Císařský řez

Mgr. Štěpánka Žejdlíková



Definice

= porodnická operace, při níž je plod vybaven z dělohy cestou břišní

- nejčastější operace v porodnictví a jeho indikace stále stoupá
- v ČR se okolo 20 % těhotenství ukončuje císařských řezem

Historie

- patří k nejstarším operacím, které lidstvo ve svých historických pramenech pamatuje
- již v 7. století před naším letopočtem, vydal panovník antického Říma Numa Pompillius nařízení, že mrtvá těhotná se nesmí pohřbít, aniž by se z jejího těla vyjmul plod
- operace byla vykonávána i u živých žen, již ve starověku
- jako první dokumentovaný případ provedeného císařského řezu na živé ženě pochází z roku 1610
- úmrtnost se blížila 100 %, nejčastěji z důvodu zánětu pobřišnice
- úmrtnost u žen později výrazně klesla díky třem zásadním objevům medicíny:

Moderní podmínky

- přísná asepse
- zlepšení operační techniky
- nové šicí materiály
- farmakologické pokroky
- zdokonalení anestezie
- možnost transfuze
- pokroky v dalších směrech medicíny (hematologie, biochemie,...)

Podmínky

- dnes je již jediná zásadní podmínka – velká část nemá být vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi (horní okraj zadní spony stydké by měl být dosažitelný)
- dříve bylo podmínek více, dnes se operuje i při infekčních projevech matky, z vitálních indikací i při neprůkazné životaschopnosti plodu či mrtvém plodu
- ve zcela výjimečných případech lze řez provést i při vstouplé hlavičce za její elevace pomocí dalšího porodníka

Indikace

Podle povahy indikací můžeme císařský řez rozdělit na:

- primární (plánovaný) – indikace je předem známa, a již během těhotenství je rozhodnuto o jeho provedení
- sekundární (neplánovaný) – indikace akutní, matka a/nebo plod ohrožen/a/i

Některé skupiny indikací

- fetopelvický a kefalopelvický nepoměr – je důležité zhodnotit všechny pánevní roviny, velikost hlavičky plodu a případné malformace a rozhodnout o bezpečnosti porodu vaginální cestou
- vcestné překážky – tumory, vcestné myomy, tumory rekta, ren migrans atp.
- stavy po operacích dělohy
- placenta praevia
- předčasné odlučování lůžka
- horečka za porodu
- nepravidelné uložení plodu
- poloha koncem pánevním
- naléhání a výhřez pupečníku
- vícečetné těhotenství
- opakovaný císařský řez
- herpes genitalis
- umírající žena/mrtvá žena atd.

Předoperační příprava

- základní laboratorní vyšetření krve a moči
- EKG
- kompenzace diabetu, hypertenze, léčba infekce, preeklampsie
- prevence trombózy a embólie
- anesteziologická příprava a výběr anestezie (kombinovaná celková, nebo regionální svodná)

Provedení

Nejčastěji volenou metodou je supracervikální transperitoneální císařský řez, ke kterému se dají použít dva přístupy

- dolní střední laparotomie − řez v sagitální rovině mezi pupkem a symfýzou, dnes se používá jen výjimečně (např. původní jizva po předešlých operacích)
- příčná suprapubická laparotomie neboli Pfannenstielův řez − poloobloukovitý řez cca 2 cm nad symfýzou směřující k pupku

Provedení

- řezem se příčně protneme kůže, podkoží a fascie, otevře se peritoneum
- sesune se močový měchýř a krátkým příčným řezem se pronikne myometriem
- prsty se rozšíří řez směrem k děložním hranám, které se ale nesmí porušit
- protrhne se vak blan a šetrně se vybavíme naléhající část plodu, poté pomalu celý plod
- podváže se a přeruší pupečník a novorozenec je svěřen do péče neonatologům
- následně se aplikují uterotonika, manuálně se vybaví placenta, zreviduje se děložní dutina a rána
- sešije se myometrium ve dvou vrstvách a plicu vesicouterinu
- pak zrevidujeme adnexa a sešijeme vrstvy břišní stěny

Komplikace

Výskyt komplikací po ukončení těhotenství a porodu císařským řezem je až šestkrát vyšší než při porodu vaginálním

- krvácení
- embolie
- poškození orgánů – močový měchýř, klička tenkého střeva, …
- pooperační hematom – subfasciální hematom, krvácení pod plica vesicouterina
- infekce – od lokálních projevů až po sepsi
- anesteziologické komplikace - postpunkční cefalea po spinální nebo epidurální anestezii (konzervativní léčba - poloha vleže, hydratace, podání analgetik, při přetrvávání obtíží epidurální krevní zátka)

Příčiny rostoucího podílu císařských řezů

- stoupající počet rodiček starších 30 let, tedy žen s vyšším rizikem nemoci nesouvisející s těhotenstvím a porodem (nejčastěji diabetes a jeho komplikace a vysoký krevní tlak)
- s vyšším rizikem abnormálně probíhajícího těhotenství, či opakovaných neúspěchů předchozích těhotenství, kdy se rodička obává o osud budoucího dítěte a naléhá na operační ukončení stávajícího těhotenství
- nárůst počtu žen preferujících císařský řez při poloze plodu koncem pánevním, poloha plodu koncem pánevním se v době kolem termínu porodu vyskytuje asi u 3–4 % těhotných (kolem 4000 těhotných ročně), z toho 80–90 % miminek je porozeno cestou císařského řezu
- v rámci úspěšnosti metod asistované reprodukce u neplodných párů stoupá také počet vícečetných těhotenství, která jsou v mnoha případech indikována k ukončení císařským řezem

"Císařský řez na přání"

- fenomén, o kterém se moc nemluví a který není v odborných kruzích porodníků v Čechách uznávaným termínem (na rozdíl od některých zemí EU)
- všeobecně je u nás známý spíše z bulváru v souvislosti s porody tzv. VIP osobností, ale týká se i "obyčejných" rodiček
- důvodem je nejčastěji strach z přirozeného porodu a možných následků pro rodičku (porodní bolesti a poranění) a její dítě, špatná zkušenost s předchozím přirozeným porodem či načasování porodu na konkrétní den
- porodník v takovém případě používá raději termín "psychologická či psychosociální indikace k císařskému řezu”

Ošetřovatelská péče o ženu po císařském řezu

Bezprostřední pooperační období

- monitoring fyziologických funkcí
- kontrola krvácení a dělohy (zavinování dělohy - hmatání fundu přes břišní stěnu a intenzity vaginálního krvácení)
- kontrola rány a krytí
- podávání léků proti bolesti podle ordinace lékaře
- zajištění hydratace infuzemi
- péče o močový katétr (obvykle se ponechává 12–24 hodin po operaci)
- první vertikalizace co nejdříve (12 hodin po operaci), aby se předešlo tromboembolickým komplikacím

Péče o operační ránu

- rána se udržuje v čistotě a suchu
- sprchování je možné po odstranění původního krytí
- po zahojení a odhojení strupů se začíná s jemnou péčí (promazávání, tlakové masáže, protahování jizvy)

Podpora laktace a kojení

- první přiložení probíhá co nejdříve dle stavu matky a novorozence
- podpora častého kontaktu kůže na kůži (skin-to-skin)
- časté přikládání nebo odsávání mléka
- důležitý je dostatečný příjem tekutin (2–3 litry denně) a klidový režim matky



Mobilizace a pohyb

- při kašli, smíchu nebo vstávání z lůžka si žena bříško jemně přidržuje dlaní či používá podpůrný pás
- postupné zapojování hlubokého stabilizačního systému a pánevního dna, vynechání přímých břišních svalů v prvních týdnech

Hojení a klidový režim

- celková rekonvalescence jizvy a tkání trvá zhruba 6 týdnů, přičemž cílená péče o jizvu by měla pokračovat dalších 12 až 18 měsíců pro dosažení optimální pružnosti a vzhledu
- dodržování vaginálního klidu a sexuální abstinence po dobu 6 týdnů