

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

**PÉČE O TĚHOTNOU PACIENTKU
S INTRAHEPATÁLNÍ CHOLESTÁZOU Z POHLEDU
PORODNÍ ASISTENTKY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANETA ŠAFRÁNKOVÁ

Praha 2019

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

**PÉČE O TĚHOTNOU PACIENTKU
S INTRAHEPATÁLNÍ CHOLESTÁZOU Z POHLEDU
PORODNÍ ASISTENTKY**

Bakalářská práce

ANETA ŠAFRÁNKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2019



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

ŠAFRÁNKOVÁ Aneta

3APA

Schválení tématu bakalářské práce

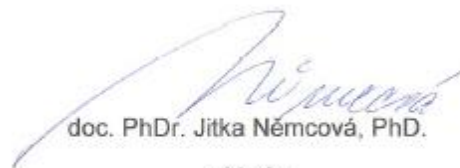
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Péče o těhotnou pacientku s intrahepatální cholestázou z pohledu porodní asistentky

Care for a Patient Suffering from Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy from the Perspective of Midwives

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018



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 titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....
Šafránková Aneta

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD. za cenné rady, vstřícnost a ochotu mi s čímkoli pomoci. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Arne A. Kusynovi, LL. M., Dr. h. c. za veškeré odborné postřehy a podporu při konzultacích.

ABSTRAKT

ŠAFRÁNKOVÁ, Aneta. *Péče o těhotnou pacientku s intrahepatální cholestázou z pohledu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha. 2019. 47 stran

Tématem bakalářské práce je péče o těhotnou pacientku s intrahepatální cholestázou z pohledu porodní asistentky. Teoretická část se zaměřuje na epidemiologii a etiologii onemocnění, následně jsou zde popsány konkrétní symptomy, klasifikace intrahepatální cholestázy, její diagnostika a terapie. První kapitola se také věnuje komplikacím u daného onemocnění. v teoretické části této práce je též nastíněna role porodní asistentky. v praktické části je popsána kazuistika těhotné ženy s intrahepatální cholestázou. Tato kapitola je rozdělena na anamnézu a katamnézu těhotné ženy, analýzu ošetrovatelské péče a zhodnocení. Cílem teoretické části je vyhledat dostupné materiály o intrahepatální cholestáze z českých a zahraničních zdrojů a vypracovat ucelenou práci na vybrané téma. Cíle praktické části jsou zpracování kazuistiky pacientky, která tímto onemocněním trpěla, a také vhodné sepsání doporučení pro praxi. Výsledkem práce má být přehledová studie o těhotenské intrahepatální cholestáze pro bakalářské studijní obory.

Klíčová slova

Hepatóza. Cholestáza. Porodní asistentka. Pruritus. Předčasný porod. Těhotenství. Žlučové kyseliny.

ABSTRACT

ŠAFRÁNKOVÁ, Aneta. *Care for a Patient Suffering from Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy from the Perspective of Midwives*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague. 2019. 47 pages

The topic of this bachelor thesis is the care for a patient suffering from Intrahepatic Cholestasis of pregnancy from the perspective of a midwife. The theoretical part of the work focuses on epidemiology and aetiology of ICP. Subsequently, the particular symptoms, the classification of ICP, its diagnosis and therapy are analysed. The first chapter is dedicated to the complications which can arise in a patient suffering from ICP. Furthermore, the role of the midwife is explained in the theoretical part. The practical part of the thesis describes the casuistry of a pregnant woman who had contracted ICP. This chapter is divided into sections which deal with the anamnesis and catamnesis of the pregnant patient, an analysis of the nursing care and an evaluation. The aim of the theoretical part is to seek the available materials on ICP from Czech, as well as foreign sources, and to devise a comprehensive piece of work on the given topic. The objective of the practical segment is to convey the casuistry of the patient who had suffered from ICP, and to formulate a valuable piece of advice for practice. The main accomplishment of the thesis shall be a synoptic study of ICP for the purposes of bachelor study programmes.

Key words

Bile acids. Hepatosis. Cholestasis. Midwife. Pregnancy. Preterm birth. Pruritus.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ, ZNAČEK A ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 11 |
| 1 INTRAHEPATÁLNÍ CHOLESTÁZA | 14 |
| 1.1 EPIDEMIOLOGIE | 14 |
| 1.2 ETIOLOGIE..... | 15 |
| 1.3 SYMPTOMY | 16 |
| 1.4 KLASIFIKACE | 18 |
| 1.5 DIAGNOSTIKA | 19 |
| 1.6 TERAPIE | 20 |
| 1.7 KOMPLIKACE | 24 |
| 2 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY | 26 |
| 3 KAZUISTIKA ŽENY S INTRAHEPATÁLNÍ CHOLESTÁZOU..... | 29 |
| 3.1 ANAMNÉZA..... | 30 |
| 3.2 KATAMNÉZA..... | 32 |
| 3.3 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | 48 |
| 3.4 ZHODNOCENÍ PÉČE..... | 54 |
| 3.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 55 |
| ZÁVĚR..... | 57 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 58 |
| PŘÍLOHY | |

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ, ZNAČEK A ZKRATEK

| | |
|--------------------|--|
| ALP | alkalická fosfatáza |
| ALT | alaninaminotransferáza |
| amp. | ampule |
| AS | akce srdeční |
| AST | aspartátaminotransferáza |
| BDK | bandáže dolních končetin |
| BPD | biparietální průměr hlavičky |
| bpn | bez patologického nálezu |
| ca | karcinom |
| CAVE | pozor |
| cps. | kapsle |
| CRL | temeno-kostrční délka (crown-rump length) |
| CS | cervix score |
| CTG | kardiotokografie |
| DDS | dolní děložní segment |
| EKG | elektrokardiogram |
| FAC | obvod břicha plodu (fetal abdominal circumference) |
| FF | fyziologické funkce |
| FHR | fetální srdeční frekvence |
| FK | délka stehenní kosti |
| GBS | Streptococcus agalactiae (Group B Streptococcus) |
| GCS | stupnice hloubky bezvědomí (Glasgow coma scale) |
| GGT | gamaglutamyltransferáza |
| grav. hebd. | stáří těhotenství (graviditas hebdom.) |
| gtt. | kapky (guttae) |
| HBsAg | hepatitis B virus |
| i. m. | nitrosvalový (intramuskulární) |
| i. v. | nitrožilní (intravenózní) |
| ICP | intrahepatic cholestasis of pregnancy |
| IUGR | intrauterinní růstová restrikce (retardace) plodu |
| JIP | jednotka intenzivní péče |

| | |
|---------------------|--|
| KO | krevní obraz |
| l. dx. | lat. pravá strana |
| lpt. | laparotomie |
| MTHFR | mutace genu MTHFR, jedná se o enzym, který je důležitou součástí metabolismu kyseliny listové |
| NRS | numerická škála bolesti (numeric rating scale) |
| obj. | objektivně |
| oGTT | orální glukózový toleranční test |
| p. o. | podání ústy (per os) |
| PMK | permanentní močový katétr |
| PPHL | poloha podélná hlavičkou |
| PPKP | poloha podélná koncem pánevním |
| RDS | respiratory distress syndrom, syndrom dechové tísně |
| S. C. | císařský řez (Sectio Caesarea) |
| s. c. | subkutánní (podkožní) |
| St. p. | stav po (status post) |
| subj. | subjektivně, pocitově |
| supp. | suppositorium (čípky) |
| sy. | syndrom |
| TBC | tuberkulóza |
| tbl. | tablety |
| TEN | tromboembolická nemoc |
| TORCH | zkratka toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus, specifické infekce, které mohou nepříznivě ovlivnit vývoj plodu a průběh těhotenství |
| TPHA | sérologický test k vyšetření syfilis |
| UDCA | kyselina ursodeoxycholová |
| UPT | umělé přerušení těhotenství |
| UZ | ultrazvuk, ultrazvukový |
| VF | velká fontanela |
| WHO | světová zdravotnická organizace |
| ŽK | žlučové kyseliny |

(HUGO, VOKURKA 2016), (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Anikterický** bez přítomnosti žloutenky
- Biopsie** vyšetření vzorku živého lidského orgánu nebo tkáně a odběr této tkáně
- Elevace** zvýšení
- Euhydramnion** normální množství plodové vody
- Exkoriace** oděrka, povrchové poškození kůže zasahující jen do pokožky
- Gestační** těhotenský, týkající se těhotenství
- Hyperbilirubinemie** zvýšené množství (koncentrace) bilirubinu v krvi
- Idem** lat. týž, totéž
- Intrauterinní** nitroděložní
- Kredeizace** profylaktické opatření k zabránění vzniku gonokokové infekce očí u novorozenců
- Lochia** očišťky
- Maturace** zrání, vyzrávání
- Menarche** první menstruační krvácení v životě ženy
- Peripartálně** v průběhu porodu
- Prematurita** nedonošenost, nezralost
- Pruritus** lat. svědění
- Remise** vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv samotné nemoci
- Status praesens** lat. přítomný, současný stav, tj. stav pacienta při vyšetření
- Sutura** sešití rány, steh, chirurgický postup uzavírání rány po operaci
- (VOKURKA, HUGO, 2015).

ÚVOD

V této bakalářské práci se budeme zabývat tématem intrahepatální cholestázy těhotných, jejího působení na těhotnou pacientku a pohledem porodní asistentky na toto onemocnění.

Intrahepatální cholestáza těhotných, v anglických zdrojích dohledatelná též pod zkratkou ICP, je považována za nejčastější příčinu zvýšení jaterních testů v graviditě a je nejčastější příčinou těhotenské žloutenky. Jedná se o onemocnění přímo spojené s těhotenstvím. Fait udává, že je definována jako zvýšení hladiny žlučových kyselin obvykle doprovázené i vyšší hladinou jaterních transamináz, při současné nepřítomnosti jiné možné příčiny. Toto onemocnění se vyskytuje ve druhé polovině těhotenství, nejčastěji v posledním trimestru. v České republice komplikuje intrahepatální cholestáza průběh přibližně 1-1,5 % těhotenství (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017).

I přesto, že se jedná o relativně časté onemocnění, z praxe vyplývá, že není pacientkám tolik známé. Jestliže na sobě něco gravidní ženy s tímto onemocněním subjektivně pozorují, tak se jedná se o pruritus, začínající obvykle v oblasti dlaní a plosek nohou, někdy se svědění může rozšířit i na podbřišek, oblast dekoltu nebo jiné části těla.

Dle zkušeností z odborných praxí v perinatologickém centru jsme zvolili dané téma. Zaujalo nás, kolik žen má toto onemocnění v anamnéze, a začali jsme se o něj více zajímat. Jedním z důvodů volby tématu byla skutečnost, že díky intrahepatální cholestáze může docházet k předčasnému porodu, v nejhorším případě intrauterinnímu úmrtí plodu. Právě z tohoto důvodu je zásadní dostat toto onemocnění více do povědomí široké veřejnosti.

Cílem bakalářské práce je vytvořit přehledovou studii s použitím českých i zahraničních zdrojů. Dále se tato bakalářská práce bude snažit mimo jiné také srozumitelně popsat projevy intrahepatální cholestázy a postupy její léčby. Protože je práce psána z pohledu porodní asistentky, zaměřuje se na její roli při péči o těhotnou pacientku. v první části bakalářské práce, teoretické, popisujeme a analyzujeme zvolené téma. v druhé části práce, která je praktická, se zaměřujeme na kazuistiku ženy, která tímto onemocněním trpěla.

Bakalářská práce je určena pro studenty a studentky porodní asistence a má jim přiblížit danou problematiku.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Vyhledat a nastudovat dostupné odborné materiály o intrahepatální cholestáze.

Cíl 2: Vypracovat ucelenou práci na zvolené téma z odborné literatury z pohledu porodní asistentky.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zpracovat kazuistiku pacientky s intrahepatální těhotenskou cholestázou.

Cíl 2: Vhodně sepsat doporučení pro praxi pro těhotné pacientky s intrahepatální cholestázou.

Vstupní literatura:

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-02-3.

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

Popis rešeršní strategie:

Pro rešeršní strategii jsme zvolili dvě metody. První metodou byla zvolena rešerše české a zahraniční literatury, kterou jsme si nechali zpracovat v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., Praha 5. Rešerše čerpala z databází katalogu Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), jednotné informační brány (www.jib.cz), souborného katalogu ČR (<http://sigma.nkp.cz>), databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz) a online katalogu NCO NZO. Druhou metodou rešeršní strategie bylo zvoleno vyhledávání na internetu a v knihovnách.

Jako klíčová slova jsme zvolili těhotenství, hepatóza, cholestáza, pruritus, žlučové kyseliny, předčasný porod a porodní asistentka. v odborné literatuře se hlavně setkáváme s pojmem intrahepatální cholestáza těhotných.

Ve stanoveném rozmezí mezi lety 2008 – 2018 bylo nalezeno celkem 32 záznamů, z toho 2 vysokoškolské práce, 14 knih a 16 článků. Z rešerše bylo použito 19 zdrojů, z toho byly 2 zahraniční. Celkem bylo použito 25 zdrojů. Zdroje, které nebyly použity, nevyhovovaly našim požadavkům.

1 INTRAHEPATÁLNÍ CHOLESTÁZA

V doporučeném postupu je uvedena definice: *Intrahepatální cholestáza v těhotenství (intrahepatic cholestasis of pregnancy, dále také ICP) je definovaná jako pruritus a elevace celkové hladiny žlučových kyselin v krevním séru těhotné nalačno >10 μmol/l. Obvykle je doprovodným příznakem elevace aktivit jaterních aminotranferáz.* (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017, s. 168).

Samotná cholestáza je popisována jako stav, kdy žluč nemůže proniknout do duodena a tento stav vzniká v důsledku patologického procesu kdekoli mezi sinusiodální membránou hepatocytu a Vaterovou papilou. Cholestáza je jedním z nejčastějších projevů jak vrozených, tak získaných jaterních onemocnění (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008).

Intrahepatální cholestáza těhotných je reverzibilní formou cholestázy a vyskytuje se hlavně v těhotenství. U negravidních žen se s ním výjimečně lze setkat s anamnézou intrahepatální cholestázy v graviditě při pozdějším užívání hormonální antikoncepce. Nejčastěji se projevuje ve III. trimestru gravidity (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017), (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008).

V této kapitole se zaměříme na výskyt těhotenské intrahepatální cholestázy v České republice i ve světě, na možné příčiny ICP, formy ICP, její diagnostiku a na léčbu a komplikace související s tímto onemocněním.

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Intrahepatální těhotenská cholestáza je vůbec nejčastější příčinou elevace jaterních testů v těhotenství. Jde o relativně časté cholestatické onemocnění, jež bylo poprvé spatřeno již v roce 1882. Důkladněji byla popsána až v 50. letech 20. století několika skandinávskými lékaři. Celosvětově se intrahepatální cholestáza těhotných nejvíce vyskytuje v Chile a v Bolívii. Incidence těhotenské intrahepatální cholestázy v Evropě se pohybuje od 0,4 do 2,0 %, nejvyšší hodnoty jsou uváděny ve Švédsku, Finsku, Polsku a Portugalsku. v České republice je toto onemocnění komplikací přibližně u 1 % těhotenství (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017), (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008), (PAŘÍZEK, 2012).

Průběh ICP je obvykle anikterický, k hyperbilirubinemii ($< 100 \mu\text{mol/l}$) dochází u 10-25 % pacientek, většinou s odstupem 2-4 týdnů po objevení se pruritu. Ten je často považován za první známku onemocnění, a objevuje se zpravidla mezi 25. a 32. týdnem těhotenství, někdy však i dříve. Může se dokonce objevit i v I. trimestru (PAŘÍZEK, 2012).

K opětovnému výskytu, tzv. rekurenci dochází při následném těhotenství ve 40-70 %. Proto je žádoucí monitorovat jaterní testy u žen, které mají ICP v anamnéze z předchozího těhotenství. Tyto gravidní pacientky mají vyšší výskyt cholelitiázy, cholecystitidy, nealkoholového poškození jater a pankreatu i hepatitidy typu C (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017), (PAŘÍZEK, 2012).

Kokrdová uvádí, že: *Primigravidy s ICP mají ve srovnání se zdravými těhotnými bez cholestázy 2,7násobné riziko vzniku cholesterolových kamenů a výskyt ICP je vyšší mezi pacientkami s cholecystolitiázou* (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008, s. 21).

1.2 ETIOLOGIE

Intrahepatální cholestáza těhotných se etiologicky řadí mezi heterogenní onemocnění a u významného procenta případů se předpokládá podíl dědičných faktorů. Přesto není příčina onemocnění dosud známá (VLKOVÁ, KALOISOVÁ, GERMANOVÁ a kol., 2016). Důležitou roli v patogenezi ICP hrají ženské pohlavní hormony, pro což svědčí výskyt v posledním trimestru těhotenství. Dá se předpokládat souvislost s působením estrogenů a metabolitů progesteronu na jaterní buňku u geneticky predisponovaných osob, které mají poruchy funkce kanalikulárních přenašečů žlučových kyselin (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017), (PAŘÍZEK, 2012), (YAYLA ABIDE, VURAL, et al., 2017).

Fait a kolektiv ve své knize udávají: *Etiologie a patogeneze ICP je multifaktoriální a dosud není plně objasněna. Předpokládá se existence genetické predispozice v podobě mutace některého z genů kódujících transportní proteiny biliární exkrece. Zvýšená hladina estrogenů a progesteronu v průběhu těhotenství poté vede k manifestaci onemocnění u predisponovaných žen* (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017, s. 292).

Pro genetickou etiologii svědčí endemický výskyt onemocnění u chilských a bolivijských indiánů (až 30 %) a ve Švédsku. Uvažuje se o dominantním typu dědičnosti vázaného na X chromozom. v ostatním světě incidence ICP nedosahuje ani 1 %. Svou roli k manifestaci poruchy v graviditě hrají již zmíněné zvýšené hladiny estrogenů a progesteronu, jejichž nejvyšší aktivita je právě ve III. trimestru gravidity. Placentární hormony mají cholestatický efekt. Pro tuto teorii svědčí vyšší incidence lehkých forem onemocnění u vícečetných těhotenství a fakt, že klinické projevy cholestázy mohou být vyvolány i mimo graviditu hormonální antikoncepcí. Předpokládá se snížená aktivita sulfát transferázy (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008), (ROZTOČIL, 2008).

Do určité míry se v patogenezi mohou uplatňovat i vnější faktory jako je například vliv ročního období nebo nedostatek selenu v potravě, avšak tato hypotéza není dosud nijak vědecky podložena (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017).

V zahraničních zdrojích je uvedeno, že má na toto onemocnění vliv i etnický a geografický faktor. Dále se autoři přiklání například k technikám asistované reprodukce, věku matek nad 35 let či virových infekce v těhotenství (BOHILTEA, TURCAN et al., 2017).

1.3 SYMPTOMY

Intrahepatální těhotenská cholestáza má často jediný subjektivní příznak, pruritus. Stává se, že těhotné ženy zpočátku svědění nepřikládají zásadní význam. Považují jej za běžné obtíže spojené s těhotenstvím, věří, že je vše v pořádku, a není nutné za tímto projevem hledat něco vážnějšího. Bohužel pruritus je často jediným subjektivním příznakem tohoto onemocnění. Kůže není typicky postižena, pouze druhotně je možné na svědivých místech nalézt exkoriace. Typicky je lokalizován na dlaních a ploskách nohou, může ale postihnout i jiné partie těla. Jen výjimečně je pruritus generalizovaný. Dalšími příznaky, které ale nemusí být vždy přítomny, jsou zvýšená únava a subikterus. Ten se může projevit přibližně u 10 % pacientek (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017).

Košťálová a kolektiv uvádí, že: *Zpočátku intermitentní, později kontinuální svědění je doprovázeno nauzeou, zvracením, anorexií, únavou, bolestí v epigastriu (...). v těžkých případech se může objevit i deficit vitamínu K* (KOŠŤÁLOVÁ a kol., 2009, str. 24). Pruritus se zhoršuje hlavně v noci, což následně vede k poruchám spánku, dále k celkové nevěli a obtíže mohou dospět až k psychické nepohodě těhotné (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017).

Předpokládá se, že samotný pruritus je centrálního původu, nejspíše způsobený neurotransmisí endogenních opiátů nebo komponenty shodnými se serotoninem. I když klinické příznaky někdy těhotnou velmi výrazně obtěžují, riziko ohrožení zdraví nebo života je zpravidla velmi nízké. Gravidní žena není ohrožena jaterním selháním ani poruchami koagulace. Někteří lékaři přesto poukazují na vyšší riziko větších krevních ztrát při porodu, rozsáhlejší studie tuto hypotézu ovšem nepotvrzují. Výsledky běžných rutinních hemokoagulačních vyšetření nevykazují odchylky od fyziologických hodnot. Za příčinu zvýšených krevních ztrát peripartálně je pravděpodobně odpovědná nižší hladina vitamínu K, a s tím související alterace K-dependentních koagulačních faktorů (ROZTOČIL, 2017).

V některých případech je těhotenská intrahepatální cholestáza doprovázena žloutenkou nebo průjmem. V dalších případech probíhá onemocnění zcela asymptomaticky a na možnou diagnózu upozorní až náhodné zachycení zvýšených hodnot jaterních transamináz. Samotná elevace jaterních testů je však pro stanovení diagnózy nedostačující, je nutné vyšetřit další parametry krve, tj. celkové žlučové kyseliny v krevním séru matky (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017).

Při laboratorních vyšetřeních je potřeba se zaměřit na zvýšení sérových hladin jaterních transamináz, alkalické fosfatázy, bilirubinu a hlavně žlučových kyselin. Díky celkovým výsledkům je možné potvrdit, že v těle gravidní ženy se hromadí žlučové kyseliny bez přítomnosti obstrukce ve žlučových cestách, a tudíž je příčinou daného stavu opravdu těhotenská intrahepatální cholestáza (ROZTOČIL, 2008).

Vlková a kolektiv uvádí ve své studii, že gravidní ženy s ICP měly v krvi zvýšené hodnoty fetální DNA, pravděpodobně kvůli jaternímu poškození plodu (VLKOVÁ, KALOUSOVÁ, GERMANOVÁ a kol., 2016).

1.4 KLASIFIKACE

Intrahepatální cholestáza těhotných se klasifikuje dle závažnosti do tří forem – lehké, střední a těžké formy. U první zmíněné, lehké formy, nepřesahují transaminázy při vyšetření jaterních testů 3 $\mu\text{kat/l}$, alkalická fosfatáza je zvýšena proti normě trojnásobně a také jsou lehce zvýšeny žlučové kyseliny (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Tato forma onemocnění je v České republice nejčastější, většinou se objevuje a je diagnostikována po 38. gestačním týdnu těhotenství nebo náhodně těsně před termínem porodu. Nevyžaduje žádnou speciální léčbu, protože byla překročena hranice donošenosti plodu, tj. překročení 38. gestačního týdne, a tudíž je těhotenství dále šetrně směřováno k porodu. Pokud se lehké příznaky intrahepatální těhotenské cholestázy manifestují dříve, je zahájena léčba, jejímž cílem je dosažení bezpečné maturity plodu. Těhotná je ponechána v ambulantní péči, vyšetření jaterních transamináz (ALT, AST, GGT, ALP), bilirubinu a celkových žlučových kyselin kontrolujeme laboratorně jednou týdně. Pacientce je doporučena pracovní neschopnost a klidový režim (ROZTOČIL, 2008). Dříve byla pacientkám doporučována přísná jaterní šetřící dieta, avšak z nejnovějšího doporučeného postupu z roku 2017 vyplývá, že není nezbytně nutná (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017).

U středně těžké a těžké formy ICP sérové hodnoty jaterních transamináz přesahují 3 $\mu\text{kat/l}$ a v séru jsou výrazně zvýšeny hodnoty žlučových kyselin. v těchto případech už je hospitalizace nezbytná. Pacientka je překládána do perinatologického centra na jednotku intenzivní předporodní péče. Jde-li o těhotenství starší 36. gestačního týdne, je indikováno ukončení těhotenství. Způsob ukončení závisí na těhotenském nálezů a stavu plodu. Jedná-li se o prematuritu, zahajuje se intenzivní terapii (BINDER, 2014), (ROZTOČIL, 2008).

Je-li diagnostikována velmi těžká forma onemocnění, kdy hodnoty transamináz překročí 15 $\mu\text{kat/l}$, a i přes zavedenou terapii dochází ke zhoršení stavu, těhotenství je nutné ihned ukončit bez ohledu na stáří plodu. V případě závažné formy ICP riziko komplikací pro plod stoupá s délkou trvání těhotenství a zvyšuje se také po nástupu děložní činnosti. Jestliže lékař včas nezasáhne, výrazně stoupá také riziko náhlého intrauterinního úmrtí plodu (MAREŠOVÁ, 2014), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017), (ROZTOČIL, 2008).

1.5 DIAGNOSTIKA

Intrahepatální cholestáza těhotných se dá diagnostikovat na základě klinických projevů, jako je pruritus, v některých případech se po určité době dostavuje subikterus sklér a sliznic, tmavá moč a světlá stolice (PAŘÍZEK, 2012). U těchto gravidních žen je nutné vyloučit onemocnění a případné alergické reakce kůže (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008). Pomocí diferenciální diagnostiky je potřeba vyloučit extrahepatální příčiny pruritu, např. diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, nefropatie či nežádoucí účinky různých léčiv (KOŠŤÁLOVÁ a kol., 2009).

Jedním z nejdůležitějších prvků diagnostiky před rozhodnutím o zahájení léčby u matky je monitorace žlučových kyselin v jejím krevním séru. Pro potvrzení diagnózy ICP je nejcitlivější metodou vyšetření sérové hladiny právě žlučových kyselin. Jako bezpečná sérová hladina žlučových kyselin pro další pokračování těhotenství se uvádí hodnota do 40 $\mu\text{mol/l}$. Koncentrace žlučových kyselin vyšší než 40 $\mu\text{mol/l}$ výrazně zvyšuje nebezpečí pro plod (PAŘÍZEK, 2012).

Při hemokoagulačním vyšetření bývá někdy prodloužen protrombinový čas. Pokud se provede biopsie jater, je zjištěna centrolobulární cholestáza a žlučové tromby v centrálních a periferních žlučových kanálcích. Žlučové kyseliny, hlavně kyselina deoxycholová a cholová, jsou v séru desetinásobně zvýšeny, ukládají se do kůže a způsobují extrémní pruritus. V průběhu diagnostiky je laboratoř kontrolována v týdenních až 14ti denních intervalech a efekt léčby je posuzován podle dynamiky celkové hladiny žlučových kyselin a jaterních transamináz. Je nutné dbát na to, že při léčbě kyselinou ursodeoxycholovou se může zvýšit koncentrace celkových žlučových kyselin v krevním séru (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017).

Dalším velmi důležitým prvkem diagnostiky je kardiokografická monitorace plodu. V diagnostice stavu plodu je používán non stress test nebo oxytocinový zátěžový test. U lehčích forem onemocnění, kdy je pacientka z vlastní vůle hospitalizována, stačí CTG pouze 1x denně, u těžkých forem i vícekrát denně (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017).

Nezbytné je také monitorování stavu plodu sonograficky včetně flowmetrie. Ultrazvukové kontroly u lehké formy onemocnění stačí 1x za dva týdny. U závažnější formy je to interval jednoho týdne. Při chronické hypoxii plodu nebo intrauterinní růstové retardaci (IUGR) je potřeba ukončit těhotenství předčasně buď indukci, nebo císařským řezem. Indikací je vždy enormní vzestup žlučových kyselin, který se dnes považuje za hlavní příčinu intrauterinního úmrtí plodu. U plodů, jejichž matky trpí ICP, se objevují zvýšené hladiny žlučových kyselin v plodové vodě i odebrané pupečnickové krvi. Tyto výsledky svědčí o zvýšeném transportu žlučových kyselin přes placentární bariéru (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017).

Při včasném ukončení těhotenství onemocnění, jak v případě matky, tak v případě plodu, velmi rychle mizí. Již první či druhý den po porodu lze pozorovat ústup příznaků ICP a parametry jaterních funkcí se postupně navrací k fyziologickým hodnotám (FARTÁKOVÁ, ŠIMJÁK, VÍTEK a kol., 2013).

Doporučený postup také uvádí, že: *V případě, že pracoviště nemá možnost rutinně vyšetřovat hladiny žlučových kyselin a existuje reálné podezření na ICP (pruritus, elevace jaterních transamináz v krvi v druhé polovině těhotenství), mělo by těhotnou odeslat k vyšetření nebo hospitalizaci na pracoviště, které stanovením žlučových kyselin disponuje* (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017, s. 169).

1.6 TERAPIE

I léčba tohoto jaterního onemocnění měla v průběhu let svůj vývoj. Dříve se používaly k terapii různé hepatoprotektivní látky, které ale bohužel neměly vliv na samotnou podstatu onemocnění, a tak nedosáhly výraznějšího léčebného efektu (sylimarin, fosfatidy). Například cholestyramin byl v minulosti často užíván, jelikož umí navázat žlučové kyseliny a zvyšuje tak jejich exkreci střevem. Fenobarbital pro změnu působí na mikrozomální enzymy, které snižují hladinu žlučových kyselin. Zvýšenou hladinu žlučových kyselin ovlivňuje také dexametazon, který zároveň snižuje placentární tvorbu estrogenů a tím nepřímo snižuje hladinu žlučových kyselin. Vitamin K je pro změnu potřebný k syntéze koagulačních faktorů II, VII, IX a X (ROZTOČIL, 2008), (VACHEK a kol., 2013).

V současné terapii se uplatňují infuze glukózy a hepatika. Jedním ze známých a používaných léků je Essentiale forte. Jedná se o lék, který obsahuje nenasycené mastné kyseliny (linolovou, linoleovou), jež ovlivňují funkci buněčných membrán. Dále se používá například Lipovitan, jenž je polyvitaminový preparát obsahující cholin a metionin, který brání steatóze jater. Antihistaminika (Dithiaden) zase snižují vnímání úporného svědění. V případě, že pruritus neustupuje a zhoršují se hodnoty jaterních testů, je v některých případech nutné zahájit léčbu právě kortikosteroidy (dexametazon, prednison). Dle doporučeného postupu je podávání hepatoprotektiv zbytečné, protože ICP neovlivňují a jaterní selhání nehrozí (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017).

Stanovisko, na kterém se většina autorů i doporučený postup shodují, je, že kyselina ursodeoxycholová (UDCA) je v současnosti jediným prokázaným efektivním léčebným prostředkem (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017). V doporučeném postupu se píše: *Podávání UDCA v II. a III. trimestru těhotenství je na základě všech doposud publikovaných prací považováno za bezpečné, jakkoli toto není dosud reflektováno v souhrnu údajů o léčivých přípravcích (SPC) dostupných na českém trhu. S-adenosyl-L-metionin (dále také SAME) je možné k léčbě UDCA přidat. Oba léky působí synergicky.* (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017, s. 169).

Obě tyto látky, UDCA a SAME, snižují negativní vliv estradiolu na motilitu žluči a zároveň zvyšují produkci sulfátů nezbytných k detoxikaci žlučových kyselin. Snižují také hladiny sérových transamináz a ovlivňují svědění (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Dalším pozitivem pro léčbu těmito látkami je skutečnost, že obě látky se vyznačují velmi nízkou toxicitou a tudíž nejsou pro těhotnou a plod tolik škodlivé (BINDER, 2011).

Exaktní mechanismus účinku SAME zatím není přesně známý a pouze monoterapie tímto lékem není doporučena. U závažnějších forem ICP léčba SAME selhává (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017), (ROZTOČIL, 2008).

UDCA je v současné době považována za nejúčinnější látku v léčbě ICP. Tato látka byla zkoumána již od roku 1991 (PAŘÍZEK, SIMJÁK, ČERNÝ a kol., 2016). V průběhu studií bylo prokázáno, že UDCA dokáže příznivě ovlivnit hladiny žlučových kyselin a pruritus. Jedná se o přirozeně se vyskytující hydrofilní žlučovou kyselinu, která nahrazuje v poolu žlučových kyselin litotvorné kyseliny, jež jsou více cytotoxické membránám jaterních buněk. UDCA snižuje zpětnou resorpci kyseliny cholové a chenodeoxycholové ve střevě a společně s tím snižuje jejich hladiny v séru nemocné (FARTÁKOVÁ, ŠIMJÁK, VÍTEK a kol., 2013), (ROZTOČIL, 2008). Během dlouhodobé studie, trvající 12 let, bylo prokázáno, že UDCA nezanechává žádné nežádoucí účinky na účastnících výzkumu (PAŘÍZEK, SIMJÁK, ČERNÝ a kol., 2016).

Ke stejnému názoru jako Binder a Roztočil se přiklání i Fait. Ten uvádí, že lékem první volby v současné léčbě je jednoznačně ursodeoxycholová kyselina. Zmiňuje, že UDCA inhibuje reabsorpci endogenních žlučových kyselin a následně stimuluje jejich exkreci. Shoduje se v tvrzení, že užívání tohoto preparátu snižuje intenzitu pruritu, vede k úpravě hladin sérových transamináz a snižuje hladiny žlučových kyselin. Tato látka také snižuje incidenci fetálních komplikací a její užívání v těhotenství je bezpečné pro matku i plod (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017).

Ursodeoxycholová kyselina se podává perorálně v denní dávce 10-20 mg/kg, v praxi to znamená užívání 1 tablety Ursosanu 2-3x denně. Dle doporučeného postupu je dávkování UDCA u lehké formy ICP 2×250 mg/24 hod. p. o. U závažné formy je podávána vyšší dávka UDCA, 3×250 mg/24 hod. až 3×500 mg/24 hod (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017). V závažných případech je možné dočasně podávat až 6 tablet denně.

S-adenosyl-1-methionin je ubikvitní molekula podílející se na řadě důležitých biologických dějů. V játrech reguluje fluiditu buněčných membrán methyloací membránových fosfolipidů. Dále je potřebná pro syntézu látek, které se účastní detoxikačních procesů, zejména glutathionu. Kombinované užívání spolu s Ursosanem vede k rychlejší úpravě biochemických parametrů (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017).

Užívání S-adenosyl-1-methioninu není spojeno s nepříznivými účinky na matku nebo plod. V případě těžkého průběhu intrahepatální cholestázy v těhotenství se doporučuje podávání přípravku Transmetil v dávce 500-1000 mg denně intravenózně nebo intramuskulárně. V případě úpravy biochemických markerů je možný přechod na perorální terapii. SAME se podává v dávce 2×500 mg/24 hodin p. o., i. v. forma dnes v České republice není k dispozici (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017).

Zejména u pacientek s prokázanou mutací MTHFR je vhodné terapii S-adenosyl-1-methioninem doplnit o podávání vitamínu B12 a folátů. Tyto složky výživy jsou nezbytně nutné k působení S-adenosyl-1-methioninu a metabolismu (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017).

Roztočil dodává, že léčebně je možno přidat k UDCA a SAME 10% glukózu (CAVE na možnou hypoglykémii novorozence po porodu) ve velmi pomalé infuzi, případně nutramin C. Laboratorní kontroly jsou opakovány podle dynamiky vývoje onemocnění, nejméně však dvakrát týdně. Ve většině případů se daří touto léčbou výrazně snížit hodnoty sérových transamináz i žlučových kyselin a dosáhnout rychle subjektivní úlevy těhotné. Zvýší-li se tímto léčebným postupem i bezpečnost pro samotný plod, není zatím dostatečně doloženo. Výsledky jsou však v této oblasti velmi povzbudivé. Roztočil udává, že ve svém souboru 45 těžkých ICP, které takto léčil, nedošlo k žádnému perinatálnímu úmrtí (ROZTOČIL, 2008).

Pokud se objeví známky hrozícího předčasného porodu, v žádném případě se porod netlumí. Symptomy intrauterinního ohrožení plodu jsou jasnou indikací k ukončení těhotenství. Takovou indikací je amnioskopický průkaz zkalené plodové vody, patologická křivka CTG, patologická UZ flowmetrie nebo známky IUGR (ROZTOČIL, 2017).

Není-li dostatečná odezva na léčbu do 1-2 týdnů a hodnoty transamináz neklesají pod 8 μ kat/l a společně s tím přetrvávají vysoké hladiny žlučových kyselin, je lépe těhotenství ukončit, bez ohledu na maturitu plodu (ROZTOČIL, 2008).

Pokud je terapie úspěšná, a to i v případech, kdy dosáhneme úplné remise, je doporučeno indukovat porod po 36. gestačním týdnu s ohledem na vývoj onemocnění a stav plodu. Indukce porodu bývají většinou úspěšné. Porod je indukován podle vaginálního nálezu buď klasicky, nebo prostaglandiny. Odezva na podané prostaglandiny bývá velmi dobrá a porod probíhá poměrně rychle a nekomplikovaně (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017), (ROZTOČIL, 2008).

Nelze-li porod indukovat pro nepříznivý vaginální nález a je nutno provést císařský řez, je s výhodou operovat v epidurální nebo spinální anestezii. Stupeň poškození jater by tak měl být zohledněn při volbě anestezie. Po porodu dochází k rychlému ústupu obtíží a normalizaci laboratorních nálezů. (BINDER, 2011), (ROZTOČIL, 2008).

1.7 KOMPLIKACE

Intrahepatální cholestáza v těhotenství sice gravidní ženu může v některých případech velmi obtěžovat, pro plod ovšem může mít až fatální následky. Ženě obvykle nehrozí jaterní selhání ani poruchy krevní srážlivosti. Naopak míra ohrožení plodu ve srovnání s matkou je mnohem vyšší. V doporučeném postupu se uvádí: *Konjugované žlučové kyseliny procházejí placentární bariérou a působí na plod toxicky. Rizika pro plod jsou přímo úměrná výši hladiny celkových žlučových kyselin.(...) Plod je ohrožen aspirací mekonia, předčasným porodem a syndromem respirační tísně a náhlou smrtí v důsledku arytmogenního účinku žlučových kyselin, které přestupují přes placentární bariéru* (KOLEKTIV AUTORŮ, 2017, s. 168-169).

Riziko jakýchkoliv fetálních komplikací včetně nitroděložního úmrtí plodu je značně vyšší u závažné intrahepatální těhotenské cholestázy, kdy je hladina celkových žlučových kyselin $\geq 40 \mu\text{mol/l}$. Žlučové kyseliny zvyšují citlivost myometria na oxytocin a tak zvyšují riziko předčasného porodu. Ve snaze předejít fetálním komplikacím je často preferována indukce porodu po 37. týdnu těhotenství. Důvodem je, že současné možnosti antepartálního sledování plodu nedovolují předpovídat hrozící komplikace, a většina náhlých intrauterinních úmrtí nastává po 36. týdnu těhotenství (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017).

Preventivní indukce porodu ve 37. týdnu těhotenství s sebou však přináší nezanedbatelné riziko vývoje RDS. Alternativou u lehkých forem je expektační postup s pečlivou monitorací stavu plodu za účelem oddálit porod alespoň do 39. týdne. Jeho použití je opodstatněné zejména v případech, kdy hladina celkových žlučových kyselin je $< 40 \mu\text{mol/l}$, jaterní transaminázy dobře reagují na farmakologickou léčbu a nepřevyšují hodnoty $8 \mu\text{mol/l}$. V případě těžkého průběhu, kdy nemoc nereaguje na medikamentózní terapii, je nutné ukončení těhotenství bez ohledu na délku gravidity tam, kde riziko fetálních komplikací převažuje nad riziky plynoucími z prematurity (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA a kol., 2017).

Binder a Roztočil uvádí, že perinatální úmrtnost se u neléčených případů pohybuje okolo 8 %, ve většině případů se jedná o náhlé intrauterinní úmrtí plodu. Předčasný porod se dá očekávat až ve 35 % případů, intrauterinní růstová retardace plodu v 15-20 % případů. Příčiny nejsou zcela známy, ale dá se předpokládat, že na vině jsou hlavně toxické žlučové kyseliny (cholová a deoxycholová). Tyto kyseliny volně prochází placentární bariérou a hromadí se v plodové vodě, působí na myokard plodu a mohou být příčinou náhle vzniklé srdeční arytmie až zástavy srdce plodu. Mimo to zvyšují motilitu střeva, což vede k odchodu smolky a zkalené plodové vody. Intrapartální aspirace takto zkalené plodové vody ohrožuje plod bezprostředně na životě. Žlučové kyseliny zvyšují citlivost myometria na oxytocin a tím pádem zvyšují riziko předčasného porodu (BINDER, 2011), (ROZTOČIL, 2008).

2 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY

Dle mezinárodní definice WHO, současného znění z roku 2005 *je porodní asistentka uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci* (DEFINICE, 2019).

Porodní asistentka je tedy osobou, která by měla být těhotné ženě vždy nablízku, získat si její důvěru a navodit pocit bezpečí. Její úlohou je jak komunikace s těhotnou ženou, informování o jejím stavu, podpora, edukace a zodpovídání jejích dotazů, tak i komunikace s lékařem a spolupráce na léčbě, získávání anamnézy a vyhodnocování rizik (SLEZÁKOVÁ, ANDRÉSOVÁ, KADUCHOVÁ a kol., 2017).

Při prvním kontaktu s příchozí pacientkou sepisuje porodní asistentka anamnézu. Zjišťuje identifikační údaje o pacientce, údaje o nynějším onemocnění, zajímá se o její osobní, rodinnou, farmakologickou, alergickou, gynekologickou, porodnickou, pracovní a sociální anamnézu. Ač je pokládání otázek v této oblasti někdy choulostivé, je nutné, aby se porodní asistentka zeptala i na abúzy pacientky, ať už se jedná o alkohol či návykové látky. Vzhledem k tomu, že se jedná o gravidní pacientku, porodní asistentka se také zajímá, zda je plod zdravý, či má nějaké onemocnění, a jak se případně dané onemocnění projevuje.

Co se týče dalších postupů při léčbě a fyzikálním vyšetření, porodní asistentka může dle svých kompetencí monitorovat fyziologické funkce, provádět CTG záznamy plodu pro včasný záchyt případně vzniklé hypoxie a pokud je třeba, zajistit hospitalizaci na příslušném oddělení, například na oddělení rizikového těhotenství či porodním sále (DUŠKOVÁ, MAREČKOVÁ, 2009).

U těhotné je také důležité zjištění výšky děložního fundu, její celkovou hmotnost a provést orientačně vyšetření moči. Porodní asistentka se nesmí zapomenout zeptat na krvácení, případný odtok plodové vody, a zda pacientka dobře cítí pohyby plodu. Při případné hospitalizaci gravidní ženy má porodní asistentka na starosti péči o danou těhotnou. Je pacientce oporou, konzultuje s ní případné obtíže a podává konkrétní léky dle dekurzu lékaře (DUŠKOVÁ, MAREČKOVÁ, 2009).

Ošetrovatelské diagnózy u intrahepatální cholestázy se obvykle zaměřují jak na gravidní ženu, tak na plod. K interpretaci ošetrovatelských diagnóz porodní asistentka používá systém NANDA – international. Zde zjistí diagnostické prvky charakteristické pro každý ošetrovatelský problém, jeho název a příslušný mezinárodní číselný kód. Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které se mohou u intrahepatální cholestázy vyskytnout, patří například: zhoršený komfort – 00214, riziko narušené integrity kůže – 00047, strach – 00148, únava – 00093 či nedostatečné znalosti – 00126. v rámci samotného těhotenství se mohou vyskytnout diagnózy jako například zácpa – 00011, úzkost – 00146, či nauzea – 00134. Při hospitalizaci pacientky na oddělení se mohou použít další diagnózy např. riziko infekce 00004 či diagnózy související s porodem – porodní bolest – 00256 nebo akutní bolest 00132 (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Do příslušné dokumentace gravidní ženy jsou zapisovány dané ošetrovatelské diagnózy s přiděleným číselným kódem a určující symptomy včetně souvisejících faktorů. U možných diagnóz je zapisována ošetrovatelská diagnóza s číselným kódem a rizikové faktory. (DUŠKOVÁ, MAREČKOVÁ, 2009).

Dle toho, jaké zjistíme u ženy konkrétní ošetrovatelské problémy nebo rizika, upravujeme průběžně ošetrovatelskou péči. Úlohou porodní asistentky je do péče zařazovat příslušné intervence a úkony, které buďto zmírní příznaky těhotné nebo vedou k jejich úplnému vymizení. Porodní asistentka provádí všechny úkony tak, aby nepřesahovaly její kompetence dané legislativou. Zároveň je plně zodpovědná za ošetrovatelskou péči o gravidní ženu a za obsah plánu péče.

Mezi důležité prvky péče o ženu trpící tímto onemocněním patří dle závažnosti návštěva ambulance v intervalech stanovených lékařem, případná hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství. Poloha a pohybový režim ženy jsou bez omezení, stanoví se klidový režim s důrazem na odpočinek a kvalitní spánek. Dle závažnosti nemoci je nutné sledovat bilanci tekutin. Porodní asistentka může poučit ženu v oblasti hygieny a péči o sebe, zároveň vzdělává nejen samotnou gravidní ženu, ale i její blízké (DUŠKOVÁ, MAREČKOVÁ, 2009).

3 KAZUISTIKA ŽENY S INTRAHEPATÁLNÍ CHOLESTÁZOU

Následující kazuistika popisuje pacientku, která byla léčena s intrahepatální cholestázou a porodila císařským řezem. Žena byla požádána o souhlas s využitím informací a zpracováním dostupných údajů pro účely této bakalářské práce. Veškeré údaje jsou anonymní v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Identifikační údaje a název zdravotnického zařízení neuvádíme z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

ZÁKLADNÍ ÚDAJE:

| | |
|---|--------------------------------|
| Datum narození: 1986 | Věk: 32 |
| Adresa trvalého bydliště: Český Brod | |
| Kontakt na osobu, které lze podat informace: otec dítěte | |
| Národnost: česká | Komunikační bariera: ne |
| Státní příslušnost: ČR | Stav: vdaná |
| Vzdělání: vysokoškolské | Zaměstnání: učitelka ZŠ |
| Datum přijetí: 31. 12. 2018 | Typ přijetí: plánovaný |

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

Pacientka přichází k přijetí na oddělení rizikového těhotenství a ukončení gravidity per S. C.

Medicínské diagnózy hlavní:

Z358 – Dohled nad jinými vysoce rizikovými těhotenstvími, O266 – Poruchy jater v těhotenství, při porodu a v šestinedělí

Medicínská diagnóza vedlejší: O342 – Péče o matku pro jizvu dělohy po předcházející operaci

3.1 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: karcinom cervixu

Otec: zdrav

Sourozenci: sestra - Downův syndrom

Dědeček: karcinom prostaty, na který v 66 letech zemřel

Děti: 2015 – hoch, zdrav

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: běžné dětské nemoci, TBC a TEN nejuje, borelióza ve 12. letech, hypofunkce štítné žlázy, 2007 pyelonefritis l. dx., nyní intrahepatální cholestáza

Hospitalizace a operace: 1997 tonsilektomie, 2008 hemithyreoidectomie l. dx., 2015 S. C.

Úrazy: nejuje

Transfuze: nejuje

Dieta: nemá

Léková anamnéza

- Letrox 100 ug tbl. p. o. 1-0-0 pro léčbu hypofunkce štítné žlázy

Alergologická anamnéza: Gentamicin – otok končetiny v místě aplikace i. v., jinou lékovou nejuje

Abúzy: drogy nikdy neužívala, v těhotenství nepila alkohol ani kávu, nekouřila, před těhotenstvím pila tři kávy denně, alkohol příležitostně, nekouřila

Sociální anamnéza: vdaná, bydlí s manželem a synem v rodinném domě

Pracovní anamnéza: vysokoškolské vzdělání, pracuje jako učitelka na základní škole

Spirituální anamnéza: neudává

Gynekologická anamnéza:

Menarché: v 13 letech

Cyklus: pravidelný po 28 dnech, trvající 5 dní

Poslední menstruace: 17. 3. 2018

Hormonální antikoncepce: nebrala nikdy

Herpes genitalis: neguje

Samovyšetření prsou: provádí sama doma 1x měsíčně dle edukace gynekologa

Na gynekologii dosud neléčena.

Porodnická anamnéza:

Porody: 1

Předchozí těhotenství: 2015 S. C. pro preeklampsii a PPKP v 36+4, hoch 2 400 g, kojila 3 týdny

UPT: 0

ABT: 0

Mimoděložní těhotenství: 0

Průběh nynějšího těhotenství:

| | |
|---|------------------------------|
| Počet návštěv v prenatalní poradně: 6 | GBS: negativní |
| Krevní skupina: B negativní | TPHA: negativní 12. 7. 2018 |
| Interní vyšetření - EKG: bez patologického nálezu | HBsAg: negativní 12. 7. 2018 |
| Amniocentéza: ne | TORCH: negativní 12. 7. 2018 |
| oGTT: 26. 9. 2018 – 4,8 ... 7,3 ... 6,4 | HIV: negativní 12. 7. 2018 |

3.2 KATAMNÉZA

32letá pacientka přichází dne 21. 6. 2018 ke svému gynekologovi s pozitivním těhotenským testem. Poslední menstruaci udává 17. 3. 2018. Subjektivně se cítí dobře, jen ji trápí ranní nauzea a je více unavená. Byl proveden UZ s následujícím nálezem: *V dutině děložní 1 vitální embryo o velikost CRL 42 mm, AS+, odpovídá gestačnímu stáří 10+5.* Při vaginálním vyšetření je vše v normě. Pacientce je založena těhotenská průkazka, změřen krevní tlak 121/73, puls 78', váha 76,8 kg a je vystavena žádanka na kontrolní krevní odběry. Předběžný termín porodu je určen na 12. 1. 2019 dle ultrazvukového vyšetření. Průběh nynějšího těhotenství je II/I, gravidita spontánní. Pacientka je na 4. 7. 2018 odeslána na I. trimestrální screening a objednána na další kontrolu.

Výsledky kombinovaného screeningu v I. trimestru ze 4. 7. 2018:

Předpokládaný termín porodu: 12. 1. 2019

Gestační věk v den provedení UZ: 12+4

CRL: 63 mm

Počet plodů: 1

FHR: 162/min.

Riziko Downův sy., Patauův sy., Edwardsův sy.: nízké

Riziko časná a pozdní preeklampsie: není zvýšeno

Poloha: labilní

Placenta: zadní stěna

Množství plodové vody: normální

Pacientka se dostavila 12. 7. 2018 na gynekologii na kontrolu. Všechny hodnoty z odběru krve z 21. 6. 2018 byly v normě. Výsledek krevní skupiny je B Rh negativní, krevní obraz je v normě, nepřímý Coombsův test na protilátky je negativní. TPHA, HBsAg, HIV jsou též negativní. Při kontrole u gynekologa je tento den dle CRL 13+5. Pacientka se subjektivně cítí dobře, pociťuje únavu a občasné ranní nevolnosti. Krevní tlak je v normě 115/70, puls 79', moč je na bílkoviny, erytrocyty a sediment negativní, otoky nemá, váha 77,6 kg. Vaginální vyšetření vše v normě, cervix score 0.

Pacientka přichází 20. 8. 2018 na gynekologickou kontrolu. Gestační stáří je podle I. trimestrálního screeningu 19+2. Cítí se dobře, ranní nevolnosti přetrvávají, únava pomalu ustupuje, přidává se občasné nechutenství. Hodnota krevního tlaku je v normě 115/70, puls 78', vyšetření moči je negativní, otoky nejsou, váha je 78 kg. Vaginální vyšetření je v normě, cervix score 0, ozvy plodu měřeny pomocí UZ 161/min. Pacientka je objednána na další kontrolu a na II. trimestrální screening mezi 20. a 22. týdnem těhotenství.

Výsledky UZ screeningu ve II. trimestru z 27. 8. 2018:

Stáří těhotenství v den provedení UZ dle CRL: 20+2

Předpokládaný termín porodu: 12. 1. 2019

Poloha: labilní

Množství plodové vody: normální

Placenta: zadní stěna

Zobrazení neurokrania, obličejové části lebky, páteře, srdce, žaludku, močového měchýře, ledvin: vše bez patologického nálezu

Závěr: normální nález bez patologií

Dále bylo 27. 8. 2018 provedeno vyšetření internistou včetně kontrolního EKG. Krevní tlak 100/75, puls 84', dolní končetiny bez otoků, dýchání povrchové, čisté, sklípkové, akce srdeční pravidelná, EKG bez patologického nálezu.

Pacientka přichází 19. 9. 2018 ke svému gynekologovi na pravidelnou kontrolu. Gestační stáří je toho času 23+4. Subjektivně se cítí dobře, občas cítí mírnou nauzeu, ale v menší míře než v předchozím trimestru. Hodnota krevního tlaku je 125/70, puls 84'. Vyšetření moči je negativní, otoky nemá, váha je 79,8 kg. Ozvy plodu změřeny pomocí UZ 148/min. Při vaginálním vyšetření je vše v normě, cervix score 0. Dne 26. 9. 2018 se má dostavit na orální glukózový toleranční test - oGTT, a kontrolní krevní odběry.

Výsledky odběru krve z 26. 9. 2018, toho času je gestační stáří 24+4:

oGTT v normě: 1. odběr 4,8 mmol/l, 2. odběr 7,3 mmol/l, 3. odběr 6,4 mmol/l

Krevní obraz: vše v normě

Protilátky: negativní

TPHA: negativní

Následující návštěva u gynekologa probíhá dne 17. 10. 2018. Gestační stáří plodu je 27+4. Subjektivně se cítí dobře, pouze udává opakující se svědění na dlaních rukou, které trvá 2 dny. V noci spala dobře. Krevní tlak změřen 125/80, puls 79'. Kontrolní vyšetření moči je negativní, otoky jsou mírné na obou dolních končetinách, váha 81,8 kg. Ozvy plodu změřeny pomocí UZ 153/min. Vaginální vyšetření v normě, cervix score 0, pohyby plodu cítí. Pro svědění a kvůli vývoji předchozího těhotenství – st. p. S. C. pro preeklampsii a PPKP je pacientka preventivně odeslána gynekologem na kontrolu dne 25. 10. 2018 do rizikové prenatální poradny perinatologického centra.

Pacientka přichází 25. 10. 2018 poprvé do prenatální poradny pro rizikové těhotenství do perinatologického centra v Praze. Při první návštěvě je ve 28+5 týdnu gravidity dle CRL stanoveného ultrazvukovým vyšetřením. Při vstupním vyšetření jí byl porodní asistentkou naměřený tlak 125/80, váha 83kg. Vyšetřená moč byla negativní na bílkovinu, otoky pacientka neudává. V poradně byl natočen kardiokografický záznam, který lékař vyhodnotil jako fyziologický. Subjektivně je pacientka kromě mírného svědění bez obtíží, kontrakce a krvácení neudává. Pohyby plodu cítí pravidelně. Objektivně pacientka nekrvácí, plodová voda neodtekla. Děloha je ve výšce F4/P, normotonická. Srdeční akce plodu přítomna (145'), otoky 0. Vaginálně je cervix score hodnoceno 0 body, DDS palpačně nebolestivý. Hrdlo sakrálně, polotuhé, uzavřené, 2 cm, hlavička plodu balotuje nad vchodem. Lékařem byla podána jednorázová profylaxe anti-D imunoglobulinem – Igamad 250 µg i. m. kvůli negativnímu Rh faktoru. Pacientka byla odeslána na III. trimestrální screening dne 6. 11. 2018.

Výsledky UZ screeningu ve III. trimestru z 6. 11. 2018:

Stáří těhotenství dle UZ: 30+3

Nález: 1 vitální plod, AS+

FHR: 145/min.

Poloha: podélná hlavou post II

Placenta: zadní stěna

Množství plodové vody: normální

Odhad váhy plodu: 1564 g

Kontrola mozku a jeho struktur, srdce, žaludku, ledvin, močového měchýře, skeletu: bez patologického nálezu

Na následující kontrolu pacientka přišla dne 15. 11. 2018. Gestační stáří plodu je 31+5. Krevní tlak je 135/85, puls 77', váha je 85,3 kg. Kontrolní vyšetření moči je negativní, otoky nejsou přítomny. Subjektivně se cítí dobře, pouze udává nepříjemný opakující se pruritus na dlaních rukou cca týden. Pohyby plodu cítí, kontrakce nemá, nekrvácí. V noci spala dobře. Ozvy plodu změřeny pomocí UZ 142/min. Vaginální vyšetření v normě, cervix score 1, děloha normotonická, dolní děložní segment není bolestivý. Lékař dnes doporučuje odběr žlučových kyselin, jaterní testy a krevní obraz a další postup bude zvolen dle výsledků žlučových kyselin.

Dne 19. 11. 2018 přichází pacientka v gestačním stáří 32+2 kvůli výsledkům. Krevní tlak je 132/84. Žlučové kyseliny mají hodnotu 17 $\mu\text{mol/l}$ – závěrem je intrahepatální cholestáza, jaterní testy v normě, ostatní hodnoty laboratorních vyšetření jsou uspokojivé. Subjektivně beze změny od minulé kontroly, pruritus, pohyby plodu cítí, kontrakce nemá, nekrvácí, voda plodová zachovalá. Objektivně je děloha normotonická, PPHL, natočen CTG záznam, který je hodnocen jako fyziologický. Dnes byla UZ kontrola, hodnoty jsou zcela v normě. Lékař doporučuje zahájit terapii hepatopatie, kontrola a odběr žlučových kyselin dne 22. 11. 2018 společně s CTG záznamem. Při potížích má přijít pacientka kdykoli, je poučena, odchází s receptem na léky Ursosan 250 mg cps. s dávkováním 1-1-1.

Dne 22. 11. 2018, gestační stáří 32+5 přichází pacientka na kontrolu do prenatální poradny. Je jí naměřen tlak 122/88. Dnes proveden kontrolní odběr žlučových kyselin, pruritus beze změny, ale Ursosan pacientka bere teprve od 20. 11. 2018. Také se cítí unavená, je mírně nachlazená. Kontrakce neudává, nekrvácí, voda plodová neodtéká, pohyby plodu cítí. Objektivně je děloha normotonická, dolní děložní segment není bolestivý, CTG záznam je fyziologický, vaginálně nevyšetřena. Další postup léčby dle hladiny žlučových kyselin a stavu, pacientka je poučena, zavolá si o výsledky následující den.

Dne 23. 11. 2018 byla pacientka telefonicky kontaktována, hodnota žlučových kyselin je 14 $\mu\text{mol/l}$, jaterní testy jsou v normě. Další kontrola za týden s odběrem ŽK a biochemie.

29. 11. 2018 přichází pacientka na kontrolu. Gestační stáří je 33+5. Naměřený tlak je 133/82, puls 78', váha 86,6 kg. Kontrolní vyšetření moči je negativní, otoky pacientka momentálně neudává, pouze se občas vyskytnou večer na dolních končetinách. Subjektivně se cítí unavená, pyróza, návaly horka a zimy, afebrilní, pruritus výrazně zmírněn díky terapii Ursosanem, nepravidelné tvrdnutí břicha. Nekrvácí, voda plodová neodtéká, pohyby cítí dobře. CTG záznam je hodnocen jako fyziologický. Děloha je ve výšce FX/4, je normotonická, PPHL, AS + 140, pravidelná. Vaginálně vyšetřena, CS 1 – polotuhý uzavřený čípek, DDS pevný, nebolestivý. Dnes odběr ŽK, výsledek bude sdělen telefonicky.

Daný den zjištěny výsledky laboratoře – elevace žlučových kyselin ze 14 $\mu\text{mol/l}$ (ze dne 22. 11. 2018) na 34 $\mu\text{mol/l}$. Pacientka telefonicky informována o výsledku laboratoře, následující den se má dostavit na příjem na oddělení rizikového těhotenství.

Ve dnech 30. 11. – 5. 12. 2018 byla pacientka hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství kvůli elevaci ŽK, jaterní testy má s normálními hodnotami. Pacientka je na terapii Ursosanem, dodán Transmetil.

Dne 10. 12. 2018 přichází pacientka na kontrolu do prenatalní poradny. Gestační stáří je 35+2. Hodnota naměřeného krevního tlaku je 124/83, puls 80', váha 87,5 kg. Kontrolní vyšetření moči je negativní, otoky neudává. Po hospitalizaci úprava terapie Transmetilem – poslední laboratorní výsledky ŽK 11 $\mu\text{mol/l}$. Subjektivně je pacientka bez obtíží, pouze má citlivý hemeroid. Pruritus ani otoky neudává, kontrakce neguje, nekrvácí, voda plodová neodtekla, pohyby plodu cítí. Kardiotokografický záznam je fyziologický. Děloha je ve výšce FX/4, normotonická, PPHL, AS + 142, pravidelná. Vaginálně vyšetřena, sakrálně měkčí čípek 2 cm, pro hrot prstu, hlava volně nad vchodem pánevním, DDS je pevný, nebolestivý. Odebrán stěr GBS. Závěrem lékař udává, že při uspokojivém výsledku dnešního odběru ŽK má pacientka přijít na kontrolu dne 20. 12. 2018. Pacientka poučena, zavolá si o výsledky.

Dne 11. 12. 2018 je pacientka telefonicky informována o výsledcích. Hladina ŽK 9 $\mu\text{mol/l}$, o další kontrole je pacientka informována.

20. 12. 2018 přichází pacientka na pravidelnou kontrolu, gestační stáří je 36+5. Tlak má hodnoty 130/81, puls 76', váha 88,3 kg. Kontrolní vyšetření moči je negativní, otoky udává pacientka na horních končetinách. Hepatóza léčena Ursosanem 3x1/den, Transmetil vysazen, dnes odběr ŽK. GBS dle výsledků negativní. Subjektivně je pacientka bez potíží, ale od víkendu se opět projevuje pruritus, pohyby plodu cítí, kontrakce ojedinělé, spíše dolores praesagientes, nekrvácí, voda plodová neodtekla. Objektivně je děloha normotonická, PPHL I, ozvy plodu UZ + 139/min. DDS není bolestivý, vaginálně nevyšetřena. Orientačně UZ biometrie: PPHL I, BPD 92, FAC 318, FK 71, placenta na zadní straně, euhydrarnion, váhový odhad cca 2900g. Další postup dle výsledků ŽK, porod bude primárně veden nejspíše per sectionem caesaream kvůli průběhu předchozího těhotenství a porodu. Pacientka je poučena, pro výsledky si přijde následující den a dozví se další postup léčby. Odchází ve stabilizovaném stavu.

Dne 21. 12. 2018 je pacientka informována o výsledcích odběrů. Hladina ŽK méně než 8 $\mu\text{mol/l}$. Subjektivně je pacientka bez obtíží, ojediněle pociťuje pobolívání v podbřišku, spíše po námaze, kontrakce neudává, nekrvácí, voda plodová neodtekla, pohyby plodu cítí. Pacientka je objednaná na další kontrolu dne 31. 12. 2018 v 8:00 s odběry a CTG záznamem a bude upřesněn termín porodu per sectionem.

31. 12. 2018 přichází pacientka na domluvenou kontrolu do prenatální poradny. Gestační stáří je 38+2, naměřený tlak má pacientka 140/99, puls 78', váha 89,4 kg. Kontrolní vyšetření moči je negativní, otoky udává na horních končetinách. Subjektivně je pacientka bez obtíží, vyšší tlak má opakovaně i doma v klidu. Dnes krevní odběry na krevní obraz, koagulaci, biochemii a moč + sediment. CTG záznam je hodnocen jako fyziologický. Děloha je ve výšce FX/3, PPHL, děloha je klidná, dolní segment hladký, nebolestivý. Vaginálně vyšetřena, CS 2-3, nález není vhodný pro eventuální indukci porodu. Dle laboratoře bude pacientka případně odeslána k příjmu na oddělení rizikového těhotenství a domluvení o ukončení těhotenství per S. C. v 11:30 dopoledne jsou hotové výsledky laboratorních vyšetření a pacientka je odeslána k hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství a následné akutní ukončení těhotenství per S. C.

V 12:07 byla pacientka přijata na oddělení, poučena, byla zjištěna její anamnéza. Kontrakce neguje, nekrvácí, plodová voda neodtéká.

Status praesens: Pacientka přijata k plánované S. C. in grav. hebd. 38+2, II/I, st. p. S. C. v roce 2015. Subjektivně se cítí unaveně, kontrakce 0, jiné bolesti nemá, VP neodtéká, nekrvácí, pohyby plodu cítí. Objektivně je pacientka při vědomí, orientovaná, spolupracuje, hydratace je v normě, kardiopulmonálně kompenzovaná, afebrilní, břicho klidné, DK s otokem kotníků bilaterálně, bez známek TEN, otok HK prsty bilaterálně. Pacientka je bez zjevných známek jiného onemocnění, traumatu či malignity. Výška děložního fundu je FX/3, děloha mírně tonizuje. Vaginálně CS 2-3 b, nález není vhodný k indukci porodu. Vstupní CTG záznam je hodnocen jako fyziologický. Krevní tlak je 125/68, puls 78', teplota 36,7°C.

Epikríza: II/I, in grav. hebd. 38+2, GBS negativní, hypotyreóza na substituci, cholestatická hepatóza na terapii Ursosanem, alergie na Gentamicin. UZ 20. 12. – PPHL I, BPD 92, FAC 318, FK 71, placenta na zadní straně, euhydramnion, váhový odhad cca 2900 g.

Diagnózy: Z358 – Dohled nad jinými vysoce rizikovými těhotenstvími, O342 - Péče o matku pro jizvu dělohy po předcházející operaci

Plán péče: naplánovaný císařský řez na 18:00 daný den, do té doby CTG v 16:00, měření FF 1x denně, AS plodu 3x denně.

Ve 12:30 pacientka zavedena na pokoj, poučena.

Ve 13:30 kontrola ozev plodu – 147/min. Pacientka nekrvácí, voda plodová neodtéká, kontrakce neguje.

V 15:00 kontrola lékařem. Pacientka se cítí dobře, nekrvácí, voda plodová neodtéká, kontrakce neguje. Kontrola ozev plodu – 152/min.

V 16:00 je pacientka napojena na CTG, kontrakce neudává. Nekrvácí, voda plodová neodtéká. Natočený CTG záznam je hodnocen lékařem jako fyziologický.

V 17:00 jsou pacientce měřeny fyziologické funkce. Hodnota krevního tlaku je 129/74, puls 81', tělesná teplota je 36,6°C. Kontrola ozev plodu – 161/min. Pacientce podána 1 amp. Deganu do 1000 ml Ringerova roztoku.

V 17:50 překlád pacientky z oddělené rizikového těhotenství na porodní sál.

V 17:55 je pacientka přijata na porodní sál a poučena o operačním výkonu. Kontrola ozev plodu – 159/min. Pacientce jsou poskytnuty bandáže dolních končetin jako prevence TEN.

Operační protokol

Začátek operace: 31. 12. 2018 18:05

Konec operace: 31. 12. 2018 18:45

Typ anestezie: spinální

Operační diagnózy: st. p. S. C.

Operační výkon: sectione caesarea, lpt. sec. Pfannenstiel

Průběh operace: Po obvyklé přípravě operačního pole, klasické dezinfekci, zarouškování, ve spinální analgezií otevřena dutina břišní řezem dle Pfannenstiela po vrstvách. Ostře prořata plika močového měchýře, močový měchýř sesunut kaudálně. Dutina děložní otevřena krátkým řezem podle Gepperta v dolním děložním segmentu, řez rozšířen prsty tupě do stran. Plod v poloze podélné záhlavím, bez obtíží vybaven. Křičící novorozenec ihned předán pediatrovi. Aplikace Duratocin 1 amp. i. v. Manuálně vybavena placenta. Děloha luxována před stěnu břišní, připojena digitální revize dutiny děložní, ta dále prázdná, symetrická. Sutura děložní stěny v jedné vrstvě pokračovacím stehem. Drobné krvácení zastaveno elektrokoagulací. Adnexa bilaterálně bpn, appendix nenalezen. Po sečtení roušek a malých nástrojů, které souhlasí, adaptace stěny břišní v jednotlivých vrstvách, sutura fascie – vicryl, na kůži pokračující intradermální monofilový steh. Sutura peritonea a podkoží. Výkon bez komplikací. Krevní ztráta 400 ml.

Při císařském řezu v 18:24 vybaveno děvče, váha 3060 g, délka 46 cm, Apgar score 10-10-10. Voda plodová odtékala čirá, placenta je při kontrole celistvá, bez infarktů, pupečník bpn.

Stav dítěte 10 minut po porodu: Eutrofický novorozenec, vitální, bez poruchy vědomí, dle somatické a neuromuskulární zralosti odpovídá 38. gestačnímu týdnu. Bez známek bolesti, bez zjevných známek onemocnění a malignity. Barva růžová, prokrvení v pořádku, tonus přiměřený, novorozenecké reflexy výbavné, symetrické. Hlava mesocefalická, VF 2 x 1,5 cm, dutina ústní čistá, patro celistvé, dýchání čisté, eupnoe, AS pravidelná, bez šelestu, břicho měkké, játra a slezina nezvětšeny, genitál dívčí, bpn, končetiny volné, bez deformit. Pupečník bpn, 3 cévy, podvázán, nekrvácí. Závěr: Donošený eutrofický novorozenec z II/II gravidity, intrahepatální cholestáza na terapii Ursosanem, hypotyreóza na terapii. HBsAg, HIV, Lues, GBS negativní. Čirá voda perioperačně. CTG normální. Porod S. C. pro st. p. S. C. a progredující intrahepatální cholestázu. Vybaven záhlavím. Bezprostřední poporodní adaptace bez komplikací.

Dítě je po prvotním ošetření ukázáno matce a otci, který je přítomen jako doprovod. Následně jsou rodiče seznámeni s dalším postupem péče, novorozenec bude přijat na oddělení fyziologických novorozenců, matka bude první den po operaci sledována na jednotce intenzivní péče a poté dle jejího stavu přemístěna na oddělení šestinedělí.

V 18:40 je dítě přijato na oddělení fyziologických novorozenců. TT je 36,6°C, močí, smolka odchází. Je podán Kanavit 0,1 ml i. m. a na 2 hodiny je děvče umístěno do inkubátoru. Krevní skupina novorozence je stejná jako matky, B Rh negativní, přímý Coombsův test je také negativní, hodnota bilirubinu z pupečníku je 21,6 mmol/l. v ordinaci lékaře psáno přikládat a monitor dechu.

V 18:55 je matka převezena na jednotku intenzivní péče a je vypsán tento dekurz.

31. 12. 2018, 18:55, den hospitalizace: 1, pooperační den: 0

Status praesens: subjektivně bez obtíží, bolesti břicha mírné, objektivně při vědomí, klidná, kardiopulmonálně kompenzovaná, břicho klidné, měkké, děloha retrahovaná,

lochia přiměřeně, sutura klidná, DK bez otoků, moč čirá. Převoz ponechat po dobu hospitalizace.

Vstupy: periferní i. v. katetr – počet: 1, 1. den, permanentní močový katetr 1. den, ponechat do mobilizace.

Plán péče: pooperační péče na JIP, BDK do mobilizace, dieta – dnes čaj, další den 1, jinak 3PK, pohybový režim – vstává 1. pooperační den s doprovodem

Poznámka: epikríza – 0. den po akutní S. C., in grav. hebd. 38+2, II/II, st. p. S. C., intrahepatální cholestáza, krevní ztráta 400 ml, hypotyreóza.

Medikace:

Infúze, parenterální výživa: 1. Ringerfundin sol. 1000 ml i. v., 200 ml/hod

Antikoagulační léčba: Fraxiparine 0,4 ml s. c. á 24 hod 23:00

Ostatní medikace: Degan 1 amp. i. v. při nausee max á 8 hod

Analgetická terapie v pořadí: Dipidolor 1 amp. (15 mg) i. m. á 6-8 hod, při bolesti nad NRS score > 4

při nedostatečném efektu přidat: Novalgin 1 amp. (2 ml) + 100 ml F 1/1 i. v., kapat 15 min, max 3/den při bolesti, při NRS score > 2

při nedostatečném efektu do 30 min: Indometacin 100 mg supp. per rectum 1x denně, při NRS score > 2

při nedostatečném efektu do 30 min: Paracetamol Kabi 1000 mg i. v. kapat 15 min, max 4/den při bolesti, při NRS score > 2

při nedostatečném efektu do 30 min: Indometacin 50 mg supp. per rectum 1x denně, při NRS score > 2

Letrox 100 µg tbl. p. o. x-0-0//1

Ursosan tbl. p. o. x-1-1//1 a poté vysazen

Monitorace:

TK á 1 hod, P á 1 hod, dech á 1 hod, saturace O₂ á 1 hod, GCS á 24 hod, P + V á 6 hod, teplota á 12 hod.

0. den: TK, puls, dech 8x á 15 min, 4x á 30 min, dále á 1 hod, saturace á 1 hod, Norton score 1/24 hod, TT 2x denně, oxygenoterapie 2-8 l/min.

Pomocná vyšetření: zítra statim KO

V 19:10 pacientka subjektivně pociťuje únavu a udává bolest v podbřišku, objektivně je kardiopulmonálně kompenzovaná, afebrilní, eupnoe, sutura klidná, moč čirá, děloha retrahovaná. Ve 20:10 subjektivně i objektivně nález idem, nekrvácí, sutura klidná.

Mezitím bylo dítě ve 20:00 vyndáno z inkubátoru, přebaleno – močení +, smolka + a uloženo do postýlky s monitorem dechu. Ve 20:30 je zavezeno matce na jednotku intenzivní péče k přiložení k prsu. Přisálo se dobře, poté vráceno zpět na oddělení fyziologických novorozenců a ponecháno přes noc na observaci.

1. 1. 2019, 8:10, den hospitalizace: 2, pooperační den: 1

Při ranní vizitě byl naměřen krevní tlak 120/70, puls 73' a tělesná teplota 36,6°C. Subj.: bolesti přiměřené, pacientka si na nic nestěžuje, v noci spala dobře, obj.: kardiopulmonálně kompenzována, afebrilní, eupnoe, sutura klidná, děloha retrahovaná, nekrvácí, moč čirá. Výsledky laboratoře: WBC 16,4 x 10⁹/l, RBC 3,88 x 10¹²/l, HGB 107 g/l, PLT 288 x 10⁹/l.

Závěr: Nevyžaduje další monitoraci na JIP, ad standardní oddělení šestinedělí, PMK lze ex, kanylu v kubitě ponechat.

Při ranní dětské vizitě je dítěti naměřena teplota 37,1°C, hodnota naměřeného bilirubinu transkutánní ikerometrie je 39/49 mmol/l, váha je 2910 g. Novorozenec je hodnocen jako růžový, dobře prokrvený, anikterický, eupnoický. Akce srdeční je pravidelná, šelest 0, břicho bpn, váhový úbytek v normě. Dítě močilo a smolilo. V ordinaci lékaře je psáno přikládat a monitor dechu.

V 10:00 je pacientka převezena a přijata na oddělení šestinedělí. Je poučena o chodu oddělení a základní péči o dítě, hlavně přebalování a přikládání k prsu.

Status praesens: TK 132/75, P 87', pohybuje se bez obtíží, krvácí přiměřeně, zatím spontánně nemočila, větry +, lochia +, sutura klidná, děloha retrahovaná, fundus děložní P/1, DK bez otoků a známek TEN.

Diagnózy: O829 – Porod císařským řezem NS, O342 - Péče o matku pro jizvu dělohy po předcházející operaci

Epikríza: 1. den po akutní S. C. in grav. heb. 38+2, II/II, st. p. S. C., intrahepatální cholestáza, krevní ztráta 400 ml, hypotyreóza.

Plán péče: běžný režim šestinedělí, dieta 3PK, pohybový režim volný

Medikace: Algifen gtt. 20 p. o., max. 3× denně při bolesti NRS > 2

nebo Paralen supp. 500 mg per rectum max 3x denně při bolesti NRS >2

Fraxiparine 0,4 ml s. c. á 24 hod ve 20:00

Espumisan cps. p. o. x-2-2//2

Chronická medikace:

Letrox 100 µg tbl. p. o. x-0-0//1

Ostatní ordinace: TK, P, 3x denně, TT 1× denně

Při přijetí pacientka udává na škále bolesti hodnotu 3-4 a žádá analgetika. v 11:15 udává pacientka na škále bolesti hodnotu 1-2, pociťuje úlevu. v 13:00 pacientka močí spontánně, cítí se dobře, kanyla ex – již není nutná. Od 14:00 je dítě s matkou na pokoji, matka je poučena, přikládá dítě ke kojení, dítě se dobře přisává. S dětskou sestrou nastavují režim přikládání každé 3 hodiny. V 17:30 je pacientce naměřen tlak 138/75, P 89', udává škálu bolesti 4, pouze bolest sutury, podána analgetika, jinak bez obtíží. v 18:00 opět přikládá, dítě se přisává dobře. V 18:30 pociťuje úlevu po podání analgetik. Ve 20:00 opět udávána bolestivost sutury a jsou jí podána analgetika, jinak bez obtíží, močí spontánně. Ve 21:00 pociťuje úlevu, nic nepožaduje. Opět přikládá, tentokrát pod dozorem dětské sestry. Ve 22:00 přiváží dítě dětským sestrám na observaci, chce si odpočinout. Další den v 6:00 je pacientka bez obtíží, v noci spala. Při kojení v 5:30 nakojila 2ml.

2. 1. 2019., 7:30, den hospitalizace: 3, pooperační den: 2

Při ranní vizitě je pacientce naměřen tlak 140/86, puls 80', tělesná teplota 36,7°C. Subjektivně se pacientka cítí dobře, bolest neguje. Objektivně je kardiopulmonálně kompenzovaná, klidově eupnoická, afebrilní. Sutura klidná, stolici neguje, větry odchází, močí bez dysurických obtíží. Přikládá ke kojení, lochia +, bez zápachu, děložní fundus P/2. DK bez otoků a známek TEN.

Při dětské vizitě je dítěti naměřena teplota 36,9°C, hodnota naměřeného bilirubinu transkutánní iktrometrie je 109/97 mmol/l, váha je 2810 g. Novorozenec je hodnocen jako růžový, čilý, spokojený, dobře prokrvený, VF v niveau. Hydratace přiměřená, AS pravidelná, bez šelestu, dýchání pravidelné, břicho bpn. Močení a smolka je pravidelné. V ordinaci lékaře je psáno monitor dechu, přikládat, večerní váha a rooming-in. Dítě od vizity u matky, přisává se, laktace slabě začíná (0-5 ml), od večera možný dokrm HIPPI NE při neklidu.

V 10:00 je pacientce naměřen tlak 129/77, puls 78'. V průběhu dne pacientka přikládá k prsu bez obtíží, dítě je klidné. V 14:30 je poučena o koupání novorozence a následnou péči o něj. V 17:00 je opět měřen pacientce tlak 128/75, puls 76', cítí se dobře. Večerní váha dítěte je 2700g. V 18:00 je po přikládání ke kojení dítě neklidné, matka je poučena o dokrmu dítěte. Dítě dostalo 20 ml HIPPI NE, od té doby je dokrm pravidelně. Ve 20:00 pacientka udává bolest sutury a žádá analgetika, sutura klidná, očišťky +, větry +. Ve 22:00 pociťuje pacientka úlevu, nic nežadá, dítě si nechává přes noc. Další den v 6:00 je pacientka bez obtíží, v noci spala, péči o dítě zvládá. Při kojení v 5:30 nakojila 10 ml a dokrmila dítě 10 ml HIPPI NE.

3. 1. 2019., 8:00, den hospitalizace: 4, pooperační den: 3

Při ranní vizitě je pacientce naměřen tlak 126/73, puls 77', TT 36,7°C. Cítí dobře, bolesti neguje, stolice +, močí spontánně bez obtíží, sutura klidná. Přikládá ke kojení, laktace se rozvíjí, lochia odchází, bez zápachu, fundus děložní P/2, DK bez otoků a známek TEN.

Při ranní vizitě dítěte je tělesná teplota 37,1°C, hodnota bilirubinu transkutánní ikterometrie je 148/150 mmol/l, váha je 2720 g, z čehož vyplývá, že dítě začíná přibírat. Novorozenec je aktivní, dobře prokrvený, dýchání pravidelné, AS pravidelná bez šelestu, hydratace v normě, břicho bpn. Dítě močí bez obtíží, smolka je pravidelná. V ordinaci lékaře je psán monitor dechu, dokrm HIPPI NE a dnes screening vrozených metabolických vad – změřen obvod hlavičky (33 cm), katarakta negativní a odběr kapilární krve z paty novorozence. V průběhu dne matka péči o dítě zvládá, laktace se rozvíjí, většinou matka nakojí 20 ml a poté si chodí pro příkrm přes injekční stříkačku.

4. 1. 2019., 7:45, den hospitalizace: 5, pooperační den: 4

Při ranní vizitě je pacientce naměřen tlak 120/71, puls 72', TT 36,6°C. Cítí dobře, bolesti neguje, stolice +, močí spontánně bez obtíží, sutura klidná. Lochia odchází, bez zápachu, fundus děložní P/2, DK bez otoků a známek TEN. Od noci nakojí vždy při krmení 25 ml, v 5:30 až 30 ml mateřského mléka. Dítě dokrmovala HIPPI NE. Dle gynekologa je vhodné propuštění matky.

Při dětské vizitě dítěte je tělesná teplota 37,1°C, hodnota bilirubinu je 117/98 mmol/l, dítě prospívá, jeho váha je 2760 g. Novorozenec je čilý, růžový, tonizovaný, eupnoický, hydratace v normě. VF v nivěau, AS pravidelná, šelest 0, břicho měkké, bpn. u prsu je aktivní, dle matky dobře saje, příkrm toleruje, přibralo 40 g. Dle pediatra je možné propuštění novorozence, doporučuje první týden doma dítě pravidelně vážit, pokud bude mít dítě nižší váhu, matka bude kontaktovat praktického pediatra.

Při propuštění je pacientka informována o následné vlastní péči a péči o dítě, jsou jí předány propouštěcí zprávy. Není nutná žádná medikace ze strany matky ani dítěte. Matka se dostaví 8. den po porodu na vyndání stehů na oddělení šestinedělí. Kontrola na gynekologii po ukončení šestinedělí. Kontrola u pediatra do dvou pracovních dnů, do té doby důkladně pečovat o pupeční pahýl. Screening sluchu neproveden, na ambulantní vyšetření předán kontakt. Při propuštění dítěte normální orgánový nález, subikterus. Orientačně neurologicky je novorozenec v normě. Bez indikace ke kalmetizaci, dotazník předán. Screening kyčlí do 4-6 týdnů. Při případných obtížích kontrola na gynekologii či u pediatra ihned. Pacientka je poučena, rozumí. V poledne odchází domů v doprovodu manžela.

Shrnutí průběhu péče o novorozence z propouštěcí zprávy:

Hlavní diagnóza: Z380 - Jediné dítě narozené v nemocnici

Vedlejší diagnózy: P599 – Novorozenecká žloutenka NS, P928 – Jiné problémy s krmením u novorozence

Vitamín K: podán Kanavit 0,1 ml i. m.

Screening sluchu: neproveden, matce předán kontakt na ORL ambulanci

Kredeizace: ano - Ophtalmo-Septonex gtt.

Maximální váhový úbytek: 2. den na 2700 g (-10 %), kojená s příkrmem HIPPI NE, doma také příkrm dle kojení

Váha při propuštění: 2 760 g

Přímý Coombsův test negativní. Během hospitalizace postupný rozvoj ikteru. 4. den nejvyšší hodnota bilirubinu 148/150 mmol/l, 5. den hodnota v normě, bez progresu.

3.3 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V další části kazuistiky jsme se zaměřili na analýzu ošetřovatelské péče z pohledu porodní asistentky. Jako zdroj k vyhledání a určení ošetřovatelských diagnóz jsme využili systém NANDA International taxonomie II, definice a klasifikace 2015-2017. Ošetřovatelské diagnózy jsme vybírali pro pacientku i její dítě, avšak podrobně budeme dále rozebírat a popisovat ošetřovatelský proces u těch diagnóz, které se týkají hlavně pacientky. Hlavní úlohou porodní asistentky je umět vhodně zařadit ošetřovatelské diagnózy dle definice, určujících znaků a souvisejících faktorů. Následně je třeba zvolit prioritu daného problému, stanovit krátkodobý a dlouhodobý cíl a zmínit očekávané výsledky a ošetřovatelské intervence. Dalším krokem ošetřovatelské péče je realizace péče. Na závěr musí porodní asistentka zhodnotit, zda byly úspěšně splněny dané cíle (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Ošetřovatelské diagnózy pro pacientku v období před porodem seřazené dle priorit:

1. 00148 - Strach
2. 00093 - Únava
3. 00126 – Nedostatečné znalosti
4. 00134 – Nauzea

Ošetřovatelské diagnózy pro pacientku v průběhu porodu seřazené dle priorit:

1. 00206 - Riziko krvácení
2. 00004 - Riziko infekce
3. 00044 - Narušená integrita tkáně
4. 00148 - Strach
5. 00093 - Únava

Ošetrovatelské diagnózy pro pacientku v období po porodu seřazené dle priorit:

1. 00206 - Riziko krvácení
2. 00004 - Riziko infekce
3. 00044 - Narušená integrita tkáně
4. 00161 - Snaha zlepšit znalosti
5. 00148 - Strach
6. 00214 – Zhoršený komfort
7. 00106 - Snaha zlepšit kojení
8. 00096 - Nedostatek spánku

Ošetrovatelské diagnózy pro novorozence seřazené dle priorit:

1. 00104 - Neefektivní kojení
2. 00194 - Novorozenecká žloutenka

V rámci péče jsme se zaměřili na tyto 4 ošetrovatelské diagnózy:

Únava – 00093

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 3. Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni ((NANDA INTERNATIONAL, 2015)

Určující znaky: ospalost, pocit viny kvůli neplnění vlastních povinností, zhoršená schopnost zachovat běžný denní režim, nedostatek energie neposilující spánek, únava (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Související faktory: úzkost, ztráta kondice, fyzický stav, fyziologický stav v těhotenství, spánková deprivace, stresory (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Cíl dlouhodobý: Pacientka je méně unavená, naučila se novou životní roli matky do dvou týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka se správně naučí režim šestinedělí a dodržuje ho po dobu hospitalizace.

Priorita: nízká

Očekávané výsledky: Pacientka se naučí správně pečovat o sebe i dítě do týdne. Pacientka v noci spí první dva dny bez dítěte, aby si odpočinula. Pacientka přes den odpočívá. Pacientka se cítí odpočatá a má více energie do týdne. Pacientka ví, co způsobuje její únavu a dokáže zpracovat příčiny únavy do dvou dní.

Ošetřovatelské intervence: Posud' medikaci pacientky a její vliv na únavu (porodní asistentka, do 1 hodiny). Zajímej se o celkový stav pacientky (porodní asistentka, po celou dobu hospitalizace). Porad' a nauč jí správnou péči o dítě a tím předejdi nadměrné únavě (porodní asistentka, do dvou dní). Bud' nápomocná, když pacientka něco potřebuje (porodní asistentka, po celou dobu hospitalizace). Vše řádně zapisuj do dokumentace (porodní asistentka, do 1 hodiny).

Realizace: První den hospitalizace zůstává dítě na observaci oddělení fyziologických novorozenců, matka je na JIP, o dítě se stará dětská sestra. Druhý den je pacientka přeložena na oddělení šestinedělí, dopoledne je unavená, o dítě se stará dětská sestra. Odpoledne se matka cítí lépe, dítě je zavezeno k ní na pokoj. Přes noc si chce odpočinout, dítě je hlídáno dětskou sestrou. Třetí den pocítuje menší únavu než v předchozích dnech, péči o dítě zvládá. Čtvrtý a pátý den je pacientka bez obtíží, svou únavu zvládá zpracovat.

Hodnocení: Oba cíle byly splněny.

Riziko infekce – 00004

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 1. Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Rizikové faktory: invazivní postupy

Nedostatečná primární obrana: změna integrity kůže

Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů: vystavení se nákaze (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Cíl dlouhodobý: Pacientka odchází z nemocnice bez známek infekce.

Cíl krátkodobý: Pacientka dodržuje péči o invazivní vstupy a prevenci proti infekci po dobu hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky: Pacientka zná způsoby, jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku v rámci hospitalizace. Pacientka nemá místní ani celkové známky infekce po dobu hospitalizace. Pacientce se hojí operační rána per primam. Pacientka má do 2 týdnů zhojenou operační ránu.

Ošetřovatelské intervence: Každý den pečlivě zkontroluj veškeré invazivní vstupy a dodržuj důsledně aseptický přístup (porodní asistentka, denně). Kontroluj kolikátý den má pacientka kanylu a zda je správně zavedena (porodní asistentka, denně). Pokud si pacientka bude stěžovat na bolest v okolí kanyly, odstaň kanylu a zaveď nový žilní vstup (porodní asistentka, do 1 hodiny). Pokud už není třeba, ukonči žilní vstup (porodní asistentka, do 1 hodiny). Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz v nemocničním prostředí (porodní asistentka, po celou dobu převazu). Vše řádně zapisuj do dokumentace (porodní asistentka, do 1 hodiny).

Realizace: První den hospitalizace se neprojevují známky infekce v okolí operační rány a invazivních vstupů. Druhý den je pacientka přeložena na oddělení šestinedělí, PMK je vyndán, kanyla je ponechána do odpoledne, poté vyndána. Od třetího dne je pacientka bez obtíží, sutura je klidná, nekrváčí. V průběhu hospitalizace pacientka dbá hygienu a dezinfikuje si ruce jako prevenci nozokomiálních nákaz.

Hodnocení: Oba cíle byly splněny.

Riziko krvácení – 00206

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Rizikové faktory: nedostatečné znalosti o prevenci krvácení, poporodní komplikace, komplikace spojené s těhotenstvím (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Cíl dlouhodobý: Pacientka při odchodu z nemocnice není anemická.

Cíl krátkodobý: Pacientka je stabilizovaná, riziko krvácení je nízké.

Priorita: střední

Očekávané výsledky: Pacientka je informovaná o prevenci krvácení do hodiny po operaci. Pacientka konzumuje vhodnou stravu a pije dostatek tekutin po dobu hospitalizace. Pacientka má retrahovanou dělohu, krvácí přiměřeně. Pacientka nemá známky vnitřního krvácení, její fyziologické funkce jsou v normě.

Ošetřovatelské intervence: Každý den při ranní vizitě zkontroluj krvácení a zhodnot' jeho stav (porodní asistentka, denně). Sleduj stav kůže a případné krvácení ze sutury (porodní asistentka, do 1 hodiny). Pouč pacientku o vhodné stravě a dostatku tekutin (porodní asistentka, do 1 hodiny). Sleduj bilanci tekutin (porodní asistentka, denně). Měř fyziologické funkce (porodní asistentka, denně). Vše řádně zapisuj do dokumentace (porodní asistentka, do 1 hodiny).

Realizace: První den hospitalizace na oddělení JIP je 3x denně kontrolováno krvácení, výška děložního fundu a sutura. Pacientce jsou pravidelně měřeny FF. Druhý den na oddělení šestinedělí je krvácení kontrolováno při ranní vizitě, jsou měřeny FF, pacientka je poučena o následné péči o suturu. Při potížích pacientka přijde za porodní asistentkou. Třetí až pátý den hospitalizace je pacientka bez obtíží, krvácení je přiměřené, sutura je klidná, nebolestivá, nekrvácí, FF v normě.

Hodnocení: Oba cíle byly splněny.

Narušená integrita tkáně – 00044

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Určující znaky: poškozená tkáň

Související faktory: změny citlivosti, zhoršená mobilita, nedostatečné znalosti o zachování integrity tkání, nedostatečné znalosti o ochraně integrity tkání, mechanické faktory, chirurgický zákrok (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojenou operační ránu do dvou týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientce se hojí operační rána per primam po dobu hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky: Pacientce nekrvácí operační rána po výkonu. Pacientka má operační ránu sterilně krytou po dobu hospitalizace. Pacientka nemá známky infekce v okolí operační rány po dobu hospitalizace. Pacientka nemá známky celkové infekce do zhojení operační rány. Pacientka má FF v normě. Pacientka zná zásady péče o operační ránu. Pacientce jsou odstraněny stehy 8. den po operaci.

Ošetrovatelské intervence: Každý den při ranní vizitě a večer zkontroluj suturu, její sterilní krytí a zhodnoť její stav (porodní asistentka, denně). Při krvácení ze sutury okamžitě informuj lékaře (porodní asistentka, do 10 minut). Měř fyziologické funkce (porodní asistentka, denně). Pokud si pacientka stěžuje na bolest v podbřišku, informuj lékaře a dle jeho ordinace podej vhodná analgetika (porodní asistentka, do 1 hodiny). Vše řádně zapisuj do dokumentace (porodní asistentka, do 1 hodiny).

Realizace: První den hospitalizace je sutura pravidelně kontrolována na oddělení JIP. Pacientce jsou pravidelně měřeny FF. Druhý den na oddělení šestinedělí je v průběhu dne sutura zkontrolována a zhodnocena a pacientce jsou změřeny FF. Pacientka je poučena, jak pečovat o suturu v rámci hospitalizace. V případě obtíží (svědění, krvácení, hnisání) bude informovat porodní asistentku a ta ihned ošetřujícího lékaře. Od třetího dne je pacientka bez obtíží, při ranních vizitách je sutura kontrolována, je klidná, nekrvácí, FF v normě. Pacientka přišla osmý den na vyndání stehů, vše proběhlo bez komplikací, sutura je dobře zhojená, FF v normě. Pacientka byla poučena o další péči o suturu porodní asistentkou a lékařem, všemu rozuměla.

Hodnocení: Oba cíle byly splněny.

3.4 ZHODNOCENÍ PÉČE

Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu s intrahepatální cholestázou se velmi neliší od fyziologické gravidity, pokud nenastanou komplikace. Péče by měla být naplánována tak, aby byla shodná s doporučenými postupy České gynekologické a porodnické společnosti a zároveň byla individuální pro konkrétní případ.

Od 25. 10. 2018 přechází pacientka z péče obvodního gynekologa do péče perinatologického centra z důvodu svědění a kvůli vývoji předchozího těhotenství – st. p. S. C. pro preeklampsii a PPKP. Dochází na pravidelné kontroly do rizikové poradny, jednou je kvůli elevaci ŽK hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství. Intrahepatální cholestáza je léčena Ursosanem, na nějakou dobu je přidán Transmetil.

Dne 31. 12. 2018 přichází pacientka do rizikové poradny na kontrolu a dle kontrolních výsledků je odeslána k hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství. V 18:00 toho dne je naplánovaný císařský řez. Na oddělení rizikového těhotenství je pacientka pečlivě monitorována porodní asistentkou (CTG záznam, měření fyziologických funkcí) a 17:55 přemístěna na porodní sál.

Při císařském řezu bylo porozeno děvče s Apgar score 10-10-10 a bylo převezeno na oddělení fyziologických novorozenců. Operace proběhla bez komplikací, pacientka strávila jeden den na jednotce intenzivní péče a poté byla převezena na oddělení šestinedělí.

Po dobu pobytu na oddělení šestinedělí se u pacientky i dítěte nevyskytly žádné komplikace, a tudíž byly dne 4. 1. 2019 (5. den hospitalizace) propuštěny do péče obvodního gynekologa a praktického pediatra.

V průběhu hospitalizace nedošlo k žádným závažným komplikacím, pacientka po celou dobu spolupracovala, všemu porozuměla a souhlasila s postupem léčby. Celou hospitalizaci můžeme zhodnotit kladně, matka i dítě byly při odchodu zdravý.

Všechna vyšetření v rámci prenatálního období probíhala dle doporučených postupů České gynekologické a porodnické společnosti. Při porovnání teoretické části bakalářské práce s částí praktickou můžeme podotknout, že diagnostika a terapie intrahepatální cholestázy probíhala v souladu s doporučeným postupem ČGPS a ČLS.

3.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Po subjektivním pozorování konkrétních příznaků začnou často těhotné ženy vyhledávat a zjišťovat informace převážně z internetových zdrojů, které jsou pro ně v dnešní době snadno dostupné. Bohužel ve většině případů se jedná o ne odborné články či diskuze, které nejsou důvěryhodné. Na základě nepodložených informací si gravidní ženy vytvoří mylný závěr a některé se kvůli obavám ani k lékaři nedostaví. Proto se domníváme, že jedním z nejdůležitějších faktorů při péči o ženu s intrahepatální cholestázou je včasná odborná informovanost pacientky o subjektivních příznacích onemocnění a jeho průběhu. Jako většina onemocnění, i toto má svá rizika a komplikace, o kterých těhotné mnohdy neví, proto přikládáme správným informacím od gynekologů a porodních asistentek velký důraz. Gravidním ženám je potřeba veškeré informace a jednotlivé postupy léčby pečlivě vysvětlit, díky tomu se postupně mohou zbavit strachu z neznámého.

Intrahepatální cholestáza není brána za časté onemocnění v těhotenství jako například gestační diabetes. Považujeme ale za velmi důležité, aby se dostala do povědomí těhotných žen z hlediska hrozícího nebezpečí intrauterinního úmrtí plodu, rizika předčasného porodu či porodu, jenž je komplikovaný distresem plodu (KOKRDOVÁ, HŮLEK, 2008).

Z tohoto důvodu je vhodné, aby pacientka chodila na pravidelné kontroly v těhotenství, konzultovala s lékařem další postupy případné léčby, ať už se jedná o léčbu medikamenty, hospitalizaci v perinatologickém zařízení a následné pozorování, indukci porodu či ukončení těhotenství. V této souvislosti je nezbytně nutné informovat ženy s ICP o rizicích a přínosech předčasného porodu a o riziku, že dítě může vyžadovat intenzivní neonatální péči (BOHILTEA, TURCAN et al., 2017). Jako další z faktorů bychom chtěli apelovat na to, aby se těhotné ženy nebály lékaře či porodní asistentky na cokoliv zeptat. Někdy právě ostych brání včasné diagnostice onemocnění a následné terapii.

V případě, že v prenatální poradně či na oddělení rizikového těhotenství bude pacientka sdělovat, že pociťuje pruritus na dlaních a ploskách nohou, porodní asistentka by měla upozornět a zamyslet se nad souvislostmi, zda se jedná o těhotenskou intrahepatální cholestázu.

ZÁVĚR

V rámci teoretické části byla popsána epidemiologie a etiologie onemocnění, dále symptomy a klasifikace ICP. Poté jsme se zaměřili na správnou diagnostiku a následnou terapii. Nedílnou součástí teoretické části jsou komplikace tohoto onemocnění. Ve zvláštní kapitole je také popsána role porodní asistentky. Cílem teoretické části bakalářské práce bylo vyhledat a nastudovat dostupné materiály o intrahepatální cholestáze těhotných z českých a zahraničních zdrojů a vypracovat ucelenou práci na zvolené téma.

V praktické části bakalářské práce bylo našim hlavním cílem zpracovat kazuistiku pacientky s těhotenskou intrahepatální cholestázou. Touto metodou jsme důkladně popsali celkový průběh těhotenství. Celou kapitolu jsme rozdělili na anamnézu a katamnézu těhotné, analýzu ošetrovatelské péče a její zhodnocení. Jako poslední podkapitolu jsme zvolili doporučení pro praxi. V rámci analýzy ošetrovatelské péče jsme rozebrali ošetrovatelské diagnózy v době předporodní, v průběhu porodu i po porodu.

Stanovené cíle byly splněny. Doufáme, že díky této bakalářské práci se intrahepatální cholestáza těhotných dostane lépe do povědomí studentů zdravotnických oborů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BINDER, T. 2013. Těhotenská cholestatická hepatóza – doporučený postup. *Česká gynekologie*. **78** (Supplementum), 37-38. ISSN 1210-7832.

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

BINDER, T., 2014. Těhotenská cholestatická hepatóza – doporučený postup. *Česká gynekologie*. **79** (Supplementum), 6-8. ISSN 1210-7832.

BOHILTEA, R., N. TURCAN et al., 2017. Obstetric outcome of pregnancies complicated with intrahepatic cholestasis. *Ginec.eu*. **13**, 100-103. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Roxana_Bohiltea/publication/320539000_Obstetric_outcome_of_pregnancies_complicated_with_intrahepatic_cholestasis/links/5a3024dea6fdccbf7ef137bb/Obstetric-outcome-of-pregnancies-complicated-with-intrahepatic-cholestasis.pdf

ČEPICKÝ, P. a P. HERLE, 2016. *Diferenciální diagnostika v gynekologii*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe. ISBN 978-80-7496-207-3.

Definice porodní asistentky. [online]. [cit. 2019-1-11] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html

DUŠKOVÁ, B. a J. MAREČKOVÁ, 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7368-611-6.

FAIT, T., M. ZIKÁN, J. MAŠATA a kol., 2017. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-4821.

FARTÁKOVÁ, Z., P. ŠIMJÁK, L. VÍTEK a kol., 2013. Intrahepatální cholestáza v těhotenství. *Česká gynekologie*. **78**(3), 276-280. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/intrahepatalni-cholestaza-v-tehotenstvi-40979>

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

HUGO, J., M. VOKURKA a M. FIDLEROVÁ, 2016. *Slovník lékařských zkratek*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

KOKRDOVÁ, Z. a P. HŮLEK, 2008. Intrahepatální cholestáza těhotných. *Folia gastroenterica et hepatologica*. **6**(1), 19-23. ISSN 1214-4088. Dostupné z: <http://www.pro-fovia.org/files/1/2008/1/kokrdova.pdf>

KOLEKTIV AUTORŮ, 2017. Intrahepatální cholestáza v těhotenství – doporučený postup ČGPS a ČLS. *Česká gynekologie*, **82**(2), 168-169. ISSN 1210-7832.

KOŠŤÁLOVÁ, M. a kol. 2009. Kožní choroby v těhotenství – II. část. *Dermatologie pro praxi*. **3**(1), 23-28. ISSN 1802-2960. Dostupné z: <https://dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2009/01/05.pdf>

MAREŠOVÁ, P., 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3153-0.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-02-3.

PAŘÍZEK, A. P. SIMJÁK, A. ČERNÝ a kol., 2016. Efficacy and safety of ursodeoxycholic acid in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Annals of hepatology*. **15**(5), 757-761. ISSN 1665-2681. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27493115>

PAŘÍZEK, A., 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.

ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

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

SLEZÁKOVÁ, L., M. ANDRÉSOVÁ, P. KADUCHOVÁ a kol., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.

VACHEK, J. a kol., c2013. *Farmakoterapie v těhotenství a při kojení: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-379-4.

VLKOVÁ, B., M. KALOUSOVÁ, A. GERMANOVÁ a kol., 2016. Cell-free DNA is higher and more fragmented in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Prenatal diagnosis*, **36**(12), 1156-1158. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27778350>

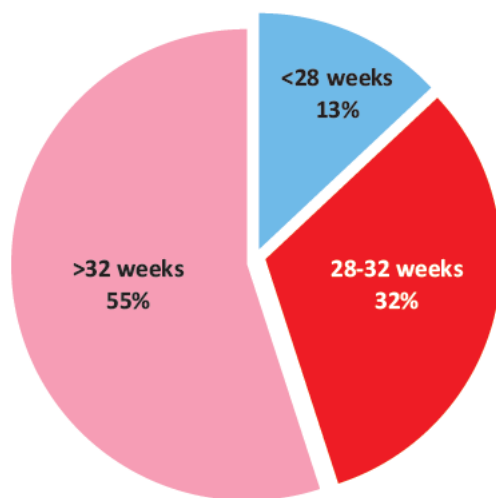
VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

YAYLA ABIDE, Ç., F. VURAL, et al., 2017. Can we predict severity of intrahepatic cholestasis of pregnancy using inflammatory markers?. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, **14**(3), 160-165. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5651890/>

PŘÍLOHY

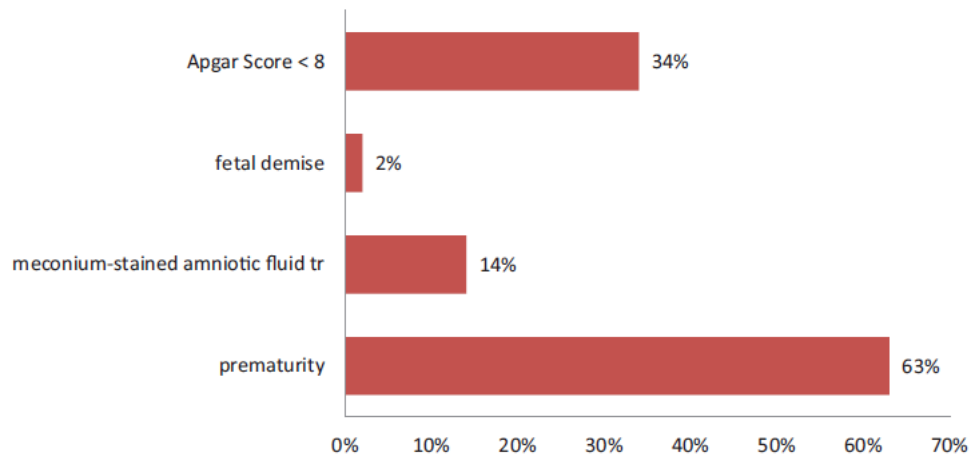
| | |
|--|-----|
| PŘÍLOHA A – Gestační stáří plodu vzhledem k prvním projevům ICP..... | II |
| PŘÍLOHA B – Důsledky ICP na plod | III |
| PŘÍLOHA C – Rešerše | IV |
| PŘÍLOHA D – Čestné prohlášení | V |

Příloha A – Graf - Gestační stáří plodu vzhledem k prvním projevům ICP



Zdroj: BOHILTEA, TURCAN et al., 2017, s. 101

Příloha B – Graf – Důsledky ICP na plod



Zdroj: BOHILTEA, TURCAN et al., 2017, s. 102

Příloha C – Rešerše



Péče o těhotnou pacientku s hepatózou z pohledu porodní asistentky

Klíčová slova:

Těhotenství, hepatóza, cholestáza, pruritus, žlučové kyseliny, předčasný porod, porodní asistentka

Rešerše č. 40/2018

Bibliografický soupis

| | |
|---------------------------|---|
| Počet záznamů: | celkem 32 záznamů (vysokoškolské práce – 2, knihy – 14, články a sborníky – 16) |
| Časové omezení: | 2008 – současnost |
| Jazykové vymezení: | čeština, angličtina |
| Druh literatury: | kvalifikační práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku |
| Datum: | 11. 6. 2018 |

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO

Příloha D - Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Péče o těhotnou pacientku s intrahepatální cholestázou z pohledu porodní asistentky v rámci studia/odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 se souhlasem sledované pacientky.

V Praze dne

.....

Šafránková Aneta