

Péče o ženu s prodlouženým těhotenstvím

Definice: těhotenství, které pokračuje i po skončeném 42. týdnu gravidity, trvající tedy 294 a více dnů.

V důsledku současných diagnosticko – terapeutických metod se v souvislosti s prodlouženou graviditou nezvyšuje perinatální úmrtnost, ale roste perinatální morbidita v souvislosti s fetálním distressem, aspirací mekonia, oligohydramniem, porodním poraněním. Důsledkem je i vzestup počtu operativních porodů.

Incidence: 2 – 15 % (je obtížné zjistit exaktní frekvenci)

Klasifikace přenošeného novorozence:

1. stupeň: suchá svráštělá kůže (ruce pradleny)
2. stupeň: zkalená plodová voda, chronická hypoxie plodu
3. stupeň: RDS, křeče, úmrtí plodu

Mechanismus vzniku hypoxie plodu u prodlouženého těhotenství a následky

Placentární dysfunkce → chronická hypoxie plodu → hemokonzentrace → snížení tvorby moči → oligohydramnion → komprese pupečníku → akutní hypoxie plodu → acidóza plodu

Etiologie: geneticky daný stav, který se opakuje u ženy v každé graviditě; čím vyšší hmotnost těhotné, tím vyšší pravděpodobnost vzniku potěrné gravidity; čím vyšší parita, tím větší pravděpodobnost; blahobytnější status.

Rizika pro matku: protrahovaný porod, operativní ukončení porodu, větší porodní poranění.

Rizika pro plod: hypoxie, hypotrofie, makrosomie – možnost protrahovaného porodu, dystokie ramének.

Posouzení stavu

1. *Verifikovat termín porodu*, odebrat anamnézu, nejspolehlivější je určení TP dle UTZ vyšetření do 12. týdne
2. *Sledovat stav plodu* – KTG – NST, Doppler na hodnocení průtoku krve v pupečníku
3. UTZ kontrola *množství a kvality plodové vody a kvality placenty*.
4. Dle výsledků stanoví lékař strategii dalšího vedení těhotenství dle vypracovaného algoritmu
5. Žena musí být důkladně obeznámena s dalším postupem sledování průběhu těhotenství, protože prodloužené těhotenství je *psychicky náročnou situací*.
6. Vyhodnocovat *stesky ženy*, sledovat dynamiku cervix skóre
7. *Sledování ženy v ambulanci PS:*
 - 28. – 40. týden odeslat ženu na ambulanci PS, každý týden provádět NST
 - 40+1 týden kontrola po třech dnech
 - Ukončený 41 týden snaha o ukončení těhotenství (masáž bradavek, nechráněný koitus, ...), ev. preindukce a indukce porodu
 - 42+0 ukončit těhotenství

Péče o ženu při indukci porodu

Definice: Umělé vyvolání kontrakcí děložních za účelem ukončení těhotenství u životaschopného plodu.

Indikace:

- trvání těhotenství 7 až 14 dnů po verifikovaném termínu porodu
- kompenzovaný DM ve 39. až 40. týdnu
- odtok plodové vody 24 hodin před nástupem kontrakcí děložních
- Rh izoimunizace při zvýšeném titru protilátek
- další stavy s rizikem pro matku či dítě – dnes poměrně benevolentní přístup

Kontraindikace: absolutní

- kefalopelvický nepoměr
- hypoxie plodu
- akutní krvácení
- stavy po rekonstrukčních operacích v malé pánvi
- nezralost plodu (pokud s tím přímo nepočítáme)

relativní

- alergie na oxytocin
- jizva na děloze
- nezralé hrdlo
- astma, glaukom, TBC, ulcerózní kolitida (nepodávají se prostaglandiny)

Podmínky k indukci:

- nepřítomnost kontraindikací k vaginálnímu porodu
- nepřítomnost zánětu v porodních cestách
- zralé hrdlo – CS 6 a více

Metody indukce:

- *Hamiltonův hmat* – digitální odloučení dolního pólu vaku blan podráždí dělohu k činnosti
- *Prostaglandiny* 0,5 mg intra cervikálně, podání se může opakovat ještě jedenkrát za dvě hodiny v průběhu 24 hodin.
- *Breussova kúra* – prohrátí pánevních orgánů pomocí teplého klyzmatu a teplé koupele
- *amniotomie* při příznivém vaginálním vyšetření a průběhu porodu způsobí změnu napětí děložní svaloviny v důsledku zmenšení objemu dělohy a může zapříčinit nástup či zesílení kontrakcí děložních. Při odtoku plodové vody se zvýší sekrece prostaglandinů, což vede k podráždění dělohy
- *amniotomie spolu s infuzí s oxytocinem* v případě, že není možno užít PGE2

Metody preindukce

V případě, že je třeba těhotenství ukončit vaginální cestou je možno předřadit před vlastní indukci porodu některou z metod preindukce.

- *DILAPAN*, je to jednorázový hygroskopický cervikální dilatátor, vyrobený ze syntetického materiálu. Po zavedení do děložního hrdla je schopen se dilatovat z průměru 3 mm až na 10 mm v průběhu 4-6 hodin absorbováním tělních tekutin. Iniciuje endogenní sekreci prostaglandinů a tím dochází ke změkčení tkáně, což podporuje dilatační účinek. Neobsahuje

žádný chemický produkt, proto je vhodný i v případě kdy existují kontraindikace pro použití farmakologické dilatace.

Před zavedením lékař DILAPAN navlhčí sterilní vodou nebo fyziologickým roztokem a pomocí dlouhých kleští ho zavede přes zevní branku až do vnitřní branky. Pak se zatamponuje vlhkými tampony. Vyjmutí DILAPANU provádí lékař pomocí kleští. Vlákno slouží jako signální, nepoužívá se k vytažení prostředku.

-*PROSTIN E2*, obsahuje *PGE2*, *tabletky v síle 1,5 mg* zavedená do zadní klenby poševní. Po aplikaci je žena požádána o půl hodinový klid na lůžku, aby tabletky při pohybu ve vertikální poloze nevypadla.

Péče o ženu s indukcí porodu

Uvedený postup péče je nejčastěji aplikovaným postupem. Tento algoritmus nemusí být vhodný pro každý případ.

Pokud žena neporodí do verifikovaného termínu porodu, bývá odeslána na **ambulanci porodního sálu**. Zde provede porodní asistentka změření a vyhodnocení TK, P, moče na přítomnost bílkoviny a cukru, zajistí KTG záznam. Lékař provede stanovení CS, které spojí eventuelně s Hamiltonovým hmatem. Žena je pozvána na další kontrolu každé dva dny, celkem do 7. dne po termínu porodu.

Po tomto datu je žena vyšetřena obvyklým způsobem a podle výsledku CS rozhodne lékař o dalším postupu: a) CS 6 a více = žena je přijata na porodní sál k indukci porodu po předchozím objednání k přijetí na porodní sál

b) CS menší než 6 = je zahájena preindukce s následnou indukcí porodu

Ženě bývá doporučeno ráno před příchodem na porodní sál lehce posnídat.

Péče o ženu s CS 6 a více

Příjem na porodní sál bývá stanoven na ráno, probíhá obvyklým způsobem

1. Je stanoveno CS, žena je napojena na KTG, případně je provedeno kontrolní vyšetření UTZ či Dopplerem.
2. Na základě výsledků stanoví lékař strategii vedení případu, se kterou ženu seznámí a ta musí vyjádřit souhlas. Žena bývá upozorněna na možný rychlý nástup silných kontrakcí.
3. Obvykle se zavádí Prostin E2 0,5 mg i.c., nebo e.am., porodní asistentka vysvětlí ženě nutnost dodržení půl hodinového klidu na lůžku nejlépe v leže či v polosedě.
4. Pak je možno požádat ženu o souhlas s aplikací teplého klyzmatu a následně teplé koupele. Tato metoda je účinná zejména v kombinaci s nastoupivšími kontrakcemi.
5. Přibližně za 1,5 hodiny je provedeno kontrolní KTG s cílem verifikovat děložní činnost a zkontrolovat OP.
6. Přibližně za dvě hodiny po zavedení první dávky PGE2 je žena vaginálně vyšetřena a porovnává se změna v hodnocení CS oproti vstupnímu vyšetření. V odůvodněných případech je možno zavést druhou dávku PGE2. Kontraindikace druhé dávky je jizva na děloze po předchozí SC, přítomnost dostatečně silných pravidelných kontrakcí.
7. V případě příznivého nálezu na porodnické brance je možno provést amniotomii, (častěji u multipar), nejúčinnější je v případě, že PGE2 zapříčinil nástup kontrakcí.

8. Ženě je umožněn *volný pohyb* s doporučením vertikálních poloh. *Strava* je lehce stravitelná, doporučuje se tekutá pro případ akutního ukončení těhotenství císařským řezem. Pitný režim je bez omezení. *Hygienická péče* je zvýšená zejména při odtoku plodové vody.
9. Po celou dobu porodu sleduje porodní asistentka *postup porodu*, důsledně kontroluje *ozvy plodu*, sleduje a vyhodnocuje KTG záznam se zaměřením na děložní činnost. Dovede rozpoznat kontrakce, které ženu svou vysokou intenzitou a frekvencí vyčerpávají, avšak na otevírání měkkých cest porodních nemají efekt. Asistentka také aktivně vyhledává příznaky hypertonu děložního, který by zapříčinil hypoxii plodu. Ženu povzbuzuje, je dobré, když má žena u sebe doprovázející blízkou osobu.
10. *Kontrola vyprazdňování*, zejména močového měchýře je velmi důležitá.
11. O všech vyšetřeních vede přesnou *dokumentaci* a stav ženy konzultuje s lékařem. Musí být připravena k rychlé pomoci v případě komplikací, zejména k akutní tokolýze, nebo k akutní přípravě ženy na SC v důsledku hypoxie plodu.

Péče o ženu s CS 5 a méně

Je chápána jako výchozí stav pro preindukci.

Vedení II. a III. doby porodní - porodu bývá přítomen porodník

Ve IV. době porodní musí porodní asistentka zvýšeně kontrolovat retrakci dělohy, která může být zpomalena v důsledku vyčerpané svaloviny děložní.

Úkol:

1. Stanovte nejméně dvě ošetřovatelské diagnózy, které budou řešit předpokládané problémy těhotné s prodlouženou graviditou a navrhněte řešení.
2. Jste porodní asistentka v primární péči. Jaká bude **vaše** péče o ženu s potermínovou graviditou?

3. Jaké „babské rady“ znáte pro tuto situaci?

- * 1 dl červeného vína
- * Maliníkový čaj – 8 hrnků denně, pije se měsíc před porode, uvolňuje svaly dna pánevního.
- * Odvar z kousku skořice, 10 hřebíčků a kousek zázvoru 1 litru vody. Popijí se po troškách celý den. Účinek asi za dva dny.
- * Kořeněná jídla. Ta zvýší peristaltiku střev a dojde k podráždění dělohy.
- * Pohyb, procházky, „poskoky“.
- * Sex (prostaglandiny).
- * Teplá koupel, masáž nohou kolem kotníků.
- * Masáž bradavek