

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU  
S DIAGNOSTIKOVANÝM MRTVÝM PLODEM**

Bakalářská práce

**MILADA BAREŠOVÁ**

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s,

PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011

# SCHVÁLENÍ

# PROHLÁŠENÍ

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 ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3.2011

Milada Barešová

.....

## ABSTRAKT

BAREŠOVÁ, Milada. *Ošetrovatelská péče o ženu s diagnostikovaným mrtvým plodem*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová, Praha 2011. s. 54.

Tématem mé práce je péče o ženu s porodem mrtvého plodu. Práce by měla sloužit jako rámcový návod při péči o ženu s touto diagnózou.

Obsah práce je rozdělen na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá incidencí, diagnostikou, riziky a léčbou tohoto stavu. Praktická část zahrnuje ošetrovatelskou péči v celé šíři tak, jak by měla v takovýchto případech probíhat.

Péče by měla být komplexní, kontinuální a individuální. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je část psychologické podpory. Tato část byla konzultována s odborníky na krizovou intervenci. Poslední kapitolou kazuistiky je přehled všech farmak, která byla v tomto případě použita.

V závěru práce je shrnuta základní legislativa vztahující se k případům porodu mrtvého plodu.

Klíčová slova: mrtvý plod, porod, porodní asistentka, akutní krizová intervence

## **ABSTRACT (EN)**

Barešová, Milada. Nursing care for women with IUFD. The College of Nursing, ops, level of qualification: Bachelor. Supervisor: PhDr. Eva Kymrová Prague 2011  
pg 54

The theme of my work is to care for women during a stillbirth. The work should serve as a framework to guide the care of women going through this.

The work is divided into theoretical and practical. The theoretical part deals with the incidence, diagnosis, risks and treatment for this condition. The practical part includes nursing care in a wide range, as would be done in such cases.

Care should be comprehensive, continuous and personalized. An integral part of nursing care is the psychological support. This section has been discussed with the experts of crisis intervention. The last chapter is an overview of all case reports and of drugs, used in such cases.

The conclusion is tying together the basic legislation to cases of stillbirth delivery.

Key words: IUFD, stillbirth, midwife, acute crisis intervention

## PŘEDMLUVA

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala „Ošetrovatelská péče o ženu s porodem mrtvého plodu“. V úvodu chci položit otázku: „Co je náplní práce porodní asistentky?“

Cílem práce není rozbor zákona (424/2004 sb. o činnosti zdravotnických pracovníků). Pokouším se definovat úlohu porodní asistentky z lidsky citlivé polohy. Úlohou porodní asistentky je stát po boku ženy v její „těžké hodině“. Podporovat ji, pomáhat jí a být tou osobou, která chápe, cítí a soucítí. A týká se to nejen porodu, ale celého fertillního období. V historii byly porodní asistentky velmi váženými osobami komunity, byly autoritami. Ženy se na ně obracely s problémy, které mohly svěřit zkušené ženě.

Práce porodní asistentky se však postupně omezila na pouhou asistenci lékaři. To je ale jen díl práce. Porodní asistentka provází ženu nejen těhotenstvím v prenatálních poradnách a během porodu. V ideálním případě se věnuje rodičce jedna porodní asistentka během první, druhé i třetí doby porodní a také v šestinedělí. Mají tu čest být u nejkrásnějšího a zároveň nejnáročnějšího okamžiku v životě ženy. Doprovází ženu u fyziologického porodu, ale i u rizikového nebo dokonce patologického. Tam je role porodní asistentky neméně významná. Musí utvořit jeden tým s lékařem i s rodičkou a rodička to musí cítit. Psycholožka a krizová terapeutka PhDr. Loucká si myslí, že člověk musí cítit, že tam kde je, má dobré místo. Rodička musí cítit, že tam kde je, to je dobré místo pro ni a její dítě.

V zahraničí existují specializované skupiny, v nichž spolupracují lékař, porodní asistentka, psycholog, duchovní a sociální pracovníce a nabízejí podporu a pomoc pacientkám a párům po těhotenské ztrátě. V USA již v roce 1970 vznikla organizace „SHARE Pregnancy & Infant Loss Support“, která pomáhá vyrovnat se s těhotenskou ztrátou nejen pacientkám, ale nabízí odbornou pomoc i pro zdravotníky. Tato organizace upozornila na skutečnost, že pro vyrovnání se s touto tragédií je lepší zaujmout aktivní postoj. „Truchlení, vzpomínání a smuteční obřad je důležitou a přirozenou součástí emoční podpory. (BERMAN, s. 27, 2009)“

# OBSAH

ABSTRAKT .....	4
ABSTRACT (EN).....	5
PŘEDMLUVA .....	6
OBSAH .....	7
SEZNAM ZKRATEK.....	10
ÚVOD .....	11
1 SYNDROM MRTVÉHO PLODU .....	12
1.1 Příčiny.....	12
1.2 Diagnostika mrtvého plodu .....	14
2 Rizika syndromu mrtvého plodu .....	15
3 RIZIKO – DISEMINOVANÁ INTRAVASKULÁRNÍ KOLAGULACE ..	16
3.1 Fyziologie srážení.....	16
3.2 Reakce na poškození.....	17
3.3 Patofyziologie.....	18
3.4 Etiologie .....	18
3.5 DIC v porodnictví a gynekologii.....	18
3.6 Uvolnění tkáňového faktoru.....	19
3.7 Uvolnění fosfolipidu .....	19
3.8 Poruchy cévní stěny .....	19
3.9 Cytokiny.....	20
3.10 Klinický obraz .....	20
3.11 Diagnostika DIC.....	20
3.12 DIC - Laboratorní metody.....	21

3.13	Léčba DIC .....	22
3.14	Ošetrovatelská péče .....	23
4	RIZIKO – PREEKLAMSIE.....	24
4.1	Etiologie.....	24
4.2	Patogeneze preeklampsie .....	24
4.3	Laboratorní vyšetření.....	25
4.4	Terapie .....	25
4.5	Eklamptický záchvat.....	26
4.6	Ošetrovatelská péče .....	26
5	RIZIKO - HELLP SYNDROM.....	27
5.1	Patofyziologie.....	27
5.2	Symptomy .....	27
5.3	Laboratorní vyšetření.....	27
5.4	Komplikace .....	27
5.5	Terapie .....	28
5.6	Ošetrovatelská péče .....	28
6	PŘÍKLAD NAVRHOVANÉHO POSTUPU.....	29
6.1	Akutní stresová reakce.....	30
6.2	Partner .....	31
6.3	Sdělování zprávy rodině .....	32
6.4	Rozloučení .....	33
7	KAZUISTIKA LISTOPAD 2009.....	34
7.1	Fyzikální vyšetření porodní asistentkou: .....	34
7.2	Ošetrovatelská anamnéza.....	34
7.3	Lékařská anamnéza.....	37
7.4	Příjmové vyšetření.....	38
7.5	Sdělení diagnózy .....	38



7.6	Ordinovaná vyšetření.....	39
7.7	Průběh léčby.....	39
8	ADMINISTRATIVNÍ ČÁST.....	51
9	FARMAKOLOGICKÁ ČÁST.....	52
9.1	Prostin E2.....	52
9.2	Plegomazine .....	52
9.3	Epidurální analgezie .....	53
9.4	Perfalgan .....	53
9.5	Fraxiparine .....	53
9.6	Cefazolin .....	54
9.7	Dostinex .....	54
10	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	55
11	ZÁVĚR .....	56
12	POUŽITÁ LITERATURA.....	57

## **SEZNAM ZKRATEK**

CRP - C-reaktivní protein

CTG - kardiokardiof

ČGPS - česká gynekologicko- porodnická společnost

Grav. Hbd. - gravidita hebdomana

DIC - diseminovaná intravaskulární koagulace

FR - fyziologický roztok

GIT - gastrointestinální trakt

i.v. - intra venózně- do žíly

KO - krevní obraz

TK - tlak krevní

P - puls

PMK - periferní močový katetr

PŽK - periferní žilní katetr

## ÚVOD

Při diagnóze mrtvého plodu mluvíme o syndromu, protože mohou nastat komplikace, které ohrožují zdraví a život matky.

Mrtvorozenost se podle perinatálních analýz pohybuje v České republice kolem 3‰, v USA kolem 5‰ a zahrnuje všechna prenatalní úmrtí plodů s porodní váhou 1000g a víc, které po narození nejeví známky života (KUČERA, 2000)

Celková mrtvorozenost v České republice byla podle údajů ČGPS 2,7‰ za rok 2005. Hlavní podíl na procentu novorozenecké úmrtnosti mají novorozenci s porodní hmotností pod 2000g a to více než polovinu.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou uvedeny nejčastější komplikace, které tuto diagnózu provázejí. Podrobněji je probrána kapitola o diseminované intravaskulární koagulaci, protože je to komplikace provázející i jiné porodnické situace. Dále je v této části navržen postup při sdělení diagnózy pacientce a další pomoc během porodu a v časném šestinedělí. Celý navrhovaný postup byl konzultován s PhDr. Yvonnou Louckou, specialistkou na krizovou intervenci. Zkušenosti PhDr. Loucké předávané prostřednictvím seminářů, jsou velikou pomocí pro všechny pracovníky v pomáhajících profesích.

Praktická část je tvořena kazuistikou prvoroďičky, které byl diagnostikován mrtvý plod ve 37. týdnu gravidity. Kazuistika je psána z pohledu porodní asistentky při realizaci ošetrovatelské péče. Pro odebrání anamnézy byl použit model dle Gordonové.

V závěru práce je shrnuta medikace, která byla podána během indukce porodu, vlastním porodu a v časném šestinedělí a zvláštní kapitola je věnována administrativě, která je nezbytnou součástí procesu.

Cílem práce bylo navrhnout postup při sdělování diagnózy, ukázat možné reakce rodičky a práce s partnerem. Navrhovaný postup čerpá z metod krizové intervence, která dává jednoduché návody pro „akutní“ pomoc lidem v mimořádné situaci a otevírá cestu k následné odborné psychoterapii.

# 1 SYNDROM MRTVÉHO PLODU

Syndrom mrtvého plodu zahrnuje soubor patologických stavů, které se mohou u pacientky rozvinout a bezprostředně ji ohrozit na životě.

## 1.1 Příčiny

Ve 20-50% případů nitroděložního úmrtí plodu se neprokáže příčina. Riziko se mění s gestačním stářím. Ve 26. týdnu gravidity je riziko 1/150, pak klesá. Ve 37. týdnu je riziko 1/350 a klesá až na 1/475 ve 40. týdnu. Po termínu porodu se opět zvyšuje a ve 43. týdnu kdy je 1/375.

Základní dělení příčin je:

- ze strany matky,
- ze strany plodu,
- od placenty,
- od pupečníku.

Příčiny úmrtí plodu se v posledních 30-ti letech změnily. V současnosti již zaznamenáváme úmrtí intrapartálně ojediněle díky CTG. S rozvojem diagnostických a terapeutických možností se snížila úmrtnost při Rh izoiminzaci. Mírné snížení úmrtnosti je zaznamenáno i v případech IUGR a placentární insuficience. Stále se však nedaří snížit antenatální úmrtnost plodu v případech intraamniální infekce a v případech spojených s abrubcí placenty. Příčina úmrtí chromozomální aberace se objevuje v 5-8% případů. Kongenitální malformace se vyskytují u antenatálních úmrtí ve 12-20%. V této skupině jsou nejvíce zastoupeny malformace CNS (74,5% ), muskuloskeletální vady (11,1% ), kardiovaskulární (5,6% ) a gastrointestinální vady (0,9% ).

### 1.1.1 Infekce

Infekční onemocnění mohou v průběhu gravidity probíhat závažněji a mohou mít za následek předčasný porod nebo úmrtí plodu. Jednou z příčin odlišného chování matky a plodu vůči infekčnímu agens je imunologická situace v těle matky, kdy se imunitní systém matky přizpůsobil situaci, kdy v těle je „cizorodá látka“ v podobě

plodu, která nesmí být odvržena. To má za následek omezení imunitních reakcí. (ROZOČIL, 2008).

Infekce jako příčina úmrtí jsou nejčastěji infekce ascendentní z genitálního traktu. Transplacentárně jsou méně časté. Bakteriální infekce způsobující chorioamnionitidy jsou příčinou deciduitidy, nekrózy a posléze i abrubce placenty. Uplatňují se často také jako příčina předčasných porodů. Kromě GBS jsou zastoupeny patogeny sexuálně přenosné: Chlamydie, Mykoplazmata a bakteriální vaginóza. Antropozoonózy se dnes jako příčina úmrtí vyskytují výjimečně. Častěji se vyskytují příčiny virového původu. Častou kongenitální infekcí plodu je CMV, která vede k antenatálnímu úmrtí u 1% případů. Intrauterinní infekce je spojena se zánětlivým onemocněním placenty, s trombózou placentárních cév a vývojem hydropsu plodu. Hydrops fetus universalis- plod se rodí edematózní a prosáklý, (MAČÁK, MAČÁKOVÁ, 2004) a antenatálním úmrtím plodu. Dalším virem významně se podílejícím na infekčních příčinách úmrtí plodu (do 10%) je parvovirus.

### **1.1.2 GBS - Group B streptococcal infection**

Infekce streptokokem skupiny B je infekce s vysokou novorozeneckou úmrtností. Streptokok se nachází v rektu, ve vagině, v hrdle děložním a na kůži. Ačkoliv ženský organizmus kolonizovaný streptokokem může být asymptomatický, ale dítě se může nakazit vaginálními sekrety, nebi dokonce i intrauterinně. Je také častou příčinou postpartální infekce (endometritidy). Osmdesát procent infikovaných novorozenců má infekci s mortalitou až 15%.

Ve 36. týdnu gravidity se provádí skriningový test na přítomnost streptokoka skupiny B, pokud se kolonizace prokáže, je indikováno profylaktické použití antibiotik intravenózně před porodem plodu (LEIFER, 2004).

Infekce plodu s GBS může vést až k jeho intrauterinnímu úmrtí nebo porodu mrtvého plodu. V současnosti nemáme k dispozici předporodní testy, které by diagnostikovaly chorioamniitidu nebo fetální pneumonii. Christensen s kolektivem sice v roce 1983 zjistil významné změny srdeční činnosti během první doby porodní u takovýchto plodů, ale dostupný non-stres test nevykazuje signifikantní změny, které by jednoznačně diagnostikovaly infekci. (NEWELL, M. MCINTYRE, 2000).

### **1.1.3 Antifosfolipidový syndrom**

Antifosfolipidový syndrom je často zmiňován souvislosti s opakovanými aborty, ale může být příčinou i úmrtí plodu ve vysokém stupni gravidity.

Antifosfolipidový syndrom byl definován v roce 1983 jako triáda klinických projevů trombózy tepenného i žilního systému, opakovaných ztrát plodu s mírnou trombocytopenií a zvýšeným titrem antifosfolipidových protilátek. Původně byl popsán ve spojení s lupus erythematoses. Jedná se tedy o autoimunitní onemocnění. U gravidních žen s lupus erythematoses je doporučeno preventivní podávání nízkých dávek kyseliny acetylsalicylové (PAVELKA A KOL, 2005).

Antifosfolipidové protilátky se mohou prokazovat i u jinak zdravých jedinců. Nicméně tento nález bývá přechodný, většinou po infektech dýchacích cest. U více jak poloviny nemocných bývá ovšem tvorby patologického imunoglobulinu neobjasněný, je ovšem nutné zdůraznit, že výskyt antifosfolipidových protilátek může onemocnění předcházet i o několik let. Jistá diagnóza antifosfolipidového syndromu je po splnění kritéria pozitivní laboratoře a jednoho klinického projevu (například pozitivní protilátky + opakované ztráty plodu). Jinak klinické příznaky antifosfolipidového syndromu jsou velmi pestré. Většin z nich je zapříčiněna trombotizací venózní nebo arteriální části cévního řečiště (PENKA, 2003).

## **1.2 Diagnostika mrtvého plodu**

Příznaky můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní.

Mezi subjektivní příznaky ženy patří vymizení napětí v prsou, únava, změna vnímání frekvence pohybů plodu nebo jejich úplné vymizení, výtok, krvácení, kontrakce.

Objektivní diagnostika je nepřítomnost akce srdeční na CTG . Definitivní diagnózu nám dá sonografické vyšetření, kde prokážeme asystolii a dilataci srdce. Je-li mrtvý plod v děloze déle než 7 dnů, můžeme i ultrazvukem prokázat střečovité překrývání lebečních kostí – Spaldingovo znamení. To je průkaznější při RTG vyšetření, které se dnes při diagnostice mrtvého plodu využívá výjimečně.

## **2 RIZIKA SYNDROMU MRTVÉHO PLODU**

Jedním ze závažných rizik je diseminovaná intravaskulární koagulace při vyplavení tkáňového faktoru do krevního oběhu matky a aktivaci plazmatického koagulačního systému. K poruchám koagulace může dojít v kterémkoliv stadiu gestace i při zamlklém potratu. K vlastnímu vyplavení tkáňového faktoru dojde pravděpodobně při zvýšení intraamniálního tlaku při autolytických procesech a porušení uteroplacentární bariery. Tento stav se vyvine u 25- 30% případů nejčastěji 4-5 týdnů po odumření plodu. Infekce stav výrazně zhoršuje.

Intraovulární infekce a rozvoj sepse může vést k septickému šoku a rozvoji poruch koagulace. Proto je vždy nutná ATB profylaxe.

Dalšími riziky jsou těžká preeklampsie, rozvíjející se HELLP syndrom, hepatorenální selhání při těžkých formách hepatopatie a nefropatie.

## **3 RIZIKO – DISEMINOVANÁ INTRAVASKULÁRNÍ KOLAGULACE**

Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC) není samostatná nozologická jednotka, ale vždy sekundární stav, který provází jinou chorobu.

### **3.1 Fyziologie srážení**

Srážení krve je soubor enzymatických reakcí, jichž se účastní řada plazmatických bílkovin, tuků a iontů a jejichž výsledkem je přeměna krve na nerozpustný gel. První ucelenou informaci přinesl v roce 1905 Paul Morawitz. pojmenoval čtyři faktory. V jeho schématu figuruje trombokináza z rozpadlých trombocytů, která za působení vápenatých iontů mění protrombin na trombin, který následně transformuje cirkulující fibrinogen na nerozpustný vláknitý fibrin. Současná kaskáda koagulace byla definována v šedesátých letech minulého století.



Přehled koagulačních faktorů:

- FAKTOR I.- fibrinogen,
- FAKTOR II. – protrombin,
- FAKTOR III. - tkáňový tromboplastin (tkáňový faktor)- součást buněčné membrány, jako jediný faktor nepochází z plazmy,
- FAKTOR IV. - vápenaté ionty,
- FAKTOR V. – proakcelerin,
- FAKTOR VI. – akcelerin,
- FAKTOR VII. Prokonvertin,
- FAKTOR VIII. – dvousložkový- antihemofilický faktor, jeho chybění je spojeno s vrizenou krvácivou poruchou von Willebrandovou chorobou,
- Faktor IX. – Christmasův faktor- při jeho chybění mluvíme o vzácné vrozené vadě- hemofilii,
- Faktor X.- Stuart- Prowerův faktor,
- Faktor XI.- antihemolytický faktor C,
- Faktor XII- Hagemanův faktor,
- Faktor XIII.- fibrin stabilizující faktor

(TROJAN, 1988).

Přehled faktorů uvádím ve své práci pro utvoření představy, jak komplikovaný systém koagulace je. Snahy o pochopení systému koagulace, vedou k závěru, že u DIC ještě více než kdekoli jinde, je zásadní prevence.

### **3.2 Reakce na poškození**

Po jakémkoliv poškození cévního endotelu je zahájen proces koagulace kombinovanou adhezivní reakcí, za kterou je zodpovědný především systém cévní stěny a podílí se na něm také krevní destičky, plazmatické faktory, proteiny, červené a bílé krvinky a zřejmě i ostatní látky zodpovědné za zánětlivé reakce.

První se vytvoří primární zátka, která je složena z krevních destiček. Koagulační kaskáda je aktivovaná komplexem tkáňového faktoru/ faktor VIIa. Cílem této reakce je tvorba fibrinového vlákna, které vzniká štěpením fibrinogenu trombinem.

Zpevněním primární krevní sraženiny fibrinovými vlákny a následnou retrakcí se vytvoří definitivní koagulum.

### **3.3 Patofyziologie**

Patofyziologií DIC je systémová aktivace krevního srážení. Následkem je vždy generace trombinu, který štěpí fibrinogen, aktivuje koagulační faktory, aktivuje krevní destičky a tzv. inhibitor fibrinolýzy, který chrání fibrinovou sraženinu před předčasnou lýzou. Trombin působí i na cévní stěnu- zvyšuje její permeabilitu a zvyšuje adhezi granulocytů. Fyziologicky je většina aktivit trombinu zaměřena spíše proti krevnímu srážení. Následkem selhání regulačních mechanismů a porušení rovnováhy je nadbytečná generace trombinu s tvorbou fibrinových depozit v kapilárním řečišti a následným orgánovým poškozením.

Poměr aktivace koagulace (tj. množství trombinu) a aktivace fibrinolýzy (množství plazminu) společně se stupněm konzumpce faktorů, se odráží v klinickém stavu nemocného a celé škále příznaků od krvácení různé intenzity po trombózy různé velikosti. Konzumpce a následné vyčerpání koagulačních proteinů a trombocytů v důsledku stálé aktivace hemostázy vede k těžkým krvácivým komplikacím. Mikrotromby se mohou tvořit během celého procesu.

Je paradoxní, že přes většinou více aktivovaných prokoagulačních faktorů je konečnou fází DIC nekontrolovatelné krvácení, přestože původem je aktivace hemostázy.

### **3.4 Etiologie**

DIC vzniká v důsledku porušení poměrně stabilní hemokoagulační rovnováhy, k jeho rozvoji dochází buď po významném podnětu, nebo při již existující poruše hemostázy (vrozené, získané). Závažnost DIC nezávisí jenom na vyvolávající příčině, ale také na stavu organismu.

### **3.5 DIC v porodnictví a gynekologii**

V graviditě je hemokoagulační rovnováha fyziologicky posunuta k hyperkoagulaci. Předpokládá se, že tímto způsobem udržuje organismus integritu placenty.

U těhotných stoupá v prvním trimestru hladina protrombinu a trombin-antitrombin komplexů. Ve třetím trimestru stoupá hladina faktorů VII, VIII, X a XII a fibrinogenu a naopak se snižuje hladina FXI a XIII. Antitrombin se snižuje jen mírně. Hladina D-dimerů stoupá. Tyto změny zvyšují riziko trombózy v těhotenství a šestinedělí. Plicní embolie je nejčastější příčinou úmrtí v porodnictví. DIC v porodnictví může mít celou řadu příčin:

### **3.6 Uvolnění tkáňového faktoru**

Tkáňový faktor (TF - dříve tkáňový tromboplastin) patří mezi glykoproteiny obsažené v membránách buněk. Aktivován je při porušení cévy nebo je aktivován imunitními komplexy. Potenciálními zdroji velkého množství TF jsou poraněná tkáň, cirkulující nádorové buňky, stimulace endotelu, endometrální cévy po odloučeném lůžku.

Typické pro tento etiologický faktor jsou crush syndrom, patologický porod, mrtvý plod.

### **3.7 Uvolnění fosfolipidu**

Fosfolipidy jsou integrální součástí buněčných membrán, jejich hlavní funkcí je účast na vzniku a přeměně membrán, transport tuku a poskytnutí povrchů, na kterých probíhají koagulační reakce. Formace krevního koagula závisí na přítomnosti prokoagulačního fosfolipidového povrchu. Aminofosfolipidy se mohou do krve dostat z porušených buněčných stěn a již malé množství vyvolá intravaskulární srážení.

Rozbité buňky obsahuje ascites, amniální tekutina (embolie plodovou vodou) a také mrtvý plod.

### **3.8 Poruchy cévní stěny**

Hlavní součástí cévního endotelu je kolagen typu IV a V, který patří k aktivátorům hemostázy.

K aktivaci hemostázy na endotelu dochází buď při poranění nebo poškození endotelu (poranění, šok,...) nebo při aktivaci endotelu cytokiny (sepsy).

### 3.9 Cytokiny

Při všech chorobách, u kterých dochází k uvolnění protizánětlivých cytokinů, se může objevit DIC.

Syndrom mrtvého plodu je provázen DIC v 50% případů pokud je mrtvý plod v děloze déle než pět týdnů. V tomto případě by se DIC projevil ve své chronické formě.

### 3.10 Klinický obraz

Klinický obraz DIC závisí na jeho pokročilosti na primárním onemocnění.

Můžeme rozlišit dvě formy DIC:

AKUTNÍ - fulminantní. Dekompenzovanou, dominantní hyperkoagulace.

CHRONICKÝ - indolentní. Kompenzovanou, nezjevnou, dominantní hypokoagulace.

Ve fázi kdy je nepřiměřeně aktivovaná koagulace, dochází k tvorbě mikrotrombů v kapilárním řečišti. Tyto mikrotromby mohou vzniknout i bez poškození cévní stěny. Důsledkem je porucha prokrvení s následnými nekrotickými ložisky, které vedou k poruše funkce orgánů. Dalším důsledkem tvorby mikrotrombů je konsumpce jednotlivých stavebních součástí tedy krevních destiček, plazmatických faktorů a inhibitorů srážení. V této hyperkoagulační fázi syndromu nemusíme v klinickém obraze pozorovat zjevné příznaky.

### 3.11 Diagnostika DIC

Diagnostika DIC je založena na:

- anamnestických údajích - choroby s DIC sdružené, porucha hemostázy,
- klinickém stavu,
- laboratorním nálezem.

Klinická diagnóza většinou nečiní problémy u akutního krvácivého stavu. S výjimkou profuzního neztišitelného krvácení však nemá DIC žádný specifický symptom.

Laboratorní testy mohou mít velmi variabilní výsledky a hodnotí se spíše jejich dynamika než absolutní hodnota.

### 3.12 DIC - Laboratorní metody

#### 1) Protrombinový test (Quickův test)

Základní koagulační test, protrombinový čas, závisí na rychlosti tvorby fibrinového vlákna.

Hodnotíme ho v sekundách. Prodloužen bývá u 75% pacientů s DIC, u 25% pacientů s DIC být prodloužen nemusí.

#### 2) Aktivovaný parciální tromboplastinový čas (APTT)

Monitorujeme jím koagulační systém, zjistíme rychlost tvorby fibrinového vlákna, závisí na koncentraci faktorů srážení v krvi. Výsledky jsou vyjádřeny v sekundách. APTT je prodloužen u 50-60% pacientů s DIC.

#### 3) Počet trombocytů

Trombocyty bývají u DIC sníženy, ale míra snížení se pohybuje v rozmezí od fyziologických hodnot až k hodnotám hrubě patologickým. Počet trombocytů je normální u 90% pacientů s DIC. Větší význam má tedy opět dynamika.

#### 4) Fibrinogen

70% pacientů s akutní krvácivou DIC má hladinu fibrinogenu pod 1,5 g/l. nález normálního fibrinogenu nevylučuje diagnózu syndromu. Protože jde o tzv. protein akutní fáze, který bývá zvýšen při infekcích a pooperačních stavech.

#### 5) Fibrin degradační produkty (FDP)

Jde o konfirmační test. FDP vznikají při fibrinolýze. Zvýšená hladina je 85% pacientů s DIC.

#### 6) D-dimery

Jsou specifické štěpné produkty fibrinu. D- dimery bývají abnormální u 93% pacientů s DIC. V poslední době se upřednostňuje stanovení hladiny D-dimerů před FDP, protože je citlivější.

#### 7) Antitrombin

Vyšetřujeme funkční aktivitu antitrombinu, jedná se o klíčový test u diagnostiky DIC.

#### 8) Vyšetření krevního obrazu

Patří k základním vyšetřovacím metodám. Počet leukocytů bývá zvýšen i při absenci infekce, klesají také hodnoty hemoglobinu.

## 9) Biochemické vyšetření

Je důležité při diagnostice základní choroby a slouží k posouzení celkového stavu pacienta. Sledujeme hodnoty acidobazické rovnováhy, markery ledvin a jaterní testy.

V diagnostice DIC je potřeba množství testů prováděných opakovaně a hodnocení výsledků testu by měl provádět zkušený lékař.

### 3.13 Léčba DIC

Hlavním heslem je prevence. Je lepší předcházet, než léčit.

Základním principem je zabránit vzniku nepřiměřené aktivace srážení a zabránit vyčerpání koagulačních faktorů. V této kapitole zmíním jen postupy používané v porodnictví u akutní formy DIC, pokud by se u ženy s diagnózou FM rozvíjela chronická forma, byla by nutná mezioborová spolupráce s hematologem.

#### 1) Heparin

V současnosti se v gynekologii a porodnictví používají nízkomolekulární hepariny LMWH. Získávají se ze zvířecí tkáně. Cílem LMWH je inhibice přeměny protrombinu na trombin, tím se snižuje pohotovost ke srážení.

#### 2) Trombolytika

Řeší mikrotromby v kapilárním řečišti, používají se u chronické formy DIC

#### 3) Inhibitory koagulace- antitrombin

Antitrombin je nejmocnějším přirozeným inhibítorem faktorů srážení. Má též protizánětlivý účinek.

#### 4) Plazma

Čerstvě zmražená plazma je biologickým produktem se stále se zužující indikací z důvodů nesnadného protivirového ošetření, což je nevýhoda. Výhodou naopak je, že substituuje všechny komponenty najednou. Lze ji podat profylakticky, bez znalosti všech výsledků koagulačních testů.

#### 5) Fibrinogen

Nejvýznamnější bílkovina krve a substrát koagulace, jeho hodnota je určující pro tvorbu trombu či koagula. Podávat Fibrinogen se doporučuje při hodnotách pod 1g/l.

## **6) Koncentráty destiček**

Doporučují se podávat při trombocytopenii pod  $5 \times 10^9/l$ , obavou je imunitní reakce.

## **7) Rekombinantní preparát FVII**

U nás používaný preparát NovoSeven, jeho hemostatický efekt spočívá v obnovení tvorby trombinu, základního enzymu koagulační kaskády, především na povrchu destiček. Toto množství trombinu zajistí další aktivaci destiček, zvýšení adheze a agregace destiček a následně tvorbu dostatečně pevné fibrinové zátky. (SEIDLOVÁ, BLATNÝ, 2010). Léčba tímto preparátem je mladá a velmi nákladná, ale u neztížitelného krvácení, u kterého byly všechny možnosti vyčerpány, je nutné o něm uvažovat.

## **8) Antifibrinolytika**

Doplňkovou léčbou jsou antifibrinolytika, která fixují koagulum. Z preparátů se používá nejčastěji PAMBA.

### **3.14 Ošetrovatelská péče**

Ošetrovatelská péče o ženu s DIC se zaměřuje na sledování celkového stavu, měření fyziologických funkcí, sledování krvácení, péči o periferní vstupy, které jsou klíčové pro možnost úspěšné terapie.

Je na místě dobrá spolupráce celého týmu. Porodní asistentka neprodleně informuje lékaře o všech změnách. U akutní fáze DIC způsobené krvácením, se okamžitě přivolá další tým- anesteziolog s anesteziologickou sestrou a práce porodní asistentky se soustředí na spolupráci s lékařem při zástavě krvácení. Úspěch závisí na všech členech týmu a jejich dobré spolupráci.

## **4 RIZIKO – PREEKLAMPSIE**

Preeklampsie je definována jako těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií a edémy po dvacátém týdnu gravidity. Nejčastěji se vyskytuje u primipar.

### **4.1 Etiologie**

Etiologie není jednoznačně prokázána. Existuje několik hypotéz vzniku.

#### **1) Hypotéza uteroplacentární ischemie**

Tato hypotéza předpokládá dvoufázový vývoj preeklampsie. V první fázi dochází k poruše nidace, tím k nedostatečné invazi trofoblastu do děložních arterií, což má za následek zhoršení placentární perfuze s následnou placentární ischemizací. Ischemická placenta pak poškozují plod i matku uvolněnými toxiny a nedostatkem kyslíku a živin pro plod s následným rozvojem IUGR.

#### **2) Hypotéza porušené imunologické adaptace**

Tato hypotéze je postavena na skutečnosti, že fetoplacentární jednotka je cizorodá tkáň v těle matky, porucha imunologické tolerance inhibuje invazi trofoblastu do myometria. Dále se v placentě aktivují leukocyty, které uvolní do plazmy látky poškozující endotel.

#### **3) Genetická hypotéza**

Tato hypotéza se opírá o tvrzení, že preeklampsie se objevují v rodině opakovaně. Zatímco v běžné populaci je výskyt asi 5% u dcer matek, jež měly preeklampsii, stoupá riziko až ke 22%, u sester dokonce na 39%.

Dalšími hypotézami jsou hypotéza o působení kyslíkových radikálů a hypotéza o proteinech s nízkou denzitou a aktivitě albuminu potlačující toxicitu (HÁJEK A KOL, 2004).

### **4.2 Patogeneze preeklampsie**

Základním patogenetickým faktorem je generalizovaný vazospasmus periferních cév. S vazokonstrikcí klesá hladina kyslíku a glukózy, plazma se přesune do tkání a zvýší se hematokrit. Dojde k relativní dehydrataci a na to organismus zareaguje



snížením glomerulární filtrace, tím se zvýší nabídka sodíku, který v těle zadržuje vodu, tím vznikají otoky a klesá diuréza.

Dále se aktivuje systém renin- angiotensin- aldosteron, jehož aktivace vede k vazokonstrikci, poklesu glomerulární filtrace a zvýšení resorpce sodíku.

*Renin a aldosteron jsou enzymy produkovány kůrou nadledvin, angiotensin je produkován játry na popud reninu.*

Proteinurie při preeklamsii je způsobena poškozením glomerulární membrány ischemií renálních kapilár.

Problémem je i aktivace koagulačního systému kvůli poškození endotelu vazokonstrikcí vedoucí k ischemii.

V souhrnu patologických změn u preeklampsie, je zahrnuta ischemie glomerulárních kapilár, ischemie endotelu, poškození jaterních kapilár opět ischemií. Generalizovaná vazokonstrikce vede k postupnému selhávání všech orgánů. Nesmí být opomenuta ani placenta, která ischemii postupně podlehne také, což může mít fatální následky pro plod.

### **4.3 Laboratorní vyšetření**

Je vyšetřována krev i moč. V moči je proteinurie vyšší než 300mg/24hod.

V krvi stoupá hladina kyseliny močové, zvyšuje se hodnota hemoglobinu a hematokritu. V krvi je elevace jaterních enzymů a také změny v hemokoagulaci.

### **4.4 Terapie**

Základem je zahájení antihypertenzní terapie a zajištění placentární perfuze, antikřečová terapie, ale hlavně včasné ukončení gravidity.

Podpůrnou terapií je magnezium sulfuricum, které snižuje vasokonstrikci a dilatuje menší cerebrální cévy.

Dále jsou podávány antihypertenziva, eventuálně diuretika.

Pokud se nepodaří zvládnout preeklampsii, vyústí stav do eklampsie. Eklampsie je záchvat tonicko-klonických křečí. Bohužel může někdy záchvat eklampsie nastat i

bez předchozí preeklampsie. Dokonce může mít podobu komatu - eklampsia sine eklampsia.

#### **4.5 Eklamptický záchvat**

Eklamptický záchvat má obvykle čtyři fáze:

- Fáze prodromů- neklid, záškuby fatálních svalů, silné bolesti hlavy, nauzea, bolest v epigastriu, zvracení.
- Fáze tonických křečí postihujících žvýkací svaly, svaly hrudníku a bránici vedoucí k apnoe, přidávají se křeče zádového svalstva vedoucí k opistotonu, stav trvá několik sekund.
- Fáze klonických křečí- nekoordinované pohyby celého těla.
- Koma - hluboké s mydriázou zornic, po probuzení je amnezie.

Celý syndrom se může opakovat stále dokola - status eklampticus.

#### **4.6 Ošetřovatelská péče**

U pacientky s preeklampií je nutné vytvoření klidného, tichého prostředí s tlumeným světlem. Odstranění pokud možno všech podnětů, které by mohly vyvolat excitaci nervového systému. Sledování krevního tlaku je samozřejmostí a informování lékaře o změnách, kterým je nutné přizpůsobit terapii také. S pacientkou je dobré komunikovat, tichým, klidným hlasem, vysvětlit nejasnosti, uklidnit. Tady, stejně jako u všech ostatních diagnóz, je nutná spolupráce týmu - lékař-porodní asistentka. Pacientku velmi uklidní, když vidí, že tým je profesionální. Častý monitoring stavu plodu pomocí CTG je také standardem a zároveň přinese klid pacientce.

## 5 RIZIKO - HELLP SYNDROM

HELLP syndrom je popisovaný jako samostatné onemocnění nebo jako komplikace preeklampsie.

Je to velmi závažné onemocnění spojené s vysokou mortalitou a morbiditou. Poprvé byl název HELLP syndrom popsán v roce 1972. Symptomy jsou obsaženy v názvu syndromu. **H**emolysis, **E**levated **L**iver enzymes, **L**ow **P**latelet count. Nejčastěji se vyskytuje u multipar do 36.týdne gravidity.

### 5.1 Patofyziologie

není přesně známa stejně jako u preeklampsie a jedná se zřejmě o důsledek poškození cévní stěny s generalizovaným vazospasmem a následným multiorgánovým selháním.

### 5.2 Symptomy

Mluví-li se u preeklampsie o dominantní poškození ledvin, pak u HELLP syndromu jsou tím hlavním orgánem játra. V játrech vznikají hepatální nekrózy a mohou vznikat i subkapsulární hematomy, které napínají pouzdro jater a způsobují pacientce bolest lokalizovanou v epigastriu.

Přítomna je samozřejmě i hypertenze, proteinurie může, ale nemusí.

### 5.3 Laboratorní vyšetření

V laboratoři je trombocytopenie a elevace jaterních testů 2x až 3x. Počet trombocytů klesá až pod 100 tis. Trombocytopenie je způsobená konzumpcí trombocytů v důsledku poškozeného endotelu cév.

### 5.4 Komplikace

Komplikací je u více jak 40% abrupce placenty, akutní renální selhání, plicní edém, ruptura subkapsulárního hematomu, preeklampsie a hypoxie plodu.

## **5.5 Terapie**

Terapií je zvýšení objemu cirkulující tekutiny, úprava hemokoagulace krevními deriváty, kortikoidy, antihypertenziva, antibiotická profylaxe, hepatoprotektiva. Ukončení gravidity, zejména při progresi nebo známkách rozvíjející se DIC.

## **5.6 Ošetrovatelská péče**

U HELLP syndromu je péče podobná jako u preeklampsie. Pro pacientku je dominantní bolest v epigastriu a nevolnost. Je nutné, aby pacientka byla dobře informována lékařem. Ošetrovatelská péče se opět zaměřuje na monitoring fyziologických funkcí a stavu plodu. Péče o periferní vstupy je také standardem. Stav může rychle progredovat a končit akutním císařským řezem.

## 6 PŘÍKLAD NAVRHOVANÉHO POSTUPU

Na příjem porodního sálu zazvoní žena, že necítí pohyby. Je neklidná. Většina zdravotníků si v tu chvíli uvědomí závažnost situace. Klidným hlasem ženu pozdravíme, pozveme dál a představíme se. Teď musí žena cítit, že to je „dobré místo“ pro ni. Měla by nabýt dojmu, že ať se od tohoto okamžiku stane cokoli, je v dobrých rukou. Zde nezmiňuje profesionální kvality týmu, které jsou jakousi tichou samozřejmostí, ale o dobrých rukou, protože pocity a emoce budou nyní hrát obrovskou roli. Dobře víme, že většina zdravotníků jsou velmi dobří profesionálové, ale také víme, že to nestačí.

Po představení se zeptáme, jak může ženu oslovovat. Každá žena si přeje oslovovat jinak a měli bychom to respektovat. Některá žena si přeje být oslovována titulem, jiná příjmením, křestním jménem nebo přezdívkou. Křestní jméno je nejobvyklejší a odbourá počáteční ostych a otevře cestu. Samozřejmostí je vykání. Pokud některá rodička navrhne tykání, je na místě návrh odmítnout, a používat ke křestnímu jménu oslovení „paní“. Zeptáme se na termín porodu, a jak dlouho pohyby plodu necítí, zda nekrvácí, nemá bolesti nebo jakýkoliv výtok.

Předem si vyžádáme si těhotenskou legitimaci, občanský průkaz, rodné listy nebo oddací list, podklady pro matriční úřad dle zvyklostí porodnice. Po sdělení případné špatné zprávy by nutné formální úkony nebyly eticky vhodné.

Poté ženu vyzveme, aby si lehla na záda s mírně pokrčenými dolními končetinami, a provedeme zevní vyšetření, při kterém zhodnotíme tonus dělohy a polohu plodu. Poslechneme ozvy plodu CTG přístrojem. Ozvy nenalzáme, voláme lékaře a informujeme ho o situaci. Než se lékař dostaví, poučíme ženu o sonografickém vyšetření a připravíme ji na něj, zeptáme se, zda nepotřebuje na toaletu, připravíme sonografický gel a buničitou vatu. Z místnosti neodcházíme. Po příchodu lékaře na vyšetřovnu představíme lékaře rodičce a rodičku lékaři. Lékař provede vyšetření sonografem a sdělí ženě diagnózu.

## 6.1 Akutní stresová reakce

PhDr. Yvonna Loucká, specialista na krizovou intervenci a spoluzakladatelka Centra krizové intervence v Praze, přednáší také zdravotníkům a pomáhajícím profesím. Snaží se jim dát jednoduchý, ale účinný návod na jednání v situacích akutní stresové reakce. K účinné pomoci je třeba pochopit, že u lidí, stejně jako v přírodě, může nastat reakce dvojího typu.

### 6.1.1 Typ A

U ženy nastane akutní stresová reakce, která může mít dvě formy. Může být typu A a typu B. A reakce znamená aktivitu. Žena vyvíjí aktivitu, která může a ve většině případů také je, zcela iracionální. Běhá po místnosti, vykřikuje: „To není možné, to jste se zmýlili. Já ti to říkala, co řekneme Andulce, zavolejte primáře,...“ Partner může zareagovat i agresivně. V takovéto situaci je důležité, nechat reakci proběhnout, jen dávat pozor na případné zranění, pokud je reakce příliš aktivní i fyzicky. Nedostat se do přímého očního kontaktu, pokud žena stojí či běhá po místnosti, tak její pohyb alespoň částečně kopírovat. Nemá smysl jí cokoli vysvětlovat či říkat, žena během takovéto reakce vnímá jen asi z 10% a není schopna na vnímané reagovat.

### 6.1.2 Typ B

Druhým typem akutní reakce je typ B. Je to naopak ustrnutí. Žena (může se týkat i partnera) zůstane nehybná, nesrozumitelně mluví, pokládá otázky, nevnímá odpovědi. Platí totéž jako u A. Vnímání je omezeno jen na 10%.

Tyto dva typy reakce se mohou střídát. Intervaly se budou prodlužovat. Je dobré si všimnout znaků, které žena i partner vykazují během těchto stavů, abychom je mohli rozpoznat, protože se mohou objevit kdykoli během pobytu ženy v porodnici. Během reakce typu B ženě nabídneme kapesník, sklenici vody, WC,... Postaráme se o základní tělesný komfort. Během této doby máme i my čas na to tu zprávu, která nás samozřejmě také zasáhne, zpracovat. Musíme si dobře sednout (pevně, rovně, nohy na zemi), dobře dýchat, musíme působit na ženu vyrovnaně a důvěryhodně. Po překonání akutní reakce přijde na řadu otázka co dál?

V tomto okamžiku je prostor pro vysvětlení dalšího postupu lékařem. Rozhovor může trvat dlouho, ale teď přichází fáze, kdy čas nehraje žádnou roli a pacientka by ho měla od lékaře dostat, kolik potřebuje.

Nastává fáze velmi intenzivní a citlivé práce s rodičkou a její rodinou, která je pro porodní asistentku nesmírně náročná, ale pro ženu velmi důležitá.

Je potřeba se ženou co nejpodrobněji rozebrat celý postup, zdůvodnit a odpovědět na všechny otázky. Je to časově velmi náročné a rozhodně to nejde najednou. Opakovaně budou ženou pokládány stejné otázky. Je vhodné, aby personál sladil odbornou argumentaci, pacientka se dostane do fáze obviňování a bude velmi podezřívavá. I malý nesoulad v interpretaci stavu může vést k patologickému podezírání.

U takto složitých situací specialisté na krizovou intervenci doporučují tzv. rozdělit čas a vymezit mantinely. „Dát běhu času řád.“ To znamená: „Teď budeme dělat to a to, potom přijde to,..."

Porodní asistentka domluví se ženou, že teď má před sebou úkol, a tím je "miminko porodit". Přestože je to pro ženu velmi bolestivé, nemá smysl jakékoliv odosobňování. Nemá smysl mluvit o plodu a už vůbec ne o „tom“. Doposud to bylo dítě, popřípadě „Anička“, ke kterému si vytvořili vztah a odosobnění, v tuto chvíli může vést k zapouzdření traumatu, které může v budoucnu tvořit veliký problém.

## **6.2 Partner**

Do naší péče v tuto chvíli patří i otec dítěte. Musíme i jemu přiznat právo na smutek, nechat mu prostor na truchlení. Je dobré, když muž najde spojence, který mu pomůže překonat nejhorší okamžiky. Může to být kamarád nebo může oslovit organizaci „Nejste sami“ (organizace sdružující stejně postižené rodiče). Muži musí svoje pocity ventilovat, jakýmkoliv zdravým způsobem. Velmi se osvědčuje těžká fyzická práce.

Měli bychom s partnerem mluvit alespoň chvíli o samotě. Po rozhovoru s lékařem je partner jakoby opomíjen. Pracuje se intenzivně se ženou. Je tedy dobré, když partner ví, že o jeho žalu, přestože není dáván najevo, víme. Ale také víme, že partner musí být teď ten silnější, ten kdo ženu podpoří ze všech svých zbývajících sil, protože ji čeká velmi nelehký úkol a tím je porod.

Manžel začne fungovat jako praktik a spojka mezi okolním světem a ženou. Je mu dána za úkol komunikace s rodinou (dle vztahů, které v rodině panují). Stará se o běžné praktické věci.

Zároveň již obdrží kontakt na „K Centrum“ (centrum krizové intervence v Praze Bohnicích), kde poskytují akutní psychologickou pomoc v takovýchto případech. Je dobré, aby mu bylo zdůrazněno, že situaci není dobré podceňovat, že rodina ho bude velmi potřebovat a proto musí pracovat i sám se sebou.

### **6.3 Sdělování zprávy rodině**

Po prvotním šoku mají rodiče strach z kontaktu s nejbližší rodinou. Jak tuto smutnou zprávu sdělit staršímu sourozenci a prarodičům.

Děti jsou schopni pochopit smrt od 3roku věku. Podle zkušeností Phdr. Španihelové ji přijímají překvapivě dobře. Potřebují jasné a konkrétní informace podané přiměřeně věku. Jasné informace nasatí bezelstnou dětskou zvědavost a předejdou zvědavým dotazům v budoucnu. Dokonce může být dítě velmi empatické a pomoci matce s překonáním prvních dnů doma.

Pro prarodiče platí v podstatě totéž. Dát jim informace. Hned v počátku je možné, aby se zúčastnili loučení a v budoucnu se hovorům o dítěti nebránit. Součástí uzdravného procesu je i vyprávění si o dítěti. O tom jaké bylo těhotenství, jak vypadalo na fotkách z ultrazvuku,...

Je možné, že rodiče požádají porodní asistentku, aby tuto zprávu sdělila rodině sama. V tomto případě je doporučeno přání vyhovět a citlivě zprávu předat.

Prostor pro prarodiče se otevírá po příchodu domů, kdy mohou ženu provést prvními dny. Je potřeba se postarat o praktické věci, dát dnům řád, nedovolit ženě aby zůstávala v posteli. Pomoci jí ráno vstát, umýt se, dojít na nákup,...

Postupně se život normalizuje. Také je dobré jmenovat někoho do funkce jakéhosi „tiskového mluvčího“, který bude vyřizovat telefonáty „gratulantů“. Ženy se zpočátku velmi obávají kontaktu s „nezasvěcenými“. Nechtějí stále dokola vysvětlovat, co se stalo.

Po prožitém traumatu a období odžití, je nutné celou situaci uzavřít. Stanovit si, že tohle dítě bylo číslo 1 a odešlo a teď přijde dítě č. 2, neboli úplně jiné dítě. Není vhodné, aby bylo mrtvorozené dítě „vymazáno“. To je zapouzdřené trauma., které se může při nějakém impulzu otevřít a způsobit závažné zdravotní komplikace psychické, ale i fyzické.



## 6.4 Rozloučení

Měly bychom také otevřít téma porodu a rozloučení se s dítětem. Zpočátku mohou být rodiče otázkou zaskočeni. Reakce se liší podle postoje rodičů k náboženství. Jsou-li duchovně založeni, je pro ně situace sice velmi těžká, ale mnohem přijatelnější. Mají i blíže k rituálům, které jsou v tomto případě nutné. Jedním z takových rituálů je rozloučení se s dítětem.

Nabídka na rozloučení s dítětem by měla trvat a měla by být široká. Od „pouhého“ pohledu, přes pochování a kontaktu až k otiskům nožiček, ručiček a pramínku vlasů. V prvních chvílích po porodu může mít žena strach z toho, co uvidí. Je tedy potřeba dát čas na rozhodnutí. Ale stejně tak musí být limitován i kontakt s dítětem. Není dobré, aby loučení trvalo neomezeně dlouho. V případě, že se rodiče rozhodnou pro rozloučení, měly bychom zůstat nejlépe v místnosti, abychom mohli zasáhnout v případě neočekávané reakce.

Rozloučení s novorozencem podle zkušenosti PhDr. Španihelové je dobré také proto, že si žena uvědomí realitu. Předejde se bludným představám, že se to nestalo, že dítě někde je a k matce se vrátí.

Samozřejmou otázkou je také dotaz na možnost dalšího otěhotnění. Z medicínského hlediska po spontánním porodu není kontraindikací časné otěhotnění i v horizontu několika měsíců, ale z psychologického je minimální lhůtou rok. Pokud žena otěhotní dříve, hrozí jí deprese, úzkosti, sebepozorování a stav může vyvrcholit poporodními depresemi.

## **7 KAZUISTIKA LISTOPAD 2009**

8.11.2009 v 11:36 přichází na příjem rodička A.G. 28 let, žijící s partnerem v městském bytě 2+1. Je bez zaměstnání. Dříve pracovala jako technička u telekomunikační společnosti. Přichází s partnerem. Je rozvedená. Chce oslovovat křestním jménem.

Přichází s absencí pohybů, je gravidní 37 týdnů.

### **7.1 Fyzikální vyšetření porodní asistentkou:**

Měří 152 cm, současná váha je 65 kg a před graviditou vážila 50 kg.

Je upravená, přiměřeně oblečená, působí klidným dojmem, komunikace je dobrá.

TK 105/65, P 62/min, TT 36,5° C

### **7.2 Ošetřovatelská anamnéza**

Odebrána ošetřovatelská anamnéza dle Gorodnové

Jméno: G. A

Věk: 28 let

Diagnóza: Fetus mortus in grav.hbd. 37+0

#### **7.2.1 Vnímání zdraví**

Subjektivně se cítí velmi dobře, nekrvácí, kontrakce necítí, výtok nemá. Pohyby plodu necítí od včerejšího večera.

Objektivně nacházíme normotonickou dělohu, plod v poloze podélné, krční rýha nehmatná.

#### **7.2.2 Výživa a metabolismus**

Před graviditou vážila 50 kilogramů, váhový přírůstek je 15 kilogramů, dietu nedrží, nechutenstvím netrpí, jídelníček se snaží sestavovat pestrý s velkým podílem zeleniny a ryb. Příjem tekutin se pohybuje v rozmezí 2,5 až 3 litry tekutin za den v podobě čajů a neperlivé vody. K snídani pije sklenku čerstvé ovocné šťávy.

### **7.2.3 Vylučování**

Mimo graviditu nemá s vyprazdňováním problém, nemá žádné vyprazdňovací rituály, nemusí upravovat jídelníček kvůli stolici. V souvislosti s graviditou má mírnou obštipaci, kterou řeší sklenkou ovocné šťávy k snídani. Někdy zařadí do jídelníčku i preparát ze sušeného ovoce Regulax a lněné semínko v bílém jogurtu se živou kulturou. Močí častěji, menší porce, ale bez problémů.

### **7.2.4 Aktivita, cvičení**

Před graviditou pracovala na help lince telekomunikační společnosti, zaměstnavatel s ní ukončil spolupráci. Je tedy od 12 týdne gravidity v domácnosti. Je v České republice cizinkou a jejím povoláním je fotografování a výroba šperků na zakázku. Má teď čas se věnovat své původní profesi.

Mimo graviditu je rekreační plavec a běžec. Během gravidity ráda chodí na delší procházky se psem. Jedenkrát v týdnu dochází do kursu gravidjogy.

### **7.2.5 Spánek, odpočinek**

Spí dobře, usíná pravidelně a vstává každé ráno ve stejný čas, během posledních dvou týdnů bývá unavená po obědě, spí tak 30 minut.

### **7.2.6 Vnímání, poznávání**

Nemá žádný smyslový deficit. Brýle nenosí, slyší dobře. Je orientovaná časem i místem.

### **7.2.7 Sebepojetí**

Gravidita byla sice neplánovaná, ale je velmi chtěná. Cítí se dobře v roli nastávající matky. Svě tělo vnímá jako krásné a váhový přírůstek jí nevadí.

### **7.2.8 Role, mezilidské vztahy**

Je v České republice několik měsíců, zvykla si rychle. Jejím předchozím bydlištěm byla Kalifornie ve spojených státech, kde žila 5 let. Ani USA není její rodiště. Narodila se v Rusku, v Petrohradě. Je tedy zvyklá měnit země pobytu a přátele nachází rychle a bez problémů. Je dva roky rozvedená, rozvod proběhl za nesouhlasu manžela,

víc se k tomu vyjadřovat nechce. Se současným partnerem se seznámila zde, je také cizinec, ale v ČR žije již několik let. Jazyk ovládá výborně.

Komunikace mezi partnery probíhá v několika jazycích (čeština, angličtina, ruština), nemají společný rodný jazyk. Volba komunikačního jazyka je závislá na tématu rozhovoru. Pokud je tématem něco velmi osobního, použijí ruštinu, mateřský jazyk A.G.

Matka A.G: je v ČR také. O svém otci mluvit nechce. Rodiče partnera žijí v jeho rodné zemi, stýkat se z politických důvodů nemohou.

### **7.2.9 Sexualita, reprodukční schopnost**

Menstruační cyklus byl pravidelný, krvácení střední intenzity, ale velmi bolestivé. Pravidelně užívala analgetika. Sexuální život je normální a s partnerem se intimně stýkali i během gravidity.

#### **7.2.10 Stres, ovládnání**

Zátěžové situace zvládá dobře, je samostatná, má organizační talent. Se sebeovládáním potíže nemá, charakterizovala by se spíše jako „mírná povaha“.

#### **7.2.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

V Boha nevěří a je spíše racionální. Nerada plánuje, její plánování je spíše krátkodobé. Váží i pravdomluvných lidí a lež jí zlobí. Necítí se dobře v situacích, kdy má málo informací.

#### **7.2.12 Bezpečnost, ochrana**

A.G. je zcela soběstačná, nemá žádný hendikep. Cítí se dobře a bezpečně, jen má strach o své nenarozené dítě.

#### **7.2.13 Komfort**

Její současný stav ji limituje zejména ve sportu. Také ji omezuje častá mikce, ale chápe, že je to jev související s graviditou a je přechodný. Pohyby plodu jsou často i nepříjemné, to ji velmi překvapilo, v literatuře se o tom nikde nedočetla. Ale je zaskočena současnou situací, kdy pohyby plodu necítí vůbec a má obavy, zda je vše v pořádku.

### 7.2.14 Růst a vývoj

Má vysokoškolské vzdělání ekonomického směru, snadno se učí cizí jazyky. Myslí si, že ČR nebude poslední zemí, ale zatím nemá plán. Jakou práci bude vykonávat po mateřské dovolené zatím neví, bavilo by ji vrátit se ke své profesi, ale nemá tady pro to dobré podmínky.

### 7.3 Lékařská anamnéza

RA: otec matky rodičky 3x infarkt myokardu, zemřel na karcinom hrtanu, matka matky rodičky zemřela na cévní mozkovou příhodu.

OA: dětství opakované anginy, ve 12-ti letech oboustranná pyelonefritis. V dospělosti v roce 2008 prodělala akutní pneumonii léčenou trojkombinací širokospektrých antibiotik (jakými neví).

Ve 13ti letech apendektomie, ve 14ti letech plastická operace nosu po pádu

GA: udává nepravidelnou bolestivou menstruaci, během prvních dvou dnů menstruačního krvácení užívala analgetika opiátového typu název neví, byl to preparát předepsaný gynekologem v USA.

První gravidita.

AA: uvádí alergii na PNC a vitamin B v injekční formě.

Nekouří, léky žádné trvale neužívá. Kávu pije příležitostně mimo graviditu.

Otec dítěte S.N. 22 let středoškolák žijící ve městě nad 100 tisíc obyvatel, zdrav.

Gravidita byla diagnostikovaná v 8 týdnu.

Krevní skupina matky 0 pozitivní, protilátky vyšetřeny 3x- negativní.

Serologie negativní.

Triple test negativní. OGTT negativní.

Sonoanatomie normální.

Od předchozího dne ráno necítí pohyby plodu.

## 7.4 Příjmové vyšetření

Voda plodová zachovalá, děloha normotonická, nekrvácí, na CTG nezachyceny ozvy plodu.

Sonograficky prokázána asystolie.

TK 90/60 Torrů, P 100/min, TT 36,5° C

Vaginálně pochva volná, klenby plné nevyvinuté, spona stydká hladká, kost křížová klenutá, hladká, promontoria nedosaženo. Hrdlo 2,5 cm, mediosakrálně uloženo, zcela uzavřeno. Nad vchodem balotuje velká část plodu.

UZ abdominální prokazuje plod v poloze podélné koncem pánevním, postavení první, splanding přítomen.

Plod odpovídá gestaci 35 týdne, váhový odhad 2500g, placenta na přední stěně bez známek odlučování. Menší množství plodové vody.

## 7.5 Sdělení diagnózy

Pacientce sdělujeme, že plod zemřel, na zprávu reaguje akutní stresovou reakcí typu B, mlčí, její pohled je velmi nešťastný, je nehybná a pevně drží za ruku svého partnera (později přizná, že „to věděla, už když jela do porodnice“).

Po chvíli začne velmi usedavě plakat, ale stále nemluví.

Po odeznění akutní reakce se zeptá na další postup. Je jí vysvětlen, zatím v několika bodech. Je upozorněna na to, že informace bude dostávat postupně, a že si může kdykoliv vyžádat další.

Je ubytována na jednolůžkovém pokoji. Tašku s věcmi vyzvedává partner v autě a pomáhá vybalit nejnnutnější hygienické potřeby. Rodička žádá časový prostor o samotě s partnerem. Je jim poskytnut.

Po 30 ti minutách je započato postupné plnění ordinací

## 7.6 Ordinovaná vyšetření

Ordinován periferní žilní vstup se současným odběrem krve:

Krevní obraz (Hb 123; Hct 0,37; Ery 3,85; Leu 7,9; TR 226)

Jaterní testy (v normě)

Iontogram (v normě)

APTT + Quick (bez posunu)

CRP (8,5)

Fibrinogen, FDP, Antitrombin III, D-Dimery (bez posunu)

Vyšetření moči na močový sediment a moč orientačně (fyziologický nález)

Kontrola fyziologických funkcí po 2hodinách

Kontrola krvácení

Kontrola celkového stavu rodičky

## 7.7 Průběh léčby

Dále ordinována antibiotika intravenózně (Cefazolin 1g po 8-mi hodinách ve 100ml FR), Fraxiparine 0,3 ml s.c po 24hod.

Je zahájena preindukce porodu tabletou Prostinu 3mg zavedeného do poševní klenby.

### 7.7.1 1. den hospitalizace

**8. 11.2009 v 15:00**

TK 115/70 Torrů, P 101/ min TT 37,2° C

Pacientka kontrakce nemá, VP jí neodtéká, nekrvácí. Její psychický stav odpovídá situaci, pláče, drží partnera za ruku a mlčí. Otázky nepokládá. Porodní asistentkou je postupně edukována o všech úkonech, které porodní asistentka provádí.

**Vaginální vyšetření:**

mediosakrálně uložené hrdlo 2cm, uzavřené, plod nad vchodem, děloha normotonická.

Zaveden Prostin 3mg tableta do klenby poševní.

**Ošetřovatelské diagnóza** - smutek z důvodu smrti plodu projevující se pláčem a duševní tísní.

**Cíl** - otevřené vyjádření pocitů.

**Intervence** - vyjádřit klientce účast, nabídnout jí pomoc, mluvit s ní o její ztrátě, vysvětlit normalitu všech emočních projevů a všech pocitů, které v současné situaci má, protože to je normální reakce na nenormální situaci.

**Hodnoceni** - klientka o svých pocitech zatím nemluví, diagnóza pokračuje.

#### **8. 11. 2009 v 17: 00**

TK 100/60 Torrů, P 100/min, TT 37,1°C

Pacientka pociťuje slabé kontrakce lokalizované v podbříšku, slabě špiní tmavou krví, voda plodová neodtéká, močí bez obtíží.

Začíná mluvit o svých pocitech, pokládá první otázky týkající se příčiny a následků. Cítí se velmi unavená a smutná.

Splněn cíl diagnózy smutku.

#### **8. 11. 2009 v 19: 00**

TK 105/65 Torrů, P 95/min.

Pacientka mluví s ošetřující lékařkou o dalším postupu.

Porodní asistentka mluví s partnerem o jeho pocitech a celé nastalé situaci. Partner se necítí dobře, porodní asistentka uzná oprávněnost jeho pocitů a doporučí rozhovor s psychoterapeutem linky krizové intervence. Partner to zatím odmítá, kontakt si od porodní asistentky bere.

#### **8. 11. 2009 v 22:00**

Aplikována 2.dávka Cefazolinu 1g ve 100ml FR i.v.

Kontrakce jsou slabé, nepravidelné, pacientka velmi slabě špiní tmavou krví, voda plodová neodtéká.

Ordinován Plegomazine 25mg i.m.

**Ošetřovatelská diagnóza** - porucha spánku

Z důvodu duševního traumatu a nastupující děložní činností projevující se špatným usínáním, častým buzením a stížnostmi na únavu.



**Cíl** - zlepšení kvality spánku.

**Intervence** - promluvit s klientkou, informovat lékaře a dát léky podle ordinace, snížit množství rušivých podnětů, upravit prostředí pokoje.

**Hodnocení** - klientka spí bez přerušování, návštěva pokoje porodní asistentkou za účelem kontroly stavu ji nevzbudí.

## 7.7.2 2. den hospitalizace

### 9. 11. 2009 v 4:00

Pacientka leží, pospává, bolesti hlavy neguje. V noci spala, intenzita kontrakcí se zmenšila, jsou pouze nepravidelné, intenzitu přirovnává ke slabým menstruačním bolestem. Fyziologické funkce byly v normě, děloha mírně reaguje při dráždivém impulsu.

### 9. 11. 2009 v 6:00

Aplikována 3. Dávka Cefazolinu 1g ve 100ml FR i.v.

PŽK 2. den, místo vpichu klidné, bolest v místě aplikace neguje. Kontrakce udává ojediněle, nekrvácí, voda plodová neodtéká. TK 110/70 Torrů P 90/min, TT 36,8°C.

**Ošetřovatelská diagnóza** - potenciální- riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného periferního žilního katetru.

**Cíl** - zabránit vzniku infekce-

**Intervence** - vysvětlit klientce princip katetru, dodržovat standardy péče o intravenózní vstupy, kontrolovat místo vpichu.

### **9. 11. 2009 v 8:00**

Počínající děložní činnost, kontrakce po 5-ti min, lokalizované v podbřišku.

Voda plodová zachovalá, nekrvácí.

Vaginální vyšetření: prosáklé hrdlo 2cm prostupné pro prst, na vchod pánevní naléhá velká část plodu ve vaku blan. Zavedena tableta Prostin 3mg do zadní klenby.

Ordinováno opakování laboratorních testů

Klientka vyjádřila obavu o svého partnera, o jeho psychický stav. Je informována o tom, že i on je zahrnut do péče porodní asistentky, a že již dostal kontakt na odbornou pomoc. Je jí doporučeno, ať si o svých obavách s partnerem promluví.

**Ošetřovatelská diagnóza** - bolest z důvodu nastupující děložní aktivity.

**Cíl** - zmírnění vnímání bolesti.

**Intervence** - zjistit lokalizaci bolesti, poučit klientku o úlevových polohách, doporučit termofory s teplou vodou dle lokalizace bolesti, naučit rodičku dechové techniky, zapojit partnera, naučit ho masážní úlevové techniky.

**Hodnocení** - klientka udává zmírnění bolesti, mezi kontrakcemi relaxuje.

### **9. 11. 2009 v 9:00**

TK 115/70 Torrů, P 100/min, TT 36,8 °C

Kontrakce sílí, interval 5 minut, rodička žádá analgezii. Dostavuje se první vážnější psychická krize. Rodička odmítá spolupracovat, žádá císařský řez, nařiká a pláče, kontrakce snáší velmi špatně, úlevové techniky doposud vyhovující odmítá s tím, že jsou nedostatečné... Informován porodník, který navrhuje epidurální analgezii. Rodička souhlasí.

Ordinován 500 ml Ringer i.v.

Rodička močila spontánně, bez obtíží.

Je převezena na porodní sál k aplikaci EDA.

**Ošetřovatelská diagnóza** - nedostatečná spolupráce rodičky z důvodu psychické alterace, projevující se nespoluprací rodičky s personálem.

**Cíl** - obnovit spolupráci klientky na léčbě.

**Intervence** - zajistit rozhovor s lékařem, promluvit s klientkou o důležitosti spolupráce, sestavit s klientkou časový harmonogram péče, který bude zahrnovat i čas ke zvážení variant navrhovaného postupu, odpovědět na všechny dotazy.

**Hodnocení** - klientka plně spolupracuje při léčbě.

### **9. 11. 2009 v 10:00**

Rodička je přivezena zpět z porodního sálu, cítí se lépe, cítí mírnou úlevu, kontrakce subjektivně cítí slabší.

Na porodním sále zaveden EDA katetr, pomocí injektomatu dávkovaná EDA směs.

TK 100/60 P 95/ min, TT 37,0 °C

Rodička nekrvácí, voda plodová neodtéká, děloha je dráždivá.

### **9. 11. 2009 v 10:30**

TK 105/65 Torrů, P 89/min

Rodička má kontrakce po 4 min, nebolestivé, voda plodová jí neodtéká, nekrvácí. Cítí velmi slabé dolní končetiny, má pocit, že „ji neunesou“. Močí spontánně na míse.

**Ošetřovatelská diagnóza** - riziko pádu z důvodů podání bolusové dávky analgetika do epidurálního katetru.

**Cíl** - prevence pádu nebo zranění.

**Intervence** - informovat anesteziologa o nastalé situaci a o neklidu klientky, poskytnout klientce podporu a pocit bezpečí při mobilizaci ve spolupráci s partnerem.

**Hodnocení** - klientka je po rozhovoru s anesteziologem klidná, cítí se bezpečně, partner poskytuje plnou fyzickou podporu při polohování.

#### **9. 11. 2009 v 12:05**

Kontrakce po 4 min

Vaginálně: CS 6 bodů, voda plodová zachovalá, řiť plodu naléhá na vchod pánevní, vzhledem k řitní poloze plodu přistoupeno k indukci porodu tabletou Prostinu 0,5 mg při zachovalé vodě plodové. Kontrakce sílí, po 3min, voda plodová zachovalá, nekrvácí,

EDA směs spotřebována, volán anesteziolog, který do injektomatu připravil další dávku směsi.

#### **9. 11. 2009 v 13:00**

Dle ordinace anesteziologa aplikován Fraxiparine 0,3mg s.c.

TK 100/60 Torrů, P 88/min, TT 36,6 °C

Rodička vyjadřuje obavy s komunikací s rodinou a přáteli po návratu domů. Neví, jak situaci zvládne. Klientce je ke zvážení navrhována možnost určení třetí osoby, která by komunikaci, v prvních dnech po návratu domů, zajistila. Možnost se rodičce líbí, jen neví, koho o takovou službu požádá.

#### **9. 11. 2009 v 14:00**

Aplikována 4. Dávka Cefazolin 1g ve 100ml FR i.v.

Kontrakce po 3minutách, sílí. Vaginální nález: čípek na  $\frac{3}{4}$  falangu, pro prst prostupný, plod naléhá na vchod pánevní ve vaku blan. Ordinováno pokračování v kontinuální epidurální analgezií.

U klientky se dostavuje další silná emoční reakce. Pláče a nařiká, stále opakuje otázku. „proč“? Porodní asistentka i partner zůstávají s rodičkou po dobu pláče.

**9. 11. 2009 v 15:00**

Rodička udává kontrakce po 3 minutách, snesitelné intenzity, nekrvácí, voda plodová je zachovalá

TK 110/70 Torrů, P 90/min, TT 37,8 °C.

**Ošetřovatelská diagnóza** - riziko retence moči z důvodu snížené vnímavosti způsobené epidurální analgezií.

**Cíl** - rodička se spontánně vymočí.

**Intervence** - upozornit rodičku na možnost, že necítí nucení na močení, poučít ji o nutnosti jejího aktivního přístupu k mykci.

**9. 11. 2009 v 16:00**

V 16: 55'kontrakce po 3 minutách

Vaginálně hrdlo 0,5 cm pro prst prostupné, na vchod naléhá řiť plodu ve vaku blan

Ordinováno pokračování v ATB terapii Cefazolin 1g po 8mi hodinách, přidán Efloran 500mg i.v. po 12 hodinách

**9. 11. 2009 v 17:00**

Aplikován Efloran 500 mg i.v., periferní žilní vstup bez zarudnutí a bolestivosti, Je provedena výměna krytí periferního žilního katetru.

**9. 11. 2009 v 18:00**

Spontánní odtok malého množství velmi zkalené vody plodové.

TK 120/80 Torrů, P 100/ min, TT 37, 8 °C

Klientka si všimne barvy a zápachu plodové vody a klade otázky na příčinu. Porodní asistentkou je jí vysvětlena normalita takové kvality plodové vody v této situaci.

**9. 11. 2009 v 18:20**

Vaginální vyšetření: hrdlo spotřebované, branka 3 cm, hmatná řiť plodu, odtéká velmi zkalená voda plodová, nekrvácí, kontrakce po 3 minutách, subjektivně vnímané pouze jako tlaky v podbříšku.

Ordinován Perfalgan 100 mg i.v.

**9. 11. 2009 v 19:00**

Kontrakce po 3 minutách, zvracela jedenkrát, subjektivně se cítí přiměřeně situaci.

Porodní asistentkou je otevřena možnost rozloučení se s dítětem. Je jí vysvětleno, že nabídka bude široká. Jen sama klientka si určí, v jakém rozsahu bude nabídka využita. Je jí ponechána možnost, rozhodnout se až po porodu.

**9. 11. 2009 v 20:00**

TK 110/70 Torrů, P 90/min, TT 37,0 °C

Vaginálně branka jemná, volná v průměru 8 cm, řiť plodu naléhá ve vchod pánevní velmi těsně v I šikmém průměru, voda plodová neodtéká, nekrvácí, kontrakce po 2 minutách. Rodička močí spontánně

**9. 11. 2009 v 21:00**

Kontrakce po 2 minutách, nutivé.

Rodička zareaguje panickou atakou, hyperventiluje, její vnímání je porušeno. Porodní asistentkou je držena za ruce a je na ní mluveno klidným, ale důrazným hlasem. V jednoduchých větách je jí zdůrazňována nutnost mobilizace sil a spolupráce, k rychlému dokončení porodu. Ataka po krátké době ustupuje bez nutnosti medikace.

**Ošetřovatelská diagnóza** - porucha dýchání z důvodů úzkostného stavu.

**Cíl** - zajištění přiměřené plicní ventilace.

**Intervence** - vyzvat rodičku ke zklidnění dechu, aplikovat chladný obklad obličeje, dát rodičce doušek vody, mluvit na ni klidným, ale důrazným hlasem.

**Hodnocení** - dechová frekvence se normalizovala.

**9. 11. 2009 v 22:00**

Vaginálně: branka zašlá, řiť plodu v I šikmém průměru vstupuje velkým oddílem, kontrakce po 2 minutách, nekrvácí.

Aplikována 5. dávka 1g Cefazolin ve 100ml FR

Rodička je na porodním sále s porodní asistentkou, manželem, přichází lékařka, která na porodním sále zůstává. Na porodním sále je ticho tlumené osvětlení. Mezi jednotlivými kontrakcemi rodička relaxuje se zavřenýma očima, drží partnera za ruku.

#### **9. 11. 2009 v 22:10**

Je provedena episiotomia mediolaterális, latus sinister, poté spontánní porod plodu v poloze koncem pánevním - řiť.

Aplikován Methylergometrin 1 amp. i.v.

Bez přerušení pupečnicku se ve 22:15 rodí placenta.

Novorozenec i placenta je předána porodní asistentce a přítomnému pediatrovi. Je provedeno měření, vážení a ohledání.

Váha novorozence je 2 530g, délka 46 cm, pohlaví je ženské, kůže není macerovaná, novorozenec je bez zjevných známek vývojových vad.

Pediatr vypisuje „List o prohlídce mrtvého“, kde jako předběžnou příčinu smrti uvádí nitroděložní hypoxii.

#### **9. 11. 2009 v 22:15**

Spontánní porod placenty bez přerušeného pupečnicku. Lůžko je celistvé, s infarkty, pupečník je fyziologický- 3 cévy, placenta váží 300 g.

Je ordinováno navýšení dávky analgetika v injektomatu.

Je provedena kontrola porodních cest v zrcadlech- bez poranění. Episiotomie ošetřena vstřebatelnými Chirlac stehy.

Porodní asistentkou je novorozenci proveden otisk nohy na kartu se jménem, časem porodu, váhou a mírou novorozence, a je zabalen i s placentou do čisté bavlněné pleny a uložen do zavinovačky standardním způsobem.

#### **9. 11. 2009 v 22:30**

TK 110/60 Torrů, P 102/min, TT 37,3 °C

Děloha je retrahovaná, krvácení je přiměřené. Rodička je i s partnerem ponechána jen s porodní asistentkou na porodním sále. Reakce páru je přiměřená situaci.

### **9. 11. 2009 v 23:00**

Děloha je retrahovaná, krvácení je přiměřené, pacientka je observována na porodním sále, žádá vidět novorozence. Porodní asistentkou je na porodní sál přinesen novorozenec, zabalen v zavinovačce. Rodiče žádají o rozloučení o samotě. Je jim vyhověno, porodní asistentka zůstává v blízkosti porodního sálu.

Za deset minut je signalizačním zařízením přivolána zpět s žádostí o odvezení novorozence.

### **9. 11. 2009 v 23:10**

Novorozenec je odnesen z porodního sálu na žádost rodičů.

Děloha je retrahovaná, krvácení je přiměřené, sutura po episiotomii je klidná, anesteziolog odstraňuje epidurální katert.

TK 115/65 Torrů, P 100/min, TT 37,8 °C

### **9. 11. 2009 v 24:00**

TK 120/70 Torrů, P 100/min, TT 37,8 °C

Paralen 500mg per os

Děloha je retrahovaná, krvácení je přiměřené, ordinován překlad na oddělení šestinedělí, kde v péči pokračuje stejná porodní asistentka i lékařka, které byly přítomny porodu.

## **7.7.3 3. den hospitalizace**

### **10. 11. 2009 v 00:30**

Pacientka vstala, nekolabuje, močí spontánně, děloha retrahovaná, krvácení přiměřené, je přeložena na gynekologické oddělení.

### **10. 11. 2009 v 2:00**

Děloha je retrahovaná, krvácení je přiměřené. Pacientka odmítá sedaci, zůstává s manželem na jednolůžkovém pokoji.

TK 105/60 Torrů, P 90/min, TT 37,0 °C

Aplikován Fraxiparine 0,3mg s.c.



### 10. 11. 2009 v 6:00

Děloha je retrahovaná, krvácení je přiměřené.

TK 105/60 Torrů, P 86/min, TT 36,8 °C

Odebrán vzorek krve na vyšetření KO (v normě, oproti minulým testům leukocytóza 14 tis) a CRP (elevace na 81 mg/l)

Pacientka se subjektivně. cítí přiměřeně situaci. Je zaveden nový permanentní žilní katert.

Aplikována 6.dávka 1g Cefazolin ve 100 ml FR i.v.

**Ošetřovatelská diagnóza** - porucha integrity tkáně z důvodu provedené episiotomie.

**Cíl** - zajistit hojení a zabránit dalšímu poškození.

**Intervence** - edukovat rodičku o hygienickém režimu, doporučit klidový režim, informovat o vhodnosti oplachů rány odvarem z dubové kůry.

**Hodnocení** - rána se hojí per primam.

### 10. 11. 2009 v 8:00

Děloha retrahovaná, krvácení je přiměřené.

Pacientka močí bez obtíží, bolesti nepocítuje.

Podán Dostinex 1 mg per os, pacientka je poučena o péči o prsy.

**Ošetřovatelská diagnóza** - riziko retence mléka z důvodů zástavy laktace.

**Cíl** - prsy jsou volné měkké.

**Intervence** - poučit šestinedělku o nutnosti nošení vhodné podprsenky i během noci, poučit o ledových obkladech v případě potřeby, kontrolovat prsy.

### 10. 11. 2009 v 12:00

Děloha retrahovaná, krvácení je přiměřené, pacientka pospává.

TK 110/60 Torrů, P 78/min, TT 36,8 °C

**Ošetřovatelská diagnóza** - porucha výživy z nedostatečného příjmu stravy způsobené stresem

**Cíl** - zvýšení příjmu stravy

**Intervence** - rozhovorem zjistit stravovací návyky rodičky, čemu dává přednost, co naopak odmítá, umožnit rodičce výběr potravin, nabízet malé porce lehce stravitelného jídla v kratších časových intervalech.

**Hodnocení** - příjem potravy se zvýšil.

#### **10. 11. 2009 v 18:00**

Pacientka se cítí dobře, děloha retrahuje, krvácení je přiměřené, prsy klidné, sutura klidná.

TK 105/60 Torrů, P 68/min, TT 36,6 °C

### **7.7.4 4. den hospitalizace**

#### **11. 11. 2009 v 6:00**

Pacientce je odebrána krev na KO (pokles hladiny hemoglobinu ze 123 g/l na 115 g/l a pokles hladiny leukocytů ze 14 tisíc na 12 tisíc) a CRP (pokles z 81 mg/l na 70 mg/l)

TK 105/65 Torrů, P 60/min, TT 36,6°C

Pacientka si stěžuje na bolestivost sutury po episiotomii, sutura je klidná bez edému nebo hematomu. Dostává ledový obklad na suturu.

#### **11. 11. 2009 v 8:00**

Pacientka se cítí dobře, fundus děložní P/2, lochie sanguinolentní, sutura klidná, močí bez obtíží, prsy klidné. Periferní žilní katetr zrušit, dále antibiotika perorálně Ospen 3x 1 g.

Žádá propuštění domů.

Pacientka je propuštěna, je poučena o režimu v šestinedělí a kontrole u obvodního gynekologa, je jí doporučena psychologická pomoc, kontakty dostává.

## 8 ADMINISTRATIVNÍ ČÁST

Administrativní část, která je nedílnou součástí péče, přestože je v danou chvíli pro rodiče náročná, zahrnuje vyřízení rodného listu dítěte a pohřeb. (zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení; zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví)

Podklady po matriku, která vystaví „Rodný list dítěte“. Je shodný s rodným listem živě narozeného dítěte, jen chybí rodné číslo, které není v tomto případě přidělováno. K vystavení rodného listu musí rodiče dodat oddací list, kopie OP a vyplněný „Dotazník o jménu dítěte“. V dotazníku nemusí uvést křestní jméno dítěte. Křestní jméno může zůstat „neurčeno“. Dítě je zapsáno v „Matriční knize“. Dále je nutno k dokladům přiložit „List o prohlídce mrtvého“, vystavený pediatrem, který novorozence ohledal.

Dalším krokem je objednání pohřební služby. Nemocnice, jejíž součástí porodnice je, pravděpodobně má smlouvu s konkrétní pohřební službou, která zajistí převoz novorozence na patologii.

Po provedení pitvy, je novorozenci pohřební službou zajištěn pohřeb dle přání rodičů.

Rodiče mají v tomto případě nárok na „pohřebné“ 5000 Kč. Tuto jednorázovou dávku jim vyplatí Úřad státní sociální podpory.

V rámci dávky peněžité podpory v mateřství, kterou již začala čerpat 4-6 týdnů před porodem, bude dostávat podporu dále a to po dobu čtrnácti týdnů. (zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění)

Na porodné bohužel ze zákona nárok nemá, to je vypláceno podle sociální situace jen matkám živě narozených dětí.

## 9 FARMAKOLOGICKÁ ČÁST

V této kapitole je uveden přehled použitých farmak s jejich stručnou charakteristikou.

### 9.1 Prostin E2

Dinoprostonum 3 mg, vaginální tablety k indukci porodu v předpokládaném termínu nebo těsně před ním u žen se zralým děložním čípkem.

Dávkování přípravku Prostin E2 je nutno přizpůsobit odpovědi pacientky. K vyvolání porodu v termínu nebo těsně před ním se podává počáteční dávka 3 mg (1 tableta) vysoko do zadní klenby poševní. Druhá tableta může být zavedena po 6 - 8 hodinách, nenastane-li zatím porodní činnost. Maximální denní dávka je 6 mg.

Oxytocin a dinoproston působí na různé receptory v buňkách hladké svaloviny dělohy, současné podání obou přípravků může vést ke zvýšené kontraktilitě myometria. Proto tyto přípravky mohou být použity pouze následně, nikoliv současně, a za bedlivého sledování pacientky. Interval v jejich podání musí být nejméně 6 hodin.

### 9.2 Plegomazine

Patří do skupiny neuroleptik. Neuroleptika jsou léky upravující chorobně narušené myšlení, vnímání a chování. Je to nejpočetnější skupina léků užívaných v psychiatrii.

Účinnou látkou je Chlorpromazine, který byl vyvinut ze sedativně působícího antihistaminika. Podání vyvolá sedaci rodičky, psychomotorické zpomalení, úbytek bdělosti. Nastává i distancování od pocitu bolesti, které při povrchním sledování může vést k pocitu, že chlorpromazine má analgetický účinek. Vyšší dávky vyvolají apatii a spánek. Již malé dávky působí anxiolyticky.

Chlorpromazine může způsobit ortostatický kolaps, je proto nutné rodičku sledovat (LULLMANN, H 2004).

### **9.3 Epidurální analgezie**

Epidurální analgezie je přechodné přerušení nervových vzruchů podáním anestetika do epidurálního prostoru lumbální páteře. Přerušení vnímání bolesti je důsledkem vysoce specifické blokády natriových kanálů řízených napětím v neuronálních membránách, tím se zabrání vzniku akčního potenciálu. V současnosti je nejužívanějším lokálním anestetikem bupivacain (Marcain), který je kombinován s opioidem Sufentanil. Tím se dosáhne lepšího účinku při nižším dávkování a snížení možnosti nežádoucích účinků. (ROZTOČIL, A 2008, VŠE O LÉČBĚ BOLESTI, KOL , 2006)

### **9.4 Perfalgan**

Účinná látka v preparátu je paracetamol. Paracetamol má dvojitý účinek. Má účinek analgetický a antipyretický. Intravenózní podání paracetamolu v podobě Perfalganu má nástup účinku po deseti minutách a vrcholná plazmatická koncentrace je po hodině (čas dosažení vrcholové plazmatické koncentrace je však stejný u i.v. podání jako per os). (TOMLLIN, M.,2010)

Perfalgan 10mg/ml je indikován ke krátkodobé léčbě bolestí a horečnatých stavů.

### **9.5 Fraxiparine**

Nízkomolekulární heparin užívaný k profylaxi tromboembolické choroby, k její léčbě a k prevenci krevního srážení. V rámci profylaxe se podává pacientovi 0,3 ml Fraxiparine jedenkrát za den po dobu nejméně sedmi dnů. Při léčbě tromboembolické nemoci se dávka určuje dle tělesné hmotnosti pacienta a podává se dvakrát za den. Je balen po jednotlivých dávkách již v injekční stříkačce a určen k subkutánnímu podání v anterolaterální straně břicha se střídáním levé a pravé strany. Nesmí se podávat intramuskulárně. Při současné aplikaci spinální nebo epidurální analgezie je uvedeno riziko spinálních nebo epidurálních hematomů. Případnou kombinaci je proto potřeba zvážit. (SUKL: Souhrn údajů o léku Fraxiparine).

## 9.6 Cefazolin

Patří do skupiny cefalosporinových, beta- laktamových antibiotik. V současnosti je na trhu pět generací těchto antibiotik lišící se ve spektru účinnosti. Podobně jako peniciliny byly izolovány z hub, dnes se vyrábí semisynteticky. Antibiotika obecně působí tak, že alterují některou z funkcí bakterie, nezbytnou pro její existenci, to znamená, že musí projít její stěnou. Stěna grampozitivních bakterií je jednoduchá, ale stěna gramnegativních bakterií je mnohem složitější, s několikavrstvou membránou. Mechanismus účinku beta- laktamových antibiotik spočívá v blokadě tvorby buněčné stěny bakterií. Nepřítomnost této stěny způsobí lýzu bakteriální buňky.

Cefazolin je cefalosporin první generace s poměrně úzkým spektrem účinku, převážně proti grampozitivním bakteriím. Není dobře absorbován ze zažívacího traktu, je proto nutné jeho parenterální podání. Intramuskulární podávání je možné, ale bolestivé, je proto vhodné podání intravenózní.

Nežádoucí účinky jsou vzácné. Zahrnují možnost alergické reakce v celém spektru projevů. Větší riziko je u pacientů s alergií na penicilinová antibiotika. Mezi další možné nežádoucí účinky patří průjem a nevolnost. (PŘÍBORSKÝ, J., , 1999,)

## 9.7 Dostinex

Je antiprolaktinikum, přípravek, který se používá k potlačení sekrece prolaktinu a tím také k zástavě tvorby mléka. K zástavě laktace se užívá 1 mg během prvních 24 hodin po porodu jednorázově, pokud nedošlo k nástupu laktace. Pokud laktace je, podává se 1 mg přípravku Dostinex ve čtyřech dávkách v odstupu dvanácti hodin.

Dostinex má řadu nežádoucích účinků, mezi které patří závratě, bolesti hlavy, nevolnost, zácpa, zvracení. Tyto nežádoucí účinky se však objevují zřídka a bývají vyjádřeny jen málo ([www.pfizer.cz](http://www.pfizer.cz))

## 10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Častou emocií v této situaci je lítost. Musíme si ale uvědomit, že lítost je kompenzace nedostatku lásky. Není tedy dobrým přístupem k pacientce. Je dobré si uvědomit, že pracujeme nejen s pacientkou, rodičkou, ale hlavně se ženou. Ženu nelitujeme. Naším úkolem je ženu, v tomto pro ni velmi zátěžovém období, pochopit a podpořit. Formovat její statečnost a otevřít cestu k dalšímu těhotenství a porodu zdravého dítěte.

Doporučujeme s rodičkou „být“. Být jí nablízku, provést jí porodem. Být profesionální, empatické a laskavé. Podpořit její „ženskou“ roli, vysvětlit jí, že její hodnota neklesá, naopak.

V práci jsme porodní asistentky seznámili s možnostmi průběhů akutní stresové reakce a doporučujeme mít na paměti limity, které z dané situace vyplývají. V práci jsou uvedeny dva typy akutní reakce, které mohou probíhat samostatně, nebo na sebe navazovat a cyklicky se střídát. Doporučeným postupem je zachovat klid, mít na paměti sníženou schopnost vnímání pacientky a zajistit její a její bezpečnost a uspokojení základních potřeb (vyprazdňování, příjem tekutin,...).

Velmi vhodné je rozloučení s novorozencem, je to pro rodiče těžké, ale z dlouhodobého hlediska velmi úzdravné. Rozloučit se, znamená snáze pochopit realitu a otevřít cestu k následnému uzavření tohoto těhotenství a otevření cesty k dalšímu. Nabídka rozloučení by měla být široká, od pohledu na novorozence, přes pochování k pořízení otisku nožičky a fotografii.

Přes psychologické zaměření práce doporučujeme mít na paměti vysokou míru patologie tohoto stavu. Práce klade důraz na velmi pečlivou ošetrovatelskou péči, prováděnou velmi šetrně a empaticky.

## 11 ZÁVĚR

Porodní asistentky se dnes znovu učí být průvodkyněmi žen, a proto by se neměly vyhýbat ani takovým situacím, jako je porod mrtvého plodu. Právě během této nejtěžší situace žena potřebuje podporu a pomoc víc, než kdykoli jindy. K tomu mohly ženě v takovéto situaci pomoci, musí vědět, jak na to.

Dr. Michael R. Berman, klinický profesor porodnictví, gynekologie a reprodukčních věd na lékařské fakultě Yaleovy university a zakladatel a prezident Institutu pro perinatální ztráty a úmrtí zjistil, že když se naučil být součástí zkušenosti lidí, kterým zemřelo dítě, pomáhalo to emoční úzdavě nejen jim, ale i jemu. Zjistil, že když zaujal aktivní přístup a podílel se na truchlení, které následovalo těhotenské ztráty jeho pacientek, necítil se tak nervózně, nejistě a podivně, když s nimi o těchto situacích hovořil.

„Ačkoliv bychom si mohli klást otázku: ‚Jak můžeme léčit neléčitelné?‘ a ‚Co máme dělat, když i pokročilá technologie selhává?‘ Musíme pochopit, že můžeme léčit poskytováním útěchy, empatie a naděje. Jakkoliv je takováto zkušenost pro rodiče zlá, můžeme ji změnit v lepší. Pokud si budeme vědomi toho, že představujeme spojnicí mezi mrtvým dítětem a rodinou, že jsme se jejich mrtvého dítěte dotýkali, že jsme se o něho důstojně postarali a že s nimi tuto zkušenost sdílíme. (BERMAN, 2009, str.27)“

V práci jsme se pokusili vyjádřit a zpracovat velmi zátěžové období u pacientky, která nenaplnila své mateřství, protože porodila mrtvý plod, tato klientka potřebovala od začátku velmi profesionální empatický přístup a laskavou péči.

Teoretická část je členěna do šesti kapitol a zahrnuje obecnou charakteristiku syndromu, jeho rizika a léčbu. Praktická část je rozčleněna do čtyř kapitol a hlavní část tvoří kazuistika pacientky od okamžiku sdělení diagnózy až po propuštění do domácího ošetřování.



## 12 POUŽITÁ LITERATURA

- 1) BERMAN, Michael. Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. *Gynekologie po promoci*. 2009, 9, 3, s. 27-29. ISSN :1213-2578.
- 2) ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Druhé vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
- 3) DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. druhé přepracované vydání. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 4) HÁJEK, Zdeněk, et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
- 5) KAMENÍKOVÁ, Miloslava; KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetřovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha : Grada Publishing, 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1.
- 6) KUČERA, Jaroslav. Syndrom mrtvého plodu. *Gynekolog*. 2000, 9, 2, s. 63-67. ISSN 1210-1133.
- 7) LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
- 8) LULLMANN, Heinz, et al. Farmakologie a toxikologie. Praha : Grada Publishing, 2004. 725 s., s. 391, ISBN 80-247-0836-1
- 9) MAČÁK, Jirka; MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. Praha : Grada Publishing, 2008. 376 s., s. 69, ISBN 978-80-247-0785-3.
- 10) NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea s.r.o., 2009. 75 s. ISBN 978-80-902876-0-0.
- 11) NEWELL, Marie-Luise; MCINTYRE, James. *Congenital and perinatal infections : Prevention, diagnosis and treatment*. Cambridge : Cambridge University Press, 2000. 345 s., s. 99, ISBN 0-521-78979-6.
- 12) PAVELKA, Karel, et al. *Farmakoterapie revmatologických onemocnění*. Praha : Grada Publishing, 2005. 436 s., s. 253-254, ISBN 80-247-0459-8.
- 13) PENKA, Miroslav, et al. *Diseminovaná intravaskulární koagulace : DIC*. Praha : Grada Publishing, 2003. 238 s., s. 121-122, ISBN 80-247-0341-6.
- 14) PŘÍBORSKÝ, Jan. *Cefalosporiny*. Praha : Maxdorf, 1999. 107 s. ISBN 80-85800-30-6.

- 15) ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
- 16) SEIDLOVÁ, Dagmar, et al. Rekombinantní aktivovaný faktor VII (rFVIIa) v léčbě závažného poporodního krvácení : Data z registru UniSeven v České republice. *Česká gynekologie*. Srpen 2010, 75, 4, s. 298. ISSN 1210-7832.
- 17) ŠTEMBERA, Zdeněk; VELEBIL, Petr. Mrtvorozenost v České republice v roce 2005; I. Metodika a výsledky frekvenční analýzy. *Česká gynekologie*. 2007, 72, 3, s. 163-168. ISSN 1210-7832.
- 18) TOMLIN, Mark. *Pharmacology pharmacokinetics*. London : Springer- Verlag, 2010. 70 s., s. 62, ISBN 978-1-84996-145-5.
- 19) TROJAN, Stanislav, et al. *Fyziologie : učebnice pro lékařské fakulty*. 1. část. Praha : Avicenum, 1987. 566 s. 80-02-87.
- 20) *Vše o léčbě bolesti : příručka pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- 21) Dostinex [online:Příbalová informace]. 13.9.1996 [cit. 2011-02-19]. Pfizer. Dostupné z [http://www.pfizer.cz/files/pil/pfizer/dostinex/Dostinex\\_PIL\\_new.pdf](http://www.pfizer.cz/files/pil/pfizer/dostinex/Dostinex_PIL_new.pdf)
- 22) Fraxiparine forte : souhrn údajů o léku [online]. 2011 [cit. 2011-02-19]. Farmaceutica. Dostupné z <http://farmaceutika.info/fraxiparine-forte>
- 23) Paracetamol k intravenóznímu podání [online: Sukl : Informace pro lékaře]. 2010, 16.4.2010 [cit. 2011-02-19]. SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv. Dostupné z <http://www.sukl.cz/paracetamol-k-intravenoznimu-podani-perfalgan-riziko>
- 24) UNZEITIG, Vít. Doporučené postupy v perinatologii : Doporučené postupy při preindukci a indukci porodu [online]. 2000 [cit. 2011-02-19]. Levret. Dostupné z [http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/indukce\\_porodu.htm](http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/indukce_porodu.htm)