

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

MRTVÝ PLOD V PORODNÍ ASISTENCI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA DANÍČKOVÁ

Praha 2018

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

MRTVÝ PLOD V PORODNÍ ASISTENCI

Bakalářská práce

MARTINA DANÍČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2018



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

DANIČKOVÁ Martina
3APA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Mrtvý plod v porodní asistenci

Foetus Mortus in Midwifery

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného neakademického titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 3. 4. 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD., za spolupráci, cenné rady a poskytnuté informace při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych velmi ráda poděkovala pacientce, díky které tato práce mohla vzniknout a také zdravotnickým zařízením, jež mi poskytla dokumentace.

ABSTRAKT

DANÍČKOVÁ, Martina. *Mrtvý plod v porodní asistenci*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD., Praha. 2018. 51 s.

Tématem této bakalářské práce je mrtvý plod v porodní asistenci. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je rozdělena do jednotlivých kapitol a podkapitol. V první části seznamujeme čtenáře se základními definicemi týkající se této problematiky, zaměřujeme se také na příčiny, diagnostiku, preindukci, indukci porodu a péči porodních asistentek v jednotlivých dobách porodu u mrtvého plodu. Velká část práce je věnována psychice rodičky a její rodině, vzpomínkovým předmětům a truchlení. Upomínkové předměty je možno nalézt v příloze. V druhé části, praktické, se zabýváme těhotnou ženou, kde je rozpracována kazuistika. Žena byla sledována od prvních návštěv v gynekologické ambulanci, kam pacientka docházela. Zaznamenávaly jsme všechna vyšetření v jednotlivých trimestrech, pravidelná i nepravidelná, přijetí ženy na porodní sál a následnou návštěvu u gynekologa. Součástí práce je vytvořena brožurka, na základě absolvování kurzu zabývající se péčí o rodiče po perinatální ztrátě pro zdravotní personál.

Klíčová slova

Intrauterinní smrt plodu. Mrtvý plod. Perinatální hospicová péče. Porod mrtvého dítěte. Proces rozloučení. Psychika muže a ženy. Syndrom mrtvého plodu. Truchlení.

ABSTRACT

DANIČKOVÁ, Martina. *Foetus mortus in midwifery*. Medical college. Qualification degree: Bachelor (Bc.) Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD., Prague. 2018. 51 pages.

The topic of bachelor's thesis is foetus mortus in midwifery. This thesis is divided into two parts, theoretical and practical part. The theoretical part is divided into chapters and sub-chapters, In the first part we get acquainted readers with the basic definitions on this issue the causes, diagnosis and care midwives in the different times of birth fetus mortus. A large part of the work is dedicated to the psyche of expectant mothers and her family, memorial items and grief. Memorial items can be found in the annex. The second, practical part is focused on case history of pregnant woman with the diagnosis foetus mortus since the first visit at the gynecological clinic. As an appendix to the practical sections we created the materials focused on course treatment the care of parents after perinatal loss for medical staff at hospitals and at gynecological clinics.

Keywords

Birth of a dead child. Dead fetus. Grieving. Intrauterine death of the fetus. Perinatal hospice care. Process of parting. Psyche of the men and women. Syndrome of stillbirth.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 SYNDROM MRTVÉHO PLODU	15
1.1 PERINATÁLNÍ MORTALITA	15
1.1.1 MRTVOROZENOST	16
1.1.2 ČASNÁ NOVOROZENECKÁ ÚMRTNOST	16
1.2 PŘÍČINY NITRODĚLOŽNÍHO ÚMRTÍ.....	16
1.3 RIZIKA SYNDROMU MRTVÉHO PLODU	19
1.4 DIAGNÓZA MRTVÉHO PLODU	20
1.4.1 OBJEKTIVNÍ DIAGNÓZA.....	20
1.4.2 SUBJEKTIVNÍ DIAGNÓZA.....	20
2 VEDENÍ PORODU MRTVÉHO PLODU.....	21
2.1 PŘIJETÍ.....	22
2.1.1 PROFYLAXE.....	22
2.1.2 PREINDUKCE PORODU	23
2.1.3 INDUKCE PORODU	24
2.2 1. DOBA PORODNÍ	25
2.3 2. DOBA PORODNÍ	26
2.4 3. DOBA PORODNÍ	26
2.5 4. DOBA PORODNÍ	26
3 VYŠETŘENÍ PO PORODU MRTVÉHO PLODU ...	27

3.1	LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ PLODU	27
4	PÉČE O PSYCHIKU	29
4.1	ZÁSTAVA LAKTACE.....	30
5	RITUÁLY ROZLOUČENÍ SE	31
5.1	UPOMÍNKY NA DÍTĚ	32
5.2	FÁZE TRUCHLENÍ.....	32
5.2.1	ŠOK.....	32
5.2.2	POPŘENÍ (ÚTĚK).....	33
5.2.3	TRUCHLENÍ	33
5.2.4	PŘIJETÍ ZTRÁTY	33
5.3	POHŘEB.....	34
5.4	SPOPKY	35
6	KAZUISTIKA ŽENY S MRTVÝM PLODEM	36
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AC	Obvod břicha (abdominal circumference)
ALP	Alkalická fosfatáza
AST	Aspartátaminotransferáza
AMC.....	Amniocentéza
AMP	Adenosinmonofosfát
AT III	Antitrombin III
ATB.....	Antibiotikum
APTT.....	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas (test k vyšetření koagulace krve)
BPD	Biparietální průměr hlavičky
CNS	Centrální nervový systém
CRL.....	Temeno-kostrční délka
CRP – C	Reaktivní protein
CTG.....	Kardiotokografie
DM	Diabetes mellitus, cukrovka
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
FDP	Fibrinogen degradační produkty
FL.....	Délka femuru, stehenní kosti
GMT.....	Glutamyltransferáza
HBsAg.....	Povrchový antigen viru
HC	Obvod hlavičky (head circumference)
hCG	Lidský (humánní) choriogonadotropin

HELLP	Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count syndrome
IUGR.....	Intrauterinní růstová retardace
IUFD	Intrauterinní smrt plodu
IVF	In vitro fertilizace
KO.....	Krevní obraz
PAPP-A.....	Specifický těhotenský plazmatický protein A
PG.....	Prostaglandin
RhD	Protilátky anti-D
TORCH	Toxoplasmóza, rubeola (zarděnky), cytomegalovirus, herpes simplex
TPHA	Sérologický test k vyšetření
TTTS	Syndrom transfuze mezi dvojčaty (twin to twin transfusion syndrome)
VDLR test	Test k diagnostice syfilis
VVV	Vrozené vývojové vady
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

(HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (VOKURKA, HUGO a kol., 2007)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

- Aminocentéza.....Metoda, při níž se odebírá plodová voda, jejímž vyšetřením lze odhalit některé nemoci ještě před narozením
- AsfyxieDušení způsobené nedostatkem vzduchu
- Hydrops plodu.....Nahromadění tekutiny v tělních dutinách či tkáních
cholestáza městnání žluči, stav, kdy do duodena nepřitéká normální množství žluči, jejíž složky se hromadí v játrech a organismu
- HydropickýZadržující nadměrné množství tekutin
- HemoragieKrvácení
- Coombsův test.....Hematologické vyšetření umožňující odhalit protilátky proti červeným krvinkám
- HomocysteinAminokyselina obsahující síru
- Hamiltonův hmatBimanuální stlačení dělohy při poporodním krvácení
- Chorioamnionitida ...Zánět plodových obalů

(VOKURKA, HUGO a kol., 2007)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Nepravidelná vyšetření v jednotlivých týdnech gravidity	18
Tabulka 2 ATB profylaxe	23
Tabulka 3 Přípravky k preindukci/indukci v České republice	24
Tabulka 4 Medikace 17. 3. 2017	39
Tabulka 5 Kontrolní odběr krve na hCG	40
Tabulka 6 Medikace ze dne 5. 4. 2017	40
Tabulka 7 Pánevní rozměry	41
Tabulka 8 Výsledek 1. těhotenských odběrů	42
Tabulka 9 Výsledky kontrolní odběru krve ze dne 30. 4. 2017	43
Tabulka 10 Kontrolní odběry krve ze dne 14. 6. 2017	44
Tabulka 11 Výsledky orálního glukózového tolerančního testu.....	45
Tabulka 12 Výsledky 2. těhotenských odběrů	46
Tabulka 13 Výsledky z 26. 10. 2017	52
Tabulka 14 Souhrnná medikace situační analýzy	54

ÚVOD

V bakalářské práci jsme se rozhodli zpracovat téma mrtvý plod v porodní asistenci. Setkáváme se s ním z pozice rodičů, příbuzných i zdravotníků. Všichni se těší na nový život, připravují se na něj. Náhle se však objeví pocit, který napoví, že je něco špatně, že nový život, který ve vás byl, zůstal pouze jako bolestivý pocit.

Rodiče mrtvě porozeného plodu se ocitají v nelehké životní situaci, kdy se musejí vypořádat s celým procesem porodu a okamžikem, kdy místo plačícího dítěte je slyšet pouze ticho. Pro rodiče je v této situaci obtížné přijmout fakt, že nastává jediná chvíle, kdy si své dítě mohou pochovat a vytvořit si na něj „živou“ vzpomínku v jejich myslích nebo v hmotné formě.

Jelikož se o této problematice moc veřejně nemluví, zajímalo nás, jak v takové situaci postupovat, jaká slova správně zvolit a jak bychom mohli rodičkám a jejich rodinám pomoci.

Pro takový případ začínají být porodní asistentky školeny tak, aby byly schopny ženám pomoci zvládnout náročný porod a situaci, do které se dostanou vzápětí po něm. V situaci, kdy se pacientky cítí osamělé, zmatené, panikaří či si berou vinu na sebe, je zapotřebí, aby byly o všech skutečnostech dostatečně informované a cítily, že jejich pocity jsou sdíleny.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. V teoretické části se zabýváme vysvětlením základních pojmů, proč dochází k intrauterinnímu úmrtí, jak se vyrovnat se ztrátou dítěte a jak probíhá péče o mrtvě narozené dítě v České republice.

V praktické části se budeme zabývat kazuistikou ženy s mrtvým plodem. V přílohách uvádíme některé formy vzpomínkových balíčků, jež je možné poskytovat do nemocnic a dále brožurku, která byla vypracována pro zdravotníky, jako forma nápovědy jak se chovat k rodičům po perinatální ztrátě.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny cíle:

Cíl: Rozšíření a zpracování poznatků o mrtvém plodu v porodní asistenci. Zahrnutí a vymezení základních pojmů a definic.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny cíle:

Cíl 1: Zpracovat kazuistiku ženy s mrtvým plodem.

Cíl 2: Vytvořit materiál, na základě absolvování kurzu zabývající se péčí o rodiče po perinatální ztrátě, pro zdravotnický personál.

Vstupní literatura

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví. 3.*, zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

RATISLAVOVÁ, K., 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0121-4.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci.* Praha. ISBN 978-80-905728-1-2.

TAKÁCS, L., D. SOBOTKOVÁ, L. ŠULOVÁ a kol., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

Popis rešeršní strategie

Pro bakalářskou práci byla vyhledávaná odborná literatura v časovém rozmezí 2007-2017. Pro rešerši v Národní lékařské knihovně v Praze byla stanovena klíčová slova: syndrom mrtvého plodu, intrauterinní smrt plodu, mrtvý plod, psychika muže a ženy, proces rozloučení, truchlení, porod mrtvého dítěte, perinatální hospicová péče. Základní prameny pro vyhledávání byly: Bibliographia medica Čechoslovaca, Katalogy knihoven systému Medvik, Theses – registr vysokoškolských kvalifikačních prací, CINAHL, MEDLINE. Vyhledávání bylo zadáno v českém, slovenském a anglickém jazyce. Celkem bylo nalezeno 22 zdrojů, z toho 5 absolventských prací, 1 kniha a 16 článků. Použito v bakalářské práci bylo 9 záznamů. Ostatní dokumenty nebyly použity vzhledem k nedostatečným informacím k danému tématu. Dále byly použity informace z doporučených postupů od České gynekologické a porodnické společnosti a ze sbírky zákonů České republiky.

Při tvorbě práce bylo celkem použito 31 zdrojů.

1 SYNDROM MRTVÉHO PLODU

Pokud je v těhotenství zjištěný mrtvý plod nebo dojde k úmrtí plodu během porodu, hovoříme o syndromu mrtvého plodu, při němž nastávají komplikace ohrožující život matky.

V České republice je od 1. 4. 2012, dle zákona č. 372/2011 paragrafu 82 odstavce 2 (o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování) definován potrat. Plodem po potratu se považuje plod, který po vynětí či vypuzení z těla rodičky neprojevuje ani jednu ze známek života, jeho porodní hmotnost má méně než 500 g a pokud nelze zjistit hmotnost, je kritériem gestační stáří, které je méně než 22. týden gravidity (ZÁKON Č. 372/2011).

Ve vyhlášce 297/2012 Sb. (o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého) se mrtvým plodem rozumí plod bez známek života (bez srdeční akce, dýchacích pohybů, aktivních svalových pohybů, křiku) o hmotnosti 500 gramů a více. Pokud nelze zjistit porodní hmotnost plodu, je kritériem gestační stáří (od dokončeného 22. týdne gravidity), jestliže není známo ani gestační stáří, bereme v potaz délku plodu od temene hlavy k patě, která je nejméně 25 cm (PROCHÁZKA, MĚCHUROVÁ, ČEPICKÝ a kol., 2014), (VYHLÁŠKA 297/2012).

1.1 PERINATÁLNÍ MORTALITA

Perinatální období začíná dokončeným 22. týdnem těhotenství a končí 7. dnem po porodu. Perinatální úmrtnost je uváděna v jednotkách promile, vyjadřuje počet perinatálně zemřelých na počet narozených. Skládá se ze dvou komponent: mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Jak ukazuje výzkum prováděný v letech 2008-2012 v ÚPMD, perinatální úmrtnost se v naší zemi téměř nemění a pohybuje se okolo 4,9 ‰ (KLIKAROVÁ a kol., 2014). To dokazují i data z ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, kde celková perinatální úmrtnost dosahovala v roce 2015 4,6 ‰ (ANON, 2016). Jak uvádí výzkum prováděný ve Slovenské republice z let 2007-2012, byl rok

2012 nejlepší v nízké perinatální úmrtnosti, kdy dosahoval 5,1 ‰ (KORBEL, KRIŠTÚFKOVÁ, BOROVSÝ a kol., 2016).

1.1.1 MRTVOROZENOST

Mrtvorozenost je významným ukazatelem kvality perinatální péče a rozvoje dané společnosti. Vyjadřuje počet mrtvě narozených dětí na 1000 novorozenců celkem, za jeden kalendářní rok (RATISLAVOVÁ, 2016). Zahrnuje úmrtí antepartální a intrapartální. Intrapartální úmrtí je takové, které proběhlo během porodu, antepartální pak před porodem nebo v průběhu těhotenství (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

1.1.2 ČASNÁ NOVOROZENECKÁ ÚMRTNOST

Časnou novorozeneckou úmrtností značíme počet živě narozených dětí, které zemřely do 7 dnů po porodu na 1000 živě rozených novorozenců. V dnešní době to zapříčiňují hlavně předčasné porody. Česká republika, kde byla časná novorozenecká úmrtnost dle ÚZIS ČR v roce 2013-2015 0,9 ‰, spolu s dalšími evropskými zeměmi, jako je Finsko, Norsko, Island, Švédsko, patří mezi ty, které mají velmi nízkou novorozeneckou úmrtnost. Bulharsko, Ukrajina a Rumunsko se řadí mezi země, které mají v úmrtnosti novorozenců hodnoty vysoké 7–10 ‰ (RATISLAVOVÁ, 2016), (ÚZIS, 2016).

1.2 PŘÍČINY NITRODĚLOŽNÍHO ÚMRTÍ

V 25-60 ‰ je příčina intrauterinní smrti plodu neznámá. Setkáváme se však i se situacemi, kdy ani prenatální diagnostika neodhalí velmi závažné situace. Jsou známy různé důvody IUFD, podle Bindera je dělíme podle toho, zda jsou:

- odvratitelné - IUGR, DM, preeklampsie, hypertenze, intrahepatální cholestáza, Rh-izoimunizace,
- obtížně odvratitelné - TTTS, sepse, nonimunitní hydrops plodu,
- neodvratitelné - úrazy, abrupce placenty, nehody, VVV, intoxikace (BINDER, 2007).

Pokud je žena gravidní, měla by pravidelně navštěvovat svého gynekologa, kde podstupuje pravidelná (provádí se při každé návštěvě) a nepravidelná (jsou přesně dána

pro určitý týden gravidity) vyšetření, kterými lze předcházet vzniku některých příčin, jež vedou k úmrtí plodu.

Vyšetření pravidelná jsou prováděna v každé prenatalní poradně. Jedná se o sběr anamnestických údajů, změření krevního tlaku, chemická analýza moči, určení hmotnosti, detekce známek vitality plodu, zevní vyšetření a bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre (UNZEITIG, MĚCHUROVÁ, ĽUBUŠKÝ a kol., 2015).

U nepravidelného vyšetření je povinností vystavit do 14. týdne gravidity těhotenskou průkazku (s podrobnými anamnestickými údaji o rodičce), změření pánve, zjištění počáteční váhy. Pacientce by měly být poskytnuty informace o screeningu na nejčastější morfologické a chromozomální vrozené vývojové vady. V I. trimestru těhotenství je preferovaný kombinovaný - biochemický i ultrazvukový (PAPP-A, volná podjednotka beta-hCG, šíjové projasnění, věk). Jedná se o kombinaci několika testů, jejichž výsledky hodnotí počítačový program a stanoví riziko vrozených vad plodu. Výhodou je časně získání informace o výsledku, je velmi doporučovaný, doposud však není většinou hrazen z veřejného zdravotnictví. Pokud žena nestihne screening v 1. trimestru, absolvuje v 2. trimestru biochemický screening a pokud se prokáže pozitivní nález, je odeslána na amniocentézu či biopsii choriových klků (UNZEITIG, MĚCHUROVÁ, ĽUBUŠKÝ a kol., 2015), (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol, 2014).

V dnešní době je také možno již od dokončeného 9. týdne těhotenství jako screeningovou metodu (na nejčastější chromozomální odchylky, mikrodeleční syndromy, určení pohlaví plodu) využít jedinou neinvazivní metodu prenatalního testování (NIPT) PanoramaTM test, který dokáže z krve matky získat volnou DNA, která pochází z placenty plodu a vyšetřit ji moderními technikami. Je zde minimální zátěž pro matku a do 10 dnů obdrží výsledek. Pokud je test pozitivní, je nutno ověření pomocí invazivních metod (amniocentéza, biopsie choriových klků). Těhotné ženě je odebráno 20 ml krve do zkumavek, které je nutno promíchat jemným otočením a při pokojové teplotě do 48 hodin dopravit do laboratoře. Tento test také není hrazen pojišťovnou (ANON, 2018).

Další vyšetření, dle určitého gestačního stáří, jsou popsány v tabulce 1.

Tabulka 1 Nepravidelná vyšetření v jednotlivých týdnech gravidity

Do 14. t. t.	UZ – počet plodů, vitalita, biometrie (měření parametru CRL) Laboratoř – RhD, serologické vyšetření HIV, HBsAg, protilátky proti syfilis, KO - stanovení hematokritu, počtu erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hladiny hemoglobinu, screening protilátek, glykémie na lačno, screening v I. trimestru, PAPP-A, freebeta hCG, možnost NIPT
20. – 22. t. t.	UZ – počet plodů, vitalita, biometrie (BPD, HC, AC, FL), morfologie plodu, lokalizace placenty, množství plodové vody
24. – 28. t. t.	Orální glukózový toleranční test (oGTT)
Od 28. t. t.	Antepartální profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen – podání Anti -D gamaglobulinu
27. – 32. t. t.	Laboratoř – stanovení hematokritu, počet erytrocytů, trombocytů, leukocytů, hladiny hemoglobinu, serologické vyšetření HIV, HBsAg
30. – 32. t. t.	UZ – počet plodů, vitalita, poloha plodu, biometrie (BPD, HC, AC, FL), lokalizace placenty, množství plodové vody
35. – 37. t. t.	Vaginorektální detekce streptokoků skupiny B
Od 40. t. t.	Kardiotokografický non-stress test

Zdroj: UNZEITIG V., A. MĚCHUROVÁ, M. ĽUBUŠKÝ a kol., 2015, s. 456-458

Příčiny, které způsobují nitroděložního úmrtí, rozdělujeme dle Hájka do tří kategorií:

- ze strany plodu,
- ze strany matky,
- ze strany placenty nebo pupečníku (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Příčiny pocházející ze strany matky mohou být: preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, diabetes mellitus, sepse, nefropatie, hepatopatie, srdeční onemocnění, antifosfolipidový syndrom, užívání drog, léků, infekční onemocnění, nízký (pod 20 let) a vysoký (nad 35 let) věk, chronická onemocnění matky, post-termínová gravidita

(nad 42. týden gravidity), obezita, kouření, hypertenze, maternální trauma a úmrtí (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol, 2014).

Ze strany plodu jsou to: v 5-8 % chromozomální aberace (Downův, Patauův, Edwardsův syndrom), kongenitální malformace (u nichž jsou nejvíce zastoupeny malformace CNS), komplikace vícečetné gravidity (intrauterinní smrt je u dvojčat častější než u jednočetných těhotenství), postižení jednovaječných dvojčat je častější než u dvojčat dvojvaječných (twin to twin syndrom, hypotrofie plodů). Dále to mohou být vrozené poruchy metabolismu, bakteriální a virové infekce. Bakteriální infekce způsobují zánět plodových obalů, kdy je postižena i plodová voda (chorioamnionitida). Mezi tyto infekce patří streptokok skupiny B (GBS), *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes* či sexuálně přenosné chlamydie, ureaplazmata, mykoplazmata a bakteriální vaginózy. Virové infekce jsou způsobeny Coxsackie B3 (způsobuje myokarditidu často provázenou hydropsem plodu), cytomegalovirem (dochází k vývoji hydropsu plodu, zánětlivému onemocnění placenty s trombózou placentárních cév) a parvovirem B19 (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol, 2014).

Pupečníkové příčiny mohou být způsobeny výhřezem pupečníku, jeho utazením (strangulace) hemangiomy a pravými uzly (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol, 2014).

Ze strany placenty mluvíme o příčinách způsobených předčasným odloučením placenty (abrupcí), hemangiomy a teratomy na placentě, rupturou sinus marginalis, vcestným lůžkem (placenta praevia), vcestnými cévami (vasa praevia) a fetomaternálními hemoragiemi (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol, 2014).

1.3 RIZIKA SYNDROMU MRTVÉHO PLODU

Mezi nejzávažnější komplikace patří diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC), intrauterinní infekce, rozvoj sepse a onemocnění matky, které vedlo k úmrtí plodu. Koagulopatie je život ohrožující stav, kdy dochází k poruše koagulačních faktorů a trombocytů s narušením mechanismu krevní srážlivost. Jedná se o velmi závažnou patologii, která ohrožuje rodičku na životě. Infekce, která vede až k septickému šoku (infekce s přehnanou systémovou zánětlivou odpovědí) a k poruchám koagulace. U onemocnění matky, které nejčastěji vedlo k úmrtí plodu, se uvádí těžká preeklampsie, HELLP syndrom, hepatorenální selhání až nefropatie a hepatopatie (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

1.4 DIAGNÓZA MRTVÉHO PLODU

U diagnózy mrtvého plodu se setkáváme s příznaky dvojího typu: subjektivního a objektivního. Diagnózu mrtvého plodu sděluje vždy lékař.

Pocit, kdy ztrácíte kontakt se svým dítětem a předtuchou, že se děje něco špatného, popisovaly ženy po perinatální ztrátě, které byly zařazeny do výzkumu ve Švédsku. Věděly, že jejich dítě nežije nebo prožívaly nepochopitelné změny během krátké doby a chtěly vše objasnit. Jak uvádí Ratislavová ve své knize Perinatální paliativní péče, 50 % žen v zahraničí při úmrtí dítěte necítily pohyby a vyhledaly lékařskou pomoc až po 24 hodinách (RATISLAVOVÁ, 2016).

Doporučeno však je nečekat na další den a nechat se vyšetřit ihned poté, co má žena špatnou předtuchu. I v zahraničí je snaha vést ženy k okamžité návštěvě zdravotnického zařízení, pokud se necítí dobře, jsou naváděny k tomu, aby věřily svým vlastním pocitům těla (RATISLAVOVÁ, 2016).

1.4.1 OBJEKTIVNÍ DIAGNÓZA

Při podezření na IUFD je nejvhodnější diagnostickou metodou ultrasonografické vyšetření pohybů myokardu a dopplerometrie umbilikálních cév vedoucím lékařem. Auskultace ozev plodu nebo CTG vyšetření nemusí být přesné pro možnou záměnu s průtokem krve v maternálních cévách. Jestliže je plod odumřelý déle jak 7 dní, jsme schopni rozpoznat střechovité překrývání lebečních kostí, tento jev nazýváme Spaldingovo znamení. U plodů, které jsou odumřelé delší dobu, je možné v podkoží plodu rozpoznat hyperechogenní proužek (otok měkkých tkání), vytvořený přirozeným procesem (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (BINDER, 2016).

1.4.2 SUBJEKTIVNÍ DIAGNÓZA

Nejčastějším příznakem u subjektivní diagnózy se setkáváme s vymizením pohybů. Ženy často popisují, že mají pocit, že není něco v pořádku, mohou to být výtoky, krvácení, bolesti v podbřišku. Často se objevuje pobolívání v zádech, dostávají se dolores praesagientes (stahy, poslíčci) nebo kontrakce, pocit únavy či nauzea, pocit ochablosti či napětí v prsou (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (RATISLAVOVÁ, 2016).

2 VEDENÍ PORODU MRTVÉHO PLODU

Pokud dojde k odumření plodu a je ohroženo i zdraví rodičky, je okamžitě těhotenství ukončeno dle stavu rodičky a porodnického nálezu. Vždy se preferuje vaginální porod, a to i v poloze plodu koncem pánevním, kde nemusí být splněny podmínky dle WHO. Extrakční metody jsou používány jen ve velmi výjimečných případech (PROCHÁZKA, MĚCHUROVÁ, ČEPICKÝ a kol., 2014).

Jestliže je žena v ohrožení života nebo nelze plod vaginálně porodit (např. příčná poloha plodu) či je kontraindikace k vaginálnímu porodu, je vhodnou metodou císařský řez (PROCHÁZKA, MĚCHUROVÁ, ČEPICKÝ a kol., 2014).

Po sdělení diagnózy je žena hospitalizována a odeslána na porodní sál, kde o ni pečuje porodní asistentka. Žena se nachází ve fázi šoku, úzkosti, hněvu, apatie apod. V tomto stavu může být 24–36 hodin od sdělení události. Přístup musí být velmi opatrný a citlivý od celého zdravotnického personálu. Důležitá je přítomnost blízké osoby nebo porodní asistentky, která má za úkol poskytovat psychickou podporu, sledovat, vyhodnocovat chování rodičky a akceptovat její stav (RATISLAVOVÁ 2016), (RATISLAVOVÁ 2008).

Každá matka si během těhotenství zjišťuje, jak porod probíhá, snaží si udělat představu, jak by chtěla родit ona. Na porod mrtvého plodu však není rodička připravena nikdy.

Úkolem porodní asistentky je poskytovat informace o porodu. Mít individuální a klidný přístup. Vhodně formulovat krátké, jasné a velmi srozumitelné věty. Být ženě nápomocná, stanovit důležité mezníky, umožnit polohu u porodu, kterou si žena bude přát. Informovat rodící ženu a její rodinu o možnosti se rozloučení s mrtvým dítětem, nikoliv ji do něčeho nutit. Musí se rozhodnout sama, s tím, že pokud cokoliv změní, bude to zdravotnickým personálem akceptováno (RATISLAVOVÁ, 2016). Porodní asistentka plní také předepsané ordinace podle lékaře, je zodpovědná za správnost podání léčiv. Spolu s lékařem pravidelně kontroluje progresi porodu, dilataci branky. Vše se pečlivě zaznamenává do porodnické křivky a za každým zápisem je dán podpis s razítkem. Za plánování průběhu porodu, indukci a tlumení bolesti zodpovídá lékař. Součástí

profesionální péče jak lékařů, tak porodních asistentek je vybudování si důvěry u rodičky (HÁJÍČKOVÁ, 2010).

2.1 PŘIJETÍ

Při přijetí se zjišťuje u pacientky anamnéza (osobní, rodinná, léková, gynekologická, sociální apod.) puls, teplota a tlak. Lékař provede zevní i vnitřní gynekologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření doplněné o amniocentézu a kultivaci plodové vody. Nabírá se krevní obraz, biochemie i s jaterními testy (AST, ALP, GMT), velké hemokoagulační vyšetření (AT III, FDP, aPTT, D-dimery, fibrinogen), CRP, fetomaternální hemoragie. Dále je prováděno serologické vyšetření na parvovirus B19, VDRL test, TSH hormon (volný T3, T4). Mikrobiologické vyšetření krve (hemokultura), odběry na bakteriologickou kultivaci z pochvy, děložního hrdla a moče (PROCHÁZKA, MĚCHUROVÁ, ČEPICKÝ a kol., 2014).

V indikovaných případech se provádí vyšetření na trombofiliu, lupus antikoagulans, antifosfolipidové protilátky. Mutace faktoru V Leiden, faktoru II protrombin G20210A a na lačno provádíme zjištění homocysteinu, Možné je zjištění hladiny proteinu C a S, infekce TORCH, stanovení žlučových kyselin, hemoglobinu A1C. V případě indikace je prováděn nepřímý Coombsův a Kleihauerův test (PROCHÁZKA, MĚCHUROVÁ, ČEPICKÝ a kol., 2014), (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Je vhodné podat na uklidnění trankvilizéry, nejčastěji diazepam a popř. antipsychotikum haloperidol (BINDER, 2007).

2.1.1 PROFYLAXE

S porodem začínáme po profylaxi širokospektrálními ATB (tabulka 2) a miniheparinizací, ATB se podávají kvůli prevenci rozvoje infekce nebo sepse. Jedná se o penicilin (počáteční dávka 5 milionů IU intravenózně, dále 2,5-3 milionů IU v intervalu 4 hodin), ampicilin (začáteční dávka je 2 g intravenózně, potom 1 g v odstupu 6 hodin) a gentamicin (240 mg intravenózně s odstupem 24 hodin). Pokud má pacientka alergii na penicilínová ATB, aplikuje se klindamycin (900 mg intravenózně v intervalu 8 hodin), vankomycin (1 g intravenózně v odstupu 12 hodin) a cefalosporiny 1. generace (2 g intravenózně, poté 1 g po 8 hodinách) (VLK, 2016), (MĚCHUROVÁ, MELICHAR, STRŇÁK a kol., 2013).

Nízkomolekulový heparin je aplikován k zabránění vzniku DIC. Aplikace je dle tělesné hmotnosti (0,2–0,4 ml/24 hod.) až do úplné mobilizace ženy. Podle hemokoagulačního vyšetření lze dávku zvýšit a podat po 12 hodinách (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Tabulka 2 ATB profylaxe

ANTIBIOTIKUM	POČÁTEČNÍ DÁVKA	ODSTUP HODIN	POKRAČUJÍCÍ DÁVKA DO PORODU
Penicilin	5 mIU	4 hod.	2,5-3 mIU
Ampicilin	2 g	6 hod.	1 g
Gentamicin	240 mg	24 hod.	240 mg
Klindamycin	900 mg	8 hod.	900 mg
Vankomycin	1 g	12 hod.	1 g
Cefalosporiny 1. generace (cefazolin, cefalotin)	2 g	8 hod.	1 g

Zdroj: MĚCHUROVÁ, MELICHAR, STRNÁK a kol., 2013, s. 32-34

2.1.2 PREINDUKCE PORODU

Preindukcí rozumíme přípravu hrdla, vedoucí k jeho zralosti, zkrácení, změkčení a pootevření. Provádí se za pomoci farmakologických nebo mechanických metod, za hospitalizace a maximálně třikrát po sobě. Dle doporučených postupů není vhodné podání oxytocinu nebo provedení dirupce vaku blan, jelikož není prokázán efekt na zrání hrdla. K dilataci hrdla jsou používány z mechanických metod hydrofilní dilatátory (Dilapan S), Hamiltonův hmat, zavedení balonkového katetru (Foley) s aplikací prostaglandinů či bez nich. Mezi farmakologické metody je řazeno užití preparátů s obsahem prostaglandinu E2 nebo E1. V České republice jsou registrované přípravky s obsahem látek misoprostol (Misodel[®]) a dinoproston (Prepidil[®], Prostin E2[®]), uvedeno v tabulce 3. Po 24 hodinách je možno rozhodnout, zda lze přistoupit k indukci (VLK, 2016), (HOSTINSKÁ, LUBUŠKÝ, 2016), (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA, 2017).

Tabulka 3 Přípravky k preindukci/indukci v České republice

	Misodel [®] /E1	Prepidil [®] /E2	Prostin [®] /E2
OBSAH	0,2 mg	0,5 mg	1,5–3 mg (dle vaginálního nálezu)
LÉKOVÁ FORMA	Vaginální aplikace (tablety)	Endocervikální gel	Vaginální aplikace (tablety)
DÁVKOVÁNÍ	200 µg (1 dávka)	Počáteční dávka 0,5 mg do cervikálního kanálu, pokud není odezva je možno podat 0,5 mg s odstupem 6 hodin. Max. dávka za 24hod/1,5 mg	Zavádění do zadní klenby poševní. Další dávku možno podat po 6 hodinách. Max 6 mg/24 hod.

Zdroj: HOSTINSKÁ, ĽUBUŠKÝ, 2016, s. 391-394

2.1.3 INDUKCE PORODU

Indukce se provádí, pokud není ohrožen život ženy a po stanovení laboratorních parametrů (krevní obraz, koagulační parametry, základní biochemická vyšetření, CRP, vyšetření moči). Probíhá snadněji a rychleji než s plodem živým. K indikaci musí být vždy splněny podmínky, za což lze považovat cervix skóre větší nebo rovno 6, nepřítomnost kontraindikace a splnění předpokladů pro porod přírodní cestou. Indukci je možno provádět dva dny jdoucí po sobě, pouze však jen jednou za den. Možnosti indukce máme farmakologické nebo mechanické (VLK, 2016), (HOSTINSKÁ, ĽUBUŠKÝ, 2016), (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA, 2017).

Amniotomii řadíme mezi mechanické metody, kdy protržení vaku blan může způsobit samotný nástup kontrakcí, jestliže však nezačne do dvou hodin od provedené amniotomie, volíme metodu indukce farmakologickou, u ní je možno použít infuzi s oxytocinem a preparáty s obsahem PGE1, PGE2. (HOSTINSKÁ, ĽUBUŠKÝ, 2016), (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA, 2017).

K indukci potratu nebo porodu je užíván misoprostol (Cytotec), který je v ČR „off-label“. Dle zákona 378/2007 Sb. paragrafu 8 odstavce 3 (o léčivech) může ošetřující lékař za účelem poskytnutí zdravotní péče použít, případně předepsat, neregistrované přípravky, které jsou registrovány v jiném státě, nebo pokud nejde o přípravky obsahující geneticky modifikovaný organismus. Poskytovatel zdravotních služeb odpovídá za škodu na zdraví nebo usmrcení člověka v důsledku neregistrovaného léčiva a je povinen seznámit pacientku se skutečností a důsledky tohoto použití, poté užití tohoto léčiva oznámí Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. Tento prostaglandin je možno podat různou cestou: vaginálně, perorálně, rektálně, sublinguálně, bukálně. Nejvhodnější podání je doporučeno vaginálně, pokud však pacientka tuto cestu odmítne nebo nastane silné vaginální krvácení, je doporučeno podání sublinguálně. Ve II. trimestru u intrauterinního úmrtí plodu aplikujeme 100 µg vaginálně po 6 hodinách, maximálně čtyřikrát. Ve III. trimestru u intrauterinního úmrtí plodu aplikujeme dávku 25 µg, vaginálně po 6 hodinách nebo perorálně po 2 hodinách (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA, 2017), (ZÁKON Č. 378/2007).

Alternativou je možné užití dinoprostu prostaglandinu $F_{2\alpha}$ (Enzaprost F), po přípravě děložního hrdla se aplikuje 25 mg přes stěnu břišní a děložní sval do intraamniálního prostoru za pomoci tenké jehly, obvykle jednou denně. Intravenózně podáváme 10-20 mg do roztoku 5% glukózy nebo fyziologického roztoku, nejvýše může být infuze však zavedena na dvanáct hodin (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA, 2017).

Dávkování oxytocinu je různé, závisí na reakci dělohy, začínáme od nejnižších dávek a postupně je upravujeme. Počáteční dávka je 0,5–1 IU/min do 20 IU/min. v nitrožilní kapénkové infuzi. Jedná se o hormon, který je produkován hypothalamem a je uschován v neurohypofýze (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA, 2017).

2.2 1. DOBA PORODNÍ

Tato doba je nazývána dobou otevírací. Začíná pravidelnými kontrakcemi s otvíracím efektem a končí zánikem branky. V latentní fázi za pomoci děložních kontrakcí dochází ke zkracování hrdla (během gravidity má děložní čípek zevní a vnitřní branku, která splývá v tzv. porodnickou) až k jeho zajetí. V aktivní fázi se začíná branka rozšiřovat do 8 cm. V poslední tranzitorní fázi branka zachází od 8 cm, až vytvoří cirkulární lem, který mizí (zánik branky). Při pravidelných kontrakcích se aplikují spasmolytika, epidurální analgezie či opiáty v nižší dávce. Jestliže porod nezačne

spontánně, vyvolává se medikamentózně (BINDER, 2011), (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

2.3 2. DOBA PORODNÍ

Druhá doba porodní je nazývána vypuzovací, začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Rodička aktivně zapojuje aktivně břišní lis i bránici a podporuje děložní kontrakce (ROZTOČIL, 2017).

Zkušená porodní asistentka je u druhé doby porodní nápomocna lékaři, připravuje pomůcky dle zvyklosti každého pracoviště. Vysvětluje rodičce správnost dýchání a tlačení, komunikuje s ní a povzbuzuje ji. Je snahou vést porod bez epiziotomie, sebemenšího poranění a bolesti. Porod se vede stejně jako u plodu živého (HÁJÍČKOVÁ, 2010).

2.4 3. DOBA PORODNÍ

Třetí doba porodní začíná porodem plodu a končí porodem placenty. Po porodu plodu jsou aplikovány intravenózně uterotonika (methylergometrin 0,2 mg a oxytocin 2 - 10 IU), kvůli riziku retence placenty a životu ohrožujícího krvácení pro ženu. Porodník prohlédne placentu, zkontroluje její celistvost, popřípadě patologii (HÁJÍČKOVÁ, 2010).

2.5 4. DOBA PORODNÍ

Pomocí zrcadel zkontroluje doktor poševní stěnu, klenbu, děložní hrdlo a reviduje zevní poranění. Pokud došlo k porodnímu poranění, aplikujeme Lidocain, popřípadě 1% Mesocain k zažití.

V poslední porodní době se kontrolují fyziologické funkce (tlak, pulz, teplota), involuce dělohy, krvácení a celkový stav. Rodička je potom přichystána k přeložení na jiné oddělení, má opláchnutá rodidla a je vymočená. Tato doba trvá dvě hodiny po porodu (HÁJÍČKOVÁ, 2010).

3 VYŠETŘENÍ PO PORODU MRTVÉHO PLODU

K porodu mrtvého plodu je vhodné vždy zavolat pediatra, aby došlo k pečlivému prohlédnutí plodu a stanovení macerace.

Zajímá nás délka plodu, jeho váha a výška i s váhou placenty. Plod i placenta jsou odeslány na pitvu. Ke změnám, které jsou na placentě vidět po 5 až 6 dnech, patří stromální fibróza klků, ztlustění bazální membrány trofoblastů, edém nebo usazení fibrinu na mateřské straně placenty. Úbytek Whartonova rosolu pak pozorujeme na pupečníku. Dle doporučených postupů je prováděno cytogenetické vyšetření a pitva plodu. Je také vhodné provést fotografie jakékoliv abnormality na obličeji, končetinách a těle (PROCHÁZKA, MĚCHUROVÁ, ČEPICKÝ a kol., 2014), (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Dle Hájka rozlišujeme tři stupně macerace:

1. stupeň – šest až osm hodin po smrti se objevují na kůži buly, kůže je tzv. uvařená, rudá,
2. stupeň – od jednoho týdne až do sedmi dnů po smrti nastává odlupování pokožky po plátech, dochází k hromadění serózní tekutiny červené barvy v dutině břišní,
3. stupeň – nastává od sedmého dne po smrti, jedná se o zborcení lebky, rozvolnění jak kloubů, tak i vazů a dochází k rozsáhlému odlučování pokožky s hemoragickou inhibicí (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

U makroskopického nálezu je pozorován celkově prosáklý plod, působící hydropicky, změkнутé tkáně, rozvolnění ligament a kloubních spojů. Vnitřní orgány mají červenohnědou barvu, získanou posmrtnou hemolýzou. Autolýzou se mění orgány břišní a mozek. Na hlavě je pozorováno podsunutí lebečních kostí, které lze oddělit od periostu (vazivový obal, který kryje povrch kosti), pokud jsou plody macerovány delší dobu, oči a ústa jsou rozevřeny (JEŽOVÁ, FEIT, 2013).

3.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ PLODU

Po porodu mrtvého plodu k vyloučení infekce provádíme kultivaci (stěr) z placentárního povrchu, blan a vývodných ústí plodu. Pokud chceme prokázat

chorioamnionitidu nebo pupečnickovou komplikaci provádíme histologické vyšetření placenty (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

U většiny pitev plodu dochází k prokázání známek intrauterinní asfyxie (přerušení dodávky kyslíku do organismu), petechie (drobné tečkovité krvácení do kůže nebo sliznic) na brzlíku, plicích, epikardu, vdechnutí plodové vody či hyperémie (překrvení) vnitřních orgánů. Velmi vzácné u mrtvě rozených plodů bývají malformace nebo vícečetné vrozené vady. Výsledky pitvy jsou důležité jak pro lékaře, tak i pro rodiče, sdělují se tři měsíce po porodu, a to osobně v ambulanci příslušné ordinace (NAVRÁTILOVÁ, 2013).

Podle zákona č. 372/2011 Sb. rozhoduje o druhu pitvy lékař, který provádí prohlídku těla, vyplní List o prohlídce zemřelého a zajistí převoz na patologické oddělení. U dětí mrtvě rozených a zemřelých do 18 let věku je prováděna patologicko – anatomická pitva. Tento druh pitvy se provádí za účelem zjištění základních a dalších nemocí, komplikací, k léčebnému postupu ve zdravotnických zařízeních. Lékař může rozhodnout o neprovedení pitvy v případě, že je příčina smrti zřejmá nebo si osoba blízká požádá o její neprovedení (ZÁKON, Č. 372/2011).

4 PÉČE O PSYCHIKU

Vhodná je opora pro rodičku někým blízkým. Nemusí sdílet cítěný žal samy, nejsou při rozhodování o důležitých věcech odkázány pouze na sebe, ale mají se na koho obrátit, a to může být velká úleva. Přináší snižování úzkosti, pocit bezpečí. Někdy jsou právě ti nejbližší prostředníky mezi zdravotnickým personálem a rodičkou, ať už chtěně či ne. Nemělo by docházet ze stran zdravotníků k odlišné komunikaci se ženami, které mrtvý plod porodily. Mohly by se pak cítit vyčleněny ze společnosti, měly by pocit selhání.

Co je velmi ženami oceňováno, jsou lidské reakce porodních asistentek, které sdílí smutek s rodičkami, je to pro ně mnohdy velmi posilující. Právě komunikace je v této oblasti velmi důležitá. Pokud žena přijde s pocitem, že špatně vnímá pohyby, je vhodné ji vzít přednostně na vyšetření, aby se neprodložoval čas její nejistoty. Při oznámení situace, kdy doktor nenajde ozvy plodu na ultrazvuku, je vhodné, aby s sebou měl ještě jednoho doktora (obvykle staršího a zkušenějšího), který by tuto situaci vyvrátil nebo potvrdil a zkrátil tak čas nejistoty rodiče. Ženy popisují tenhle čas nejistoty a hledání ozev plodu jako nejhorší. Termín „plod“ je u rodičky v takovéto situaci velmi nepříjemný, nevyjadřuje vztah, který si matka k němu za celou dobu vybudovala, proto by se mělo používat slovo „dítě“ (RATISLAVOVÁ, 2016).

Lékař by se měl při sdělování diagnostiky vyjadřovat stručně a srozumitelně, neměl by se bát používat slova smrt, nebo že dítě nežije. K lepšímu pochopení pro rodičku a její rodinu je na obrazovce ultrazvuku ukázat srdce, které nebije. Porodní asistentka je většinou doprovázející osobou lékaře a oporou pro matku. Zdravotník by si měl uvědomit, že všechny reakce (vztek, agrese, popírání), kterých se dostává od rodičky a její rodiny, jsou obranné mechanismy psychiky člověka a neměl by si je brát osobně, spíše by se neměl bát zeptat ženy a okolí na to, jak se cítí, zkusit pojmenovat jejich reakce a nabídnout jim čas k pochopení situace (RATISLAVOVÁ, 2016).

Základními dovednostmi pracovníků by měla být úcta a respekt, vlídné, empatické a klidné chování, jak k matce, tak k dítěti. Důležitá je pravdivá informovanost, pocit bezpečí a profesionální přístup. Z výzkumů vyplývá, že chování personálu velmi ovlivňuje dlouhodobě psychický stav rodičky a její životní pohodu (RATISLAVOVÁ, 2016).

Snahou je dodat ženě a její rodině odvalu, aby dítě viděli a pochovali. Objevují se však komplexy ze vzhledu dítěte a tudíž je důležité seznámit rodiče s dítětem dříve, než ho uvidí. Mrtvě rozené dítě se umyje, zabalí a ošetří, potom je předáno k rozloučení se (RATISLAVOVÁ, 2016).

4.1 ZÁSTAVA LAKTACE

V případě porodu mrtvého plodu, je nutná zástava tvorby mléka. Na základě ordinace lékaře se podávají léky na zástavu tvorby hormonu prolaktinu, který kojení způsobuje (PAŘÍZEK, 2015). Jestliže se ženě podá antagonistu dopaminu, sníží se tvorba prolaktinu (vznikající v hypofýze) až produkce mléka klesne. Jednorázově se podají dvě tablety jednou denně kabergolinu - Dostinex 0,5 mg (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA, 2017).

5 RITUÁLY ROZLOUČENÍ SE

V České republice se v druhé polovině 20. století uplatňovalo tzv. zmizení mrtvého novorozence. Rituál spočíval v rychlém odnesení novorozence ze sálu bez váhy, míry a pohlaví, aby nedošlo ke kontaktu s matkou. Před rokem 2000 se matky snažily rychle otěhotnět a nahradit tím tak mrtvé dítě. S tím se však spojoval stálý zármutek, o kterém nešlo hovořit ve společnosti a postupné uvědomění si, že se s dítětem nerozloučily a nevědí, jak vypadalo (RATISLAVOVÁ, 2016).

V cizích, anglicky mluvících zemích, byl vývoj rituálu rozloučení se vyspělejší. Již v 70. až 80. letech se rodiče s dítětem mohli vidět a koncem 20. století bylo mrtvě rozené dítě koupáno, oblékáno a bráno domů. Zdravotníci věděli, jak se již v této situaci chovat a byli přesvědčeni o správnosti rituálu rozloučení se s dítětem, na který vytvářeli tlak, aby se uskutečnil. V hodnocení se však setkávali se dvěma pohledy, kladnými i zápornými (RATISLAVOVÁ, 2016).

Jak je uvedeno v knize Perinatální péče od autorky Ratislavové, je v zahraničí kontakt s mrtvě narozeným dítětem častější než v České republice. Podle výzkumu vyplývá, že se čeští zdravotníci vyhýbají rituálu, kdy rodiče mají možnost dítě vidět a volí spíše typ zmizení dítěte. Jak je však řečeno, chování personálu velmi ovlivňuje to, zda se matka chce s dítětem rozloučit, či nikoliv. Pokud je zacházeno s mrtvě narozeným dítětem jako se živým, je u matek viděna kladná reakce. Je vhodné se rozloučit prvních 30 minut od porodu, jelikož tělo dítěte je jako u živého novorozence, teplé a měkké. Potom se změní jeho barva i teplota. Je tedy na nás, porodních asistentkách, aktivně pobízet matky k rozloučení se. Zeptat se, zda chtějí rodiče jejich mrtvé dítě vidět, pochovat a vytvořit si na něj vzpomínku, která by po čase mohla být to nejcennější (RATISLAVOVÁ, 2016).

Při rozhodování u perinatální ztráty hrají roli dva faktory, vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktor patří potřeba znát své dítě, setkat se s ním, vědět jak vypadalo, zažít s ním vztah. Na druhé straně je to však strach, nikdo z nás pořádně neví, jak se vyrovnávat se smrtí (RATISLAVOVÁ, 2016).

U vnějších faktorů se setkáváme s potřebou podpory někoho blízkého, kdo nám vyjádří svůj názor a podrží nás (RATISLAVOVÁ, 2016).

5.1 UPOMÍNKY NA DÍTĚ

Je prokázáno, že vlastnit nějakou upomínku snižuje u rodičů, kteří ztrátu prodělali, úzkost. Pomáhá jim vyrovnat se se situací a ovlivňuje proces truchlení v dobrém slova smyslu. Jako upomínky jsou dělány snímky z ultrazvuku nebo dítěte po porodu. Ponechávají se kardiokografické záznamy, pramínky vlasů nebo označení dítěte, nejčastěji pásek se jménem, datem narození, váhou a mírou. Někdy jsou také pořizovány otisky horní nebo dolní končetiny a ponechává se oblečení, do kterého bylo dítě oblečeno. Vše se pak spolu s pamětním listem může dát do vzpomínkového balíčku, který mají rodiče poté uschovaný v nemocnici. Každý balíček obsahuje různé vzpomínkové předměty (Příloha A, Příloha B), se kterými si rodiče mohou nakládat, jak chtějí, např. jednoho andělíčka nechají u miminka v postýlce, druhého si vezmou domů a vytvoří se tím fyzická vzpomínka. K otiskům slouží sady, se kterými mohou rodiče manipulovat sami či požádat porodní asistentku. Mnoho rodičů prožívá velmi bolestné období a až po čase vyhledávají vzpomínky, aby se mohli se ztrátou vyrovnat (RATISLAVOVÁ, 2016).

Ve Velké Británii, Švédsku a dalších anglicky mluvících zemích je zcela běžné a normální, že si rodiče mohou mrtvě rozené dítě vyfotografovat. Buď je přítomen profesionální fotograf, který se specializuje na tyto situace anebo je sál vybaven kvalitním přístrojem na focení, potom je mrtvé dítě uloženo do kolébky s chladicím zařízením (cuddle cot), je oblečeno do krásných šatů a rodiče s ním mohou trávit neomezenou dobu (RATISLAVOVÁ, 2016).

5.2 FÁZE TRUCHLENÍ

Truchlení po porodu mrtvého dítěte je jiné, než když vám umře někdo blízký. Toto prožívání má 4 fáze: šok, popření (útěk), truchlení a přijetí ztráty.

5.2.1 ŠOK

Zpráva na nečekanou událost, na kterou není nikdo připraven. V této fázi je velmi nápomocen zdravotnický personál (ŠPAŇHELOVÁ, 2015). Rodička a její blízcí by měli mít u zdravotníků pocit jistoty a bezpečí. Nesmí být vyvíjen na ně tlak, vše by mělo být řádně prodiskutováno a vnímat pocity, které žena prožívá, popřípadě se o ně zajímat nebo se přímo zeptat (RATISLAVOVÁ, 2016).

Reakce jsou různé, od propuknutí záchvatovitého pláče, pokládání otázek, které nejsou logické až po nemožnost slz. Žena má pocit osamělosti, má otupělé myšlení, zpomalené reakce, může dojít až na sebevražedné myšlení nebo se může začít rozvíjet posttraumatická stresová porucha (RATISLAVOVÁ, 2016).

5.2.2 POPŘENÍ (ÚTĚK)

Rodiče mají stavy, kdy se navrací ke svému dítěti, hledají ho v myšlenkách. Zdávají se jim sny o jejich dítěti. Mají pocit, že neumřelo právě jim, ale někomu jinému. Hledají viníka a viní sebe, kde udělali chybu. Začnou nenávidět sami sebe a pochybovat o své existenci. V takové fázi je potřeba dát volnost svým emocím, proto je vhodné rodiče podporovat, aby dávali najevo své pocity před okolím a nedrželi smutek v sobě. Je potřeba o všem mluvit s blízkými a kamarády a uvědomovat si skutečnost situace (ŠPAŇHELOVÁ, 2015).

5.2.3 TRUCHLENÍ

Ve fázi truchlení zažívají velmi silné bolestivé pocity, které přicházejí nárazově a nečekaně. Jejich trvání je v řádech minut nebo hodin. Je potřeba, aby každý rodič tohle truchlení plně akceptoval a podřídil se mu, ať už přijde v jakékoliv situaci, plně o něm hovořil a nazýval věci pravdivě (ŠPAŇHELOVÁ, 2015).

Nejsilnější je fáze při příchodu domů, kde na vás čekají všechny věci pro miminko přichystané. Nastávají poruchy spánku, špatné hojení ran, oslabenost imunitního systému, vyčerpanost, izolace od světa.

Je to velmi zdlouhavá, cyklická fáze, u které může dojít k vyvinutí závislosti na alkoholu, drogách nebo k depresivní a úzkostné poruše. Dále se objevují potíže pracovní a partnerské (RATISLAVOVÁ, 2016).

Tato fáze je velmi důležitá a je potřeba, aby ji člověk plně akceptoval, a aby proběhla. Rodičky si začínají uvědomovat ztrátu, tráví hodně času pláčem s úzkostlivými stavy a mlčenlivostí (PAŘÍZEK, 2015).

5.2.4 PŘIJETÍ ZTRÁTY

Ke snadnějšímu přijetí ztráty je důležitý vztah rodičů k sobě navzájem, mít podporu a pochopení od nejbližších ale i od zdravotnického personálu (ŠPAŇHELOVÁ, 2015). Ženy, které mají problémy s komunikací u partnera již v období gravidity, jsou

ovdovělé, svobodné, nebo mají špatné životní podmínky, zvládají ztrátu velmi špatně, oproti těm, které mají podporu svých blízkých, či jsou vdané (RATISLAVOVÁ, 2014).

Všechny fáze probíhají jak u rodičky, tak u celé rodiny, střídají se v různém pořadí a trvají rozdílnou dobu. Každá osoba se se zármutkem vyrovnává jinak. U žen pozorujeme spíše otevřenost projevující se více emotivně, pláčou, uzavírají se do sebe a jsou smutné, kdežto u mužů je to skrytost, jedná se také o emotivní prožitek vyjadřující se skrýváním se za svou přirozenost, chtějí být oporou ženě a nevyjadřovat emoce navenek. Ti, kteří v dětství poznali lásku a bezpečí, přijmou špatnou a stresovou zkušenost lépe, neboť se mají komu svěřit (PAŘÍZEK, 2015), (ŠPAŇHELOVÁ, 2015).

Smutek, který souvisí se ztrátou dítěte, je velmi intenzivní a náročný. Mohou se aktivovat v těle obranné mechanismy, které nám maskují negativní zkušenost. Řadíme mezi ně disociaci, u které dochází u vědomí k potlačení negativních myšlenek a pro naše vědomí se tak stávají nedostupné. Žena a postižené okolí nekomunikuje, neprojevuje emoce, věci jsou jim lhostejné, mají pocity, že se nic nestalo a jsou schopni se normálně začlenit do života, nejsou však schopni zpracovat traumatickou událost (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ, 2015).

5.3 POHŘEB

Mrtvě rozené dítě je prohlédnuto lékařem, který vystaví takzvaný List o prohlídce zemřelého. V okamžiku, kdy je list předán a zapsán do zdravotnické dokumentace, začíná doba 96 hodin (4 dny), kdy se rodiče mohou rozhodnout, zda chtějí své dítě pochovat. Je to však krátká doba na to, aby si rodiče stihli sjednat pohřeb. V takovém případě musí zajistit pohřeb obec, která jedná za pomoci zdravotnického zařízení, dle provozního řádu nemocnice. List o prohlídce zemřelého posílá poskytovatel zdravotnického zařízení matričnímu úřadu do tří pracovních dnů, který následně vystaví rodný list. Rodiče mají nárok na pohřebné ve výši 5000 Kč, které je vyplaceno jednorázově, do jednoho roku od pohřbu (ČERNÝ, DOLEŽAL, 2013).

5.4 SPOLKY

V České republice se nám postupem času začínají rozšiřovat organizace, které se snaží matkám a rodinám pomoci v těchto situacích.

V roce 2005 byl založen spolek *Dlouhá cesta* prostřednictvím matek, které úmrtí dítěte zažily. Cílem je pomoci rodičům v těchto situacích a to v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny. Roku 2013 byl vytvořen v rámci tohoto spolku projekt s názvem *Prázdná kolébka*, zaměřující se hlavně na rodiče dětí zemřelých před narozením nebo krátce po něm. Můžeme zde nalézt základní informace od poradenství až po různé příběhy rodin, poučné prospekty a brožury. Tento spolek je také jediný v republice, který pořádá kurzy zaměřující se na péči o rodiče po perinatální ztrátě určený pro všechny zdravotníky. Kurz je zaměřený na sdělování těchto špatných zpráv, jak pečovat o rodičku, jak se s mrtvým dítětem rozloučit a jak pomoci rodičům, když jsou propuštěni do domácího prostředí. Spolek také pořádá divadelní představení, které je zaměřené na skutečných příbězích matek, žen, které ztratily své děti (DLOUHÁ CESTA, 2018).

Dítě v srdci je perinatální hospic, který vznikl po několika letech s úmyslem začlenění perinatální hospicové péče do České republiky. Tvoří ho tým převážně žen, které mají osobní zkušenosti s touto problematikou. Poukazují na dostatek informací, umožňují rodinám jejich vlastní rozhodování a snaží se usilovat o přeměnu ve zdravotnictví v České republice. Vyrábí Memory boxy, nabízejí duchovní pomoc a pořádají konference (PEREMSKÁ, 2018).

Na webových stránkách *Perinatální hospic* opět můžeme najít užitečné informace, jak pro rodiče a jejich blízké, jež prodělali ztrátu dítěte, tak i pro zdravotníky. Jsou zde různé brožurky, odkazy na další pomocné organizace, příběhy rodin. Je možné zde najít i odkaz týkající se projektu *Andělský fotograf*, který sdružuje fotografie, jež jsou ochotni zachytit okamžiky dětí, kteří zde nemohou být moc dlouho a mají diagnostikovanou určitou vrozenou vadu. Porodní asistentka v tomto spolku tvoří vzpomínkové balíčky, které je možno zaslat do nemocničních zařízení, aby mohli zdravotníci předat hmotnou vzpomínku na mrtvě rozené děti, rodičkám a jejich rodinám (PAZDERA, 2018).

6 KAZUISTIKA ŽENY S MRTVÝM PLODEM

V praktické části jsme si zvolili vypracování kazuistiky u ženy, kterou jsme sledovali v průběhu celého těhotenství. Pacientka byla obeznámena s použitím jejího případu ke studijním účelům. Všechny osobní údaje jsou anonymní v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

Kazuistika byla vypracována se souhlasem náměstka nemocnice, vrchní sestry na gynekologicko – porodnickém oddělení v nemocnici, se souhlasem náměstka nemocnice a staniční sestry gynekologické ambulance.

Byl sledován průběh těhotenství v gynekologické ambulanci, do které pacientka docházela v jednotlivých trimestrech, všechna jednotlivá pravidelná i nepravidelná vyšetření, průběh porodu i následná kontrola v gynekologické ambulanci.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY

Jméno a příjmení	Neuvedeno
Datum narození	1978
Věk	40
Adresa trvalého bydliště	Praha
Národnost	Česká
Státní příslušnost	Česká
Pojišťovna	211
Vzdělání:	Středoškolské
Rodné číslo	7800000/0000
Stav	Svobodná
Zaměstnání	OSVČ, Fitness trenérka

ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná onemocnění: pacientka udává běžná dětská onemocnění

Transfúze: neudává

Očkování: běžná dětská očkování

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: zdravá, léčí se s hypertenzí, dna

Otec matky: zemřel na leukémii v roce 2013

Otec: zdravý, léčí se s hypertenzí

Sestra otce: karcinom prsu

Sourozenci: nemá žádné sourozence

Děti: doposud nemá žádné děti

OPERACE

2010: laparoskopie pro suspektní dermoidní cysty, chromopertubace

2010: laparoskopie extirpace dermoidu lateris dexter

12/2015: prsní implantáty

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: ajatin, rajčata

Potraviny: nejuje

Chemické přípravky: nejuje

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Neužívá trvale žádné léky. V těhotenství vitamíny

Kouření: exkuřačka

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: svobodná

Státní příslušnost: česká

Bytové podmínky: bydlí v domě se dvěma psy, přítel pobývá v cizině

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Zaměstnání: pracuje jako fitness trenérka

Vzdělání: středoškolské s maturitou

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarche: od 14 let

Cyklus: pravidelný po 28 dnech s trváním menstruace 5 dní

Bolestivost: dysmenorea

Hormonální antikoncepce: neužívá po dobu 10 let

PORODNICKÁ ANAMNÉZA

Předchozí těhotenství:

Porody celkem: žádný

Umělé přerušení: žádné

Spontánní aborty: 2006 s revizí děložní dutiny

Mimoděložní těhotenství: žádné

Nynější těhotenství:

Poslední menstruace: 13. 2. 2017

Termín porodu: 20. 11. 2017

Parita: II/0

Gravidita: IVF

KATAMNÉZA

17. březen 2017

Pacientka, 39 letá, přišla v pátém týdnu těhotenství ke svému gynekologovi na kontrolu po IVF. Udávala slabý spotting a mírné pobolívání v podbříšku. Pacientce byl naordinován kontrolní odběr hCG, doporučeno necestovat autem ani letadlem. Byla naplánovaná kontrolní návštěva na další týden a předepsány medikace, které jsou uvedeny v tabulce 4.

Tabulka 4 Medikace 17. 3. 2017

MEDIKACE	DÁVKOVÁNÍ	ZPŮSOB PODÁNÍ
Ascorutin	1 - 1 - 1	Per os
Utrogestan	2 - 0 - 2	Vaginálně
Prednison	1/2 tbl. ráno	Per os
Acidum folicum	1 - 0 - 1	Per os

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Ascorutin – 100 MG/20 MG, použití k léčbě zvýšené lomivosti a propustnosti krevních vlásečnic, pokud je nedostatek kyseliny askorbové v organismu

Utrogestan – 100 MG, patří mezi léčiva hormonální substituční terapie, obsahuje hormon zvaný progesteron

Prednison – 5 MG/20 MG, patří mezi syntetické kortikosteroidy, které mají protizánětlivé účinky

Acidum folicum – 10 MG, patří mezi vitamíny skupiny B, nezbytná pro činnost některých enzymů nutná pro krvetvorbu (SÚKL, 2018)

Tabulka 5 Kontrolní odběr krve na hCG

NÁZEV	REFERENČNÍ MEZ	HODNOTA
hCG celkové	0,20/5,30	1499 U/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

5. duben 2017, 7 + 2 dle UZ

Bylo provedeno vaginální ultrazvukové vyšetření, na kterém byl zjištěn jeden gestační váček, jedno embryo, CRL odpovídalo 9 mm (7 + 2 týdnů těhotenství), srdeční akce byla 117/min. Výsledek krevního odběru na hCG byl pozitivní. Pacientka subjektivně bez obtíží. Bylo doporučeno pokračovat s medikací: Utrogestanem a Femibionem.

Tabulka 6 Medikace ze dne 5. 4. 2017

MEDIKACE	DÁVKOVÁNÍ	ZPŮSOB PODÁNÍ
Utrogestan	2 - 0 - 2	Vaginálně
Femibion 1	1 tbl. /denně	Per os

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Femibion – Doplněk stravy s obsahem kyseliny listové, metafolinu, vitamínů a jodu (SÚKL, 2018)

18 duben 2017, 9 + 0 dle UZ

Pacientka přišla na kontrolu gravidity, bylo jí provedeno UZ vyšetření, kde byl zjištěn 1 živý plod, změření CRL 22,6 mm odpovídalo 9 + 0 týdnů gravidity. Srdeční akce byla 176/min, pravidelná. Závěrem bylo naplánováno vystavení těhotenské legitimace a 1. těhotenských odběrů krve (KS, KO, Rh faktor, protilátky, glykémie, KO, TSH). Bylo doporučeno pokračovat v užívání Utrogestanu a Femibionu.

27. duben 2017, 10 + 2 dle UZ

Pacientka přišla na kontrolu vitality plodu, byla nachlazená, teplotu udávala 37,5 °C. Stěžovala si na pobolívání v podbřišku, nekrvácela. Provedeno zevní vyšetření – bez patologií, vaginální vyšetření – v děloze jeden gestační váček s 1. plodem, pohyby četné, akce srdeční přítomna. Pacientce byl doporučen klidový a pitný režim, pokračovat v užívání s Utrogestanem, při elevaci teploty – Paralen 500 mg, 4krát za den.

2. května 2017, 11 + 0 dle UZ

Pacientka přišla na lačno, na 1. těhotenské odběry (KS, Rh faktor, protilátky – BWR, HIV, HBsAg, glukóza, KO – leukocyty, hemoglobin, hematokrit, trombocyty, TSH). Pomocí pelvimetru byla změřena pánev, jejíž hodnoty jsou uvedeny v tabulce 7. Poté byla provedena prenatální poradna, kde se změřil pacientce tlak 114/80, pulz 76 tepů/min., váha 78,9 kg a bylo provedeno vyšetření moče na obsah bílkovin a krve, které bylo negativní. Ultrazvukově byl pacientce potvrzen v děloze jeden vitální plod, jehož akce srdeční byla 174/min., CRL 41,3 mm odpovídalo 11 + 0. Naplánována další kontrola za 4 týdny s doplněním prvního trimestrálního screeningu.

Tabulka 7 Pánevní rozměry

PÁNEVNÍ ROZMĚRY	HODNOTY
Distantia bispinalis	24 cm
Distantia bicristalis	27 cm
Distantia bitrochanterica	37 cm
Conjugata externa	24 cm

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

30. duben 2017, 14 + 6 dle UZ

Pacientka přišla na kontrolu v 15. týdnu gravidity. Byla provedena těhotenská poradna, kde byl změřen tlak 126/66, pulz 60 tepů/min., váha pacientky 80,3 kg (přírůstek od minulé návštěvy byl 1,4 kg), provedeno orientační vyšetření moče na přítomnost bílkovin, krve a glukózy – negativní. Do těhotenské legitimace byly zapsány výsledky 1. těhotenských odběrů (tabulka 8). Ultrazvukově v děloze jeden plod, srdeční aktivita pravidelná, CRL odpovídalo 14 + 6, placenta na pravé straně, nízko nasedající. Výsledek

prvního trimestrálního screeningu byl negativní (2 cévy v pupečníku). Naplánována další kontrola za 4 týdny a proveden kontrolní odběr na žlučové kyseliny, jaterní testy (AST, ALP, ALT) a bilirubin.

Tabulka 8 Výsledek 1. těhotenských odběrů

NÁZEV	REFERENČNÍ MEZ	HODNOTA
Glukóza	4,11/5,60	4,5 mmol/l
TSH	0,27/4,20	1,09 mU/l
HBsAg	/	Negativní
Leukocyty	4,00/10,00	$9,6 \cdot 10^9/l$
Erytrocyty	3,80/5,20	$4,3 \cdot 10^{12}/l$
Hemoglobin	120,00/160,00	127 g/l
Hematokrit	0,35/0,47	0,37 l
Trombocyty	150,00/400,00	$276 \cdot 10^9/l$
Krevní skupina	/	AB pozitivní
TPHA	/	Negativní
VDRL	/	Negativní
HIV	/	Negativní

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

6. června 2017, 16 + 3 dle UZ

Pacientka přišla na gynekologii na pravidelnou kontrolu těhotenství, byl jí změřen tlak 108/66, hmotnost 81 kg (přírůstek 0,7 kg), orientační kontrola moči na bílkoviny, krev, glukózu byla negativní, pohyby ještě nepocítovala. Na ultrazvukovém vyšetření byl viděn jeden vitální plod, CRL 106 mm odpovídalo 16 + 3, srdeční akce plodu byla 136/min, množství plodové vody přiměřené. Vaginálně bylo hrdlo uzavřené v celém rozsahu a dolní děložní segment nerozvinutý. Odběr krve z předchozí návštěvy je uveden v tabulce 9, hladina žlučové kyseliny v normě a mírná elevace ALT. Pacientka udávala

pruritus na různých částech těla, proto byla doporučena jaterní dieta a kontrola u praktického lékaře s doplněním EKG. Naordinovány byly další odběry jaterních testů a medikace Flavobion 1 – 0 – 1 per os.

Flavobion - 70 MG, podpůrná léčba u chronické hepatitidy, jaterní cirhózy, toxicko – metabolických lézí jater (SÚKL, 2018)

Tabulka 9 Výsledky kontrolní odběru krve ze dne 30. 4. 2017

NÁZEV	REFERENČNÍ MEZ	HODNOTA
Bilirubin celkový	3,0/21,00	4,8 μmol/l
Bilirubin konjugovaný	1,50/5,00	2,6 μmol/l
AST	0,17/0,60	0,54 μkat/l
ALT	0,17/0,58	0,81 μkat/l
ALP	0,58/1,74	0,58 μkat/l
Žlučové kyseliny	1,00/9,00	<3,2 μmol/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

14. červen 2017, 17 + 4 dle UZ

Pacientka přišla na odběr kontrolních odběrů jaterních testů, kyseliny močové a bilirubinu (tabulka 10).

Tabulka 10 Kontrolní odběry krve ze dne 14. 6. 2017

NÁZEV	REFERENČNÍ MEZ	HODNOTA
Bilirubin celkový	3,0/21,00	5,6 µmol/l
Bilirubin konjugovaný	1,50/5,00	2,5 µmol/l
AST	0,17/0,60	0,57 µmol/l
ALT	0,17/0,58	0,98 µmol/l
ALP	0,58/1,74	0,64 µkat/l
Kyselina močová	143/339	225 µmol/l
Urea	2,80/8,30	3,9 mmol/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

23. červen, 18 + 6 dle UZ

Pacientka přišla v doprovodu partnera na krátký UZ, subjektivně bez obtíží, bez kontrakcí, bez bolestí, ozvy pravidelné. Doporučeno naplánovat screening ve druhém trimestru.

27. červen, 19 + 3 dle UZ

Pacientka se dostavila na pravidelnou plánovanou kontrolu. Bez otoků, hmotnost byla 82,2 kg (přírůstek 1,8 kg), tlak 124/61, začala pociťovat pohyby. UZ vyšetření jeden plod v děloze, vitální, srdeční akce pravidelná, CRL odpovídá 19 + 3, váha plodu 296 g, placenta na přední straně, množství plodové vody přiměřené, poloha podélná hlavičkou. UZ vaginálně hrdlo uzavřené, dolní děložní segment nerozvinutý. Subjektivně bez obtíží fundus k pupku, děloha normotonická. Naplánování další kontroly ve 24. týdnu těhotenství s testem oGTT.

8. srpen 2017, 24 + 5 dle UZ

Dnes byl proveden orální glukózový toleranční test (oGTT), orientační glykémie na lačno byla 4,3 mmol/l. Pacientce byl změřen tlak 123/80, hmotnost 86,6 kg (přírůstek 3,8 kg), orientační vyšetření moče negativní, pohyby plodu pacientka pociťovala. UZ vaginálně hrdlo 42 mm, UZ abdominálně byla placenta na přední straně, nezasahovala do dolního děložního segmentu, množství plodové vody přiměřené, UZ biometrie 765 g, CRL odpovídalo 24 + 5, akce srdeční pravidelná. Pacientka byla bez obtíží, doporučená kontrola za 4 týdny.

5. září 2017, 28 + 5 dle UZ

Pacientka přišla na kontrolu ke svému gynekologovi, byla provedena prenatální poradna, kde byl změřen tlak 118/88, váha 90,7 kg (přírůstek 4,1 kg), pohyby plodu pociťovala, orientační vyšetření moči negativní. Do těhotenské legitimace byly zapsány výsledky testu oGTT (tabulka 11). UZ vaginálně hrdlo 42 mm, UZ abdominálně jeden plod, poloha koncem pánevním, placenta na přední straně, nezasahovala do dolního děložního segmentu, přiměřené množství plodové vody, UZ biometrie 1299 g, akce srdeční plodu byla pravidelná. Pacientka si stěžovala na svědění vulvy a bělavý hrudkovitý výtok. Byla nabrána kultivace z pochvy a předepsán Clotrimazol zevně.

Clotrimazol - 1% krém, širokospektrální antimykotikum k léčbě mykotických a kvasinkových infekcí (SÚKL, 2018)

Tabulka 11 Výsledky orálního glukózového tolerančního testu

NÁZEV	REFERENČNÍ MEZ	HODNOTA
oGTT čas 0	3,30/5,10	4,5 mmol/l
oGTT čas 1	4,10/10,00	7,1 mmol/l
oGTT čas 2	4,10/8,50	7,1 mmol/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

3. října 2017, 32 + 2 dle UZ

Pacientka přišla na plánovaný 2. těhotenský odběr krve (KO – leukocyty, hemoglobin, hematokrit, trombocyty, TPHA, VDRL), hmotnost pacientky byla 91, 9 kg (přírůstek 1,2 kg), pulz 76 tepů/min., tlak 115/81. UZ screening: jeden plod v děloze, placenta byla lokalizovaná na přední straně, nezasahovala do dolního děložního segmentu, množství vody přiměřené, biometrie plodu odpovídala 32 + 2, váha plodu 2013 g, akce srdeční byla pravidelná, poloha podélná hlavičkou, normotonus dělohy. Pacientka pociťovala vertebrogenní potíže, které mírně ustoupily po užívání paralenu. Naplánovaná další kontrola na gynekologii za 3 týdny.

24. října 2017, 35 + 5 dle UZ

Plánovaná kontrola pacientky v 36. týdnu gravidity, do těhotenské legitimace byly zapsány 2. těhotenské odběry (tabulka 12), byl změřen tlak 138/78, pulz 80 tepů/min., hmotnost 93,8 kg (přírůstek 1,9 kg), vyšetření moče na přítomnost krve, bílkovin, glukózy bylo negativní. Při vyšší hodnotě tlaku bylo pacientkou oznámeno, že od předchozího dne (23. 10. 2017) špatně pociťuje pohyby dítěte. Biometrie odpovídala 35 + 5, 2736 g, UZ abdominálně byl jeden plod, poloha podélná hlavičkou, u plodu nebyla prokázána srdeční akce, množství plodové vody přiměřené. Doporučení k okamžité hospitalizaci v porodnici a k naplánování dalšího postupu.

Tabulka 12 Výsledky 2. těhotenských odběrů

NÁZEV	REFERENČNÍ MEZ	HODNOTA
Leukocyty	4,00/10,00	10,71.10⁹/l
Erytrocyty	3,80/5,20	4,42.10 ¹² /l
Hemoglobin	120,00/160,00	122 g/l
Hematokrit	0,35/0,47	0,365 l
Trombocyty	150,00/400,00	284.10 ⁹ /l
TPHA	/	Negativní
VDRL	/	Negativní

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

24. října 2017, 11:40, 35 + 5 dle UZ

Nynější onemocnění:

Pacientka po IVF, II/0, byla odeslána z gynekologické ambulance na gynekologicko – porodnické oddělení pro nepřítomnost ozev plodu. Vyšetření dle UZ 35 + 5, 1 fetus mortus, váha 2736 g.

Objektivně pacientka byla orientovaná, při vědomí, spolupracovala, hydratace byla v normě, afebrilní, eupnoická, tlak měla 130/95.

Subjektivně kontrakce nepocítovala, krvácení neudávala, voda plodová byla zachovalá, pohyby plodu necítila.

Hlava: oči, uši, nos bez výtoku, sklery bílé

Hrudník: prsy symetrické, objemné

Dolní končetiny: s mírnými otoky, bez známek zánětu

Diagnóza: O800 Péče o matku pro intrauterinní smrt (plodu)

HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

Tlak: 130/95	Výška: 165 cm
Tep: 81/min	Hmotnost: 94 kg
Dech: eupnoe	Dieta: bez omezení, 3
Teplota: 36,8 °C	Pohyblivost: plně pohyblivá
Stav vědomí: při vědomí	Orientace: orientována místem, časem, osobou
Krevní skupina: AB	Rh faktor: pozitivní
Gravidita/parita: II/0	Týden těhotenství: 35 + 5
Poslední menstruace: 13. 2. 2017	Termín porodu: 20. 11. 2017

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ

Odběry:

KO (leukocyty, erytrocyty, hemoglobin, hematokrit, trombocyty) velká koagulace (D-dimery, antitrombin III, aPTT, fibrinogen, quick test), jaterní testy (ALT, AST, ALP, GMT), urea, kreatinin, kyselina močová, žlučové kyseliny, CRP, ionty (Na, K, Cl).

Zevní vyšetření

Děloha normotonická, nekrvácí, nekontrahuje, FX/3, poloha podélná hlavičkou, voda plodová zachovalá.

Vaginální vyšetření

Mediosakrálně 2,5 cm polotuhé hrdlo, uzavřené, hlava naléhá na vchod.

UZ vyšetření

Poloha podélná hlavičkou, placenta na přední straně, oligohydramnion, srdeční akce plodu není, Spaldingovo znamení negativní, struktury mozku normální, čtyřdutina zobrazitelná.

Medikace:

Sledování fyziologických funkcí (tlak, pulz, teplota) 3krát denně.

Ampicilin 2g + 100 ml fyziologického roztoku podat intravenózně, po dobu 20 minut, podat nyní.

Ampicilin 2g + 100 ml fyziologického roztoku intravenózně, po dobu 20 minut, podat po 6 hodinách (18, 24, 6).

Gentamicin 240 mg podat intravenózně, po 24 hodinách, nyní podat tři.

Clexan 0,4 ml podat subkutánně, po 24 hodinách, podat nyní.

Po dohodě s lékařem zahájit indukci porodu mrtvého plodu misoprostol 100 mg, vaginálně po 6 hodinách.

NÁZEV	REFERENČNÍ MEZ	HODNOTA
Krevní obraz		
Leukocyty	4,0/10,0	11,2.10⁹/l
Erytrocyty	3,80/5,20	4,6.10 ¹² /l
Hemoglobin	120,0/160,0	126,0 g/l
Hematokrit	0,350/0,470	0,373 l
Trombocyty	15,0/35,0	31,3.10 ⁹ /l
Koagulační parametry		
D – dimery	1/500	1490 mg/l
Antitrombin III	80,0/120,0	100,0 %
APTT	28,0/43,0	34,3 s
Fibrinogen	1,80/4,20	6,09 g/l
Quick test	11,0/16,0	12,6 s
Biochemie včetně jaterních testů		
Urea	2,5/8,0	3,0 mmol/l
Bílkovina	65/82	65 g/l
Albumin	36,0/47,00	34,5 g/l
AST	0,30/0,70	0,36 μ kat/l
ALT	0,25/0,70	0,24 μkat/l
ALP	0,6/1,7	2,6 μkat/l
Kyselina močová	160/340	346 μmol/l
GMT	0,10/0,70	0,17 μ mol/l
Kreatinin	45/84	67 μ mol/l

Žlučové kyseliny	0,0/10,0	1,4 µmol/l
CRP	0,0/5,0	9,7 mg/l
Na	137/146	139 mmol/l
K	3,6/4,9	4,7 mmol/l
Cl	97/108	105 mmol/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Situační analýza

Dne 24. 10. 2017 v 11:40 byla přijata pacientka na gynekologické oddělení pro fetus mortus, pociťovala slabost. Pacientka II/0 v 35 + 5 týdnu gravidity, bolest nepociťovala, spolupracovala, byla orientovaná časem i místem, pociťovala strach.

Při příjmu byly pacientce změřeny fyziologické funkce: tlak 130/95, pulz 81 tepů/min a tělesná teplota 36,8 °C. Potom byl proveden krevní odběr dle ordinace lékaře (KO, velká koagulace, jaterní testy, urea, kreatinin, kyselina močová, žlučové kyseliny, CRP, ionty).

V 12:45 byla zavedena první dávka misoprostolu 100 mg vaginálně, v 13:00 byl podán intravenózně ampicilin 2 g do 100 ml fyziologického roztoku a tři dávky gentamicinu 240 mg, tlak byl 144/84, pulz 73 tepů/min, tělesná teplota 36,5 °C. Pacientka odpočívala, v 17:30 začala udávat zhoršení a pociťování slabých bolestí, kontrakce udávala po 5–7 minutách. V 18:40 udávala rodička kontrakce po pěti minutách, prodýchávala, při vaginálním vyšetření bylo hrdlo uzavřené, čípek 2 cm, proměklý, voda plodová zchovalá, podán Novalgin 2 ml intramuskulárně. O půl desáté (21:30) byl pacientce zaveden epidurální katetr, anesteziologem byla naředěna epidurální směs a podána rodičce. V 22:30 pacientka spala, tlak 108/62, pulz 78 tepů/minutu, dech eupnoe. Ve 23:50 pacientka nepociťovala bolest, při vaginálním vyšetření bylo hrdlo 2 cm, těsně pro prst, o půlnoci (00:00) byl zaveden Cytotec 100 mg do zadní klenby, Diazepam 10 mg na noc a ampicilin 2g do 100 ml fyziologického roztoku, kontrakce pacientka žádné neudávala.

Dne 25. 10. 2017 pacientka spala, v 7:00 začal samovolný odtok plodové vody, která byla sangvinolentní (obsahující krev). Rodička si stěžovala na bolest v pravé části břicha po jedné minutě, nekrvácela.

Pacientka byla orientovaná, eupnoická, afebrilní. Při vaginálním vyšetření bylo hrdlo uloženo mediosakrálně, 1 cm polotuhé, pro prst, hlava naléhala na vchod. Tlak rodičky byl 121/68, pulz 80 tepů/minutu, tělesná teplota 36,2 °C. Aplikován intramuskulárně Dolsin 50 mg. V čase 08:10 pacientka udávala kontrakce po jedné minutě, voda plodová samovolně odtékala a Temešváryho zkouška byla pozitivní, pacientka plně spolupracovala. V 09:50 udávala rodička časté kontrakce s tlakem na konečník, prodýchávala, při vaginálním vyšetření byla tenká branka 2 cm, pacientce byl podán Buscopan, 1 ampule intravenózně a byla naředěna nová směs do epidurální analgezie. V 11:20 udávala pacientka větší tlak na konečník, z branky zbýval lem, podán Nalbufin 20 mg do 100 ml fyziologického roztoku. Na porodní sál byla pacientka přivezena 11:23, porod fetus mortus byl 11:43, Apgar scóre 0 – 0 – 0, děvče, 2500 g, 49 cm, následně proběhla aplikace uterotonik 5 IU oxytocinu. V 12:10 provedena manuální lýza placenty a revize děložní dutiny, aplikovány antibiotika.

V 12:45 se pacientka probouzela, cítila se dobře, tlak 130/80, pulz 89 tepů/min., v 13:45 fyziologické funkce byly: tlak 125/75, pulz 88 tepů/min, teplota 36,8 °C, epidurální katetr byl pacientce zrušen. Rodičce byla předána vzpomínková krabice, která obsahovala památeční list, otiskovou sadu, malou hračku a identifikační štítek dítěte. Pacientka byla předána na gynekologické oddělení v 14:10, močila bez problémů, spolupracovala a byla klidná. Obdržela informační list pro pozůstalé, kde byly napsány informace o pohřbu dítěte, pokud by chtěla rodička vystavit dítěti pohřeb, měla by do 96 hodin (29. 10. 2017) kontaktovat písemně nemocnici. Zpráva měla obsahovat jméno rodičů, datum a čas porodu, název pohřební služby, která si tělo dítěte vyzvedne. V 16:00 byla pacientka klidná, bolest nepocítovala, děloha se zavinovala. V 19:00 krvácela přiměřeně, pacientka byla smutná, snažila se odpočívat, děloha byla retrahovaná. Rodička přišla na sesternu ve 21:10 a stěžovala si na silné krvácení, byla rozrušená a žádala léky na spaní. Při vyšetření byla děloha retrahovaná, FP/2, krvácení bylo minimální, 21:30 byla podána medikace Apaurin 5 mg do 100 ml fyziologického roztoku. Ve 23:00 spávala, infuze pacientce pomohla, krvácení bylo přiměřené, bolesti neudávala.

Dne 26. 10. 2017 pacientka do 6:00 spala, nebyla buzena, krvácení bylo přiměřené, tlak 120/60, pulz 78 tepů/minutu, teplota 36,6 °C. V 8:00 podán pacientce lék na zástavu laktace Dostinex 1 tableta per os a odebrán kontrolní odběr krevního obrazu (leukocyty, erytrocyty, hematokrit, hemoglobin, trombocyty) a CRP (tabulka 13). V 10:00 pacientka neudávala obtíže, byla klidná, očistky odcházely, bolest nepocítovala,

tlak 125/65, puls 78 tepů/minutu, tělesná teplota 36,6 °C. V 14:00 permanentní žilní katétr zrušen, pacientka byla klidná, spolupracovala, předepsána medikace na Dalacin 300 mg po 8 hodinách, za týden kontrola na gynekologickém oddělení s kontrolním náběrem krevního obrazu a CRP.

Po porodu mrtvého plodu bylo dítě lékařem prohlédnuto, zabaleno do peřinky a dáno rodiče k rozloučení se. Lékař vyplnil List o prohlídce zemřelého a Průvodní list k pitvě dětí do 7 dnů života. Byla požadována patologicko – anatomická pitva, mrtvě rozené dítě mělo pupečník kolem krčku jedenkrát obmotaný.

Tabulka 13 Výsledky z 26. 10. 2017

NÁZEV	REFERENČNÍ MEZ	HODNOTA
CRP	0,0–5,0	105,2 mg/l
Leukocyty	4,0–10,0	11,4 10 ⁹ /l
Erytrocyty	3,80–5,20	4,31 10 ¹² /
Hemoglobin	120,0–160,0	117,0 g/l
Hematokrit	0,350–0,470	0,353 l
Trombocyty	15,0–35,0	30,7 10 ⁹ /l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Doporučení

Pacientka byla propuštěna v celkově dobrém stavu do domácí péče. Poučena o dodržování šestinedělí, kontrola u gynekologa do týdne, při pracovní neschopnosti do tří dnů. Vydán recept na Dalacin 300 mg, užívat po osmi hodinách 1 tabletu denně. Pacientka byla poučena a rozuměla.

Stav při dimisi

Subjektivně pacientka neměla žádné obtíže, bolesti měla minimální a mírně krvácela. Byla plně orientovaná, eupnoická, afebrilní, na dolních končetinách byly mírné otoky. Na ultrazvukovém vyšetření byla děloha retrahovaná, dutina děložní byla prázdná a residua žádná.

28. 11. 2017, Kontrola v gynekologické ambulanci

Pacientka přišla 28. 11. 2017 na kontrolu po porodu fetus mortus dne 25. 10. 2017, cítila se celkem dobře, od porodu amenorea, laktace byla zastavena Dostinexem. Pacientka s sebou přinesla propouštěcí a pitevní zprávu. Pitevní protokol prokazoval intrauterinní asfyxii plodu, placenta a pupečník byly odeslány na bioptické vyšetření, kde byly prokázány pouze dvě cévy v pupečníku, jinak vše bylo v normě. Další kontrola byla naplánována za šest týdnů.

Tabulka 14 Souhrnná medikace situační analýzy

MEDIKACE	DÁVKOVÁNÍ	ZPŮSOB PODÁNÍ
24. 10. 2017		
Ampicilin	2 g do 100 ml fyziologického roztoku	intravenózně
Clexan	0,4 ml	subkutánně
Gentamicin	240 mg	intravenózně
Misoprostol	1 tableta	vaginálně
Novalgin	2 ml	intramuskulárně
25. 10. 2017		
Ampicilin	2 g do 100 ml fyziologického roztoku	intravenózně
Dolsin	50 mg	intramuskulárně
Buscopan	1 ampule	intravenózně
Nalbufin	20 mg	intravenózně
Uterotonikum	5 IU	intravenózně
Apaurin	5 mg do 100 ml fyziologického roztoku	intravenózně
26. 10. 2017		
Dostinex	2 tablety	per os
Dalacin	300 mg	per os

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Na základě ošetrovatelské péče byly vybrány ošetrovatelské diagnózy pomocí Ošetrovatelských diagnóz NANDA INTERNATIONAL 2015–2017. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz jsme vybrali období pacientky při příjmu na porodní sál, jelikož se zde vyskytovalo nejvíce ošetrovatelských problémů.

Podpora zdraví	-
Výživa	-
Vylučování a výměna	-
Aktivita – odpočinek	Únava 00093
Percepce/kognice	-
Sebepercepce	-
Vztahy mezi rolemi	-
Sexualita	-
Zvládání/tolerance zátěže	Truchlení 00136 Strach 00148
Životní principy	-
Bezpečnost a ochrana	Riziko infekce 00004 Riziko krvácení 00206
Komfort	Porodní bolest 00256
Růst/vývoj	-

00256 Porodní bolest

Doména	12 Komfort
Třída	1 Tělesný komfort
Definice	Smyslový a emocionální zážitek od příjemného po nepříjemný spojovaný s děložními stahy a porodem
Určující znaky	Změna dechové frekvence, rozptýlená pozornost, perineální bolest, změna krevního tlaku, bolest
Související faktory	Dilatace děložního hrdla, vypuzení plodů

Priorita - střední

Cíl	Pacientka nebude pociťovat silnou bolest během porodu.
Očekávané výsledky	Pacientce se sníží bolest po podání analgetik do 15 minut. Pacientka si najde pohodlnou, úlevovou polohu během porodu. Pacientka je při odchodu z nemocnice bez bolesti.
Ošetrovatelské intervence	Monitoruj bolest pacientky a kontroluj její celkový stav. Vysvětli pacientce možné nežádoucí účinky léčiv. Ukaž pacientce polohu, která pomůže snížit bolest.

00148 Strach

Doména	9 Zvládnání/tolerance zátěže
Třída	2 Reakce na zvládnání zátěže
Definice	Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáváno jako nebezpečí.
Určující znaky	Pocit strachu, pocit obav, znepokojení, únava
Související faktory	Přirozená reakce na stimuly, neznámé prostředí

Priorita – střední

Cíl	Pacientka bude mít mírnější pocit strachu.
Očekávané výsledky	Pacientka je seznámena se svým stavem a diagnózou při příchodu do nemocnice.

Pacientka je schopná plně spolupracovat a vnímat během hospitalizace.

Pacientka bude důvěřovat zdravotnickému personálu do dvou hodin.

Ošetrovatelské intervence Zjistí příčinu strachu a sleduj pacientku v průběhu hospitalizace.

Buď empatická na pacientku a buď jí na blízku.

Zajisti podpůrnou péči pro pacientku.

00004 Riziko infekce

Doména	11 Bezpečnost/ochrana
Třída	1 Infekce
Definice	Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví
Určující znaky	Invazivní vstupy, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů
Rizikové faktory	-

Priorita – vysoká

Cíl Pacientka nebude mít žádné příznaky infekce po celou dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky Pacientka chápe příčinu infekce, ví jak jí předcházet.

Pacientka je poučena o správnosti hygieny, respektuje preventivní opatření.

Pacientka není ohrožena infekcí.

Ošetrovatelské intervence Kontroluj místo potenciální infekce a při manipulaci postupuj asepticky.

Sleduj funkčnost zavedení invazivního vstupu.

00206 Riziko krvácení

Doména	11 Bezpečnost/ochrana
Třída	2 Tělesné poškození
Definice	Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví
Určující znaky	-
Rizikové faktory	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie, nedostatečná znalost o prevenci krvácení, komplikace spojené s těhotenstvím

Priorita – vysoká

Cíl	Pacientka bude minimálně krvácet po odchodu z nemocnice.
Očekávané výsledky	Pacientka si je vědoma možnosti slabého krvácení během porodu Pacientka je poučena o nadměrném krvácení a v případě podezření informuje personál. Pacientka není ohrožena silným krvácením po porodu mrtvého plodu.
Ošetřovatelské intervence	Informuj pacientku o příčině vzniku krvácení. Sleduj intenzitu krvácení. Podej vhodné medikace k zastavení krvácení.

00093 Únava

Doména	4 Aktivita/odpočinek
Třída	3 Rovnováha energie
Definice	Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni
Určující znaky	Změny koncentrace, uvádí pocit únavy, nedostatek energie
Související faktory	Úzkost, fyziologický stav (těhotenství), spánková deprivace

Priorita – nízká

Cíl	Pacientka bude minimálně unavená po ukončení hospitalizace.
Očekávané výsledky	Pacientka vnímá všechny rady ohledně odpočinku po celou dobu hospitalizace. Pacientka si našla svou relaxační polohu. Pacientka se snaží myslet do budoucnosti a pozitivně.
Ošetřovatelské intervence	Získej si důvěru pacientky. Podej medikaci na spánek a úzkost dle ordinace lékaře. Naslouchej pacientce, buď jí stále na blízku.

00136 Truchlení

Doména	9 zvládnání/tolerance zátěže
Třída	2 Reakce na zvládnání stresu
Definice	Normální složitý proces, který obsahuje emoční, fyzické, spirituální, sociální a intelektuální reakce a chování, jímž jedinci, rodiny a komunity začleňují aktuální, očekávanou a/nebo vnímavou ztrátu do svého života
Určující znaky	Hněv, zoufalství, hledání významu ve ztrátě, bolest
Související faktory	Očekávaná ztráta blízké osoby, ztráta něčeho důležitého

Priorita – střední

Cíl	Pacientka se naučí žít se ztrátou blízké osoby.
Očekávané výsledky	Pacientka vnímá všechny rady ohledně procesu truchlení po porodu mrtvého plodu. Pacientka se bude chtít rozloučit s dítětem po porodu. Pacientka popřemýšlí o důležitosti pohřbu a rituálu rozloučení se do 4 dnů.
Ošetřovatelské intervence	Nabídní pacientce pomoc. Informuj pacientku o možnosti rozloučení se a pohřbení dítěte. Aktivně pacientce naslouchej.

**USPOŘÁDÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE PRIORIT -
SHRNUTÍ**

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY	INTERVENCE
Riziko krvácení 00206	Pacientka je řádně informována. Pacientka nebude silně po porodu krvácet. Pacientka si je vědoma možnosti slabého krvácení během porodu.	Sleduj intenzitu krvácení. Podej vhodné medikace k zastavení krvácení. Vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace.
Riziko infekce 00004	Pacientka chápe příčinu infekce. Pacientka není ohrožena infekcí po dobu hospitalizace. Pacientka je poučena o správnosti hygieny.	Sleduj funkčnost zavedení invazivního vstupu. Při každé manipulaci postupuj asepticky Prováděj výměnu místa vpichu.
Porodní bolest 00256	Pacientka chápe příčinu bolesti během porodu. Pacientka udává zmírnění během hospitalizace. Pacientka je při odchodu z nemocnice bez bolesti.	Zajisti klid na pokoji. Sleduj účinek analgetik. Věnuj pozornost psychickému stavu. Informuj o úlevové poloze.
Strach 00148	Zmírnění strachu a úzkosti během hospitalizace. Pacientka bude důvěřovat personálu do dvou hodin. Pacientka si uvědomuje příčinu svého strachu při příchodu do nemocnice.	Buď pacientce na blízku. Zajisti konzultaci s lékařem. Zajisti podpůrnou péči.

DISKUZE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Péči o pacientku s mrtvým plodem jsme srovnávali z doporučených postupů od České gynekologické a porodnické společnosti. Po srovnání péče o těhotnou ženu v jednotlivých trimestrech, jak v těhotenských poradnách u gynekologa tak v nemocnici probíhala zcela podle těchto postupů.

V rámci práce jsme zjistili, že v České republice je stále více organizací, spolků a knih, které se snaží o tomto problému ve společnosti mluvit a pomáhat. Mile překvapující je zjištění, že mnoho nemocnic se začínají přizpůsobovat s péčí o matky, které prodělaly ztrátu dítěte.

Zjistili jsme, že v některých nemocnicích si vyrábějí vzpomínkové balíčky samy porodní asistentky, aby je potom rodičkám a jejich rodinám poskytly. Za velmi dobrý nápad považujeme nápad spolku *Dítě v srdci*, který do vyrábění memory boxů zapojil ženskou věznicí. Moc bychom také chtěli poděkovat paní Pazderové, která sama vyrábí vzpomínkové balíčky a na žádost je ochotně zasílá i do porodnic, které je ještě rodičkám neposkytují. Nám se takto podařilo dohodnout spolupráci s jednou porodnicí v České republice, za což jsme moc vděční, že jsme takto mohli přispět k rozvoji problematiky mrtvě rozeného plodu.

Pokud umře rodině a jejímu okolí dítě, je zde velmi důležitá komunikace. Proto jsme vytvořili informační brožurku, jak by se měli pracovníci ve zdravotnictví v takové situaci zachovat, jaká použít vhodná slovní spojení nebo naopak jaká vynechat. Brožurka byla vytvořena na základě absolvování kurzu, který pořádá projekt *Prázdná kolébka* a vznikl, pod spolkem *Dlouhá cesta*, pod vedením PhDr. Ilony Špaňhelové, Mgr. Zuzany Hruškové a Mgr. Kateřiny Ratislavové, Ph.D.

ZÁVĚR – ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka II/0, 35 + 5 dle UZ, byla odeslána na gynekologicko – porodnické oddělení z prenatální poradny pro fetus mortus, dne 24. 10. 2017. Všechny těhotenské kontroly probíhaly doposud bez problémů.

Pacientka byla přijata na gynekologické oddělení nemocnice, po celou dobu hospitalizace byla plně orientovaná místem, časem i osobou a zcela spolupracovala.

Během hospitalizace bylo u pacientky zjištěno šest ošetrovatelských problémů. Z toho dva potencionální (riziko infekce a riziko krvácení) a čtyři aktuální (porodní bolest, strach, truchlení, únava). Pomocí těchto určených diagnóz byly určeny očekávané výsledky, pomocí kterých byla snaha o uspokojení potřeb pacientky.

Pacientka v průběhu hospitalizace v nemocnici udávala zlepšení těchto obtíží. Ke zmírnění bolesti byly podány medikace, které tento problém úspěšně tlumily. Pacientce byl poskytnut empatický přístup a povzbuzování v takhle těžké situaci. Porodní asistentky se snažily vycházet všem požadavkům pacientky. Vše jí řádně vysvětlily, o všem ji informovaly a byly jí velmi nápomocny od přijetí, během porodu i po něm.

Porod mrtvého plodu je velmi těžký jak pro personál tak i rodičku. V nemocnici byl zdravotnický přístup na velmi dobré úrovni, vždy tady někdo pro pacientku byl. Pacientka i přes tak těžkou situaci byla velmi vzorná a ukázněná, naslouchala personálu a velmi dobře se s ní spolupracovalo. Rodička se s mrtvým dítětem na porodním sále rozloučila a odnesla si domů vzpomínkový balíček.

I přes všechna provedená vyšetření se příčina smrti plodu bohužel neobjasnila. Rodiče pohřbili dítě 11. 11. 2017.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na Mrtvý plod v porodní asistenci.

Teoretická část byla založena na poznatcích z dostupné literatury, která se na tuto problematiku již v České republice zaměřuje více než v předchozích letech. Je snaha o neustálé vzdělávání zdravotních pracovníků. V práci jsme se zaměřovali na teoretické poznatky problematiky mrtvého plodu, příčiny intrauterinního úmrtí a jak jim předcházet. Jak probíhá přijetí matky s diagnostikou mrtvého plodu na porodní sál a jak by se měl personál v takovéto situaci zachovat.

V praktické části jsme si stanovili dva cíle. Prvním cílem bylo zaměřením se na průběh péče o pacientku v jednotlivých trimestrech a na její průběh porodu. Pacientce byl diagnostikován mrtvý plod při pravidelné návštěvě u gynekologa. U pacientky byl rozpracován ošetrovatelský plán péče, byly stanoveny aktuální a potencionální diagnózy. Tyto diagnózy byly seřazeny dle priorit a byly u nich určeny očekávané výsledky a intervence.

Součástí praktické části bylo vypracování brožury pro zdravotnický personál, jak postupovat v péči o ženu s diagnostikou mrtvého plodu od zjištění úmrtí po propuštění do domácí péče. Brožurka je umístěna v příloze C.

Všechny cíle práce, které jsme si stanovili v Úvodu, byly splněny. Závěrem bychom chtěli doplnit, že tato práce může být přínosem pro studenty i zdravotnické pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON, 2016. *Narození a zemřelí do 1 roku 2013–2015*. ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2016. ISBN 978–80-7472–152-6.

ANON, 2018. *Neinvasivní prenatalní vyšetření Panorama test* [online]. Plzeň: Bioptická laboratoř, 2018. [cit. 2018-01-25]. Dostupné z: <http://www.panoramatest.cz/>.

BINDER, T., 2007. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. In: *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. **11**(2), 61–64. ISSN 1211-6645.

BINDER, T. a kol., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 297/2012 Sb. ze dne 13. září 2012, o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, způsobu jeho vyplňování a předávání místům určení, a o náležitostech hlášení (vyhláška o Listu o prohlídce zemřelého), In: *Sbírka zákonů, Česká republika*, **105**, 3890–3910. ISSN 1211–1244 Dostupný z: <http://www.aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=24721>.

ČESKO, 2013. Zákon č. 378/2007 Sb. ze dne 19. února. 2013, o léčivech, In: *Sbírka zákonů, Česká republika*, **70**, 674–712. ISSN 1211–1244. Dostupný z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2013/033-2013.pdf>.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 20. dubna. 2016, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) In: *Sbírka zákonů, Česká republika*, **58**, 2634–2641. ISSN 1211–1244. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=23029>.

Dlouha cesta. [online]. *Dlouha cesta* [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.dlouhacesta.cz/>.

FAIT, T., M. ZIKÁN a J. MAŠATA, 2017. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-482-1.

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HERDMAN, T. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOSTINSKÁ, E. a M. LUBUŠKÝ, 2016. Aktuální možnosti preindukce a indukce porodu prostaglandiny v České republice. In: *Postgraduální Medicína*. Praha, **18** (4), s. 391-394. ISSN 1212-4184.

JEŽOVÁ, M. a J. FEIT, 2013. *Atlas novorozenecké patologie* [online]. Atlases – PATHOLOGY IMAGES. [citováno 2017-11-16]. Dostupné z: <http://atlases.muni.cz/cz/index.html>.

KLIKAROVÁ, J., K. ŠNAJBERGOVÁ, A. MĚCHUROVÁ a kol., 2014. Syndrom intrauterinního úmrtí plodu: analýza souboru za období 2008–2012 v Ústavu pro péči o matku dítě. In: *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*. Praha, **79**(2), s. 120-127. ISSN 1210-7832.

KORBEL, M., A. KRIŠTÚFKOVÁ, M. BOROVSÝ a kol., 2016. Porovnanie perinatálnej mortality v Slovenskej republike v rokoch 2007–2009 a v rokoch 2010–2012. In: *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*. Praha, **81**(4), s. 244-252. ISSN 1210-7832.

MĚCHUROVÁ A., Z. MELICHAR, Z. STRAŇÁK a kol., 2013. Perinatální infekce a podávání antibiotik podle nových poznatků – doporučený postup. In: *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*. **78**(4), s. 32-34. ISSN 1210-7832.

NAVRÁTILOVÁ, M., 2013. Péče o ženu s diagnózou mrtvý plod. In: *Sestra*, **23**, s. 7- 8. ISSN 1210-0404.

NĚMCOVÁ J. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha.: Vysoká škola zdravotnická o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-215-2.

PAZDERA, L., 2018. *Perinatální hospic - perinatální hospicová a paliativní péče* [online]. [cit. 2018-02-07] Dostupné z: <https://perinatálníhospic.cz/>.

PEREMSKÁ A., 2018. *Dítě v srdci* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.ditevsrdci.cz/>.

PROCHÁZKA, M., A. MĚCHUROVÁ, P. ČEPICKÝ a kol., 2014. Vedení porodu mrtvého plodu – doporučený postup. In: *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*, **79**, s. 3-4. ISSN 1210-7832.

PROCHÁZKA, M., A. MĚCHUROVÁ, P. ČEPICKÝ a kol., 2014. Základní a fakultativní vyšetření po porodu mrtvého plodu – doporučený postup. In: *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*, **79**, s. 5. ISSN 1210 – 7832.

RATISLAVOVÁ, K., 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada., Psyché. ISBN 978-80-271-0121-4.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní ateliér Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, A., 2017 *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.

ŠPAŇHELOVÁ, I., 2015. *Prázdňá kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0942-3.

TAKÁCS, L., D. SOBOTKOVÁ, L., ŠULOVÁ a kol., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

UNZEITIG V., A. MĚCHUROVÁ, M. ĽUBUŠKÝ a kol., 2015. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství - doporučený postup. In: *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*, **80**(6), s. 456 – 458. ISSN 1210-7832.

VLK, R., 2016. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. In: *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*, **81**(2), s. 87- 88. ISSN 1210–7832.

SÚKL. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2010. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>.

PŘÍLOHY

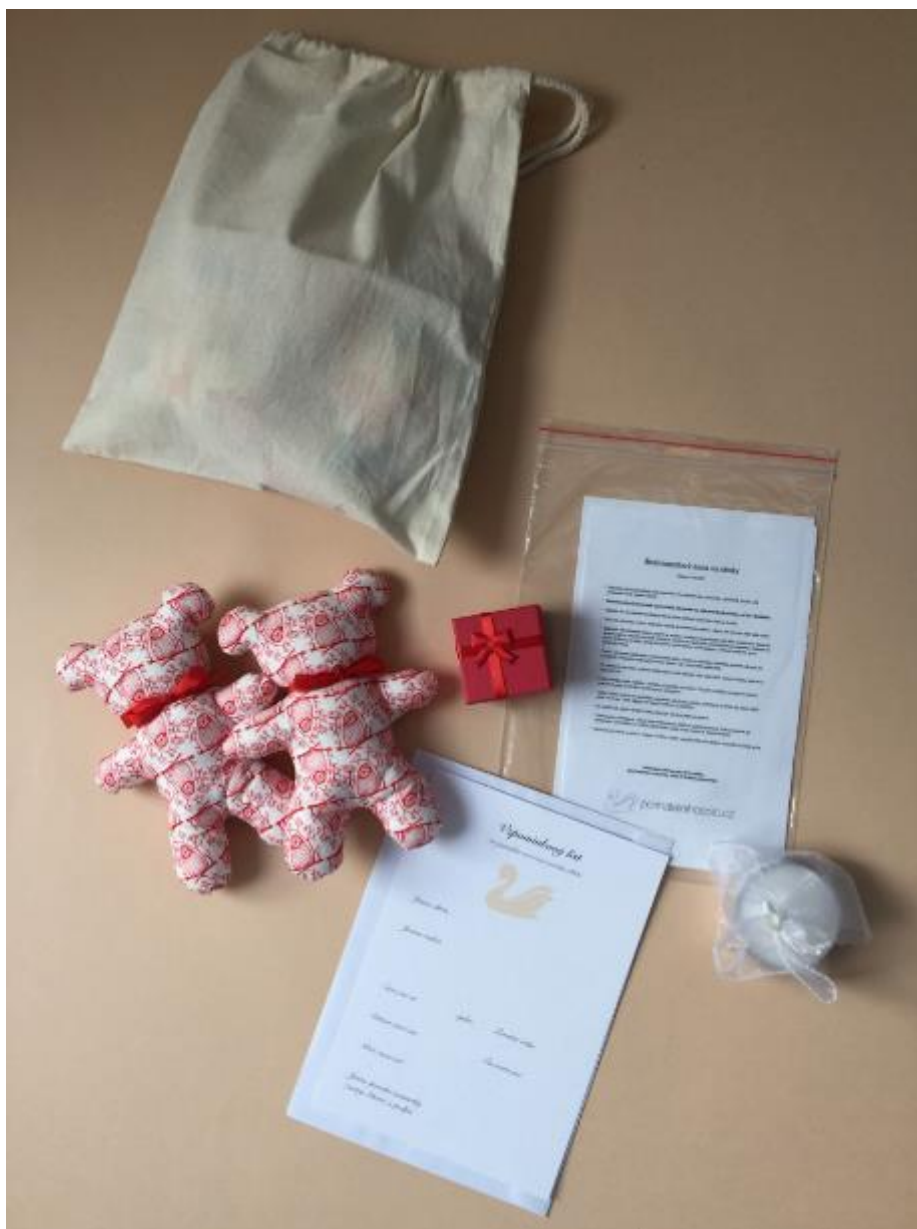
Příloha A Vzpomínkový balíček typ I	II
Příloha B - Vzpomínkový balíček typ II.....	III
Příloha C - Brožurka pro zdravotnický personál	IV
Příloha D - Čestné prohlášení	V

Příloha A Vzpomínkový balíček typ I




Zdroj: PAZDERA, L., 2018

Příloha B - Vzpomínkový balíček typ II



Zdroj: PAZDERA, L., 2018

Příloha C - Brožurka pro zdravotnický personál



JAK KOMUNIKOVAT SE ŽENOU PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ


Určeno pro zdravotnické pracovníky

2018

Seznam organizací zabývajících se ztrátou dítěte:

- Prázdná kotlíčka
- Perinatální hospice
- Dítě v srdci
- Projekt andělský fotograf
- Dotek světa

Vytvořeno jako příloha bakalářské práce
Mrtvý plod v porodní asistenci
Děrníčková Martina
Obor Porodní asistence
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5



- Pokud žena přichází s pochybností o pohybech plodu, vyšetřete ji především
- Diagnostiku provádějte pomocí ultrasonografu
- Diagnózu sděluje a stanovuje vždy lékař - je vhodné použít slova: smrt, dítě nežije
 - ukažte srdce dítěte na obrazovce ultrasonografu
- Používejte slova: dítě, miminko
- Neužívejte slovo plod

„Je mi to velmi líto, ale musím Vám sdělit, že vaše dítě nežije.“

- Pokud žena začne mít nevyvážené reakce, bude agresivní nebo rasopok nekomunikativní - neberte si to osobně, je to pouze obranný mechanismus psychiky
- Zeptejte se na pocity ženy i doprovázející osoby
- Nebojte se pojmenovat jejich pocity

„Jak se teď cítíte? Máte teď pocit strachu?“

- Udělejte si na pacientku čas
- Informujte ji o průběhu porodu, možnostech tlumení bolesti
- Informujte pacientku o možnosti ukázení miminka po porodu
- Nemáňte ženu k rozhodnutí, které sama nechtěla chtít, verfte ji k samostatnému rozhodnutí
- Upozorněte pacientku, že si vše může promyslet a své rozhodnutí kdykoliv změnit

„Chtěli bychom se Vás zeptat, máme takovou zkušenost, že jak se miminko narodí, tak si ho maminky chtějí pochovat. Měla byste taky zájem?“

- Zeptejte se na jméno miminka a použijte ho v komunikaci
- Podejte informace pro rozložení se s dítětem v ústní i písemné formě
- Připravte rodiče na to, jak by mohlo dítě po porodu vypadat
- Po porodu můžete nejprve miminko rodičům popsat, jak vypadá a poté jim nabídnout znovu možnost vidění

„Pokud byste se rozhodla své miminko vidět, nemusíte se bát. Bude vypadat, jakoby spinkalo. Obhlédneme vám ho a dáme do peřinky.“

„Miminko má nevyvinutou ručičku, ale nemusíte se obávat, zabalíme vám ho do peřinky, takže uvidíte jen obličej.“

- Podpořte rodiče ve vytvoření si vzpomínky na dítě
- Nabídněte vyfotografování, kartu se jménem, otisk ruky nebo nohy
- Shromážďujte pečlivě tyto upomínky
- Informujte rodičku a její příbuzné, že si vzpomínkové předměty mohou vyzvednout, až na to budou připraveni
- Informujte rodičku ohledně pohřbení dítěte

„Jestli budete mít zájem, je možnost sdělit po porodu fotografii miminka s vlastní popelnicí otisk ručičky, abyste měli nějakou hmotnou památku.“

- Buďte empatiční, klidní, opakujte informace, kolikrát to bude potřeba
- Sdílejte pocity, které žena prožívá
- Na fečnické otázky neodpovídejte
- Buďte ženě na blízku, dejte jí najevo, že není sama
- Ptejte se na jejich obavy
- Vše pečlivě zaznamenávejte do dokumentace, aby se ženy neptalo více lidí na stejnou věc
- Předcházte chybám v komunikaci – označte dveře pokoje (určitým symbolem – stuhou, květinou), aby bylo zřejmé, na kterém pokoji žena leží

Zdroj: Autor, 2018

Příloha D - Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Mrtvý plod v porodní asistenci v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 se souhlasem sledované pacientky.

V Praze dne 3. 4. 2018

Podpis: