

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O RODIČKU PŘI
SPONTÁNNÍM PORODU KONCEM PÁNEVNÍM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARKÉTA DVOŘÁKOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová, RS, RM

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu. Současně svoluji k tomu, aby tato práce sloužila ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce PhDr. Reně Hanušové, RS, RM za její čas, pomoc, ochotu a hlavně trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat celému personálu na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici Brandýs nad Labem zejména Aleně Wernerové, Olině Šamšové a MUDr. Alexandru Bartákovi.

ABSTRAKT

DVOŘÁKOVÁ, Markéta. *Ošetrovatelská péče o rodičku při spontánním porodu koncem pánevním*. V nemocnici Brandýs nad Labem. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová, RS, RM Praha 2012. s. 61.

Tématem této bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u ženy při spontánním porodu koncem pánevním“. Práce obsahuje úvod, teoretickou část, praktickou část a závěr.

Teoretická část nás seznamuje s teorií vedení porodu a možnými komplikacemi, diagnostikou, prenatální péčí, ve které se věnujeme úlohám porodní asistentky. V praktické části kasuistika, ošetrovatelský proces u ženy při spontánním porodu koncem pánevním na porodním sále.

Klíčová slova

Diagnostika. Konec pánevní. Porod. Prenatální péče. Spontánní porod koncem pánevním.

ABSTRACT

DVOŘÁKOVÁ, Markéta. *The Nursing Process during Spontaneous Breech Delivery* In Brandýs nad Labem hospital. Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: PhDr. René Hanušová, RS, RM

Prague 2012. 61 pages.

The topic of the thesis is „The Nursing Process during Spontaneous Breech Delivery”. The thesis consists of introduction, theoretical part, practical part and conclusion. The theoretical part introduces the theory of delivery and possible complications, diagnostics, prenatal care including the specific roles of a midwife. The practical part consists of casuistry and nursing process during spontaneous breech birth in the delivery room.

Key words

Diagnostics. Breech. Delivery. Prenatal Care. Spontaneous Breech Delivery.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM CIZÍCH SLOV

ÚVOD	16
TEORETICKÁ ČÁST	18
1 Těhotenství	18
1.1 Poloha plodu koncem pánevním	18
1.2 Diagnostika	20
1.2.1 Zevní a vnitřní vyšetření rodičky	20
1.2.2 Ultrazvukové vyšetření	20
1.3 Prenatální péče	21
1.4 Edukace porodní asistentkou	22
2 Porod	23
2.1 Fáze porodu	23
2.2 Kontraindikace k vedení porodu koncem pánevním vaginální cestou	25
2.3 Zásady vedení porodu při poloze koncem pánevním	25
2.4 Mechanismus porodu plodu koncem pánevním	28
2.5 Nejčastější komplikace u polohy koncem pánevním	31
2.6 Operativní ukončení porodu koncem pánevním metodou extrakce	34
PRAKTICKÁ ČÁST	37
3 Ošetrovatelská péče o rodičku při spontánním porodu koncem pánevním	37
3.1 Identifikační údaje	37
3.2 Anamnéza	38
3.3 Nynější těhotenství	38
3.4 Příjem rodičky k porodu	39
3.5 Průběh porodu	42
3.5.1 Ošetrovatelská péče v průběhu I. doby porodní	42
3.5.2 Ošetrovatelská péče v průběhu II. doby porodní	47
3.5.3 Ošetrovatelská péče v průběhu III. doby porodní	50
3.6 Zhodnocení ošetrovatelské péče	58
DISKUZE	59

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Konec pánevní – držení plodu.....	19
Obrázek 2 - Extrakce hlavičky plodu dle Mauriceau-Smellieho.....	35

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA	alergická anamnéza
AS	Appgar score
BF	bazální frekvence
BWR	Bordetova Wassermannova reakce
CNS	centrální nervová soustava
CTG	kardiotokograf
DDS	dolní děložní segment
DIC	diseminovaná intravaskulární kolagulopatie
DK	dolní končetiny
DP	doba porodní
EFW	estimated fetal weight = váhový odhad plodu
EKG	elektrokardiogram
epis.	episiotomie
FA	farmakologická anamnéza
FD	fundus děložní
FW	sedimentace erytrocytů
GA	gynekologická anamnéza
GBS	Group B Streptococcus = streptokoky skupiny B
grav. hbd.	latinská zkratka pro týden těhotenství
HAK	hormonální antikoncepce
HbsAg	hepatitis B surfare antigene
HIV	human immunodeficiency virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
i. m.	intramuskulárně = vpravení látek do svalu
i. v.	intravenózně = vpravení látek do žíly
j	jednotky/jednotka
KO	krevní obraz
KP	konec pánevní
KS	krevní skupina
LHK	levá horní končetina
MEM	Methylergometrin (uterotonikum k zástavě krvácení)
OA	osobní anamnéza

oGTT	orální glukózový toleranční test
OP	ozvy plodu
P	pulz
PI	první postavení plodu
PM	poslední menstruace
PPKP	poloha podélná koncem pánevním
RA	rodinná anamnéza
SA	sociální anamnéza
s. c.	sectio caesarea
TK	tlak krevní
TP	termín porodu
TPHA	treponema pallium hemagglutination
TSH	tyroideo stimulační hormon
TT	tělesná teplota
t. t.	týden těhotenství
UPT	umělé přerušení těhotenství
Vag	vaginálně
VB	vak blan
VP	voda plodová, vchod pánevní

SEZNAM CIZÍCH SLOV

Abrupce placenty předčasné odlučování placenty

Acidóza zvýšení kyselé reakce krve

Akcelerace zrychlení, zrychlování

Amniocentéza odebrání plodové vody, nabodnutí amniálního vaku

Amnioskopie vyšetření plodové vody a plodového vaku zrakem pomocí endoskopu

Anaerobní proces nebo prostředí, kde není přítomen kyslík

Analgezie útlum bolesti

Anemie chudokrevnost

Arcus pubis ramena pravé a levé kosti stydké svírají pod symfýzou u ženy tupý úhel

Asepticky sterilně (zbavení choroboplodných zárodků)

Asfyxie nedostatek kyslíku

Aspekce pohled

Aspirace vdechnutí

Asymetrie nesouměrnost podle jedné nebo dvou hlavních os

Auskultace poslech

Biakromiální šířka ramen

Biometrie metoda užívaná při stanovení délky těhotenství, odhadu velikosti plodu a monitorování jeho růstu

Biparietální průměr vztah k oběma temenními kostmi

Bolus jednorázově nebo nárazově podaná dávka léčiva

Bradykardie zpomalená srdeční činnost

Cirkumference obvod

Crista iliaca hřeben kyčelní kosti

Decelerace pokles srdeční činnosti plodu v závislosti na kontrakcích

Deflexe odchylka od flexe, opak flexe

Deformace přetvoření, znetvoření

Dehydratace odvodnění

Diaplacentární schopnost látek proniknout placentou

Dilatace roztažení

Dirupce vaku blan protržení vaku blan

Edukace výchova a vyučování

Epidurální prostor nad tvrdou plenou

Epiziotomie nástřih hráze

Extrahovat vytahovat

Extrakce vytažení

Fetální plodový (týkající se plodu)

Fetální biometrie měření plodu

Fetopatie porucha, která postihuje plod v matčině těle

Fetoplacentární týkající se plodu a placenty

Flexe ohýbání

Fontanela vazivové spojení na hlavě novorozence v místě zkrřížení švů lebečních

Forceps porodnické kleště

Fundus dělohy děložní dno

Generalizovaná rozšíření chorobné změny v organismu na více tkání nebo orgánů

Glukóza hroznový cukr

Glykémie hladina cukru v krvi

Glykolýza odbourávání glukózy (cukru)

Hematom krevní podlitina

Hemoglobin krevní barvivo

Hemoragický krvácivý

Hydratace zavodnění organismu

Hyperventilace prohloubené a zrychlené dýchání (nadměrné dýchání)

Hypertermie zvýšená teplota organismu poruchami termoregulace

Hypomochlion místo na těle plodu, kolem kterého se určitá část plodu otáčí

Hypotenze nízký krevní tlak

Hypoxie snížený obsah kyslíku ve tkáních

Infiltrace prosakování, pronikání

Insuficience nedostatečnost

Integrita neporušenost, nedotknutelnost, celistvost

Intrapartální během porodu

Intrauterinní nitroděložní

Kardiotokograf přístroj, který zaznamenává ozvy plodu a děložní kontrakce

Kardiovaskulární týkající se srdce a cév

Kefalopelvický nepoměr nepoměr mezi velikostí hlavy plodu a rozměry pánve ženy

Komprese stlačení
Konfigurace seskupení, uspořádání
Koronární věnčitý
Labia majora velké stydké pysky
Laterálně směrem od střední linie těla
Lateroflexe ohnutí do strany
Lege artis podle pravidel umění (lékařského)
Linea fusca pigmentovaná střední linie mezi podbříškem a pupkem
Lumbální oblast bederní oblast
Lymfodrenáž podporuje drenáž tkání a urychluje průtok lymfy (mízy)
Marker identifikační znak
Medialis vedený středem přímo
Mediosakrálně předozadně
Mesocain lokální (místní) anestetikum
Mezocefalický lebka normálního tvaru
Morbidita chorobnost
Mutipara vícerodička
Myomatóza výskyt většího množství myomů v děloze
Nauzea pocit na zvracení
Oligohydramnion snížené množství plodové vody
Ovoidní vejcovitý tvar (dělohy)
Oxygenace okysličení
Oxytocin Uterokinetikum (hormon podporující kontrakce děložního svalstva)
Palpace pohmat
Paravenózní mimo žilní
Parenchymatózní tvořený parenchymem, tkání
Parita počet porodů
Patologické nezdravé
Pelvimetrie měření pánve
Perinatální vztahující se k době před porodem plodu a krátce po něm
Peristaltika rytmické smršťování svalstva trávicího ústrojí
Per primam intentionem prvotní hojení rány
Per sectionem císařským řezem

Per vaginam pochvou

Pigmentace změna barvy kůže

Placenta praevia vcestné lůžko

Polyhydramnion zvýšené množství plodové vody

Primipara prvorodička

Progrese postup, šíření

Prolaps výhřez

Pudendální blokáda podání místního anestetika ke stydkému nervu (nervus pudendus)

Redistribuce přerozdělení, změna distribuce

Rekonvalescence zotavování

Resuscitace obnovování vitálních funkcí (oživování)

Retroplacentární ležící za placentou

Revize kontrola, oprava

Rh faktor Rhesus faktor, je zapříčiněn zhruba 40 antigeny = antigen červených krvinek

Ruptura roztržení (tkáně nebo orgánu) zevním zásahem

Sakrální označení kosti, která tvoří zadní část pánve (kost svatá)

Screening metoda vyhledávání časných forem nemocí nebo odchylek od normy, prováděna formou testů

Scrotum šourek

Sine bez (poranění)

Spinální páteřní, míšní

Subokcipitobregmatická nejkratší obvod hlavičky

Suspektní podezřelý

Sutura Chirlac chirurgické spojení tkání pomocí jehel a nití (steh) Chirlac = název šicího materiálu

Symfýza stydká spona

Traumatizace poškozování

Tubera ischiadica hrboly kosti sedací

Undulatórní (undulace) vlnění, vlna

Uteroplacentární týkající se dělohy a plodového lůžka

Varixy křečové žíly

Vazokonstrikce zúžení cév

Venózní žilní

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsme zvolili téma „Ošetrovatelská péče o rodičku při spontánním porodu koncem pánevním“. Ve 3 – 4 % případů je plod na konci těhotenství v poloze podélné koncem pánevním. Jev, který se v latinském názvosloví nazývá situs pelvinus, anglicky breech presentation a ve francouzštině présentation de siège. Znamená to, že na vchod pánevní naléhá nikoliv hlavička, ale konec pánevní. Často současná laická veřejnost nahlíží na porod především jako na subjektivně pro rodičku bolestivou, ale radostnou událost s atributy spíše záležitosti společenské, a není ochotna akceptovat, že porod je ve skutečnosti dějem mimořádně riskantním nejen pro matku, ale i pro dítě. Morbidita dětí po porodu per vaginam u konce pánevního je vysoká. A proto, nedopadne-li porod zcela podle optimálních představ, hledají rodiče obvykle viníka a nacházejí jej ve zdravotnickém personálu, který se porodního děje účastnil a očekávají satisfakci, které jsou často ochotni domáhat se i soudně. A to je důvod, proč se u porodů v poloze plodu koncem pánevním, porodníci často uchylují k plánovanému císařskému řezu. Porodů ukončeného sectio caesarea je více než 30 % a často i na vlastní přání rodičky. Zatímco vaginální porod koncem pánevním může přinášet velmi nestandardní situace, které je třeba navíc řešit v časovém tlaku, je abdominální císařský řez operací standardní, kterou zvládá i začínající porodník. Vedlejším efektem klesajícího počtu vaginálně vedených porodů koncem pánevním je, že porod per vaginam při konci pánevním u primipary je považován za postup non-lege artis a u multipar je též vyjímečný. Porodníci nemají možnost naučit se dovednosti, které jsou nutné k bezpečnému vedení spontánního porodu koncem pánevním. Generace dnešních padesátníků je pravděpodobně poslední, která se s vaginálními porody v poloze koncem pánevním běžně setkávala. V současnosti však vyrůstá nejméně druhá generace lékařů, kteří pojmy jako Mauriceau – Smellieův hmat, forceps na následující hlavičku a vybavení vztyčené ruky zná většinou jen z učebnic. Ti nejmladší pak nemají možnost se těmito dovednostem naučit, ani kdyby chtěli, protože již není od koho. I když císařský řez je operace při dnešní úrovni znalostí a porodnické praxe velmi bezpečná, přišel v posledních desetiletích jiný důvod, který vedl k renesanci vaginálně vedeného porodu. Hnutí, zahájené v 80. letech minulého století Odentem a Leboyerem a požadující návrat k „přirozenému“ porodnictví, si získalo mezi laickou veřejností velký ohlas a dnes

je řada žen, které vyžadují vaginální, tedy přirozený porod. Žena si v současné době chce svůj porod prožít a nechce jej redukovat na pouhé technické vyjmutí z dělohy. Pokud jde o způsob porodu, měl by porodnický tým, pokud je to možné a neohrozí-li to matku nebo plod, respektovat všechna přání rodičky. Pohodlnost a nedostatek odvahy by neměly být důvodem, proč jej opouštět. Dokonce ani obavy z neopodstatněných stížností a žalob od nepoučených laiků k tomu nejsou důvodem. Prof. Arnold Jirásek totiž kdysi napsal: „*Chirurgie zle upadne, jestliže chirurg přestane být vědomě odvážným, a stane se právnicky opatrným.*“ Domníváme se, že tato slova velikána české medicíny se dají na porodnictví vztáhnout bezezbytku.

Bakalářská práce má dvě části - teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměříme na teorii vedení porodu a možné komplikace. V části praktické uvedeme kasuistiku aplikace ošetrovatelské péče na porodním sále o rodičku při spontánním porodu koncem pánevním v nemocnici Brandýs nad Labem – specifika ošetrovatelské péče aplikované porodní asistentkou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Těhotenství

Pro aplikaci ošetrovatelské péče porodní asistentky je nezbytné mít některé medicínské znalosti.

1.1 Poloha plodu koncem pánevním

Plod v poloze koncem pánevním (dále jen KP) označujeme za polohu nepravidelnou. Vyskytuje se přibližně ve 3 %. Daleko častěji je však plod uložen v poloze KP na začátku třetího trimestru (cca v 15 - 20 %), z čehož vyplývá, že se plod ve třetím trimestru z této polohy ve většině případů spontánně otočí do polohy podélné hlavičkou (ČECH, 2006).

Příčiny

Příčina vzniku polohy KP je většinou neznámá. Hlavní roli hrají stavy, které zabraňují plodu zaujmout polohu podélnou hlavičkou. Mezi tyto stavy řadíme například: vrozené vady dělohy, myomatózu, rozšíření dolního děložního segmentu u multipar, polyhydramnion, oligohydramnion, nebo při komplikaci pupečníku, kterou je například krátký pupečník (DOLEŽAL, 2007).

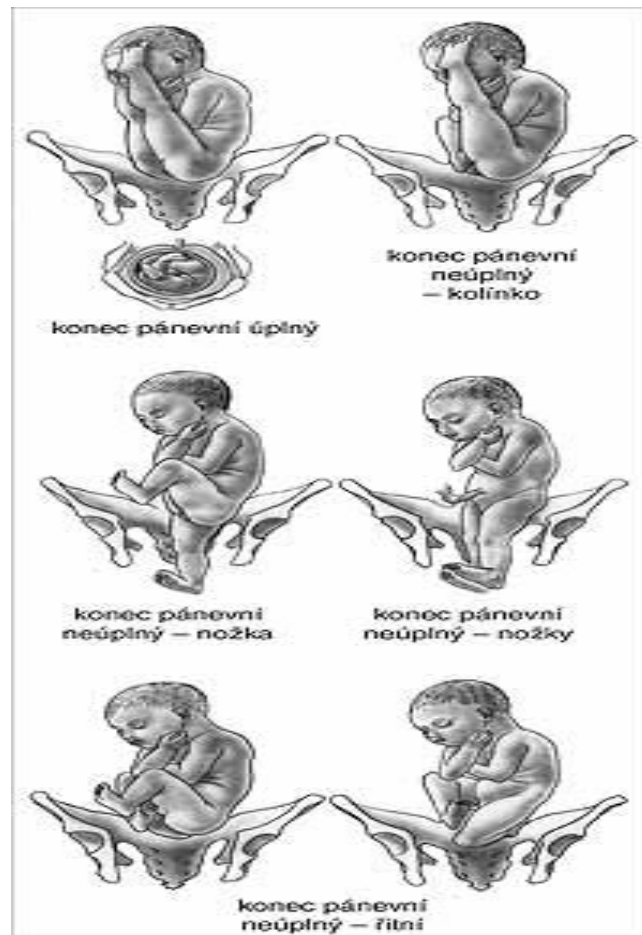
Rozdělení

Roztočil polohu KP rozděluje na:

- a) úplná poloha KP – na vchod naléhají obě hýždě a obě nožky
- b) neúplná poloha KP – vedle hýždí naléhá na pánevní vchod jen jedna nožka a druhá je vztyčena nahoru
- c) neúplná poloha KP – řitní poloha, naléhají pouze hýždě, obě nožky jsou vztyčeny před břichem plodu. Tato poloha je nejčastější
- d) neúplná poloha KP – poloha nožkou, jedna nebo obě nožky jsou nataženy dolů

- e) neúplná poloha KP – poloha kolínky, jedna nebo obě nožky jsou nataženy v kyčli a flektovány v koleně. Na vchod pánevní naléhá jedno nebo obě kolínka (ROZTOČIL, 2008).

Obrázek 1 - Konec pánevní – držení plodu



Zdroj: < http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/23.pdf >

1.2 Diagnostika

1.2.1 Zevní a vnitřní vyšetření

U zevního vyšetření Pawlikovým hmatem nad symfýzou nehmatáme hlavičku, ale měkkou část KP. Hlavičku hmatáme v oblasti fundu děložního. Nad sponou nehmatáme krční rýhu. Slyšitelnost ozev zjišťujeme podle postavení plodu buď v horních kvadrantech břicha, nebo kolem pupku (KUDELA, 2008).

Při vnitřním, neboli vaginálním vyšetření zjistíme přední poševní klenbu plnou, vyplněnou velkou měkkou částí plodu. Přední poševní klenbou nebo lépe pro prst pootevřenou vnitřní brankou můžeme hmatat měkkou hýžd'ovou část plodu s genitoanální rýhou, s mírně pohyblivým hrotem kostrče. Hlavně u menších plodů dobře hmatáme vyklenující se kost křížovou, která se zdá jako trojhranná ploška s řadou podélně uložených hrbolků (ČECH, 2006).

Vpředu je genitoanální rýha u děvčat zakončena vyklenujícími se labia majora. U chlapců scrotum hmatáme jen vzácně. Bočně od genitoanální rýhy hmatáme tubera ischiadica. Naléhají-li nožky nebo kolénka, hmatáme je při vnitřním vyšetření jako malé části plodu (KUDELA, 2008).

Vyšetření provádíme šetrně, abychom neprotrhli vak blan (dále jen VB). Dolní pól VB bývá často více naplněn plodovou vodou (dále jen VP), vzhledem k tomu, že KP netěsní dolní děložní segment tak dobře jako hlavička. Doplníme palpační nález ultrazvukovým vyšetřením, kde na konci těhotenství ultrazvukovou biometrií stanovíme přibližnou váhu plodu. Abychom vyloučili možný kefalopelvický nepoměr, je zapotřebí důkladně vyšetřit jak zevně tak i vnitřně pánev (ČECH, 2006).

1.2.2 Ultrazvukové vyšetření

Nejrozšířenější metodou užívanou pro stanovení délky trvání těhotenství, odhadu velikosti plodu a monitoraci jeho růstu je ultrazvuková fetální biometrie. Při prenatalním vyšetření ve 3. trimestru těhotenství je rutinně prováděno měření biparietálního průměru a obvodu hlavičky. Plody v poloze podélně KP mají oproti poloze podélně hlavičkou menší biparietální průměr. Jako příčina je uváděna mírná deformace lebky, ke které dochází nejméně u jedné třetiny plodů v poloze podélně KP

(LUBUŠKÝ, PROCHÁZKA, LANGOVÁ, VOMÁČKOVÁ, ČÍŽEK 2008). Ultrazvukové vyšetření patří k nejpřesnějším metodám. Určuje postavení, polohu, naléhání a poměr naléhajících částí plodu k porodním rovinám (ROZTOČIL, 2008).

1.3 Prenatální péče – úloha porodní asistentky

Prenatální péče by měla být efektivní, ale ne nadbytečná. Musí být akceptovatelná těhotnou ženou. Jestliže je prenatální péče vedena správně porodní asistentkou a lékařem, vede ke snížení perinatální morbidity nebo hůře mortality (HÁJEK, 2004).

Doporučená frekvence návštěv:

- do 23. týdne každé 4 týdny,
- 24. – 32. týden každé 3 týdny,
- 33. – 36. týden každé 2 týdny,
- 37. – 40. týden každý 1 týden (HÁJEK, 2004).

Cíl prenatální péče:

Prenatální péči poskytují lékaři – gynekologové-porodníci a porodní asistentky. Je to nejlepší cesta jak dovést těhotnou ženu k úspěšnému porodu a udržet tak zdraví matky i plodu. Porodní asistentka, ať už klinická nebo ambulantní, pomáhá jak těhotné ženě, tak i její rodině zvládat fyzické, psychologické i sociální potřeby. Edukuje ženy jak mají o sebe během těhotenství pečovat (LEIFER, 2004).

Hlavní cíle:

Zajistit bezpečný porod pro matku i plod,

Edukovat o zdravých návycích,

Poskytování fyzické péče,

Vést matku i otce dítěte k rodičovské odpovědnosti.

Mezi nejdůležitější úlohy porodní asistentky v prenatální péči patří především vyhodnocování fyzického stavu těhotné, identifikace a přehodnocování faktorů, které by mohly ohrozit plod, edukovat o samostatné péči, poradit těhotné o vhodném stravování a pomoci rodině s adaptací na těhotenství. Dále porodní asistentka odpovídá

na dotazy rodiny těhotné. Naslouchá obavám, a to vždy v průběhu návštěvy prenatální poradny. Čas prohlídky v prenatální poradně je nejvhodnějších pro poskytnutí informací a edukaci o správných zdravotních návycích. Většina těhotných žen je totiž silně motivována ke zlepšení svého zdravotního stavu (LEIFER, 2004).

1.4 Edukace rodičky porodní asistentkou

Každá rodička má právo být před porodem dostatečně informována o potencionálních rizicích spojených s vaginálně vedeným porodem plodu v poloze podélné KP, ale i o opatřeních jak tato rizika minimalizovat. Dále rodičku informujeme o výhodách i možných komplikacích spojených s císařským řezem (BINDER, 2004). Pokud se těhotná žena rozhodne pro porod per vaginam při KP, je zapotřebí informovat jí o potencionálních rizicích při takto vedeném porodu jako jsou například vztyčení ruky či výhřez pupečníku. Dále by porodní asistentka měla těhotné předložit informovaný souhlas se spontánním porodem. V případě, že jí nebude něco jasné, obrátí se na porodní asistentku či lékaře, kteří jsou povinni zodpovědět veškeré dotazy. Důležité je ženu seznámit s opatřeními, která se provádí v případě, že by se u ní vyskytla některá z uvedených komplikací. Mezi tato opatření řadíme operativní ukončení porodu per sectionem caesarea (dále jen s. c.), popřípadě extrakci plodu neboli tah plodu za přístupnou končetinu, která má za účel vybavit plod z porodních cest. Provádí se ve II. době porodní (dále jen DP), kdy je již zašlá branka (KUDELA, 2008). Jako rizika císařského řezu ze strany matky bychom mohli uvést infekci, krvácení, tvorbu trombů, snížení střevní peristaltiky, dýchací obtíže a rizika spojené s anestezií jako jsou například bolesti hlavy nebo zvracení (LEIFER, 2004). Další nevýhodou je oproti spontánnímu porodu doba rekonvalescence. Mezi rizika císařského řezu ze strany plodu patří například poranění, jako jsou hematomy, nebo řezná rána při řezu dělohou (LEIFER, 2004). Mezi výhody císařského řezu patří například ochrana pánevního dna (inkontinence), menší riziko ruptury dělohy a daný datum narození dítěte (u plánovaného císařského řezu).

2 Porod

Porod je vypuzení plodu, který váží 500 gramů a více, nebo plodu menšího, který přežije 24 hodin (KUDELA, 2008).

2.1 Fáze porodu

I. DP (otevírací)

Začíná pravidelnými kontrakcemi, které zapříčiní rozevření a zánik hrdla děložního. Jakmile zanikne hrdlo, vzniká děložní branka, která se postupně rozvíjí. Nejdříve je prostupná pro prst, pak pro dva prsty a dále se její průměr posuzuje v centimetrech. Jakmile již branku nehmatáme, znamená to, že „branka je zašlá“, otvírají se porodní cesty a I. DP končí. Určit začátek porodu není vždy tak jednoduché. Děložní stahy neboli kontrakce může rodička pociťovat dlouho, než porod skutečně začne. Děložní hrdlo se může začít otevírat již několik týdnů před koncem těhotenství a může pokračovat do porodu. Zkušený porodník by měl poznat falešné známky porodu od skutečných. K tomu nám pomáhá vaginální vyšetření těhotné. I. DP trvá u primipar 10 – 12 hodin, u multipar 6 – 8 hodin (PAŘÍZEK, 2009).

II. DP (vypuzovací)

Začíná zánikem branky a končí vypuzením plodu. Kontrakce jsou silnější, častější a trvají déle. V této době je plod tlačěn silou děložní kontrakce, ale i aktivní spoluprací rodičky (uplatnění břišního lisu). Zánik branky můžeme kromě vnitřního vyšetření poznat dle chování rodičky, která pociťuje silný tlak na konečník a nutkání na tlačení. II. DP trvá u primipar maximálně 60 min. U multipar 20 – 30 minut (PAŘÍZEK, 2009).

III. DP (doba k lůžku)

Začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty. Po porodu hlavičky (KP) aplikujeme 1 ampuli (dále jen amp.) Methylergometrinu (dále jen MEM) a intravenózně (dále jen i. v.) 2 jednotky Oxytocinu (aktivní vedení III. DP). Porod placenty by měl být do 30 minut. Pokud žena nekrvácí, lze porod lůžka prodloužit až na 1 hodinu. Po vypuzení plodu se děloha stáhne. Její obsah tvoří už jen placenta. Děloha je kulovitá, tuhá a horní okraj sahá k pupku. Později ochabne a po několikaminutovém klidovém období se začne opět stahovat, ale nyní již nebolestivě. Díky nim se od stěny děložní odlučuje placenta. Z otevřených cév pak vytéká krev mezi placentu a stěnu děložní, vytvoří se krevní výron, který placentu od stěny děložní oddaluje. Doznívají děložní stahy, které odloučenou placentu vypudí z dělohy do pochvy, kde placenta vyvolá slabý pocit k tlačení. Porodní asistentka pak požádá ženu, aby naposledy zatlačila. Placenta se rodí a za sebou táhne plodové obaly. Úkolem porodní asistentky je placentu důkladně zkontrolovat, aby se ujistila, zda v děloze nezůstaly její zbytky nebo větší množství plodových obalů. Na závěr porodník nebo porodní asistentka důkladně prohlédnou rodidla ženy a eventuelně ošetří porodní poranění (PAŘÍZEK, 2009).

Rozlišujeme tři mechanizmy odlučování lůžka. Mechanismus Baudelocqueův-Schultzův, při kterém se vytváří centrální retroplacentární hematom a lůžko se odlučuje od centra k periferii. Rodička před jejím porodem zevně nekrvácí. Placenta se rodí svou fetální částí. Duncanův mechanismus, kde se lůžko odlučuje okrajem a krev vytéká z rodidel. Netvoří se retroplacentární hematom. Odloučená placenta se rodí svou hranou tak, jak se odlučovala. Rodí se mateřskou částí. Mechanismus dle Gessnera je kombinací obou předchozích. Lůžko se odlučuje jako při Duncanově mechanismu tudíž hranou, ale dále se v děložní dutině sbaluje a z rodidel se rodí jako při Baudelocque-Schultzově mechanismu. Rodička od začátku odlučování krvácí, ale placenta se rodí sbalena do koule (ROZTOČIL, 2008).

2.2 Kontraindikace k vedení porodu koncem pánevním vaginální cestou

Vaginální porod je třeba primárně odmítnout při váhovém odhadu plodu nad 3500 gramů u primipary nebo 3800 gramů u multipary (UNZEITING, BINDER, VELEBIL, 2009) a nebo jestliže je naléhání plodu neúplné, tj. nožkami, kolénkem apod. Dále nedoporučujeme vaginální porod, kde jsme zaznamenali ještě před jeho začátkem suspektní či patologické kardiokografické (dále jen CTG) záznamy (HÁJEK, 2009). Mezi další kontraindikace řadíme oligohydramnion, myomatózní dělohu, stav po předchozích operacích na děloze (SLEZÁKOVÁ, 2011).

Unzeitig a kol. uvádějí: *„Za postup lege artis lze označit všechny techniky směřující k úspěšnému dokončení vaginálně vedeného porodu. V jeho druhé době porodní jsou na porodním sále přítomni dva porodníci (z toho jeden s nejméně osmiletou praxí v oboru), porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra. Případná poporodní resuscitace novorozence musí být zajištěna přímo na porodním sále“* (UNZEITING, BINDER, VELEBIL, 2009, s. 14).

2.3 Zásady vedení porodu při poloze koncem pánevním – ošetrovatelská péče

Spontánnímu porodu v poloze KP předchází řada pečlivých vyšetření těhotné. Mezi nejdůležitější patří vyšetření pánve a ultrasonografický váhový odhad plodu. Dále nás zajímá parita ženy, držení plodu, odtok VP a další faktory, které by mohly ohrozit průběh těhotenství a mít vliv na samotný průběh spontánního porodu (BINDER, 2000).

Vedení I. DP porodní asistentkou

Při spontánním odtoku VP porodní asistentka ženu neprodleně vyšetří vzhledem ke zvýšenému riziku výhřezu pupečníku při poloze KP. Kontinuálně monitorujeme ozvy plodu (dále jen OP) a děložní kontrakce, u kterých hodnotíme jejich efektivnost. Infuze s Oxytocinem (2 j./500 ml 5 % glukózy) se podává jen při primárně nebo sekundárně slabých děložních kontrakcích. Je potřeba zachovat citlivost na Oxytocin pro II. DP (ČECH, 2006).

Vedení II. DP porodní asistentkou

Po zániku branky, jestliže neodtekla VP, provede lékař se zvýšenou opatrností dirupci vaku blan (dále jen VB) a porodní asistentka pokračuje ve sledování porodu. Dále porodní asistentka dbá na to, aby se rodička nevysílila předčasným použitím břišního lisu. Tlačit jí dovolíme až potom, co KP naráží na dno pánevní při dokonale zašlé brance. Rodičku uložíme na porodnické lůžko, kde má nohy na konci II. DP umístěny na Schauteových opěrách, kterých se při tlačení drží. Porodní asistentka dezinfikuje zevní rodidla a lékař provede v případě, že porod není veden v epidurální analgezií, pudendální blokádu a vějířovitou infiltraci podkoží hráze 1% roztokem Mesocainu. Dále porodní asistentka cévkou vyprázdní močový měchýř. Necháme maximálně rozvinout poševní vchod a hráz. Ruka se sterilní rouškou přitlačená k poševnímu vchodu, brání předčasnému prořezání hýžd'ové části plodu. Při prořezávání hýždí necháme proběhnout několik kontrakcí. Jestliže už nelze porod zabránit, provedeme vydatnou epiziotomii a kontrakci prodloužíme i. v. aplikací 1j. Oxytocinu ve formě bolusu. Samotný porod vedeme většinou metodou dle Covjanova nebo Brachta. Další postup se neliší od porodu v poloze podélné hlavičkou (ČECH, 2006).

Zvláštnost: u spontánního porodu KP je nutné, aby porodní asistentka připravila teplý fyziologický roztok (nebo teplou roušku), který na pokyn lékaře přelévá na porozené části plodu, aby tak zabránila prochlazení novorozence.

Nejdůležitější zásady k zapamatování:

- co nejdříve, jak je to možné, zachovat VB, Kudela uvádí, že *„na rozdíl od hlavičky nevykonává měkký a relativně úzký konec pánevní dostatečný dilatační efekt, proto je výhodné využívat tlaku napnutého vaku blan. Současně s ním snižujeme riziko prolapsu pupečníku, které je u polohy koncem pánevním vyšší“* (KUDELA, 2008, s. 175),
- v průběhu první doby porodní je možné aplikovat 2 jednotky Oxytocinu v infuzi, ale pouze u rodiček, které mají sekundárně nebo primárně slabé kontrakce, kvůli zachování citlivosti na oxytocin ve druhé DP,
- po vstupu do pánve dochází ke kompresi hlavičky pupečníkem a plod musí být vybaven do 3 minut,

- jestliže dojde k asfyxii plodu, ukončujeme porod operativně extrakcí plodu, ale pouze ve II. DP, kdy je zašlá branka. Pakliže tomu tak není, ukončuje se porod s. c.,
- je nutné provést vydatnou epiziotomii (KUDELA, 2008),
- termín porodu by neměl být překročen,
- po 39. týdnu těhotenství je vhodné porodní činnost indukovat
- porod by neměl být překotný, ale ani protahovaný,
- edukujeme rodičku o uplatnění břišního lisu ve II. DP,
- porodník by se měl vyvarovat předčasněho tahu za porozenou část plodu, aby nedošlo ke vztyčení ručky,
- při porodu trupu uvolňujeme pupečník, aby nedošlo k poruše oxygenace (HÁJEK, 2009).

Ošetrovatelská péče během porodu

Během porodu do ošetrovatelské péče patří sledování fyziologických funkcí, děložních stahů (kontrakcí), progresu porodu, příjem a výdej tekutin a odezvy na porodní bolesti.

Tělesnou teplotu měříme každé čtyři nebo každé dvě hodiny. Je-li teplota zvýšená, mohlo dojít k ruptuře plodových obalů. Lékaři bychom měli nahlásit teplotu nad 38 stupňů Celsia. Při vyšší teplotě totiž zjišťujeme, zdali VP nevykazuje známky infekce.

Kontrakce posuzujeme buď palpačně nebo pomocí CTG. Jelikož má každá rodička jiný práh bolestivosti, mají některé ženy citlivější kůži břicha a to zejména kolem pupku. Proto při palpačním vyšetření děložních stahů pokládáme prsty zlehka na fundus dělohy. Při tomto vyšetření nepohybujeme prsty, aby nedošlo ke zkreslení údajů o frekvenci kontrakcí.

Progrese porodu – vnitřní neboli vaginální vyšetření rodičky pravidelně prováděné zejména porodní asistentkou nebo porodníkem slouží k posouzení progresu porodu. Hodnotíme míru spotřebování a dilataci hrdla. Frekvence vaginálních vyšetření je individuální. Porodní asistentka, která rodičku sleduje, pečlivě si všímá tělesných změn i změn v chování, které s progresí porodu bezpochybně patří. Tímto se může

snížit počet vnitřních vyšetření, který se snažíme omezit na co nejmenší počet (LEIFER, 2004).

Názory na jídlo a pití v průběhu porodu jsou individuální. Měli bychom brát zřetel na to, že vždy je reálné riziko ukončení porodu císařským řezem, který se neobejde bez anestezie, při které by rodička po požití jídla nebo pití mohla aspirovat (vdechnout) svůj žaludeční obsah, který je kyselý a mohl by vážně poškodit její plíce. Z tohoto důvodu jídlo ani pití během porodu raději nepodáváme. Průběh porodu vyžaduje přísun tekutin a energie, který většinou řešíme nitrožilním podáním glukózy (PAŘÍZEK, 2009).

2.4 Mechanismus porodu plodu v poloze koncem pánevním

Pro vedení spontánního i operativního porodu v poloze KP je nezbytná znalost jeho mechanismu. Hýždě do pánevního vchodu vstupují nejčastěji v šikmém průměru a u multipar i v průměru příčném. K rotaci dochází v pánevní šíři a raménka plodu zůstávají beze změny až do porodu v příčném průměru. Jestliže hýždě sestupují v šikmém průměru, rotují pak do průměru přímého. Pokud sestupují, avšak výjimečně, již v pánevním vchodu v průměru přímém, prostoupí tak celou pánví. Stejně jako v poloze záhlavím, tak i KP zaujímá nucené držení. Jakmile odteče VP, páteř se za vypuzovacích kontrakcí napřimuje a hlavička zaujímá polohu mezi flexí a deflexí. Osa, která je mezi hlavou a KP je v jedné linii. Ve druhé DP rozeznáváme fáze: porod plodu až po pupečník, do dolního úhlu přední lopatky, porození ramének a ruček a nakonec porod hlavičky (DOLEŽAL, 2007).

Mechanismus porodu hýždí

Vstup: část hýžd'ová vstupuje do vchodu pánevního obvykle s genitoanální rýhou dle postavení plodu v šikmém průměru. Tam, kam směřuje hřbet plodu, směřuje i kostrč. Hýždě, která je uložena více vpředu se stává vedoucí, vzhledem k předozadní asymetrii délky malé pánve.

Progrese: KP postupuje do roviny pánevní šíře až do úžiny.

Vnitřní rotace: KP naráží na dno pánevní a vnitřně se rotuje svou vedoucí hýždí za sponou. Celý trup se pak začíná laterálně flektovat.

Rotace kolem dolního okraje spony: ve východu pánevním obvykle v příčném průměru probíhá genitoanální rýha. Vedoucí hýždě se podsouvá pod arcus pubis a opře

se svým hypomochliem, hřebenem kosti kyčelní, o dolní okraj spony, kolem kterého se laterálně ohýbá. Nejdříve se v poševním vchodu objevuje vedoucí hýždě, dále oblast genitoanální rýhy a konečně se přes hráz porodí vzadu uložená hýždě (ČECH, 2006).

Mechanismus porodu ramének

Vstup do pánevního vchodu: v čase, kdy se do pánevního východu dostávají hýždě plodu, vstupují do vchodu pánevního raménka. Biakromiální průměr obvykle probíhá

v opačném šikmém průměru, než jak probíhá genitoanální rýha.

Progrese: průchodem rovinou vchodu raménka prostupují většinou v šikmém průměru rovinou šíře a úžiny.

Vnitřní rotace: mezi úžinou a východem rotuje dopředu za sponou stydkou raménko více vpředu a tím i níže uložené a biakromiální průměr se dostává do přímého průměru pánevního východu.

Rotace ramének kolem dolního okraje spony: vpředu uložené raménko se posune pod arcus pubis až po paži v oblasti kosti pažní, tvořící v pořadí druhé hypomochlion, který se opírá o dolní okraj spony. Vzadu uložené raménko se rodí přes hráz, obvykle současně s předním raménkem (ČECH, 2006).

Porod hlavičky

Vstup do pánevního vchodu: v okamžiku, kdy se ve vchodu rodí břišní část plodu i s úponem pupečníku, vstupuje do vchodu pánevní hlavička, která tlačuje pupečník, který probíhá mezi ní a tvrdými porodními cestami. V tomto okamžiku je uzavřena fetoplacentární cirkulace v pupečníku a porod by měl být dokončen do 2 – 3 minut. Dále se flektuje hlavička, jejímž prostupujícím obvodem je subokcipitobregmatická cirkumference a šev šípový je dle postavení v šikmém nebo příčném průměru pánevního vchodu.

Progrese: hlavička dále postupuje rovinou pánevní šíře a v době, kdy se rodí ve východu raménka, ocitá se v pánevní úžině.

Vnitřní rotace: v úžině, nebo někdy už v šíři, začíná vnitřní rotace hlavičky, svým záhlavím dopředu ke sponě.

Rotace kolem dolního okraje spony: svým subokciputem se hlavička opře o dolní okraj spony a kolem tohoto bodu se rotuje ve vodorovné ose. Přes hráz se rodí nejprve brada, obličej dále čelo a nakonec záhlaví, s oblastí malé fontanely. Hlavička

plodu má tvar mezocefalický, protože při jejím rychlém průchodu porodními cestami se nestačí konfigurovat. Porodní nádor je obvykle vyznačen na vedoucí hýždě, popřípadě nožce (ČECH, 2006).

Vedení porodu koncem pánevním dle Covjanova

Covjanov svou metodu popsal v roce 1929, převážně ji určil k vedení porodu v poloze řítní, která se vyskytuje nejčastěji. Covjanova metoda byla propracována a v naší zemi zdomácněla (DOLEŽAL, 2007).

Covjanov I

(úplný KP, poloha řítní, genitoanální rýha v příčném nebo šikmém průměru)

Metoda dle Covjanova spočívá v přidržování rodících se částí plodu ve směru osy porodního kanálu a musí být zachováno jeho pravidelné držení. Plod musí být vypuzován pouze vlastními vypuzovacími silami rodičky (ROZTOČIL, 2008).

Mechanismus:

Lékař sedí před rodící ženou, ruce má loketními hranami přiložené na zevních rodidlech ženy a dlaněmi prodlužuje porodní cesty. Loketní hrany rukou jsou se zevními rodidly stále v kontaktu, proto, aby nedošlo k tahu za porozené části plodu, čímž se zamezí vztyčení ruček či deflexi hlavičky. V ose porodních cest pak plod prokluzuje rukama porodníka, podpírán palci obou rukou. Po porodu plodu po dolní úhel lopatky napomůžeme mírným sklonem dolů porodu předního raménka. Usnadnění porodu zadního raménka dosáhneme tím, že plod mírně zdvihneme nahoru. Ručky pak samovolně vypadnou současně přes hráz. Hlavičku plodu rodíme tak, že plod stále zdvíháme mírným tahem vzhůru, přičemž se přes hráz rodí nejprve ústa, nos, čelo a nakonec záhlaví. Pokud se stane, že porod hlavičky vážne, Covjanov doporučuje Mauriceau-Levretův hmat (KUDELA, 2008).

Covjanov II

(naléhání nožkami nebo kolénkem)

Sterilní rouškou brání porodník předčasnému porodu nožek a to až do doby, než hýždě sestoupí na dno pánevní. Tím dosáhne toho, že branka zcela zajde a současně dojde i ke změně naléhání na úplný KP (KUDELA, 2008).

Vedení porodu koncem pánevním podle Brachta

Při vedení porodu podle Brachta se předpokládá, že celý trup se rodí jako jednolitý válec. Do jisté míry se zde nerespektuje mechanismus porodu ramének. Dolní

polovina těla se rodí samovolně. Lékař rukama uchopí plod, palci přidržuje stehna plodu k břichu a zbývající prsty objímají úderní krajinu. Jakmile se porodí pupečník, porodník zdvihá plod vzhůru k břichu rodičky. Hrudník a raménka se rodí jako celek. Po porodu ramének je plod stále zdvihán vzhůru a to až nad úroveň spony stydké. Porodu hlavičky napomáhá asistence přiměřeným tlakem dlaně nad sponou (KUDELA, 2008).

2.5 Nejčastější komplikace u polohy koncem pánevním

Odtok nadměrného množství VP

Nastává většinou při déle trvajícím porodu a vyvolává syndrom pasivní děložní apozice s následným rozvojem poruchy děložní činnosti a zásobení plodu kyslíkem. Jako prevenci nadměrného množství odtoku VP. Čech uvádí: „*Vak blan protrháváme většinou až ke konci I. doby porodní, kdy za kontrakce zjišťujeme tendenci pánevního konce plodu ke vstupu do pánevního vchodu*“ (ČECH, 2006, s. 235).

Nadměrná přestávka děložní činnosti – ošetřovatelská péče

Nadměrná přestávka děložní činnosti může nastat po porodu hýždí v době, kdy je pupečník stlačen vstupující hlavičkou. Jako léčba této komplikace je i. v. aplikace Oxytocinu a při možném neúspěchu pak operativní extrakce plodu (ČECH, 2006).

Ošetřovatelská péče:

Rodička se na jednu stranu cítí pohodlně, ale na druhé straně může pociťovat frustraci ze zpomaleného postupu porodu. Hlavní úloha porodní asistentky je empaticky a emocionálně podpořit rodičku a také partnera. Porodní asistentka nechává rodiče prostor pro vyjádření pocitu frustrace. Dále ji při zlepšení nálezu podporuje, aby v úsilí nepolevovala (LEIFER, 2004).

Vztyčení nebo zaklínění ručky

Při této komplikaci se provádí operační vybavení ruček Müllerovým manévrem a to kombinovanou nebo klasickou metodou, s následnou extrakcí hlavičky (ČECH, 2006).

Abnormální rotace hlavičky u konce pánevního

Jestliže je hlavička otočena obličejem dopředu a není vstouplá, brada se zachytí na symfýze. Abnormální rotace se většinou nevyvíjí samovolně, ale vznikne například po obratu, nebo uchopením nesprávné nožky (DOLEŽAL, 2007). Léčbou abnormální rotace je extrakce hlavičky obráceným hmatem dle Mauriceaua-Levreta-Smellie-Veita (ČECH, 2006).

Hypoxie plodu

Hypoxii, nebo také distres plodu, charakterizujeme jako poruchu diaplacentární výměny plynů. Pokud není korigována, výsledkem může být přetrvávající neurologické poškození, nebo dokonce smrt plodu. Ve fetálním oběhu plodu je nedostatek kyslíku a naopak nadbytek oxidu uhličitého, s respirační acidózou, která u plodu vyvolává kardiovaskulární změny. Využitím některých adaptačních či kompenzačních mechanismů, se plod může dočasně přizpůsobit snížené dodávce kyslíku (ZWINGER, 2004). Měchurová uvádí: „*Hypoxie plodu je jednou z nejčastějších příčin perinatální mortality a morbidity*“ (MĚCHUROVÁ, 2007).

Adaptační mechanismus:

- zvýšení vzájemného vztahu kyslíku k fetálnímu hemoglobinu,
- zvýšení schopnosti tkání extrahovat kyslík,
- zvýšení tkáňové odolnosti k acidóze (ZWINGER, 2004).

Kompenzační mechanismy:

- Schopnost redistribuce minutového srdečního výdeje, kterou je upřednostňována dobrá oxygenace vitálně důležitých orgánů. Nejdříve dochází k selektivnímu zúžení cév (vazokonstrikci) v řadě plodových tkání při současném rozšíření krevního řečiště jiných orgánů. Význačné je snížení průtoku krve plícemi, játry, slezinou, střevy a ledvinami. Proto je oligohydramnion považován za marker fetálního distresu. Zvýšený průtok byl naopak prokázán u koronárního řečiště, nadledvin, mozku, udržuje se průtok krve placentou, kromě toho zůstává celkový srdeční výdej u lehčích poruch ustálený a klesá teprve u závažnější hypoxie. Důsledkem je, jak Zwinger uvádí: „*snížená spotřeba kyslíku, bradykardie, snížení až vymizení pohybů plodu, anaerobní glykolýza (při níž dochází k hromadění laktátu a tím ke vzniku metabolické acidózy)*“ (ZWINGER,

2004, s. 265). Překročí-li kompenzační možnosti plodu, vznikne generalizovaná vazokonstrikce, čímž se snižuje průtok a saturace kyslíkem bez výjimky všech orgánů. Tato selhání jsou doprovázena hypoxickými orgánovými změnami. V krátké době nastává konečná bradykardie, hypotenze, nevratné poškození CNS, parenchymatózních orgánů a smrt plodu (ZWINGER, 2004).

Příčiny: příčin, které vedou ke vzniku intrauterinní hypoxie plodu je několik. Účastní se na nich faktory: mateřské, placentární pupečnickové a plodové. Dělíme je do 4 skupin:

- stavy snižující přívod kyslíku do uteroplacentárního prostoru: hypotenze matky, anémie, srdeční selhání matky, hyperaktivita dělohy.
- poruchy fetoplacentárního oběhu: placenta praevia, abrupce placenty, komplikace pupečnicku (stlačení, otočení, uzel), insuficience placenty,
- fetopatie: vrozené vývojové vady,
- nehypoxické příčiny: intrapartální trauma a infekce (ZWINGER, 2004).

Projevy hypoxie:

Hypoxii můžeme rozdělit na akutní a chronickou. K akutní hypoxii dochází například při abrupci placenty a k chronické při placentární insuficienci nebo anémii plodu.

Projevy akutní hypoxie – změna frekvence OP.

Projevy chronické hypoxie – odchod mekonia, oligohydramnion (MĚCHUROVÁ, 2007).

Distres u plodu v prenatálním období, můžeme zjistit elektronicky (kardiotokograf), biochemicky (stanovení steroidů), klinicky (amnioskopie, amniocentéza) (ZWINGER, 2004).

2.6 Operativní ukončení porodu koncem pánevním metodou extrakce

Extrakce plodu

Extrakce plodu je v moderním porodnictví vzácně používanou operační metodou hlavně u akutních stavů ohrožující život plodu. Je to tah za přístupnou končetinu plodu,

kteřá má za účel vybavit plod z porodních cest. V současné době se extrakce plodu používá při akutní hypoxii plodu v poloze KP, kdy již není možné ukončit porod císařským řezem (HÁJEK, 2004).

Podmínky extrakce

Extrakci plodu v poloze KP provádíme pouze ve II. DP, tedy v době, kdy je zašlá branka. Není-li tomu tak, volí se císařský řez. Mezi další podmínky k extrakci patří: prostorná pánev, vyloučení kefalopelvickeho nepoměru, poddajnost měkkých porodních cest a odteklá VP. Extrakci plodu můžeme rozdělit na poloviční nebo úplnou. Kudela uvádí: „*Rozsah výkonu závisí na tom, v jaké fázi je porod v době, kdy vznikne indikace k jeho akutnímu ukončení*“ (KUDELA, 2008, s. 177).

Poloviční extrakce plodu dle Müllera

Rukama uchopíme po pupek porozený plod. Palce položíme na hýždě plodu a ostatní prsty objímají stehna plodu. Provedeme tah vzad a dolů, šikmo na tu stranu, kde je uložen hřbet plodu. Přední raménko a ručka se rodí pod symfýzou. Dále zvedáme plod k břichu rodičky, přičemž se přes hráz rodí raménko a zadní ručka. Jestliže se nedaří vybavit ručky, lze si pomoci zavedením prstů do rodidel. Ze zadu přes raménko přední zavádíme dva prsty pod symfýzu. Ty zaklesneme do loketní jamky přední ručky. Přední ručku pak vybavíme stůravým pohybem. Je však zapotřebí vyhnout se páčením za kost pažní. Po nadzvednutí plodu rodíme stůravým pohybem ručku zadní (KUDELA, 2008).

Extrakce hlavičky dle Mauriceau-Levert-Smellie-Veita

Do rodidel zavedeme jednu ruku, druhý a čtvrtý prst opřeme o jařmové oblouky hlavičky. Třetí prst leží na horní čelisti. Nožky a trup plodu jízdmu spočívají na předloktí ruky, kterou jsme zavedli do rodidel (KUDELA, 2008). Tato ruka má za úkol udržovat hlavičku ve flexi a napomáhat rotaci, není-li dokončena. Druhá ruka plod uchopí tak, že ukazovák a prsteník zaklesne za ramena plodu, přičemž natažený prostředník se opírá o zátylek plodu a kontroluje flexi. Tato ruka koná tah ve směru porodního kanálu nejprve mírně dolů, poté svisle a po porodu zátýlku nahoru, až se vybaví obličej a následně celá hlavička (NAGY, 2004).

Obrázek 2 - Extrakce hlavičky plodu dle Mauriceau-Smellieho



Zdroj: <<http://lekari.porodnice.cz/operace-ukoncuujici-porod>>

Úplná extrakce konce pánevního

Úplná extrakce u KP se většinou provádí, jestliže je plod ohrožen akutní hypoxií ve II. době porodní. Zde uvádím postup úplné extrakce KP dle Kudely: „*Jsou-li v pochvě hmatné nožky, uchopíme plod za jednu nebo obě nožky a táhneme směrem vpřed a dolů. Táhneme vždy směrem pánevní osy té roviny, kterou prochází příslušná část plodu. Prořezává-li přední hýždě, táhneme ještě směrem dolů a vpřed. Je-li přední hýždě porozena po crista illiaca, kterou se zapře o dolní okraj spony, změníme směr trakce vzhůru. Tím napodobíme lateroflexi, při níž se přes hráz rodí zadní hýždě. Po porodu hýždí uchopíme plod tak, že palce spočívají na křížové krajině plodu, ostatní prsty objímají stehna plodu. Plod stahujeme šikmo, dozadu a dolů, spíše na tu stranu, kde je hřbet plodu. Extrahujeme-li plod po pupek, je další postup shodný jako u poloviční extrakce. V této fázi je možno podpořit děložní kontrakce podáním 5 jednotek Oxytocinu i. v.*“ (KUDELA, 2008, s. 180).

Zásady při vedení extrakce plodu při poloze koncem pánevním

- extrakci neprovádíme pokud možno v anestézii, aby rodička byla schopna uplatnit břišní lis,
- tah provádíme za kontrakce,
- pokud je plod porozen po pupek, musíme jej vybavit do 3 minut,
- při extrakci bychom se měli vyhnout násilí,

- k uchopení plodu použijeme sterilní roušku (KUDELA, 2008).

Komplikace a rizika operačních porodů

U extrakce plodu vždy hrozí vážné komplikace jak pro plod tak i matku. Jako komplikace ze strany matky je uváděná především traumatizace měkkých porodních cest což může způsobit masivní krvácení, které se dále může rozvinout v hemoragický šok, až DIC. Závažnější mohou být komplikace ze strany plodu, které vedou k jeho traumatizaci a hypoxii. Intrapartální hypoxie plodu může být jak indikací k extrakci plodu, tak i její následek. Traumatem mohou být zasaženy všechny orgány plodu, ale nejčastěji dochází k postižení dolních končetin, horních končetin, páteře a hlavy. Jako následek dlouhodobé hypoxie plodu je psychosenzomotorické poškození plodu, které se projeví různými stupni mentální retardace, nebo mozkové obrny (HÁJEK, 2004).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Ošetrovatelský proces u ženy při spontánním porodu koncem pánevním

Veškeré informace a údaje o klientce jsem získala z rozhovoru při příjmu k porodu, těhotenské průkazky, z dostupné dokumentace, od lékaře a porodní asistentky v nemocnici Brandýs nad Labem. Ošetrovatelskou péči o ženu jsem realizovala dne 11. 4. 2011 od 9:30 do 21:00 hod.

3.1 Identifikační údaje

Iniciály klientky: X. Y.

Rok narození: 1981

Zdravotní pojišťovna: Oborová zdravotní pojišťovna

Stav: svobodná

Státní občanství: české

Vzdělání: Vyšší odborná škola ekonomická – nyní pokračuje ve studiu 3. ročníku.

Povolání: účetní

Nejbližší osoba, kterou lze kontaktovat: otec dítěte X. Y.

Datum přijetí: 11. 4. 2011

Důvod přijetí: jako rodička

Gravidita/parita: I/I

Týden gravidity: 38 + 3

Otec u porodu: ano

3.2 Anamnéza

RA: matka zdravá, otec endogenní deprese, bratr zdrav

OA: rodička se s ničím vážným neléčila, v dětství prodělala opakující se spálu jinak běžné dětské nemoci.

Úrazy: řezná rána na vnitřní straně levého předloktí 1991

Operace: 0

VVV: 0

Kardiovaskulární onemocnění: 0

Onkologická onemocnění: 0

Transfúze: 0

Abusy: kouření 0, drogy 0, alkohol příležitostně, pije jednu kávu denně

AA: vosí bodnutí

FA: neužívá pravidelně léky

SA: svobodná, bydlí v pražském bytě s přítelem ve společné domácnosti. Těhotenství bylo plánované.

GA: menarche od 15 let, pravidelná 28/5, nebolestivá.

Gynekologicky se neléčila, zákrok na děloze neprodělán.

Aborty: 0

UPT: 0

Porody: 0

HAK: od 17 let

3.3 Nynější těhotenství

Při běžné kontrole v prenatální poradně Běloveská, Praha 9 dne 7. 3. 2011 byly zjištěny otoky dolních končetin (dále jen DK), klientka byla odeslána ke svému obvodnímu lékaři, který stanovil diagnózu venózní insuficienci s mírnou poruchou lymfodrenáže, byla doporučena ke kontrole na cévní ambulanci a k odběru krve na KO, FW, glykémie, TSH a k mikrobiologickému vyšetření moče na moč chemicky + sediment. Dle výsledků nebyla zjištěna onemocnění, která by ohrozila těhotenství.

- **PM:** 17. 7. 2010
- **TP:** dle PM 23. 4. dle UZ 25. 4. 2011
- **tt:** 38 + 3
- **Prenatální péče:** Praha 9, Gynekologicko porodnická praxe Běloveská. Od 16. týdne těhotenství, celkem 8 kontrol
- **Psychoprophylaktická příprava:** 0, **těhotenský tělocvik:** 0
- **Farmakoterapie:** 0
- **Choroby k těhotenství přidružené:** 0
- EKG + interní vyšetření v normě
- **Varixy:** 0, **otoky:** DK od 7. 3. 2011

Výsledky vyšetření z prenatální poradny:

- **KS:** A +
- **Hbs Ag:** negativní
- **BWR a TPHA:** negativní
- **HIV:** negativní
- **oGTT:** v normě
- **GBS:** negativní
- **Biochemický screening:** negativní
- **Protilátky:** negativní

3.4 Příjem rodičky k porodu

Rodička přichází na porodní sál v Brandýse nad Labem dne 11. 4. 2011 v 09:30 hod. in grav. hbd. 38 + 3, udává slabé pravidelné kontrakce po 10 minutách, nekrvácí, VP neodtekla, pohyby plodu cítí, OP + 146'. Je trochu neklidná a nesoustředěná. Proto níže uvádím ošetrovatelský plán pro diagnózu úzkosti.

Úzkost z důvodu neznámého a neosobního nemocničního prostředí, projevující se neklidem, sníženou pozorností a zvýšením svalového napětí.

Priorita: vysoká

Krátkodobý cíl: Odstranit, nebo alespoň zmírnit úzkost.

Očekávané výsledky:

- Rodička má dostatek informací – při příjmu k porodu.
- Rodička je klidná a spolupracuje – od příjmu k porodu.
- Rodička využívá všechny rady a pomoc – od příjmu k porodu.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí stupeň úzkosti – při příjmu k porodu - porodní asistentka.
- Seznam rodičku s novým prostředím – při příjmu k porodu - porodní asistentka.
- Sleduj projevy úzkosti – od příjmu k porodu do konce porodu - porodní asistentka.
- Dodržuj správnou komunikaci s rodičkou a o všem jí informuj – od příjmu k porodu do konce porodu - porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011 při příjmu k porodu

- Stupeň úzkosti střední.
- Rodičku jsem provedla po celém porodním sále.
- Projevy úzkosti jsem sledovala od příjmu k porodu až dokonce.
- Rodičku jsem informovala a dostatečně komunikovala.

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Rodička se cítila v neznámém prostředí „nesvá“. Po seznámení s prostředím porodního sálu, dobré komunikaci se uvolnila a spolupracovala. Byla klidnější.
- Cíl byl splněn – redukce úzkosti.

Zevní vyšetření rodičky při příjmu

Rodičku jsem požádala, aby se položila na vyšetřovací lehátko a informovala ji o postupu vyšetření. Nejdříve jsem začala pohledem (aspekci), poté jsem provedla pohmat (palpaci) pomocí Pawlikových hmatů a nakonec jsem přiložila sondu z CTG monitoru pro poslech (auskultaci) OP. Zápis zevního vyšetření:

Aspekce: tvar břicha ovoidní, přiměřená pigmentace, linea fusca patrná sahá od symfýzy k pupku, pupeční jamka vyhlazená, kůže dostatečně hydratovaná, jizvy: 0, pubické ochlupení typicky ženské.

Palpace: fundus děložní (dále jen FD) FD/3, PPKP, PI, DDS - vyplněn velkou, měkkou částí, nebolestivý.

Auskultace: OP + 146´ pravidelné.

Vnitřní vyšetření rodičky při příjmu

Po dokončení zevního vyšetření jsem rodičku požádala, aby se položila na vyšetřovací křeslo a uvolnila se. Nejdříve rodičku vyšetřil lékař a poté já. Zápis vnitřního vyšetření:

Aspekce: pubické ochlupení typicky ženské, hráz středně vysoká bez zarudnutí, vulva bez abnormalit, anální otvor bez defektů, kůže čistá, VP neodtekla, nekrvácí.

Palpace: pochva prostupná, klenby vyvíjející se, zbytek čípku mediosakrálně, hrdlo volně pro dva prsty, plod naléhá polohou řítní na vchod pánevní (dále jen VP) ve VB.

Přítomný stav:

Výška: 165 cm

Hmotnost: 90 kg

Přírůstek hmotnosti: 10 kg

Váhový odhad plodu (EFW) 2500 g

Pelvimetrie: 23-25-35-19 cm

Vstupní CTG

Fyziologický, bazální frekvence (dále jen BF) 146´, křivka: undulatořní, akceleraace: 0, deceleraace: 0, kontrakce á 10 minut, slabé, pravidelné.

Po přijetí byla rodička uložena na čekateľský pokoj v 10:00 hod.

Dle ordinace lékaře tlak krevní a pulz (dále jen TK a P) po 2 hodinách, CTG á 3 hod., OP á 15 min.

3.5 Průběhu porodu

3.5.1 Ošetrovatelská péče v průběhu I. DP

Rodička přichází na porodní sál dne 11. 4. 2011 v 9:30 hod. v týdnu gravidity 38 + 3. Udává kontrakce po 10 minutách, slabé, pravidelné. Nekrvácí, VP neodtekla, pohyby plodu cítí, OP + 146'. Vaginálně pochva prostupná, klenby vyvíjející se, zbytek čípku mediosakrálně, hrdlo volně pro 2 prsty, plod naléhá polohou řítní na VP ve VB. Dle ordinace lékaře TK + P á 2 hodiny a CTG záznam á 3 hod., monitorace srdeční akce plodu á 15 min. Po přijetí byla rodička uložena na čekatelský pokoj. Má trochu obavy ze spontánního porodu při této poloze, ale po edukaci lékařem se uklidnila a spolupracovala. Zvažované diagnózy jsou strach a nedostatek informací.

V **11:15** provedena příprava rodičky k porodu. Oholila jsem hráz a poté podala očistné klyzma. Rodička se vyprazdňuje a poté sprchuje.

Ve **12:00** jsem rodičku na čekatelském lůžku napojila na CTG v poloze na boku a poté změřila TK: 120/80 P: 72'. Ve 12:30 jsem rodičku odpojila. Záznam je fyziologický, kontrakce á 5 – 7 min, dosahující na větší intenzitě, hlavně v lumbální oblasti, BF: 134', bez decelerací.

Ve **12:45** jsem provedla vnitřní vyšetření rodičky. Branka tuhých okrajů v průměru 3 cm, KP naléhá na VP ve VB. Dle ordinace lékaře aplikován Buscopan 1 amp. intramuskulárně. Dále lékař doporučil vanu, která rodičce pomáhá od zvládnání bolestí.

Ve **14:00** lékař provedl vnitřní vyšetření. Branka jemných okrajů 4 – 5 cm, KP těsně naléhá na VP ve VB, kontrakce á 5 min, silnější, pravidelné. Změřen TK: 125/70 P: 68'. Rodička nyní využívá míč a poslouchá hudbu. Po celou dobu porodu je přítomen partner, který rodičce pomáhá.

V **15:00** spontánně odtekla čirá VP. Rodičku jsem ihned napojila na CTG a lékař ji vnitřně vyšetřil. Vaginálně branka v průměru 6 cm KP těsně naléhá na VP.

V **15:30** CTG – fyziologický, BF: 142', kontrakce silné, pravidelné á 2 – 3 min, akcelerace 2 za 20 min, bez decelerací. **16:00** změřen TK: 118/80 P: 76'.

V **16:30** dle ordinace lékaře zaveden periferní žilní vstup do LHK a na posílení kontrakcí aplikován 500 ml 5 % glukózy s 5 j. Oxytocinu i. v. Rodička využívá relaxačních technik ke zvládnutí bolesti, prodýchává kontrakce spolu s partnerem.

V **16:45** jsem rodičku uložila na porodní box, kontrakce jsou pravidelné, intenzivní á 1 – 2 min, po kontrakci se snaží odpočívat a nabrat síly k závěru porodu.

V **17:00** vaginálně branka jemných okrajů v průměru 8 cm, KP těsně naléhá na VP, TK: 128/90, P: 70´.

V **17:30** rodička pociťuje silné nutkání na tlačení, přivolán lékař. OP jsou monitorovány kontinuálně. Rodičku jsem edukovala o správné technice dýchání při druhé době porodní. I. DP trvala 8 hodin.

Ošetrovatelské diagnózy pro I. DP reálné

1. Strach z důvodu možných komplikací, které by mohly nastat při spontánním porodu koncem pánevním, projevující se nedostatkem pozornosti a změnou gestikulace.
2. Akutní bolest z důvodu děložních stahů, projevující se slovním vyjadřováním.
3. Porucha mobility z důvodu zavedení periferního žilního vstupu.
4. Porucha ve výživě z důvodu sníženého příjmu tekutin, projevující se žízní.

Ošetrovatelské diagnózy pro I. DP potencionální

1. Potencionální riziko deficitu informací z důvodu nedostatečné informovanosti porodní asistentkou či lékařem.
2. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního vstupu.
3. Potencionální riziko paravenózní aplikace infúzní směsi glukózy a oxytocinu.
4. Potencionální riziko nedostatečně efektivních děložních kontrakcí.
5. Potencionální riziko nespolupráce při dýchání během děložních stahů.
6. Potencionální riziko retence moči v důsledku stresových faktorů a ztráty intimity.

Uvádím rozpracovaný plán ošetrovatelské péče jedné aktuální a jedné potencionální diagnózy pro I. DP.

Strach z důvodu možných komplikací, které by mohly nastat při spontánním porodu koncem pánevním, projevující se nedostatkem pozornosti a změnou gestikulace.

Priorita: vysoká

Krátkodobý cíl: Zmírnit strach z porodu.

Očekávané výsledky:

- Rodička je plně informována o ošetrovatelském a léčebném plánu – při příjmu k porodu.
- Rodička byla edukována o potenciaálních rizicích spojené se spontánním porodem koncem pánevním a je si jich vědoma – při příjmu k porodu.
- Rodička spolupracuje s porodní asistentkou a lékařem a je si plně vědoma příčině strachu – od začátku porodu.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí příčinu strachu – při příjmu k porodu - porodní asistentka.
- Informuj rodičku o všech ošetrovatelských výkonech a léčebném plánu – v průběhu porodu - porodní asistentka.
- Podej dostačující informace o jejím stavu a stavu plodu – v průběhu celého porodu - porodní asistentka, lékař.
- Zodpověz veškeré dotazy a ujisti se, že všemu porozuměla – při příjmu k porodu, v průběhu celého porodu - porodní asistentka.
- Umožni přístup partnera nebo rodině k porodu – po celou dobu porodu - porodní asistentka.
- Buď rodičce na blízku a buď jí oporou – po celou dobu porodu - porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011 v I. DP po přijetí k porodu

- Rodičku jsem informovala.
- Zodpověděla jsem všechny dotazy tak, aby jim rodička porozuměla.
- Všechny ošetrovatelské zásahy byly rodičce dopředu nahlášeny.
- Rodička byla informována o jejím stavu a stavu plodu průběžně.

- Po celou dobu porodu byl přítomen partner, který byl rodičce velkou psychickou oporou.
- Rodičce jsem byla na blízku a pozorně jí naslouchala.

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Obavy rodičky vyplývaly z nedostatku informací. Po řádné edukaci a informovanosti, kterou jsem rodičce poskytla, cítila se klidněji a byla lépe soustředěna na samotný porod, který proběhl s menšími obavami, které ale nijak neohrozily průběh celého porodu.
- Strach se podařilo zmírnit.
- Cíl byl splněn částečně.

Potencionální riziko deficitu informací z důvodu nedostatečné informovanosti porodní asistentkou či lékařem.

Cíl: Rodička bude mít dostatek informací a informacím bude rozumět.

Očekávané výsledky:

- Rodička zná porodní asistentku a lékaře – při příjmu k porodu.
- Rodička má dostatek informací – od začátku porodu.
- Rodička je ochotna přijímat a získávat nové informace – během porodu.

Ošetrovatelské intervence:

- Seznam rodičku s prostředím porodního sálu – po přijetí k porodu - porodní asistentka.
- Popiš rodičce průběh porodu – při příjmu k porodu - porodní asistentka.
- Vybidni rodičku k tomu, aby se ptala na vše, co jí není jasné – v průběhu porodu.
- Podávej informace postupně, srozumitelně – od příjmu až do konce porodu - porodní asistentka.
- Dej rodičce prostor na otázky a trpělivě na ně odpovídej – v průběhu porodu - porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011 v I. DP při příjmu a během porodu

- Rodička byla seznámena s prostředím porodního sálu i s ošetrujícím personálem.
- Rodičce jsem odpověděla na všechny její dotazy.
- Veškeré informace jsem rodičce podávala postupně a tak, aby všemu rozuměla.
- Poskytla jsem rodičce dostatečný prostor pro její otázky.

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Rodička měla dostatek informací a cítila se jistější.
- Cíl byl splněn

3.5.2 Ošetrovatelská péče v průběhu II. DP

Zánik branky v **18:00** hod. Kontrakce jsou silné a nutí k tlačení. Rodička neefektivně dýchá a proto mimo kontrakce nácvik správného dýchání a vhodné polohy pro II. DP. Zvažují diagnózu o neefektivním dýchání. Rodička má na porodnickém lůžku DK umístěny na Shauteových opěrách a je edukována, aby se jich při tlačení držela. Dále dezinfekce rodidel, vyprázdnění močového měchýře. Lékař provádí pudendální blokádu a infiltraci podkoží hráze 1% Mesocainem. Sterilní rouškou lékař brání předčasnému prořezávání hýždí plodu. Rodička prodýchává pár kontrakcí a lékař provede vydatnou episiotomii a i. v. aplikací 1 j. Oxytocinu ve formě bolusu prodlouží kontrakci. Poté lékař vede porod dle Covjanova.

V **18:20** spontánní porod plodu v poloze KP dle Covjanova, aplikovány 2 j. Oxytocinu a 1 amp. MEM i. v., narozeno děvče, křičí, předáno dětské sestře k prvnímu ošetření. Míra: 2400/ ? (KP), AS: 9, 10, 10. II. DP trvala 20 min.

Ošetrovatelské diagnózy pro II. DP reálné

1. Neefektivní dýchání z důvodu vyčerpanosti a nedostatku informací o správném dýchání, projevující se hyperventilací a nauzeou.
2. Nauzea z důvodu nadměrného dýchání a vyčerpanosti rodičky, projevující se zblednutím a nechutenstvím.
3. Hypertermie z důvodu zvýšené aktivity, projevující se zčervenáním kůže a pocitem horka.
4. Krvácení z důvodu spotřebované porodnické branky.

Ošetrovatelské diagnózy pro II. DP potenciální

1. Potenciální riziko nespolupráce ve II. DP z důvodu předčasného používání břišního lisu, projevující se nesprávným a neefektivním tlačáním.
2. Potenciální riziko ruptury z důvodu nesprávného používání břišního lisu.
3. Potenciální riziko defekace z důvodu nedostatečného vyprázdnění tlustého střeva po podání očistného klyzmatu.
4. Potenciální riziko paravenózní aplikace infúzní směsi s Oxytocinem.
5. Potenciální riziko retence moče z důvodu útlaku močového měchýře.

Neefektivní dýchání z důvodu vyčerpanosti a nedostatku informací o správném dýchání, projevující se hyperventilací a nauzeou.

Priorita: vysoká

Krátkodobý cíl: Rodička bude dýchat efektivně po celou dobu porodu.

Očekávané výsledky:

- Rodička zná a umí využívat správné dýchací techniky – od začátku do konce porodu.

Ošetřovatelské intervence:

- Nauč rodičku správnému a efektivnímu dýchání – od I. DP do II. DP - porodní asistentka.
- Po odeznění kontrakce edukuj rodičku, aby zavřela oči a uvolnila se – od I. DP do II. DP - porodní asistentka.
- Nauč rodičku správnému tlačení se zadržným dechem a přidechnout za kontrakce – ve II. DP - porodní asistentka.
- Informuj rodičku, že při nesprávné technice dýchání se mohou objevit brnění rukou, nauzea a mdloby – porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011 v I. a II. DP

- Rodička byla informována o nesprávné technice dýchání a jejích možných následcích.
- Rodička se s mou pomocí naučila správnému dýchání.
- Po odeznění kontrakcí se uvolnila a klidně dýchala.
- Při porodu byla ukázněná, tlačila dle našich instrukcí se zadržným dechem a za kontrakce správně dle pokynů předýchávala.

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Rodička po celou dobu porodu správně a efektivně dýchala, jen se v závěru porodu přestala soustředit. Po mém vyzvání a nácviku dýchání se byla opět soustředěna a opět efektivně dýchala.
- Cíl byl splněn.

Potencionální riziko nespolupráce ve II. DP z důvodu předčasného používání břišního lisu, projevující se nesprávným a neefektivním tlačáním.

Cíl: Rodička bude plně spolupracovat ve II. DP.

Očekávané výsledky:

- Rodička plně spolupracuje s porodní asistentkou a ošetřujícím lékařem – v průběhu porodu.
- Rodička je informována o nevýhodách předčasného používání břišního lisu – v průběhu porodu - porodní asistentka.
- Rodička správně a efektivně používá břišní lis – ve II. DP
- Rodička zapojuje břišní lis na pokyn porodní asistentky či lékaře – ve II. DP

Ošetřovatelské intervence:

- Edukuj rodičku o možných komplikacích při předčasném použití břišního lisu – v průběhu porodu - porodní asistentka.
- Edukuj rodičku kdy a jak má správně zapojit břišní lis – ve II. DP - porodní asistentka.
- Ujistí se, že rodička všemu porozuměla – ve II. DP - porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011 ve II. DP

- Rodičku jsem seznámila s tím, kdy je správný čas pro tlačení a jak efektivně tlačit.
- Rodička byla se vším seznámena a všemu porozuměla.
- Rodičku jsem edukovala o možných komplikacích při předčasném zapojení břišního lisu (zpomalení porodu, velké vnitřní poranění).

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Rodička ve II. DP spolupracovala, byla ochotna přijímat mé rady a chovala se velice ukázněně.
- Cíl byl splněn.

3.5.3 Ošetrovatelská péče v průběhu III. DP

V **18:36** spontánní porod lůžka mechanismem dle Gessnera, váha 500 g, bez infarktů, kotyledony nechybí, blány celistvé, pupečník dlouhý 55 cm, 3 cévy, bez uzlů. Provedla jsem odběr vzorku z pupečnickové krve na BWR. Z důvodu vydatné epiziotomie zvažuji o uvedení diagnózy poruchy integrity tkáně a potencionální riziko krvácení. III. DP trvala 16 min.

V **18:50** při revizi v zrcadlech nebylo nalezeno žádné poranění. Provedeno ošetření porodního poranění lékařem. Byla provedena epis. medialis – sutura Chirlac + 20 ml Mesocain. Krevní ztráta odhadem 150 ml. Po ošetření lékařem jsem omyla rodidla ženy. Dále jsem v rámci možností zajistila dostatek pohodlí pro odpočinek. Rodička zůstává další 2 hodiny na porodním sále, kde jsem monitorovala fyziologické funkce (TK, P, TT), zavinování dělohy a krvácení. Cítí se unaveně a slabě. Je trochu podrážděná. Zvažuji o uvedení diagnózy únavy a potencionálního rizika deficitu objemu tekutin. Po uplynutí 2 hodin jsem s rodičkou vstala do sprchy, kde se spontánně vymočila. Už se cítí lépe a silněji. TK: 120/80 P: 72' TT: 36,9 °C FD P/3. Po změření fyziologických funkcí jsem spolu s ošetrovatelkou převezla ženu na oddělení šestinedělí.

Ošetrovatelské diagnózy pro III. DP aktuální

1. Porucha integrity tkáně z důvodu epiziotomie, projevující se porušenou tkání.
2. Strach o dítě z důvodu jeho prvního ošetření, projevující se nejistotou a častými dotazy na pediatra.
3. Tělesný dyskomfort v důsledku nemožnosti zaujmout jinou polohu, projevující se křečemi v DK a bolestmi zad.
4. Porucha sebepojetí z důvodu obav o další sexuální život.

Ošetrovatelské diagnózy pro III. DP potencionální

1. Potencionální riziko vzniku infekce v souvislosti s cévkováním.
2. Potencionální riziko krváčení z důvodu velkého porodního poranění, projevující se celkovou slabostí rodičky.
3. Potencionální riziko retence moče v důsledku edému pod močovým měchýřem, způsobený přidržováním rodících se částí plodu při porodu.
4. Potencionální riziko poruchy odlučování lůžka z důvodu vydatných kontrakcí a vyčerpanosti dělohy, projevující se větší krevní ztrátou.
5. Potencionální riziko inkontinence moče z důvodu vydatné epiziotomie.

Porucha integrity tkáně z důvodu epiziotomie, projevující se porušenou tkání.

Priorita: vysoká.

Dlouhodobý cíl: Rána se doma zhojí per primam intentionem.

Očekávané výsledky:

- Klientka nebude cítit bolest – po dobu hospitalizace na šestinedělí.
- Klientka zná příčinu porušené tkáně.
- Klientka ví, jak o ránu pečovat – od doby poporodní po celou dobu hospitalizace.
- Klientka je edukována o příznacích počínající infekce – od doby poporodní.

Ošetrovatelské intervence:

- Edukuj klientku o tom, jak má pečovat o hráz – v době poporodní - porodní asistentka.
- Informuj ji o správném způsobu sprchování, používání mýdla a výměny vložek v době poporodní - porodní asistentka.
- Seznam klientku s příznaky počínající infekce (pálení, zarudnutí, bolest) – v době poporodní - porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011

- Klientka byla edukována o nutnosti provedení epiziotomie.

- Porodní poranění bylo lokálně umrtveno 20 ml 1 % Mesocainu, po kterém klientka necítí bolest.
- Klientka byla seznámena s péčí o hráz.
- Bylo jí doporučeno časté „větrání hráze“, dostatečná hygiena po každém vyprázdnění bez použití mýdel a časté výměně vložek.
- Klientka byla seznámena s příznaky počínající infekce.

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Na porodním sále se neprojevíly známky počínající infekce.
- Klientku jsem edukovala jak má správně v době šestinedělí pečovat o hráz.
- Z důvodu realizace ošetrovatelské péče pouze na porodním sále, jsem neměla přehled o hojení rány klientky. Díky správné edukaci jak pečovat o hráz věřím, že rána se zhojí per primam intentionem.
- Cíl byl splněn částečně, ošetrovatelská diagnóza bude převedena dále na oddělení šestinedělí a do domácího ošetrování, kde musí být ke správnému zhojení perinea věnována náležitá pozornost (prevence inkontinence moče eventuelně stolice).

Potencionální riziko vzniku infekce v souvislosti s cévkováním.

Cíl: Klientka bude bez známek infekce.

Očekávané výsledky:

- Klientka zná důvod cévkování – ve III. DP.
- Klientka nejeví známky infekce – v době poporodní.

Ošetrovatelské intervence:

- Postupuj asepticky dle standardů ošetrovatelské péče – při zavádění cévky - porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011

- Při výkonu jsem postupovala asepticky dle standardů.

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Klientka nejeví známky počínající infekce.
- Cíl byl splněn.

Ošetrovatelské diagnózy pro dobu poporodní - aktuální

1. Únava z důvodu zvýšeného výdeje energie po nadměrné námaze a psychické zátěži, projevující se sníženou výkonností a podrážděností klientky.
2. Krvácení z důvodu povolení děložního svalstva, projevující se slabostí klientky.
3. Touha po dítěti z důvodu krátkodobého odloučení po porodu, projevující se častými dotazy na dítě.
4. Porucha soběstačnosti v důsledku strachu z pohybu, projevující se neklidem.

Ošetrovatelské diagnózy pro dobu poporodní

1. Potencionální riziko deficitu objemu tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin a velkého porodního poranění, projevující se slabostí rodičky.
2. Potencionální riziko pádu z důvodu nadměrného výdeje energie.
3. Potencionální riziko nesprávného kojení z důvodu vyčerpanosti matky.
4. Potencionální riziko krvácení z důvodu zbytků placentární tkáně v děložní dutině.

Únava z důvodu zvýšeného výdeje energie po nadměrné námaze a psychické zátěži, projevující se sníženou výkonností a podrážděností klientky.

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Zajistit klientce dostatek odpočinku po porodu.

Očekávané výsledky:

- Klientka má více sil a energie – 2 hodiny po porodu.
- Klientka ví, co únavu způsobilo.
- Klientka je schopna rozpoznat nástup únavy.

Ošetrovatelské intervence:

- Zajisti klientce dostatek klidu a pohodlí na porodním sále – ihned po ošetření porodního poranění - porodní asistentka.
- Minimalizuj rušivé elementy na porodním sále – ihned po ošetření porodní poranění - porodní asistentka.
- Zajisti v rámci možností dostatečný přísun energie – po porodu - porodní asistentka, ošetrovatelka.
- Sleduj celkový stav klientky – po porodu - porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011 po porodu

- Rušivé elementy minimalizovány.
- Příjem energie pomocí infúzních směsí Glukózy, parenterální výživy dle ordinace lékaře a příjem tekutin po porodu per os.
- Celkový stav klientky sledován celé 2 hodiny po porodu.

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Klientka po porodu odpočívala na porodním boxu, chvílemi spala a relaxovala.
- Po porodu zajištěn příjem tekutin (voda).
- Klientka 2 hodiny po porodu se cítí odpočatě, vstala do sprchy a na WC.
- Cíl byl splněn.

Potencionální riziko deficitu objemu tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin a velkého porodního poranění, projevující se slabostí klientky.

Cíl: Klientka nebude vystavena riziku dehydratace.

Očekávané výsledky:

- Klientka nejeví známky dehydratace – v průběhu porodu a po porodu.
- Klientka má dobrý kožní turgor a vlhké sliznice – po porodu.
- Krvácení po porodu bude zastaveno – po porodu.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj aktivní ztráty tekutin.
- Edukuj klientku o možnosti popíjení tekutin, ale jen po malých doušcích – v průběhu porodu - porodní asistentka.
- Podej dostatek tekutin parenterální cestou (dle ordinace lékaře) – v průběhu porodu - porodní asistentka.
- Sleduj fyziologické funkce a celkový stav klientky – v průběhu porodu a po porodu - porodní asistentka.
- Sleduj retrakci dělohy – po porodu - porodní asistentka.
- Sleduj a měř krevní ztrátu – po porodu - porodní asistentka.
- Při větší ztrátě ihned přivolej lékaře – po porodu - porodní asistentka.

Realizace: 11. 4. 2011 v průběhu porodu, nejvíce po porodu

- Během porodu jsem rodičku poučila o možném příjmu tekutin. V průběhu ošetrovatelské péče jsem kontrolovala retrakci dělohy, krvácení a fyziologické funkce (TK, P, TT) klientky. Klientka byla dostatečně hydratovaná pomocí parenterální výživy. Porodní poranění bylo důkladně ošetřeno lékařem a pravidelně sledováno po dobu dvou hodin na porodním sále.

Hodnocení: 11. 4. 2011

- Klientka byla po celou dobu porodu dostatečně hydratovaná.
- Klientka se cítí dobře, fyziologické funkce měla v normě.
- Cíl byl splněn.

3.6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Rodička spolupracovala od začátku až do konce celého porodu. Zpočátku měla obavy, ale díky správné komunikaci se podařilo navázat důvěryhodný vztah. Nebránila se pomoci ani edukaci. Aktivně spolupracovala na ošetrovatelských intervencích, které jsem stanovila. Po celou dobu porodu byl přítomen otec dítěte, který byl pro rodičku velkou psychickou oporou. Rodička se chovala velice ukázněně a měla zájem o zkvalitnění průběhu porodu. Využívala relaxačních technik, do kterých se zapojil i partner. Rodička hodnotí ošetrovatelskou péči kladně.

DISKUZE

Během tvorby této práce jsme při získávání informací zjistili, že většina autorů dává před spontánním porodem koncem pánevním přednost císařskému řezu. Zdeněk Hájek v časopise Aktuální gynekologie a porodnictví z roku 2009 uvedl, že frekvence císařských řezů v České republice pro konec pánevní přesahuje 90 %. Mnoho dalších autorů také uvádí spíše komplikace, které během spontánního porodu mohou nastat. Jenže k těhotným ženám se z různých publikací na internetu dostávají spíše zkreslené informace, a proto, když se doví, že je jejich plod uložen v poloze koncem pánevním, ihned se smířují s faktem, že porod bude ukončen císařským řezem. Tohoto si můžeme povšimnout i během praxe na gynekologicko-porodnických pracovištích a to zejména pražských, kde poloha koncem pánevním byla jasnou indikací k císařskému řezu, aniž by rodičku informovali o možnostech spontánního porodu. Jak jsme se již v úvodu zmínili, hlavním důvodem je strach ze soudních sporů, nebo nedostatek kvalifikovaných lékařů, kteří by vaginální porod odváděli. I když si uvědomuji, že spontánní porod koncem pánevním má svá rizika a sama nevím, zdali bych v budoucnu jako matka se spontánním porodem při této poloze souhlasila, ale myslíme si, že pokud žena i plod splňují všechny zásady pro vaginálně vedený porod, mají právo na to, rozhodnout se samy, jak bude jejich porod ukončen. Samozřejmě pokud by rodičce či plodu hrozily nějaké komplikace, nebo by nesplňovaly parametry pro vaginální porod, bez váhání bych se přikláněla k císařskému řezu.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V současné době se porodníci uchylují spíše k plánovanému císařskému řezu, aby se v případě podezření ze zanedbání péče vyhnuli soudním sporům, kterých v dnešní společnosti stále častěji přibývá. To ale není jediný důvod, proč porodníci často dávají přednost operačnímu porodu před vaginálním. „Důvodem toho, že se v současnosti ukončuje gravidita při poloze koncem pánevním per sectionem caesaream je, že se tak minimalizuje traumatismus centrální nervové soustavy a tím morbidita a eventuelně mortalita novorozenců. Tento postup byl navržen na základě velkých studií v USA“ (doporučení WHO výuka ve škole MUDr. Hanuše, CSc). Cílem této bakalářské práce bylo poukázat na to, že i plod uložený v poloze koncem pánevním není vždy nutné ukončit císařským řezem. Pokud byly dodrženy veškeré zásady pro vedení spontánního porodu a využity diagnostické pomůcky, není důvod ženu vystavovat rizikům operačně vedeného porodu a nedopřát jí prožít si tuto radostnou událost, která bez pochyb patří k nejkrásnějším okamžikům v životě ženy. Spontánní porod koncem pánevním je bezesporu rizikovější jak pro plod, tak i pro matku, ale císařský řez je operační zákrok, který se může zdát v dnešní době technicky jednoduchý, ale může ho provázet řada peroperačních nebo pooperačních komplikací, které mohou být někdy velmi vážné. V praxi jsem se setkala s rodičkami, které rodily císařským řezem i vaginálně. Když jsem se jich ptala, který porod by volily do budoucna raději, dvě ze tří by volily porod spontánní a to i přesto, že často trval déle a byl bolestivý. Zdůvodnění jejich volby pro vaginální porod byl především prvotní kontakt s dítětem a brzká mobilizace, která po operačně vedeném porodu není příliš možná. Císařský řez je velký zásah do organismu a nejen, že doba rekonvalescence trvá déle, ale je také velmi bolestivá. Během tvorby této práce jsem získala mnoho zajímavých informací, které mi ukázaly spíše pozitivní stránku spontánního porodu koncem pánevním a to hlavně proto, že jsem u takto vedeného porodu mohla asistovat a zatím jsem se neseetkala s komplikacemi, které by mohly u vaginálního porodu při této poloze nastat. Kdyby tomu tak bylo, jistě bych si do budoucna položila otázku, zdali bych volila porod spontánní či porod císařským řezem. Myslím si, že by se v praxi do budoucna měla zlepšit kvalita informovanosti o možnostech spontánního porodu koncem pánevním, vyzdvihnout spíše klady takto vedeného porodu a umožnit těhotné ženě, aby se sama rozhodla. Tohoto by se mělo dosáhnout v prenatálních poradnách,

kde by porodní asistentky a lékaři měly využít čas k osvětě této problematiky a edukovat ženy o tom, co je čeká. Dalším problémem je nedostatek lékařů, kteří na takto vedený porod nemají dostatečnou kvalifikaci, nebo mají strach. Z toho vyplývá, že by bylo pro praxi velmi přínosné zajistit výuku formou kurzů pro mladé lékaře, vedenou generacemi lékařů, kteří mají bohaté zkušenosti s takto vedeným porodem. Bohužel dnešní uspěchaná doba a společnost s nyní velmi dobrým právním systémem nám to moc neulehčuje.

Seznam použité literatury (zpracováno dle ČSN 690: 2, 1997)

1. BINDER, T. *Vedení porodu koncem pánevním*. In *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání*. 2000, roč. 9, č. 1, s. 258 – 63. ISSN 1211-1058; 1214-2093.
2. BINDER, T. *Doporučené postupy pro vedení porodu koncem pánevním v termínu*. In *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání*. 2004, roč. 13, č. 4, s. 840 – 842. ISSN 1211-1058; 1214-2093.
3. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2006. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
4. DIVIŠOVÁ, E. 2011. *Ošetrovatelská péče o ženu v průběhu fyziologického porodu*. Pardubice, 2011. 100 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
5. DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. 2007. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
6. HÁJEK, Z. 2004. *Prenatální péče o fyziologické těhotenství*. In *Moderní babičtví: časopis pro porodní asistentky a ženské sestry. Levret* [online]. Leden 2004, č. 3 [cit. 2012-03-10]. Dostupný z [www: <http://www.levret.cz/asistentky/moderni-babictvi>](http://www.levret.cz/asistentky/moderni-babictvi).
7. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 2004. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
8. HÁJEK, Z. *Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví*. In *Aktuální gynekologie a porodnictví: recenzovaný on – line časopis*. 2009, roč. 1, s. 38 – 41. ISSN 1803-9588.

9. KAMENÍKOVÁ, M.; KYASOVÁ, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 2003. Praha: Grada Publishing, a. s., 2003. 89 s. ISBN 80-247-0285-1.
10. KUDELA, M. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2008. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.
11. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 2004. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 952 s., ISBN 80-247-0668-7.
12. LUBUŠKÝ, M. ; PROCHÁZKA, M. ; LANGOVÁ, M. ; VOMÁČKOVÁ, K. ; ČÍŽEK, L. *Ultrazvuková biometrie hlavičky při poloze plodu koncem pánevním*. In *Praktická gynekologie: časopis podporovaný Sdružením soukromých gynekologů ČR*. 2008, roč. 12, č. 1, s. 10 – 13. ISSN 1211-6645; 1801-8750.
13. MĚCHUROVÁ, A. *Hypoxie plodu intra partum*. In *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů*. 2007, roč. 16, č. 1, s. 25 – 34. ISSN 1211-1058.
14. NAGY, J. *Extrakce hlavičky u porodu koncem pánevním*. In *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 2004, roč. 69, č. 3, s. 196 – 201. ISSN 1210-7832
15. NĚMCOVÁ, J. ; MAURITZOVÁ, I. *Manuál k úpravě písemných prací. Text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. 2011. Plzeň: Maurea, s. r. o., 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
16. PAŘÍZEK, *Průběh porodu* [online]. Praha: Galén, 2009. [cit. 2012-22-02]. Dostupné z [www: <porodnice.cz>](http://www.porodnice.cz).
17. ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 2008. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 405 s. ISBN 80-247-1941-2.

18. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2011. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 272 s. + 8 stran barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3373-9.

19. UNZEITIG, V. ; BINDER, T. ; VELEBIL, P. *Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním*. In *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 2009, roč. 74, s. 15. ISSN 1210-7832.

20. ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. 2004. Praha: Galén, 2004. 560 s. ISBN 80-7262-257-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Schválení tématu bakalářské práce.....	I
Příloha B – Schválení etické komise.....	II
Příloha C – Informovaný souhlas z nemocnice Brandýs nad Labem.....	III

**Příloha A – Schválení tématu bakalářské práce
viz další strana**

**Příloha B – Schválení etické komise
viz další strana**

**Příloha C – Informovaný souhlas z nemocnice Brandýs nad Labem
viz další strana**

Paní
Šamšová Olina
Vrchní sestra
Nemocnice Brandýs nad Labem
Brázdímská 1000
250 01 Brandýs nad Labem – Stará Boleslav

Věc: Žádost o schválení nahlížet a pracovat s ošetrovatelskou dokumentací.

Vážená vrchní sestro paní Šamšová,

žádám Vás o schválení k nahlížení a pracování s ošetrovatelskou dokumentací rodiček během porodu u Vás na porodním sále v Brandýse nad Labem. Veškeré získané informace budou sloužit pouze k tvorbě mé bakalářské práce a nebudou jakýmkoli způsobem zneužity.

Děkuji za spolupráci Markéta Dvořáková – studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Brandýse nad Labem dne 5. 4. 2011

OLINA ŠAMŠOVÁ

Podpis.....

28	Nemocnice Brandýs nad Labem
	PP Hospitals, s.r.o.
002	Brázdímská 1000, tel.: 326 746 668
	250 01 Brandýs n. L. - Stará Boleslav
522	GYN. - POR. ODDĚLENÍ
	21

Poučení provedl/a: Prim. MUDr. Alfred Dörr CSc.

**Záznam o informovaném souhlasu s
porodnickou péčí - porod koncem pánevním**

Vážená paní,

porod je zahájen děložní činností, která vede k rozvíjení porodních cest. Po zániku branky plod postupuje porodními cestami. Po jeho porodu dochází k odlučování placenty (lůžka), jejímž vybavením porod končí.

Ve Vašem případě se jedná o porod v poloze koncem pánevním.

Takto se rodí asi 5 - 8% dětí. Přírozenou cestou je možné bezpečně dítě porodit pouze v případech správného naléhání a vstupu měkkých částí tj. hýždí do porodních cest. Je velmi důležité aby se porodní cesty při porodním ději dostatečně otevřely, protože největší a nejpevnější část – hlavička prochází kostěnou pánví jako poslední a její rychlé vybavení je nezbytné, aby nedošlo k útlaku pupečníku a přerušení přívodu kyslíku a živin do plodu.

Průběh porodu hlavičky nelze dopředu spolehlivě předvídat. Jako závažná komplikace kromě **uvíznutí hlavičky** v tvrdých porodních cestách hrozí také nepředvídatelné **vztyčení ruček**, čímž se ještě obvod největší rozené části - hlavičky - dále zvětšuje.

V případech nepravidelného naléhání plodu, nebo naléhání drobných částí je nutno porod ukončit císařským řezem.

Při nástupu pravidelných stahů děložních je rodička vyšetřena a uložena na porodním sále. Během porodu je pravidelně sledován postup porodu a srdeční činnost plodu. Pokud neodteče plodová voda samovolně, provádí se **protržení vaku blan a to ve Vašem případě co nejpozději**. Předčasné protržení vaku blan zhoršuje vyhlídku na dostatečné rozšiřování porodních cest, navíc může dojít k výhřezu pupečníku, což představuje akutní stav vyžadující okamžité ukončení porodu císařským řezem.

Při slabé děložní činnosti dostává rodička infusi k posílení stahů. Během porodu je možné podávání léků, které tlumí bolest a zároveň uvolňují tuhou branku děložní. Zjistíme-li do otevření branky patologický stav novorozence nebo matky, který neumožňuje další pokračování porodu, je nutno ukončit porod císařským řezem.

Při porodu je nutné provést nástřih hráze.

Po porodu plodu se aplikují matce do žíly léky usnadňující stažení dělohy a tím i porod placenty. Po jejím porodu je provedena kontrola porodních cest a případně ošetření porodních poranění. Pokud se lůžko samovolně neodloučí a zůstane zadržené v děloze, proveden se jeho vybavení celkové anestezii. Dvě hodiny po porodu je rodička sledována na porodním sále a poté přeložena na oddělení šestinedělí.

Rizika při lékařském vedení porodu, kromě výše uvedených faktů souvisejících s porodem hlavičky jako poslední části plodu, jsou minimální. Patří mezi ně krvácení či infekce dělohy a porodních cest nebo vzácně výhřez pupečníku při protržení vaku blan.

V případě, že i přes příznivou polohu a držení plodu konce pánevního máte o průběh porodu přirozenou cestou obavu, lze respektovat Vaše přání a porod ukončit císařským řezem na začátku porodního děje, nebo plánovaně koncem těhotenství.

Doplňující informace: Po porodu odchází šestinedělka do domácí péče obvykle čtvrtý den, nejdříve však za 72 hodin po porodu. V domácím prostředí se doporučuje nedělkám udržovat veškeré hygienické návyky tak, jak se naučily na oddělení šestinedělí. Doporučuje se vhodná gymnastika, která pomáhá tělu k návratu do původního stavu před těhotenstvím. Po skončení šestinedělí je nutné absolvovat kontrolní gynekologické vyšetření.

Prohlášení rodičky:

Prohlašuji, že jsem obdrženy informacím v plném rozsahu porozuměla.

Prohlašuji, že mi bylo lékařem/kou srozumitelně vysvětleno vše co s obsahem informovaného souhlasu souvisí.

Prohlašuji, že jsem měla možnost klást doplňující otázky související s postupem a že mi byly srozumitelně zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem byla informována o možnosti navrhovanou péči odmítnout.

Prohlašuji, že s navrhovanou péčí výslovně souhlasím a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Souhlasím, aby v případě neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, byly tyto provedeny.

Nezamlčela jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu, nebo by mohly ohrozit jiné osoby.

.....
podpis rodičky

.....
podpis lékaře/ky



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Dvořáková Markéta
2. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o rodičku při spontánním porodu koncem
pánevním

Nursing Care of the Woman during Spontaneous Breech Delivery

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. René Hanušová

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor