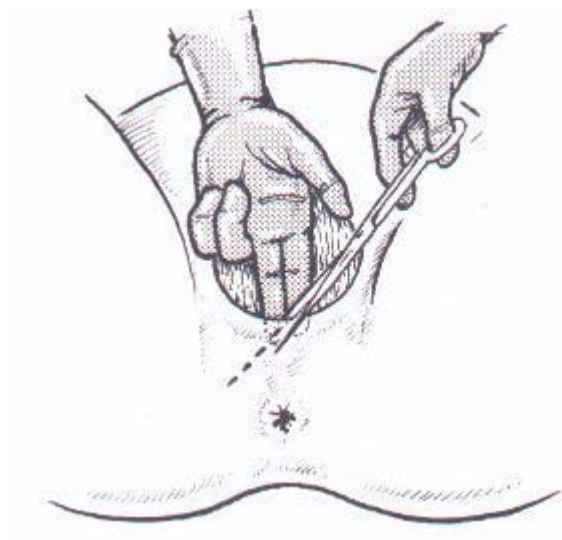
Příloha B – Epiziotomie



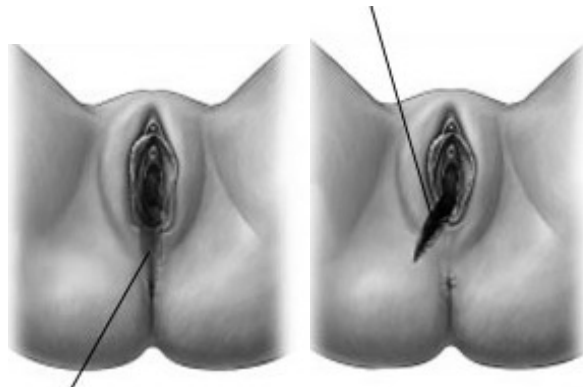
Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf



Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf



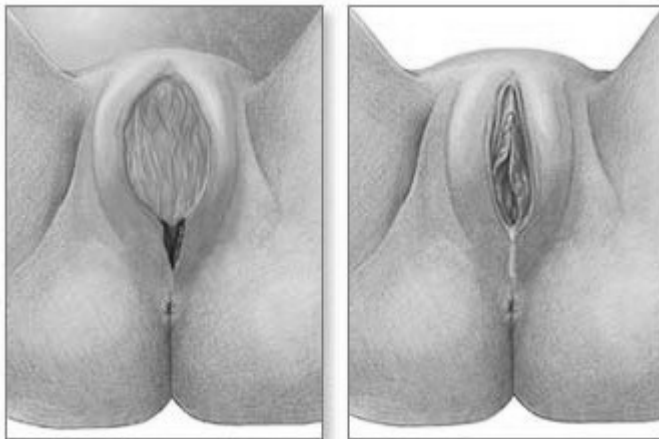
Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf



Zdroj:

https://www.stag.utb.cz/apps/stag/dipfile/index.php?download_this_unauthorized=8095

Příloha C – Ruptura perinei a její zhojení



Zdroj:

https://www.stag.utb.cz/apps/stag/dipfile/index.php?download_this_unauthorized=8095

