

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O RODIČKU  
S NEPRAVIDELNOSTMI III. DOBY PORODNÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA GABRIELOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková

Praha 2012



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

**Gabrielová Kateřina**  
**2. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 9. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o rodičku s nepravidelnostmi III. doby porodní

*Nursing Care of Mother with Irregularities im the Third Stage of Labor*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Garneková

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **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 5. září 2012

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Zuzaně Garnekové, RM za vedení práce. Především děkuji PhDr. René Hanušové, RS, RM za profesionální přístup, pedagogické usměrnění, odborné rady, čas a trpělivost. Dále bych ráda poděkovala doc. MUDr. Aleně Měchurové, CSc. za konzultaci ohledně praktické části práce a děkuji kamarádce Mgr. Aleně Žaludkové za stylistickou úpravu práce. Mé velké díky patří rodině za morální a finanční podporu při studiu.

## ABSTRAKT

GABRIELOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelská péče o rodičku s nepravidelnostmi III. doby porodní*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková. Praha. 2012. 44 s.

Hlavním posláním bakalářské práce bylo zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétní rodičky s patologií ve III. době porodní. Práce je složena z úvodu, teoretické části, praktické části a závěru. Teoretická část bakalářské práce se zaměřovala na deskripci fyziologické III. doby porodní pod vedením porodní asistentky, dále na ošetrovatelskou péči při nepravidelnostech III. doby porodní a porodnické operace ve III. době porodní. Praktická část se věnovala pětifázovému ošetrovatelskému procesu. V I., II. době porodní byly identifikované ošetrovatelské diagnózy a ve III. době porodní byly definované ošetrovatelské diagnózy okomentované z pohledu aplikace ošetrovatelské péče porodní asistentkou. Ošetrovatelský proces byl komplexně zhodnocen a zakončen doporučením pro praxi.

Klíčová slova

Nepravidelnosti III. doby porodní. Ošetrovatelská péče.

## **ABSTRACT**

GABRIELOVÁ, Kateřina. Nursing Care of Mother with Irregularities in Third Stage of Labour. Medical College, o. p. s. Degree: Bachelor. Tutor: Mgr. Zuzana Garneková. Prague 2012. 44 pages

The main aim of the bachelor thesis was to proceed the nursing care at a particular Mother in childbed with a pathology of the III. stage of labour. The thesis consists of a introduction, theoretical part, practical part and a conclusion. The theoretical part of the thesis focused on a description of the physiological III. stage of labour under the control of a midwife, further on a nursing care during irregularities of the III. stage of labour and an obstetric surgery in the third stage of labour. Practical part focused on a five phase nursing process. In the first and second stage of labour nursing diagnoses were defined and in the III. stage of labour nursing diagnoses commented from the pint of a midwife's nursing care application were defined. The nursing process was completely evaluated and finished by a recommendation for practices.

Keywords:

Irregularities Third Stage of Labour. Nursing Process.

## OBSAH

### SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Placenta.....	11
1.1 Fyziologie placenty.....	11
1.2 Patologie placenty.....	12
2 III. doba porodní .....	13
2.1 Mechanismus III. doby porodní.....	13
2.2 Vedení III. doby porodní z pohledu porodní asistentky .....	14
3 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při nepravidelnostech III. doby porodní.....	16
3.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při poruchách mechanismu odlučování placenty.....	17
3.2 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při poruchách vypuzování .....	18
3.3 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při poruchách děložní retrakce, hypotonie a atonie děložní .....	18
3.4 Děložní inverze .....	20
4 Porodnické operace ve III. době porodní a činnost porodní asistentky .....	22
4.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při bezprostřední předoperační péči .....	22
4.2 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při lysis manualis placentae.....	22
4.3 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při revisio cavi uteri.....	23
4.4 Hysterektomie .....	24

PRAKTICKÁ ČÁST .....	25
6 Ošetrovatelský proces .....	25
6.1 Případová studie.....	26
6.2 Sběr anamnestických údajů při příjmu na porodní sál.....	26
6.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a aplikace ošetrovatelského procesu na konkrétní rodičku s nepravidelností III. doby porodní .....	29
6.4 Zhodnocení ošetrovatelské péče .....	39
7 Doporučení pro praxi .....	40
ZÁVĚR .....	41
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	42



## SEZNAM ZKRATEK

AMC	amniocentéza
ARO	anestezio-resuscitační oddělení
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
FF	fyziologické funkce
GBS	Group B Streptococcus
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen
KD	kontrakce děložní
KS	krevní skupina
LHA	ligatura hypogastrických arterií
PI	postavení první
PM	poslední menstruace
PP	pohyby plodu
PPHL	poloha podélná hlavičkou
R C U I	revisio cavi uteri instrumentalis
Rh faktor	Rhesus faktor
TP	termín porodu
TT	tělesná teplota
VP	voda plodová

## ÚVOD

Ve čtyřicátých letech minulého století bylo krvácení v těhotenství a při porodu nejčastější příčinou mateřské mortality. O deset let později se úmrtnost žen v těhotenství a při porodu snížila díky dokonalejší prenatální péči a vyspělejší intenzivní péči. Alarmující je, že krvácení ve III. době porodní je stále nejčastější příčinou úmrtí matek při porodu (PAŘÍZEK, 2002).

Pro bakalářskou práci je vybraná rodička, u které se vyskytuje nepravidelnost III. doby porodní. Hlavním cílem bakalářské práce je popsat ošetrovatelský proces u rodičky s nepravidelností III. doby porodní a ucelit informace ohledně tohoto tématu.

V teoretické části popisujeme fyziologii a patologii placenty, rozpracováváme III. dobu porodní pod vedením porodní asistentky, ošetrovatelskou péči porodní asistentky při nepravidelnostech III. doby porodní a porodnické operace při této fázi porodu.

Praktická část práce je složena z obecné teorie ošetrovatelského procesu, případové studie, identifikace reálných aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz podle porodních dob a podrobného rozpracování aktuálních ošetrovatelských diagnóz ve III. době porodní. Zhodnocení ošetrovatelské péče a doporučení pro praxi považujeme za nosnou část této bakalářské práce.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Placenta

Placenta je dočasný endokrinní orgán, jejím hlavním úkolem je výměna látek mezi matkou a plodem, produkuje také řadu důležitých hormonů. Placenta je tvořena buňkami matky a plodu, přičemž k mísení krve matky a plodu nedochází. Mezi matkou a dítětem dochází k přenosu kyslíku, oxidu uhličitého, vody, tuků, cukrů, bílkovin, vitamínů a hormonů. Pomocí placenty dochází i k přenosu dalších látek jako jsou léčiva, viry, protilátky, alkohol, drogy, které mohou poškodit plod (HOUROVÁ, 2007).

### 1.1 Fyziologie placenty

Placenta se vyvíjí tak, že do deciduy proniká trofoblast, který zničí endotel mateřských cév, čímž se mateřská krev dostává do přímého kontaktu s choriem. Nejčastější uložení placenty je v horním aktivním segmentu, corpus uteri, vzhledem k nečastější nidaci blastocysty. O poznání vzácnější je abnormální usídlení placenty, kdy blastocysta niduje v dolním děložním segmentu, tato situace závažně komplikuje nebo znemožňuje vaginální porod (VACEK, 2006).

Placenta roste do 36.–38. týdne těhotenství. V konečné fázi můžeme placentu přirovnat k okrouhlému terči o průměru asi 20 cm. Donošená placenta váží přibližně 500 g a její hmotnost je v přímém poměru k hmotnosti plodu (ČECH, 2006).

Placenta se dělí na další dvě části: fetální a mateřskou. Fetální část je hladká, jelikož je tvořena amniem (lesklou modrošedou blánou). Pod amniem je viditelná pletěň pupečnickových cév. Tyto cévy pronikají choriovou deskou, rozvětvují se do jednotlivých kotyledonů a končí v placentárních klcích. Mateřskou část tvoří nerovný houbovitý povrch, který má našedle rudou barvu. Na mateřské části se nacházejí jasně viditelné kotyledony, kterých je 15–20 a jsou oddělené placentárními septy. Každý kotyledon se skládá z 10–15 lobulů, které se otevírají do intervalózního prostoru. Nesmíme opomenout chorion, který spolu s výše zmíněným amniem tvoří plodové obaly. Chorion je vnější obal kolem embrya, který se skládá z vrstvičky velmi řídkého vaziva. Nejzevnější vrstvou obalů plodového vejce je deciduum. V placentě nalezneme velké množství enzymů a hormonů, například estrogenu, progesteronu,

choriogonadotropin a placentární laktogen. Jejich přítomnost je důležitá pro fyziologický průběh těhotenství (ČECH, 2006).

## 1.2 Patologie placenty

Nepravidelnosti a patologie placenty se většinou týkají tvaru a velikosti, ale mohou se týkat i dalších faktorů. Znamé jsou zejména:

- placenta membranacea – vznikne, když není endometrium dostatečně připravené, placenta tedy prorůstá do šíře, je tenčí a větší,
- placenta biloba, triloba, multiloba – je rozdělena na více částí (laloků),
- placenta bipartita – je rozdělena na dvě oddělené části,
- placenta succenturiata (přídavná placenta) – může být příčinou poporodního krvácení, jedinou prevencí je důkladná kontrola lůžka po jeho porodu,
- vasa praevia accessoria (vcestné cévy) – mohou souviset s přídavným lůžkem,
- placenta marginata – jeví se jako přídavný prstenec a je prostoupená fibrinem,
- placenta circumvallata – není tvořena duplikaturou blan,
- placentární infarkty – bývají zřejmé u preeklampsie, prodloužených těhotenství a u matek kuřáček, vypadají jako šedé až žlutobílé skvrny,
- tumory placenty – vyskytují se velmi vzácně, obvykle jako chorionangiomy a teratomy, v kombinaci s hydramniem, s hydropsem plodu a s kardiomegalií plodu,
- placentární insuficience – je funkční nedostatečnost placenty, což je příčinou 80 % všech ohrožení a poškození plodu a může být původce prenatální i intrapartální smrti plodu (DUŠOVÁ, 2009).

## 2 III. doba porodní

III. doba porodní (neboli doba k lůžku) nastává po porodu dítěte a končí vypuzením placenty. Obvykle netrvá déle než 1 hodinu. Fyziologická krevní ztráta nepřesahuje hodnotu 300 ml.

*Fáze odlučovací* nastává ve chvíli, kdy je porozen plod, děloha se přizpůsobuje retrakcí a fundus děložní vyhmatáme v úrovni pupku. V této fázi je tvar dělohy tvar kulovitý s tuhou konzistencí, jejím obsahem je pouze placenta. Kontrakce obvykle působí na corpus uteri kromě stěny, kde je uložena placenta. (SLEZÁKOVÁ, 2011).

*„Mezi placentou a děložní stěnou nastává tkáňový posun, při kterém se přetrhají uteroplacentární septa a uteroplacentární cévy, které podmiňují vznik retroplacentárního hematomu.“* (ČECH, 2006, s. 140)

*Fáze vypuzovací* nastává po odloučení lůžka od děložní stěny, poté kontrakce pokračují a rodička pociťuje nucení na tlačení, následně placentu spontánně vypudí.

V *hemostatické fázi* dochází k zástavě krvácení, na které se podílí významná hemokoagulační aktivita s následnou trombózou cév a komprese, díky kontrakcím hladkého svalstva dělohy (SLEZÁKOVÁ, 2011).

### 2.1 Mechanismus III. doby porodní

V současném porodnictví rozeznáváme 3 typy mechanismu odlučování placenty podle tří faktorů, jimiž jsou lokalizace, způsob odlučování a porodu placenty.

1. *Mechanismus podle Baudelocquea-Schultzeho* – je nejčastější z mechanismů, placenta se odlučuje od centra k periférii a rodí se středem. Rodička před porodem placenty zevně nekrvácí, jelikož se vytvořil centrální retroplacentární hematoma, který zadržují plodové blány. V tomto mechanismu se placenta rodí svou fetální částí.

2. *Mechanismus podle Duncana* – placenta se odlučuje od distální periferie ke středu k opačné periférii, což znamená, že se v rodidlech objevuje nejdříve její okraj. Před porodem placenty rodička mírně krvácí, protože retroplacentární hematoma odtéká volně pochvou, placenta se rodí nejprve hranou mateřské části.

3. *Mechanismus podle Gessnera* – je stav, kdy se placenta odlučuje od periferie k centru. Placenta se tedy rodí středem a za sebou povytahuje blány. Rodička před porodem placenty mírně krvácí, protože retroplacentární hematom odtekl volně pochvou. Placenta vystupuje svou fetální stranou. Po porodu placenty se děloha kompletně retrahuje (ČECH, 2006).

## 2.2 Vedení III. doby porodní z pohledu porodní asistentky

Těsně po porodu plodu porodní asistentka novorozence osuší sterilní rouškou, popřípadě odsaje hleny nebo plodovou vodu z horních cest dýchacích, pupečník podváže přibližně 6 cm od břišní inzerce. Novorozence, který je po přímém kontaktu s matkou, předá v čisté sterilní roušce a zahřáté podložce do péče druhé porodní asistentky, dětské sestry či neonatologa. Z peanem uzavřeného pupečníku si vytne asi 10 cm a odešle k vyšetření hladiny krevních plynů a acidobazické rovnováhy z pupečnickové artérie. Neonatologové takto získají cenné informace o stavu plodu ihned po porodu a přesné skóre podle Apgarové. Dále porodní asistentka z pupečníku odebere krevní vzorek na vyšetření vyhledávacího testu na syfilis a u Rh negativních matek odebírá další dvě zkumavky krevních vzorků na vyšetření krevních skupin dítěte, eventuálně na anti-D protilátky a vyšetření hladiny bilirubinu (ČECH, 2006).

V 60. letech minulého století byly na našem území zavedeny zásady aktivního vedení III. doby porodní. Hlavním důvodem tohoto rozhodnutí bylo zabránění zbytečným krevním ztrátám. Na konci druhé doby porodní se rodičce aplikuje 2–5 j. oxytocinu nebo 0,3 mg Methylergometrin i. v. (ČECH, 2006).

Porodní asistentka ponechá rodičku v gynekologické poloze na porodnické posteli a sleduje příznaky svědčící o odloučení placenty. Odloučení placenty poznáme pohmatem na dělohu, která se oplošťuje, děložní fundus stoupá nad pupek a má střechovitý tvar. Velmi užitečný je *Küstnerův manévr*, pomocí kterého se rozezná, zdali je placenta odloučená či nikoli. Porodní asistentka levou rukou zatlačí dvěma prsty nad symfýzu, při neodloučené placentě se pupečník vtahuje do rodidel a při odloučené se vysouvá ven. (SLEZÁKOVÁ, 2011).

Někteří lékaři a porodní asistentky svého času používali takzvaný *Credého hmat*, který se provádí tak, že současně stiskneme přední a zadní stěnu děložní přes břicho, čímž se vytlačuje placenta. Credého hmat má i svá rizika. Porodní asistentka může

způsobit retenci kotyledonu nebo děložní inverzi (inkompletní, kompletní) při spazmu branky. Je-li placenta odloučená, rodička placentu spontánně vytlačí. Při vybavování placenty porodní asistentka používá *hmat podle Jacobse*. Oběma rukama uchopí placentu a několikrát s ní otáčí a zároveň ji mírně povytahuje. Placentu po jejím porodu zkontroluje porodní asistentka spolu s lékařem. Kontrola začíná obtočením pupečníku kolem ukazováku levé ruky (u praváků, u leváků naopak), kdy placenta volně visí. Nejprve se zkontroluje fetální část a okraje placenty, u kterých si všímají, zda některá z cév nevybočuje z blan. Pokud ano, musí sledovat, jestli céva pokračuje nebo v blanách slepě končí, protože to by dokazovalo existenci přídavné placenty (placenta succenturiata). Kontrolu mateřské části placenty se provádí tak, že si porodní asistentka placentu plodovou částí položí na levou dlaň ruky, plodové blány shrne na okraj a z povrchu placenty setře krevní sraženiny. Nejprve prohlédne okraje placenty, potom plochu tkáně placenty, všímá si případných infarktů a nekróz, kontroluje také kotyledony. Nakonec placentu zváží a změří délku pupečníku (ČECH, 2006; ELIÁŠOVÁ, 2008).

### 3 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při nepravidelnostech III. doby porodní

Ve fyziologické III. době porodní dojde k výrazné děložní retrakci, při které se zpřetrhají uteroplacentární cévy a díky děložním kontrakcím dojde k odloučení placenty od stěny děložní. Tento fyziologický mechanismus je třeba respektovat. Ve většině případů se placenta porodí do deseti minut. Při vzniku některé z nepravidelností III. doby porodní je rodička ohrožena nadměrným krvácením. Pro předcházení těchto stavů se aplikují uterotonika, i. v. nebo i. m., v závěru druhé doby porodní. Krevní ztráta ve III. době porodní by neměla přesahovat hodnotu 300 ml (ROZTOČIL, 2001; SLEZÁKOVÁ, 2011).

#### Přehled nepravidelností III. doby porodní:

##### 1. Retence placenty (*retentio placentae*)

- neodloučené
  - placenta adherens
  - placenta accreta
  - placenta increta
  - placenta percreta
- odloučené
  - při spasmu branky nebo hrdla děložního
  - při inkanceraci placenty v hrdle děložním

##### 2. Retence kotyledonu (*retentio kotyledonatis*) eventuálně placenta succenturiata

##### 3. Retence blan (*retentio velamentorum*)

##### 4. Hypotonické a atonické krvácení

##### 5. Vchlípení a vychlípení dělohy (*Invaginatio et. inversio uteri*)

1. stupně = *depressio fundi uteri*



2. stupně = *invaginatio uteri*
3. stupně = *inverzio*
4. stupně = *prolapsus uteri inverzi*

Daný přehled vyplývá z konzultace vedené MUDr. Jiřím Hanušem, CSc.

### **3.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při poruchách mechanismu odlučování placenty**

Jestliže se placenta neodloučí do jedné hodiny od porodu plodu i přes aplikaci uterotonik, jedná se o poruchu mechanismu odlučování placenty. Tento stav způsobuje porucha inzerce placenty nebo nedostatečná děložní činnost. Nedostatečná činnost děložní svaloviny je způsobena vyčerpáním svaloviny, například po zdlouhavém porodu plodu (HÁJEK, 2004).

K nepravidelnostem odlučování placenty může vést porucha placentace. Fyziologicky placenta prorůstá do funkční vrstvy deciduy. Poruchy placentace jsou způsobeny hlubokým prorůstáním choriových klků (DUŠOVÁ, 2009).

Poruchy mechanismu odlučování placenty dělíme podle stupně prorůstání placenty ke stěně děložní.

1. *Placenta adherens* – uteroplacentární septa oddělují kotyledony placenty a vyrůstají z deciduy a z důvodu hypertrofie jejich přetržení vážne. Placentu adherens můžeme jako jedinou manuálně vybavit tzv. lysis manualis placentae. K lysis manualis placentae vždy připojujeme revisio cavi uteri instrumentalis.

2. *Placenta accreta* – placentární klky prorůstají až k děložní svalovině.

3. *Placenta increta* – placentární klky prorůstající do hloubky svaloviny.

4. *Placenta percreta* – placentární klky prorůstají celou děložní stěnou. Pokusy o odloučení placenty accrety, increty a percrety jsou zcela kontraindikovány, neboť v drtivé většině případů končí silným krvácením. Jedinou terapií v těchto případech je hysterektomie (ČECH, 2006; HÁJEK, 2004).

Jestliže se placenta neporodí do 30 minut i přes aktivní vedení III. doby porodní a rodička nekrvácí, můžeme ještě vyčkávat až 1 hodinu po porodu plodu. Pokud

se placenta spontánně neporodí, přistoupí se k provedení lysis manualis placentae v celkové anestezii, při kterém porodní asistentka asistuje. Při krvácení lékař výkon neodkládá. Tato terapie platí pouze pro placentu adherens. (KUDELA, 2004).

Důležitým úkolem porodní asistentky je nadále sledovat krevní ztráty, zajišťovat operační pohotovost, v případě nutnosti vycévkovat rodičku jednorázovou gumovou cévkou nebo zavést permanentní močový katetr, podávat rodičce medikaci dle lékaře provádět pravidelné oplachy genitálu, vytvářet čisté a příjemné prostředí v okolí rodičky (DUŠOVÁ, 2009).

### **3.2 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při poruchách vypuzování**

Ihned po porodu placenty důkladně kontroluje porodní asistentka společně s lékařem celistvost lůžka. Pokud je vysloveno podezření na retenci kotyledonu, musí vzbudit nálezy defektu a zejících cév na mateřské ploše placenty značnou pozornost. Často můžeme přehlédnout přídatnou placentu, tuto nepravidelnost poznáme tak, že od hlavní placenty vedou v blanách cévy, které jsou přetrženy, což dokazuje přítomnost přídatné placenty v děloze. Pokud dojde po porodu placenty k retenci její části nebo 1/3 plodových blan v dutině děložní, nemusí žena ihned po porodu krvácet a krvácení se může projevit až v časném šestinedělí. I když je placenta dobře odloučena, může nastat situace, že buď celá, nebo její část zůstane zadržena v děloze. Nejčastější příčinou je spasmus branky nebo inkancerace placenty v hrdle děložním (KUDELA, 2008; MACKŮ, 2002; ROZTOČIL, 2001).

V případě pochybností lékař provede digitální a revisio cavi uteri instrumentalis (R C U I). Porodní asistentka měří krevní ztrátu, podá podle medikace lékaře uterotonika, antibiotika nebo antianemika, eventuálně krevní deriváty a asistuje lékaři při případné revisio cavi uteri instrumentalis (ROZTOČIL, 2001).

### **3.3 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při poruchách děložní retrakce, hypotonie a atonie děložní**

*„Děložní atonie je nejčastější příčinou poporodního krvácení, činí až 75 % všech příčin. Děloha je chabá a žena krvácí z pochvy jasnou krví. Po krátkém období může děloha vystoupit kraniálně, nad pupek, neboť je naplněna koaguly. Po zatlačení na děložní fundus, dojde k jejich odchodu pochvou a krvácení dále přetrvává. Tento stav je spojen se silným život ohrožujícím krvácením.“* (HÁJEK, 2004, s. 366)

Slabá kontrakce může vést k odloučení a vypuzení placenty, ale nemusí být dostatečná pro svalový uzávěr otevřených cév a zástavu krvácení. Příznaky poruch děložní retrakce jsou velká poporodní krvácení, děloha je měkká, ochablá, houbovitá, špatně se kontrahuje a sahá až nad pupek a při podráždění děložního fundu se děloha přechodně stáhne, poté po kontrakci opět změkne. Příčiny mohou být různé, ale nejčastější jsou poporodní únava děložního svalu (z důvodu protražovaného porodu, vícečetného těhotenství nebo polyhydramnia), překotný porod, chorionamnionitis, vrozené vývojové vady (nedostatečný vývin dělohy), pozornost musíme také věnovat nadměrné aplikaci uterotonik a plnému močovému měchýři (DUŠOVÁ, 2009; ČECH, 2006).

Při aktivním vedení III. doby porodní aplikujeme na konci druhé doby porodní uterotonika intravenózně nebo intramuskulárně. Prvním krokem při léčbě poruch děložní retrakce, hypotonie až atonie děložní je masáž dělohy. Lékař dělohu uchopí celou dlaní a snaží se vyvolat kontrakci, zároveň porodní asistentka intravenózně aplikuje bolus 5 j. oxytocinu + 0,2 mg Methylergometrinu. Dalším krokem je bimanuální masáž, kdy lékař zavede jednu ruku do přední klenby poševní a druhou rukou abdominálně překloupí děložní fundus směrem ke stydké sponě, tímto krokem se stlačí cévy vedoucí krev k děloze. Krvácení se ve většině případů zmírní a děloha se retrahuje, i v této příznivé situaci nadále pokračujeme v intravenózním podávání uterotonik (1000 ml Ringerova roztoku + 10 j. oxytocinu) a porodní asistentka umístí na břicho rodičky vak s ledem. Pro rodičky trpící hypertenzí je příznivější intramuskulární aplikace uterotonik. Další využívanou alternativou je aplikace 15-metylprostaglandinu  $F_{2\alpha}$  přímo do děložního svalu transcervikálně nebo transabdominálně. Pokud rodička nadále krvácí, je nutné pátrat revizí porodních cest po nerozpoznaném poranění (ruptury děložního hrdla, ruptury děložní stěny) nebo po poporodních reziduích. Lysis manualis placentae a R C U I provádí lékař vždy v celkové anestezii. Dalšími možnostmi chirurgického řešení jsou: děložní tamponáda nebo zavedení tamponujícího balonu, oboustranný podvaz a. uterinae, podvaz a. alliacae interna a ligatura utero-ovariální anastomózy, což je metoda dnes prakticky nepoužívaná (HÁJEK, 2004).

Děložní atonie je závažným stavem. Pokud se nevyřeší, včas vede k hypovolemickému šoku a eventuálně i k rozvoji diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC). DIC je získaný rozvrat hemokoagulační rovnováhy, který

je charakterizovaný nekontrolovatelnou generací trombinové aktivity a dysregulací plazminové aktivity. Tento syndrom může být závažnou komplikací ve III. době porodní (ČECH, 2006; HÁJEK, 2004).

Porodní asistentka zajišťuje teplo, v případě potřeby zajišťuje operační pohotovost, sleduje příjem a výdej rodičky, cévkuje jednorázovou gumovou cévkou nebo zavádí folleyovou permanentní cévku do močového měchýře. Při péči o rodičku po hypotonii až atonii děložní je nejpříznivější poloha vleže na zádech s překříženými dolními končetinami a zvednutí oblasti pánve. (DUŠOVÁ, 2009).

### 3.4 Děložní inverze

Děložní inverze je velmi závažná, ale vzácná komplikace. Jako nejčastější příčina se uvádí Crédeho hmat při porodu placenty, častější výskyt byl zaznamenán u primipar, při předávkování oxytocinem během porodu, při porodu velkého plodu a inzerci placenty v děložním fundu. Při této komplikaci se před rodidly objeví viscerální vak značně krvácející tkáně. Dalšími příznaky děložní inverze jsou: prudká bolest v podbřišku, krvácení a šok, který souvisí s krevní ztrátou a může být prohlouben, pokud lékař nebo porodní asistentka odlučují placentu před repozicí dělohy.

Rozeznáváme:

1. stupeň = snížení děložního dna (*depressio fundi uteri*) – znamená vchlípení děložního fundu do děložní dutiny nebo až za oblast vnitřní branky,
2. stupeň = inkompletní inverze (*invaginatio uteri*) – stav kdy děložní dno dosahuje k vnitřní brance,
3. stupeň = kompletní inverze (*inversio*) – děložní dno prochází vnitřní brankou, celá děloha se nachází v pochvě a je převrácená,
4. stupně = prolaps (*prolapsus uteri inverzi*) – celá děloha je převrácená a vyhřezlá před zevní rodidla (HÁJEK, 2006; ROZTOČIL, 2001).

Léčbou vaginálním přístupem při inkompletní inverzi děložní je manuální rychlá repozice dělohy, kterou provede lékař. Inverze děložní je často doprovázena cervikálním kontrakčním kruhem, proto se doporučuje intravenózní aplikace bolusu 2 g magnézia nebo aplikace beta-sympatomimetika. Jestliže se manuální repozice dělohy

nedaří, je třeba uvést rodičku do celkové anestezie a provést tento výkon i s placentou, která se nedoporučuje odstraňovat z invertovaného vaku. Lékař placentu později manuálně vybaví. Po úspěšné repozici dělohy lékař pokračuje s masáží dělohy a porodní asistentka aplikuje uterotonika (HÁJEK, 2004).

Pokud není možné využít vaginální přístup k repozici dělohy, je jediným řešením repozice abdominální. Doporučují se Huntingtonova technika (prostřednictvím uteroinquinálních chord a vytlačení invertovaného vaku kraniálně pochvou) a Haultain (vertikální incize na zadní stěně děložního hrdla, která uvolní kontrakční kruh). Další možností je hydrostatická repozice dělohy pomocí plastového vaku, který vyplňuje sterilní vodou pochvu a vytlačuje invertovaný vak do břišní dutiny (HÁJEK, 2004).

## **4 Porodnické operace ve III. době porodní a činnost porodní asistentky**

Při vedení III. doby porodní je důležitá trpělivost. Krvácení ve III. době porodní je způsobováno poruchami mechanismu odlučování placenty, poruchami vypuzování, poruchami děložní retrakce, hypotonií až atonií, vzácně děložní inverzí a porodními poraněními, které vznikají v I. nebo II. době porodní. Moderní porodnictví využívá nejprve konzervativní způsoby léčby (aplikace uterotonik, antibiotik nebo antianemik). Po neúspěšném vyčerpání všech konzervativních metod přistupuje se k chirurgickému řešení nepravidelností III. doby porodní (KUDELA, 2008).

### **4.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při bezprostřední předoperační péči**

Lékař vysvětlí rodičce její zdravotní stav a zdůvodní celou operaci, rodička podepíše informovaný souhlas. Porodní asistentka a lékař se znovu ujišťují o krevní skupině rodičky, alergiích, prodělaných onemocněních, úrazech a operačních zákrocích. Porodní asistentka usměřňuje dýchání rodičky a podá jí informace, jak dlouhou dobu bude výkon trvat, co bude mezi tím s novorozencem a že může nastat situace, že žena bude hospitalizovaná na jednotce intenzivní péče. Dále porodní asistentka ženu vycévkuje jednorázovou gumovou cévkou nebo zavede permanentní močový katetr, protože plný močový měchýř může nesmírně ztížit operaci. Porodní asistentka rodičku oholí. Před desinfekcí operačního pole se porodní asistentka opět informuje o alergiích. Před příchodem anesteziologa porodní asistentka nebo anesteziologická sestra zavede dvě bezpečné žilní linky, připraví a kontroluje narkotizační přístroj, odsávačku, přísun kyslíku, přístroj na elektrokauterizaci a aplikuje premedikaci dle anesteziologa (Atropin, Dolsin). Jako prevence aspirace se podávají antagonisté H<sub>2</sub> receptorů – například Ranisan, a antagonisté dopaminu – například Degan (DOLEŽAL, 2007).

### **4.2 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při lysis manualis placentae**

Lysis manualis placentae (manuální vybavení placenty) je operace, která se vykonává, pokud se i přes terapii uterotoniky neodloučí placenta do šedesáti minut po porodu plodu nebo nastává-li větší krevní ztráta nebo je-li vysloveno podezření, že nebyla porozena celá placenta s plodovými obaly. Lysis manualis

placentae využíváme i při přetržení pupečníku. Prodlouženou III. dobu porodní mohou zapříčinit poruchy mechanismu odlučování placenty, sekundárně slabé kontrakce a retence normálně odloučené placenty při spazmu branky. Lysis manualis placentae je operace, která se vždy provádí v celkové narkóze nebo v epidurální anestezii. Nohy rodičky jsou fixovány na opěrkách. Porodní asistentka provede dezinfekci zevních rodidel, vyprázdnění močového měchýře pomocí cévky a zarouškuje rodičku. Lékař při lysis manualis placentae používá speciální rukavice sahající až po loket (DOLEŽAL, 2007; DUŠOVÁ, 2009; PAŘÍZEK, 2002).

Samotný výkon se provádí tak, že lékař rozhrne velké a malé pysky. Rukou špetkovitě složenou proniká šroubovým pohybem až do děložního hrdla, volná ruka lékaře přes roušku fixuje dělohu, která má tendenci vystupovat kraniálně. Během průniku do pochvy porodní asistenta polévá ruku lékaře zředěným dezinfekčním roztokem pro zabránění vzduchové embolie. Většinou spazmus postihuje vnitřní branku, takže má lékař někdy potíže do dutiny děložní proniknout, obvykle během narkózy spazmus povolí. Ruka lékaře zůstává uvnitř a ohledává bez prohlédnutí placenty dutinu děložní tak, jako by část placenty chyběla. V závěru výkonu porodní asistentka aplikuje rodičce 1 amp Methylergometrin i.v. Po ukončení operace zalije porodní asistentka rodidla dezinfekčním roztokem a lékař následně provede revisio cavi uteri instrumentalis (DOLEŽAL, 2007).

### **4.3 Ošetrovatelská péče porodní asistentky při revisio cavi uteri**

Revisio cavi uteri (revize děložní dutiny) se nejčastěji provádí v případě, že je vyslovena nejistota o úplnosti porozené placenty nebo zadržetí více než 1/3 blan. Hlavním úkolem porodní asistentky při této porodnické operaci je spolupráce s lékařem na léčbě. Revisio cavi uteri se dělí:

*1. Revisio cavi uteri digitalis* – vhodné při menší děložní dutině, do děložní dutiny se zavádějí pouze prsty. Prsty musí dosáhnout až k fundu děložnímu. Lékař systematicky zreviduje celou dělohu a odstraní zbytky kotyledonu nebo blan. Kluzké blány se lépe vybavují tamponem namotaným na prsty nebo speciální drsnou rukavicí.

*2. Revisio cavi uteri manualis* – vhodné při prostorné děloze, do děložní dutiny lékař zavede celou ruku a postupuje obdobně jako u revisio cavi uteri digitalis.

3. *Revisio cavi uteri instrumentalis* – tato operace téměř vždy doplňuje předchozí manuální výkony včetně lysis manualis placentae. Při R C U I lékař zavádí tupou Bummovu kyretu, která má průměr 34 mm a při tom uchopuje děložní hrdlo do kleští. Kyretu drží zlehka mezi dvěma prsty a opatrně kontroluje průběh revize. Bummovu kyretu lze zavést i přímo bez fixace cervixu. (ČECH, 2006; DOLEŽAL, 2007).

Frekvence komplikací se u revize děložní dutiny velmi liší, protože čím časněji se tento výkon k porodu provádí, tím nižší je riziko komplikací. Možnými riziky je krvácení, infekce a Aschermanův syndrom. Aktivním vedením III. doby porodní se riziko komplikací snižuje. Porodní asistence u této operace je stejná jako při lysis manualis placentae, rozdíl je pouze v tom, že porodní asistentka připraví sterilní tupou Bummovu kyretu (při *revisio cavi uteri instrumentalis*) (HÁJEK, 2004).

#### **4.4 Hysterektomie**

Konečným řešením při neztížitelném krvácení je hysterektomie. V některých situacích lékař zvolí ligaturu (podvaz) hypogastrických arterií (LHA). Hlavním důvodem ke zvolení ponechání dělohy je snaha o zachování možnosti dalšího těhotenství především u primipar. Při LHA je nejčastěji využívána dolní střední laparotomie. Po vyčerpání všech předcházejících alternativ je při neztížitelném krvácení jedinou možností hysterektomie. Při tomto chirurgickém výkonu se odstraňuje děložní hrdlo i tělo. Při akutních stavech spojených s nepravidelnostmi III. doby porodní se využívá laparotomický přístup. Ligatura hypogastrických cév a hysterektomie se indikují při neúspěšné terapii neztížitelného krvácení pro zabránění DIC (viz 3.3) (DOLEŽAL, 2007).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 Ošetřovatelský proces

Termín ošetřovatelský proces poprvé v roce 1955 použila Hallova ve Spojených státech amerických, ale v roce 1959 ošetřovatelský proces popsala Johnsonová, tento proces měl čtyři fáze. Ošetřovatelský proces Orlandové z roku 1961 má pouze tři fáze. Pětifázový ošetřovatelský proces, jak ho známe dnes, zavedlo Sdružení amerických sester (ANA). Profesionální organizace pro standardizaci sesterské terminologie, NANDA = North American Nursing Diagnosis Assotiation – severoamerická asociace pro sesterské diagnózy, vznikla v roce 1982 a v roce 2002 se změnila na NANDA International, díky narůstajícímu počtu členů (BOROŇOVÁ, 2010).

*„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelského procesu je určit rodiččin zdravotní stav a její skutečné a potencionální problémy péče o zdraví, naplánovat uspokojování zjištěných potřeb a provést ošetřovatelské zásahy na jejich uspokojení.“*  
(KOZIEROVÁ, 1995, s. 163)

Aby porodní asistentka mohla aplikovat ošetřovatelský proces, je nezbytné ovládat interpersonální dovednosti, které zahrnují komunikaci, naslouchání, projevování zájmu a soustrasti, znalosti, informace, důvěru rodiny, získávání dat o pacientovi, zlepšování celistvosti a životaschopnosti rodiny (BOROŇOVÁ, 2010).

Ošetřovatelský proces se skládá z plánovaných činností a myšlenkových pochodů, které sestry a porodní asistentky v praxi využívají:

1. ke zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta/klienta, ale i celé rodiny a komunity,
2. ke stanovení ošetřovatelských diagnóz,
3. k plánování ošetřovatelské péče,
4. k realizaci ošetřovatelské péče,
5. k vyhodnocování efektivity ošetřovatelské péče (POCHYLÁ, 2005).

## 6.1 Případová studie

Na porodní sál byla přeložena z oddělení rizikového těhotenství 32letá žena, II/I ve 39. týdnu těhotenství. KD ā 5 minut, nekrvácí, VP odtéká – čirá (předčasný odtok plodové vody před 14 hodinami), PP +. Rodička byla preventivně hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství, kde jí byl aplikován Ampicilin 1g i. v. ā 12 hodin dle medikace lékaře (12 hodin po odtoku VP). Rodička hodnotí bolest dle VAS 7.

Rodičce jsem se představila a požádala jsem ji o dokumenty k administraci při příjmu na porodní sál (dohodu o jménech dítěte, protokol o určení otcovství, těhotenskou průkazku, občanský průkaz a kartičku pojišťovny). Na dotaz ohledně alergie rodička odpověděla, že trpí alergií na prach, pyl a roztoče, navštěvuje alergologickou ambulanci. Obtíže během těhotenství neudává. Rodičku k porodu doprovází její druh.

## 6.2 Sběr anamnestických údajů při příjmu na porodní sál

Rok narození:	1981
Gravidita/Parita:	II/I
PM:	18. 3. 2011
TP:	23. 12. 2012
Týden těhotenství:	39 týdnů + 0 dnů
Léky:	neužívá
Transfúzi:	nedostala
Antikoncepce:	neužívala
Návykové látky:	nikotinismus (20 cigaret denně)
KS a Rh faktor:	0 pozitivní
Protilátky:	tříkrát negativní
HIV:	negativní
HBsAg:	negativní

BWR:	negativní
GBS:	negativní
AMC:	neprovedena
Varixy:	ne
Otoky:	ne
Moč (bílkovina, cukr) :	negativní
Váha/výška:	81 kg/172 cm (přibyla 13 kg)
Zubní prohlídka:	ano v normě

Rodička v průběhu těhotenství psychoprofylaktickou přípravu a těhotenský tělocvik nenavštěvovala. V péči u svého gynekologa byla od 7. týdne těhotenství a absolvovala celkem 13 vyšetření.

**Sociální anamnéza:** rodička je svobodná, žije s druhem v jednopokojovém bytě, pracuje jako pokladní, přála si kontaktovat sociální pracovníci.

**Rodinná anamnéza:**

Matka:	rakovina prsu (v 54 letech) – léčena, žije
Otec:	hypertenze (od 60-ti let)
Sourozenci:	zdrávi

**Osobní anamnéza:** v dětství prodělala běžná dětská onemocnění.

**Gynekologická anamnéza:** menarche v patnácti letech, cyklus 28/4, menstruace nebolestivá, hormonální antikoncepci neužívala.

Gynekologické choroby:	časté vaginální výtoky – léčeny
Porody, potraty:	2005 – interrupce – bez komplikací
<b>Operace (úrazy):</b>	nebyly
<b>Očkování:</b>	běžná dětská onemocnění

**Religiózní praktiky:** ateistka

**Vstupní kardiogram** (dále CTG) – 20 minut: fyziologický záznam, undulatomní typ oscilačního pásma, 4 akcelerace, decelerace 0, bazální frekvence 136', KD ā 5 min.

**Zevní vyšetření:**

**Aspekce:** tvar břicha (podélně ovoidní), pupeční jizva vyhlazená, linea fusca patrná (od symfýzy k pupeční jizvě výrazná, od pupeční jizvy k fundu přechází do ztracena), četné strie – růžového zbarvení, kůže čistá, dostatečně hydratovaná.

**Palpace:** vzdálenost symfýza versus fundus je 49,5 cm, tvar dělohy (podélně ovoidní), dextroverze a torze, DDS plný, krční rýha hmatná (šikmý průběh) – zprava nahoře doleva dolů, krční rýha 2 prsty nad sponou, PPHL, P I.

Pánev: prostorná

Distantia bispinalis: 25 cm

Distantia bicristalis: 28 cm

Distantia bitrochanterica: 31 cm

Conjugata externa: 19 cm

**Aspekce:** pubické ochlupení ženského typu, anus bez defektů, hráz bez varixů, kůže čistá, dostatečně hydratovaná.

**Vnitřní vyšetření:** pochva zúžená, tuhá branka tenkých okrajů v průměru 4 cm, promontoria nedosahují, klenby plné vyvíjející se, malá fontanela u čísla 2, hlava naléhá na vchod, vak blan porušen, voda plodová odtéká – čirá.

**Fyziologické funkce rodičky:**

Krevní tlak (TK): 125/74 mm Hg

Pulz (P): 77'

Tělesná teplota (TT): 36,3 °C

## **6.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a aplikace ošetrovatelského procesu na konkrétní rodičku s nepravidelností III. doby porodní**

V této části jsme stanovili v I., II. a III. době porodní reálné aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Ve III. době porodní jsme ošetrovatelské diagnózy podrobně rozpracovali. Ošetrovatelské diagnózy jsme seřadili podle priorit rodičky.

### **6.3.1 I. DOBA PORODNÍ**

Rodička byla po půlnoci přijata na porodní sál. Na porodním sále byla provedena zkrácená předporodní příprava (podáno očistné klyzma, oholena na hrázi), rodička byla poučena s podáním očistného klyzmatu a oholením – souhlasila. I. doba porodní proběhla fyziologicky.

#### **6.3.1.1 Identifikované aktuální ošetrovatelské diagnózy v I. době porodní**

##### **1. Bolest**

z důvodu dilatací tkání a tlakem na okolní struktury projevující se svalovým napětím, rozrušením a verbálně

##### **2. Strach z aplikace oxytocinu**

v souvislosti s neznalostí projevující se verbálně

##### **3. Dehydratace**

z důvodu nedodržování pitného režimu projevující se subjektivním pocitem žízně a oschlými rty

##### **4. Spánková deprivace**

z důvodu děložních kontrakcí a předchozí hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství projevující se ospalostí a zpomalenými reakcemi

##### **5. Nedostatek informací**

v souvislosti s neabsolvováním předporodních kurzů projevující se nespoluprací a rozrušeností

### **6.3.1.2 Identifikované potencionální ošetrovatelské diagnózy v I. době porodní**

#### **6. Riziko deficitu tělesných tekutin**

v souvislosti s probíhajícím porodem

#### **7. Riziko retence moči**

v souvislosti s dilatací tkání

#### **8. Riziko infekce**

v souvislosti s předčasným odtokem plodové vody

#### **9. Riziko infekce**

z důvodu zavedení intravenózní kanyly

#### **10. Riziko paravenózní aplikace**

z důvodu zavedení intravenózní kanyly

### **6.3.2 II. DOBA PORODNÍ**

Provedena laterální episiotomie vpravo. Spontánní porod plodu záhlavím. II doba porodní proběhla fyziologicky.

#### **Novorozenec:**

Pohlaví: chlapec

Váha/míra: 2970 g/50 cm

Apgar skóre: 10 – 10 – 10

### **6.3.2.1 Identifikované aktuální ošetrovatelské diagnózy v II. době porodní**

#### **1. Bolest**

z důvodu vnitřní rotace plodu a kontrakcí děložních posílených oxytocinem projevující se plačtivostí a neefektivním používáním břišního lisu k vypuzení plodu

#### **2. Nausea**

v souvislosti se zapojením břišního lisu projevující se verbálně

### **3. Neefektivní dýchání**

z důvodu hyperventilace projevující se tetanií

### **4. Únava**

v souvislosti s probíhajícím porodem a špatnou fyzickou kondicí rodičky projevující se sníženou výkonností

### **5. Hypertermie**

v souvislosti se zvýšenou tělesnou námahou při porodu projevující se zvýšenou tělesnou teplotou nad hranici normy a zvýšenou dechovou frekvencí

## **6.3.3 III. DOBA PORODNÍ**

Po 60-ti minutách po porodu plodu se placenta neodloučila (podezření na placentu adherens), rodička mírně krvácela a dle lékaře jsme kontaktovali anesteziologický tým. Sledovali jsme FF rodičky (dle medikace lékaře  $\bar{a}$  5 min), FF: TK: 110/80 mm Hg, P: 85', TT: 36,7 °C. Rodička byla uvedena do celkové anestezie, byly připraveny nástroje k provedení manuálního vybavení placenty a revize děložní dutiny (sterilní stolek s rukavicemi, tampóny a tupou Bummovou kyretou), dle ordinace lékaře byl rodičce podán roztok 1000 ml Izolyte + 10 j. oxytocinu i. v. a 1 amp Methylergometrin i. v., lékař provedl manuální lýzu a revisio cavi uteri instrumentalis. Vybavil potrhanou placentu i s blanami, která byla silně kalcifikovaná, vážila 600 g, úpon pupečníku byl paracentrální, délka 50 cm se třemi cévami. Lékař po operacích naordinoval měření fyziologických funkcí  $\bar{a}$  15 min. Celková krevní ztráta činila 650 ml.

### **6.3.3.1 Identifikované aktuální ošetřovatelské diagnózy ve III. době porodní**

#### **1. Strach**

z důvodu výskytu patologie III. doby porodní projevující se pláčem a nespoluprací

#### **2. Močení porušené**

z důvodu poporodního traumatu projevující se pocitem naléhavého nucení na močení

### **3. Tělesné tekutiny, deficit**

v souvislosti se ztrátou krve a sníženým příjmem tekutin projevující se sníženým krevním tlakem, zvýšenou srdeční aktivitou a sníženým turgorem kůže

### **4. Tkáňová integrita porušena**

v souvislosti s provedením laterální episiotomie projevující se střížnou ránou v oblasti hráze směrem vpravo o délce 4 centimetry

### **5. Nedostatečná spolupráce rodičky**

z důvodu strachu z provedení lysis manualis placentae, revisio cavi uteri instrumentalis a uvedení do celkové anestezie projevující se neklidem a nesoustředěním

### **6.3.3.2 Identifikované potencionální ošetrovatelské diagnózy ve III. době porodní**

#### **6. Riziko perioperačního poškození**

z důvodu indikovaných porodnických operací

#### **7. Riziko infekce**

z důvodu zavedení druhé intravenózní kanyly

#### **8. Riziko paralelní aplikace**

v souvislosti se zavedením druhé intravenózní kanyly

#### **9. Riziko infekce**

z důvodu jednorázového vycévkování gumovou cévkou

### **6.3.3.2 Rozpracované ošetrovatelské diagnózy ve III. době porodní**

#### **Ošetrovatelská diagnóza číslo 1.**

##### **Strach**

z důvodu výskytu patologie III. doby porodní projevující se pláčem a nespoluprací

**Priorita:** vysoká

**Krátkodobý cíl:** zmírnit strach rodičky – před uvedením do celkové anestezie



**Výsledná kritéria:**

- rodička chápe co je zdrojem potíží – po uplynutí 1 hodiny po porodu plodu
- rodička je poučena o průběhu celkové anestezie, lysis manualis placentae a revisio cavi uteri instrumentalis – před uvedením do celkové anestezie
- rodička důvěřuje ošetřujícímu personálu – před uvedením do celkové anestezie

**Plán intervencí:**

- pomoz rodičce pochopit co je příčinou provedení porodnických operací – po uplynutí 1 hodiny po porodu plodu – porodní asistentka, lékař
- vysvětlí průběh celkové anestezie, manuálního vybavení lůžka a revisio cavi uteri instrumentalis (dle kompetencí) – po uplynutí 1 hodiny po porodu plodu – porodní asistentka, lékař, anesteziologická sestra, anesteziolog
- zajisti kontakt rodičky a novorozence – před uvedením do celkové anestezie – porodní asistentka, lékař
- seznam rodičku s dětskou sestrou, která bude pečovat o dítě na novorozeneckém oddělení – před uvedením do celkové anestezie – porodní asistentka

**Realizace:**

Lékař rodičce vysvětlil, že důvodem provedení lysis manualis placentae a revisio cavi uteri instrumentalis je pravděpodobně placenta adherens, anesteziolog společně s anesteziologickou sestrou poučili rodičku ohledně celkové anestezie. Poukázala jsem i na nespornou výhodu, čímž je ošetření porodního poranění (laterální episiotomie) v celkové anestezii. Novorozenec byl opakovaně přikládán k prsu matky, kontakt mezi nimi byl tedy dodržován po celou III. dobu porodní mimo prvního ošetření novorozence. Seznámila jsem rodičku s dětskou sestrou z novorozeneckého oddělení.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn. Rodička se subjektivně cítila klidněji a rychle se vyrovnala se vzniklou situací.

**Ošetrovatelská diagnóza číslo 2.****Močení porušené**

z důvodu poporodního traumatu projevující se pocitem naléhavého nucení na močení

**Priorita:** vysoká

**Cíl krátkodobý:** rodička má vyprázdněný močový měchýř – před uvedením do celkové anestezie

**Cíl dlouhodobý:** rodička spontánně močí – do 4 hodin po cévkování jednorázovou gumovou cévkou

**Výsledná kritéria:**

- rodička je informovaná o nutnosti jednorázového cévkování – před cévkováním
- rodička spontánně močí – v dostatečných intervencích
- rodička je poučena o optimálním množství denního příjmu tekutin – před přeložením na oddělení šestinedělí

**Plán intervencí:**

- sleduj množství i druh přijatých tekutin – vždy – porodní asistentka
- zajisti soukromí rodičky – vždy – porodní asistentka
- zaveď permanentní močový katetr – před uvedením rodičky do celkové anestezie – porodní asistentka
- zhodnot' celkový stav hydratace – po provedení porodnických operací, dále  $\bar{a}$  1 hodinu – porodní asistentka
- pouč rodičku o optimálním denním příjmu tekutin – před překladem na oddělení šestinedělí – porodní asistentka

**Realizace:**

Od příjmu na porodní sál rodička vypila po doušcích 500 ml čisté vody a bylo jí podáno 500 ml roztoku 5 % Glukózy + 2 j. oxytocinu i. v. Rodička se naposledy spontánně vymočila na WC v rámci předporodní přípravy na porodním sále. 1 hodinu po porodu plodu si rodička stěžovala na pocit naléhavého nucení na močení, z důvodu plánovaného uvedení rodičky do celkové anestezie jsem rodičku za přísných aseptických podmínek vycévkovala jednorázovou gumovou cévkou. Celkový stav hydratace rodičky byl přiměřený. Před přeložení rodičky na oddělení šestinedělí jsem ji poučila s tím, že optimální denní příjem tekutin je 2 500 ml a dále jsem jí poučila o vhodných a nevhodných nápojích (viz oddíl 6.3.3.2, ošetrovatelská diagnóza č. 3).

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn, rodička má vyprázdněný močový měchýř ještě před uvedením do celkové anestezie. Dlouhodobý cíl na porodním sále splněn nebyl. V intervencích je třeba pokračovat na oddělení šestinedělí.

**Ošetrovatelská diagnóza číslo 3.****Tělesné tekutiny, deficit**

v souvislosti se ztrátou krve a sníženého příjmu tekutin projevující se sníženým krevním tlakem, zvýšenou srdeční aktivitou a sníženým turgorem kůže

**Priorita:** vysoká

**Cíl krátkodobý:** zástava krvácení – ihned

**Cíl dlouhodobý:** rodička je dostatečně hydratovaná – na porodním sále, na oddělení šestinedělí

**Výsledná kritéria:**

- rodička má fyziologické hodnoty vitálních funkcí – do 5 minut
- u rodičky nejsou přítomny známky dehydratace – před přeložením na oddělení šestinedělí

- rodička má vyrovnanou bilanci tělesných tekutin – do 6 hodin po ukončení lysis manualis placentae a R C U I
- rodička je seznámena se zásadami pitného režimu – před přeložením na oddělení šestinedělí

### **Plán intervencí:**

- zkontroluj průchodnost zavedené intravenózní kanyly a zaveď druhou intravenózní kanylu – ihned – porodní asistentka
- sleduj, měř a zapisuj do dokumentace krevní ztrátu – ihned – porodní asistentka
- zkontroluj, zda má rodička vyšetřenou krevní skupinu – ihned – porodní asistentka
- sleduj vitální funkce u rodičky – ā 5 min – porodní asistentka, anesteziologická sestra
- kontroluj příjem tekutin per os – vždy – porodní asistentka
- kontroluj výdej tekutin – vždy – porodní asistentka
- palpačně kontroluj dělohu, zda je retrahovaná – vždy – porodní asistentka
- podej medikaci dle lékaře a sleduj účinky podaných léků – vždy – porodní asistentka
- pouč rodičku o pitném režimu – před překladem na oddělení šestinedělí – porodní asistentka

### **Realizace:**

Po 1 hodině (po porodu plodu) vyčkávání na odloučení placenty se lékař rozhodl pro lysis manualis placentae společně s provedením revisio cavi uteri instrumentalis. Lékař rodičku poučil o plánovaných zákrocích. Znovu jsem zkontrolovala průchodnost zavedené intravenózní kanyly a zajistila jsem druhý žilní vstup. Kanylu jsem zavedla do pravé horní končetiny a následně jsem ji zafixovala speciální sterilní náplastí. Přesvědčila jsem se o vyšetřené krevní skupině a Rh faktoru rodičky, průběžně jsem

sledovala a měřila krevní ztrátu pomocí odměrného válce (po lysis manualis placentae a revisio cavi uteri instrumentalis krevní ztráta činila 650 ml), po pěti minutách jsem sledovala vitální funkce u rodičky. Průběžně jsem zjišťovala příjem a výdej tekutin. Nepřetržitě jsem kontrolovala děložní retrakci, podala jsem rodičce medikaci dle ordinace lékaře po dokončení porodnických operací (1000 ml Ringerova roztoku + 10 j. oxytocinu i. v., 1 amp Methylergometrin i. v.), sledovala jsem účinky podaných léků. Před překladem na oddělení šestinedělí jsem rodičku poučila o pitném režimu s tím, že nejvhodnější tekutinou je čistá voda nebo ovocné čaje a nevhodné jsou sycené nápoje s vysokým obsahem cukru.

### **Vyhodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn, rodička má zastavené krvácení. Pro splnění dlouhodobého cíle je třeba v plánu intervencí pokračovat na oddělení šestinedělí.

### **Ošetrovatelská diagnóza číslo 4.**

#### **Tkáňová integrita porušena**

v souvislosti s provedením laterální episiotomie projevující se střížnou ránou v oblasti hráze směrem vpravo o velikosti 4 centimetry

**Priorita:** vysoká

**Cíl krátkodobý:** ošetření střížné rány stehy – po provedení porodnických operací ve III. době porodní

**Cíl dlouhodobý:** hojení rány per primam – do úplného zhojení

#### **Výsledná kritéria:**

- rodička je seznámena s provedeným nástřihem hráze – po porodu plodu
- rodička ví, že má ošetřenou ránu stehy – na porodním sále
- rodička zná péči o ránu – před překladem na oddělení šestinedělí

#### **Plán intervencí:**

- předcházet šíření infekce – vždy – porodní asistentka

- pouč rodičku o provedeném nástřihu hráze – po porodu plodu – porodní asistentka
- urči rozsah poranění hráze – před provedením sutury – porodní asistentka pod dohledem lékaře
- proved' suturu poranění – v době, kdy je rodička uvedena do celkové anestezie – porodní asistentka pod dohledem lékaře
- kontroluj ošetřenou ránu – ā 15 minut – porodní asistentka
- pouč rodičku o správné péči o ošetřené poranění – před překladem na oddělení šestinedělí – porodní asistentka
- pouč rodičku o prvotních známkách infekce – před překladem na oddělení šestinedělí – porodní asistentka

### **Realizace:**

Při zkrácené předporodní přípravě jsem rodičce ponechala prostor k vyjádření názoru na nástřih hráze. Proti tomuto výkonu nebyla proti. Po celou dobu ošetřování rodičky jsem předcházela šíření infekce a dodržovala jsem postup při ošetřování jednotlivých rodiček. Před provedením laterální episiotomie vpravo jsem použila 2 amp 1% Mesocainu i. m. jako místní analgezii. Po porodu plodu jsem rodičce oznámila provedení nástřihu hráze. Suturu poranění jsem provedla pod pohledem lékaře po dokončení manuálního vybavení lůžka a revisio cavi uteri instrumentalis. Rodička byla nadále v celkové anestezii. Ošetřenou episiotomii jsem kontrolovala ā 15 minut společně s kontrolou fyziologických funkcí, krvácení a zavinování dělohy. Před překladem na oddělení šestinedělí jsem rodičku informovala o provedeném ošetření porodního poranění samovstřebatelným vláknem. Rodičku jsem poučila, že po každé návštěvě toalety je třeba se osprchovat, doporučila jsem jí používat mýdlo určené na intimní partie a jednorázové sítované kalhotky. Dále jsem zdůraznila význam mytí rukou, výměn vložek a podložek. Zmínila jsem se i o příznacích případné infekce.

## **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn, rodička má ošetřenou ránu suturou. Dlouhodobý cíl splněn nebyl, rodička byla přeložena do péče porodních asistentek na oddělení šestinedělí. Je zapotřebí v plánu intervencí pokračovat.

### **6.4 Zhodnocení ošetrovatelské péče**

Ošetrovatelskou péči jsme rodiče poskytovali v průběhu celého porodu. Rodička byla přeložena na porodní sál pro pokročilý vaginální nález a pravidelné děložní kontrakce. Podle dokumentace a informací ověřených podle rodičky jsme získali anamnestické údaje. Podle porodních dob jsme identifikovali ošetrovatelské diagnózy a ve III. době porodní jsme ošetrovatelské diagnózy rozpracovali a seřadili podle priorit rodičky. Krátkodobé cíle byly splněny. Pro splnění dlouhodobých cílů je třeba v plánovaných intervencích pokračoval ošetřující personál na oddělení šestinedělí a po propuštění do domácího prostředí by měla rodička navštívit ambulantního gynekologa po ukončení šestinedělí.

S rodičkou jsme byli v kontaktu po dobu její hospitalizace na oddělení šestinedělí a dále po jejím propuštění ze zdravotnického zařízení. S ošetrovatelskou a lékařskou péčí během porodu byla spokojená, její život se změnil narozením dítěte. Nedokáže si představit rodit doma, z důvodu náhlého výskytu nepravidelnosti ve III. době porodní. Jediné, co by vytknula ošetřujícímu personálu, byl nedostatek soukromí při operativním ukončení III. doby porodní. Nyní se plně věnuje péči o dítě. Nadále plně kojí. Při porodu bylo jasně zřetelné, že by předporodní kurzy této ženě velmi pomohly, především by byla lépe psychicky připravená na porod.

Rodičku mohou ohrozit vypjaté životní situace, se kterými se hůře vyrovnává, což se projevilo horší spoluprací při samotném porodu. Rodička potřebuje pevné rodinné a ekonomické zázemí. Při porodu bylo jasně zřetelné, že by této ženě pomohli předporodní kurzy.

## 7 Doporučení pro praxi

### Doporučení pro porodní asistentky:

- vytvořit pro rodičky příjemnou atmosféru na porodním sále,
- zajistit intimní prostředí pro porod,
- dostatečně zajistit informace o nepravidelnostech III. doby porodní pro ženy s patologií III. doby porodní,
- poučit rodičku a ověřit si zpětnou vazbou, že rodička všemu rozumí,
- absolvovat vzdělávací programy v oblasti porodnictví a intenzivní péče v porodnictví,
- přistupovat k pacientkám individuálně (behaviorální přístup),
- zajistit kontakt novorozence s rodičkou a partnerem, podle průběhu nepravidelností III. doby porodní a stavu rodičky.

### Doporučení pro rodičky:

- absolvovat předporodní přípravu:
  - respektovat pokyny porodních asistentek ve zdravotnických zařízeních,
  - klást porodním asistentkám otázky v případě nejasností,
  - snažit se co nejvíce eliminovat nebo úplně vynechat užívání návykových látek,
  - uvolňovat se mezi kontrakcemi,
  - odpočívat mezi kontrakcemi,
  - dodržovat šestihodinový klid na lůžku po porodu,
- využívat kvalitní informační zdroje pro přípravu na těhotenství a porod.



## ZÁVĚR

*„Jak strašný by byl svět, kdyby se nerodily ustavičně děti, jež s sebou přinášejí možnost dokonalosti a nevinnost“ (John Ruskin).*

Fyziologická III. doba porodní představuje pro rodičky nebolestivou fázi porodu a znalosti laické veřejnosti ohledně této problematiky jsou mizivé. Pro zdravotníky je toto období často diskutované a nepravidelnosti III. doby porodní jsou problémem současného porodnictví. Každý porod je individuální, některé nepravidelnosti a patologie se tedy nedají dopředu předvídat.

Téma bakalářské práce je zajímavé z hlediska ošetrovatelé péče a znalosti ohledně patologií III. doby porodní jsou pro práci porodní asistentky nezbytné. Nepravidelnosti III. doby porodní představují vždy nepříjemnou a hlavně nebezpečnou komplikaci pro rodící ženy.

Porodní asistentka provází ženy porodem a využívá ošetrovatelskou péči s ohledem na individuální potřeby rodiček. V případě výskytu nepravidelnosti III. doby porodní musí být porodní asistentka ženě oporou. Měli bychom mít na paměti, že trpělivost zejména při vedení III. doby porodní je nejlepší prevencí patologií v tomto období.

Cíle bakalářské práce byly splněny. V této bakalářské práci jsme zpracovali ošetrovatelský proces u rodičky s diagnostikovanou placentou adherens, která patří do nepravidelností III. doby porodní. Podařilo se nám komplexně ucelit informace o této problematice pro studenty oborů porodní asistentka a všeobecná sestra. Ošetrovatelské diagnózy jsme stanovili podle priorit rodičky.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Dle ČSN ISO 690 – 2, 1997

BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha: Maurea, 2010. 193 s. ISBN 80– 902876– 4– 8.

BOUČEK, J., et al. 2006. *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 141 s. ISBN 80– 244– 1501– 1.

ČECH, E., et al. 2006. *Porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2006. 546 s. ISBN 80– 247– 1313– 9.

ČERVINKOVÁ, E., et al. 2006. *Ošetrovatelské diagózy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 190 s. ISBN 80– 7013– 443 – 7.

DOENGES, M., MOORHOUSE, M. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80– 247– 0242– 8.

DOLEŽAL, A., et al. 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978– 80– 247– 0881– 2.

DUŠOVÁ, B., MAREČKOVÁ, J. 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravdělném porodu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. 162 s. ISBN 978– 80– 7368– 663– 5.

ELIAŠOVÁ, A., et al. 2008. *Porodná asistancia I: Fyziológia*. Martin: Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978– 80– 8063– 261– 8.

HÁJEK, Z. aj. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 443 s. ISBN 80– 247– 0418– 8.

HOUROVÁ, M., KRÁLÍČKOVÁ, M.; UHER, M. 2007. *Vývoj miminka před narozením: Od embrya k porodu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2007. 110 s. ISBN 978– 80– 247– 1942– 9.

KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada Publishing, 2003. 92 s. ISBN 80– 247– 0285– 1.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax; 1*. Z angl. orig. přel. Tibor Baška. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80– 217– 0528– 0.

KUDELA, M., et al. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 273 s. ISBN 80– 244– 0837– 6.

MACKŮ, F., ČECH, E. 2002. *Porodnictví*. Praha: Informatorium, 2002. 143 s. ISBN 80– 86073– 92– 0.

MAREČKOVÁ, J. 2006. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesy, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80– 7368– 109– 9.

NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Praha: Mauera, 2011. 84 s. ISBN 80– 902876– 8– 6.

PAŘÍZEK, A., et al. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing, 2002. 536 s. ISBN 80– 7169– 969– 1.

PAŘÍZEK, A. 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti: Český průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím až do dvou let dítěte*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, 2009. 738 s. ISBN 80– 7262– 653– 3.

PENKA, M. 2003. *Diseminovaná intravaskulární koagulace: (DIC)*. Praha: Grada, 2003. 231 s. ISBN 80– 247– 0341– 6.

POCHYLÁ, K. 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80– 7013– 420– 8.

RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area, 2008. 106 s. ISBN 978– 80– 254– 2186– 4.

ROZTOČIL, A., et al. 2001. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 332 s. ISBN 80– 7013– 339– 2.

SLEZÁKOVÁ, L., et al. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. 269 s. ISBN 978– 80– 247– 3373– 9.

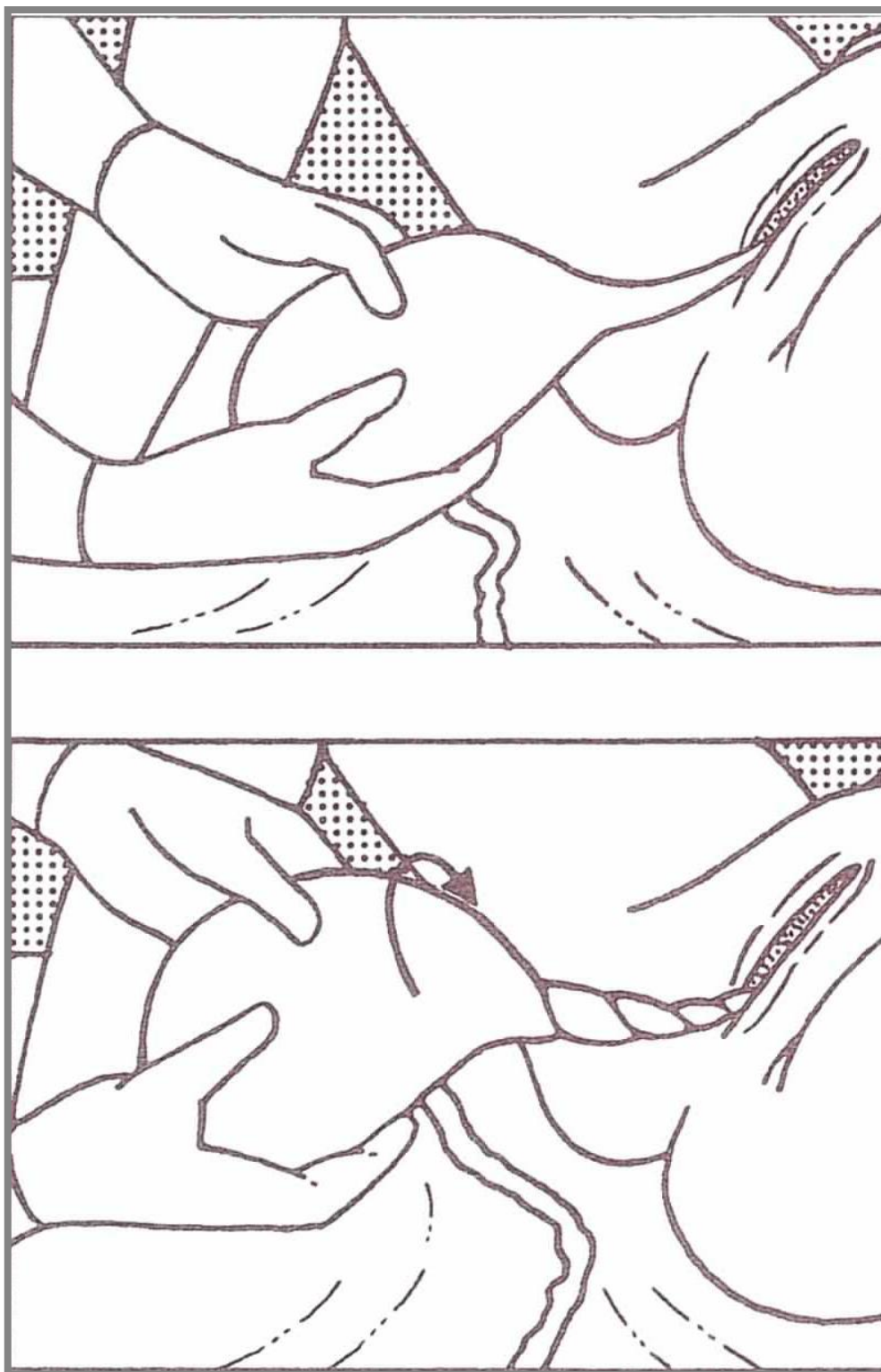
VACEK, Z. 2006. *Embryologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. 255 s. ISBN 80– 247– 1267– 3.

ŽÁČEKOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., KONTROVÁ L. 2006. *Štandardy v porodnej asistencii*. Martin: Osveta, 2006. 120 s. ISBN 80– 8063– 221– 9.

## SEZNAM PŘÍLOH

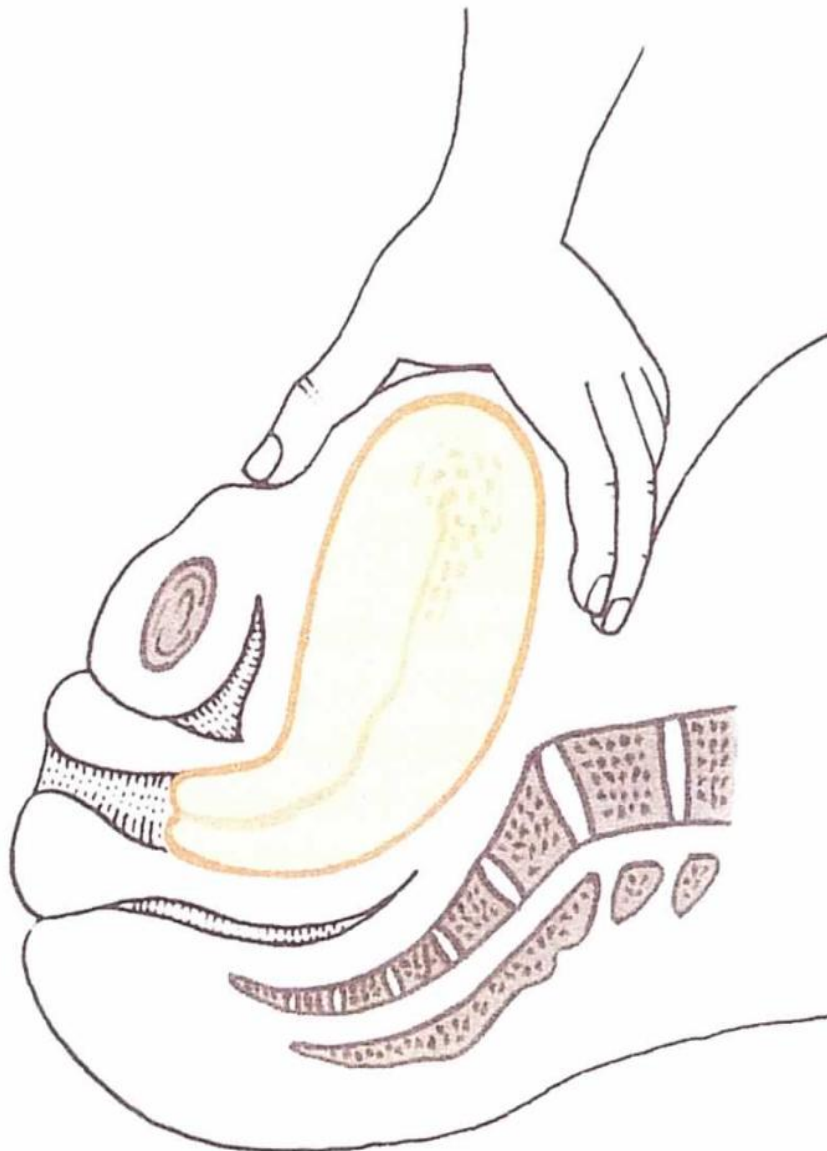
Příloha A	Jacobsův manévr pro vybavení blan	I
Příloha B	Masáž dělohy	II
Příloha C	Poruchy mechanismu odlučování	III
Příloha D	Prohlášení	IV

Příloha A – Jacobsův manévr na vybavení plodových blan



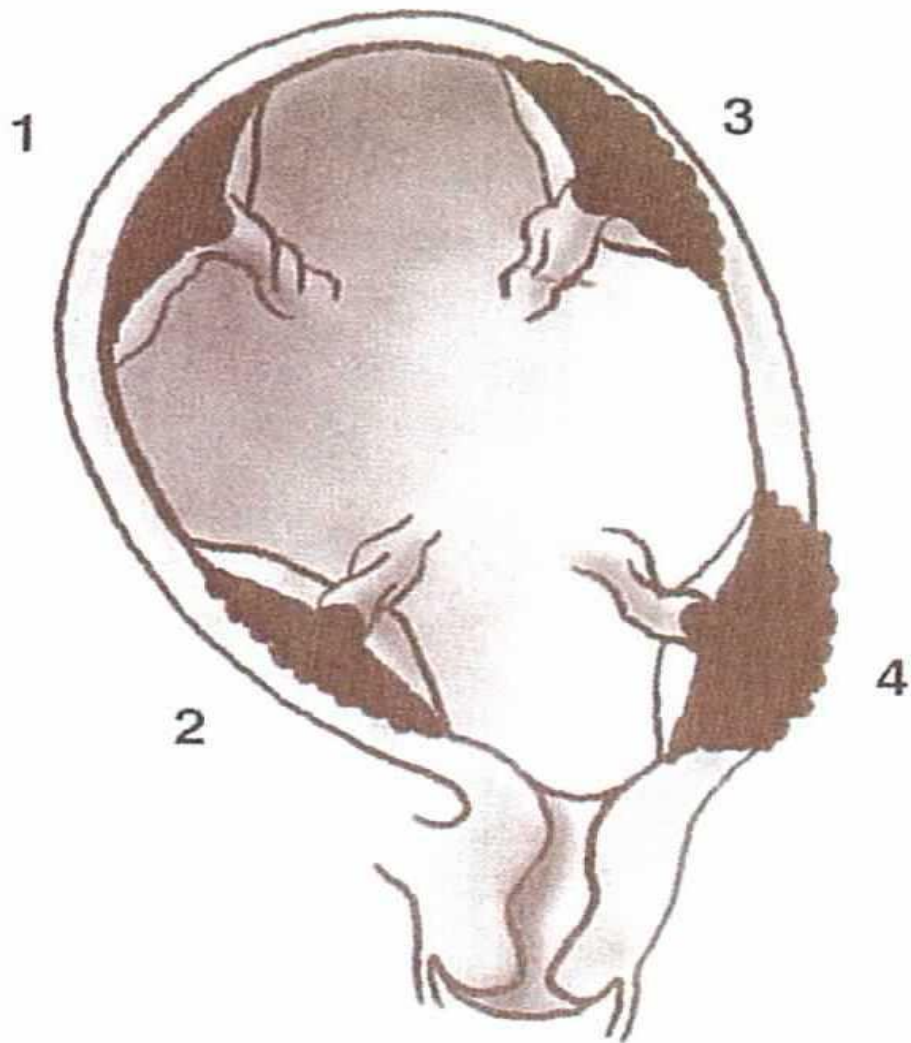
Zdroj: ČECH, 2006, s. 141

Příloha B – Držení dělohy



Zdroj: ČECH, 2006, s. 359

Příloha C – Poruchy mechanismu odlučování placenty:



1 – fyziologická inzerce placenty,

2 – placenta adhaerens,

3 – placenta accreta,

4 – placenta percreta.

Zdroj: PAŘÍZEK, 2002, s. 86



## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem údaje do této bakalářské práce sbírala na odborných praxích při studiu na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Praha 5, Duškova 7. Rodička se sběrem údajů ohledně její osoby souhlasila, nepřála být si identifikována a nepřála si uvést zdravotnické zařízení, ve kterém rodila.

V Praze 5. září 2012

*podpis*