

Péče o ženu s předčasným porodem

Definice: ukončení těhotenství mezi 24. až 36 + 6. týdnem gravidity
Hmotnost novorozence je nižší než 2500 g (nutno odlišit od hypotrofie)

Jako porod se klasifikuje:

ukončení těhotenství narozením živého či mrtvého dítěte.

Za **narození živého dítěte** se považuje úplné vypuzení či vynětí plodu z těla matky, bez ohledu na délku gestace, jestliže plod po narození dýchá, nebo projevuje alespoň jednu ze známek života (srdeční činnost, pulzace pupečnicku, pohyb kosterního svalstva), bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena.

Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více. Nelze-li porodní hmotnost určit, musí být nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě. (*Metodický pokyn GPK č. 24, z roku 2013*)

Epidemiologie: prematurit je asi 6 % všech porodů, mírně stoupající tendence.

Rizikové faktory předčasného porodu:

- špatná socioekonomická situace ženy, nižší vzdělání, kouření, podvýživa
- věk matky nižší než 16 let a vyšší než 30 let
- předčasný porod v anamnéze
- náročné povolání, těžký stres
- vrozené vady dělohy, chronická onemocnění matky
- 50 % případů je zapříčiněno intrauterinní infekcí

Komplikace v těhotenství vedoucí k prematuritě:

- močové infekce
- hypertenze, preeklampsie, eklampsie, srdeční vady matky, anémie, abúzus grog
- rozepjatá děloha (gemini, polyhydramnion), dekompenzovaný DM, Rh izoimunizace
- intrauterinní úmrtí plodu, intrauterinní infekce

Klinické příznaky:

- Partus praematurus imminens (hrozící) bolesti v podbřišku, odchod hlenové zátky
- Partus praematurus incipiens (počínající) KD pravidelné, nález na hrdle děložním ve smyslu zkracování a otevírání
- Partus praematurus in cursu (v běhu) čípek je spotřebován, odtéká plodová voda, kontrakce silné a pravidelné.
- Hydrorrhoea amnialis praeterminalis (předtermínový odtok plodové vody) do 24 hodin dojde většinou k nástupu kontrakcí.

Stanovení diagnózy:

- odběr anamnézy, zjištění subjektivních příznaků – bolesti, tlak v malé pánvi, časté močení, špinění, krvácení
- vaginální vyšetření, stanovení CS
- kontrola KD a OP pomocí KTG

- průkaz odtoku plodové vody Temešváryho zkouškou, případně cytologie na plodovou vodu, (arborizační test)
- kultivace moči, kultivace z pochvy
- kompletní laboratorní screening
- biometrie plodu a stanovení délky a kvality hrdla pomocí UTZ

Ošetrovatelská péče:

- vždy hospitalizace, zajištění tělesného i duševního klidu a pohody
- hospitalizujeme ženu tam, kde je zajištěna odpovídající péče o předčasně narozeného novorozence = perinatologické centrum, dodržujeme zásadu „transport in utero“= RZP
- příjem bývá rychlý, lékař stanoví na základě vaginálního vyšetření, KTG a dalších vyšetření strategii další péče.
- Ev. mírná Trendelenburgova poloha je účinná jen v případě inkompetence hrdla, na kontrakce děložní nemá vliv
- strava se doporučuje lehká, nenadýmavá, aby nedocházelo k dráždění dělohy
- hygienickou péči zajišťuje PA podle pohybového režimu, vždy je zvýšená u odtékající plodové vody nebo krvácení.
- PA dbá na kontrolu vyprazdňování se zaměřením na prevenci zácpy
- dbáme na zajištění kvalitního odpočinku a spánku
- podporujeme ženu v psychické pohodě, podáváme dostatek srozumitelných informací, případně doporučíme schůzku s lékařem, akcentujeme příznivou prognózu stavu
- PA plní ordinace lékaře, podávají se širokospektrá ATB, zejména u předčasného odtoku plodové vody. Aplikace tokolytik je ordinována nejprve v kontinuální infúzi přes infuzní pumpu, při úpravě stavu se přechází na perorální podávání. PA dbá na pravidelné podání, sleduje účinnost lékové terapie. Při podávání betamimetik sleduje nežádoucí účinky – palpitace.
- podle pokročilosti porodu a délky gestace se zahajuje maturace plic plodu v době 23+1 – 34+6. Indikace: objektivně prokázané KD, CS 6 a více, odtéká PV, existuje riziko ukončení těhotenství z vitální indikace matky či ze strany plodu. Metodika: 2 x 2 amp. Diprophos i.m. á 24 hodin. Maturace ukončena za 24 hodin po aplikaci druhé dávky. Podávání kortikoidů za tímto účelem se v tomto těhotenství neopakuje.

Partus praematurus in cursu

Nepodaří-li se zabránit porodu, musí PA zajistit oproti obvyklé péči o rodičku některé zvláštnosti: **I. doba porodní**

- zajistit žilní vstup kanylou
- častý monitoring KTG a pečlivé vyhodnocování
- mít připravený kyslík pro případ alterace ozev
- snaha udržet vak blan co nejdéle, ženě doporučujeme spíše polohu v leže, vaginální vyšetření provádíme opatrně
- I. doba porodní se vede šetrně, podání uterotonik je přísně individuální, protože při rychlém porodu hrozí zvýšený tlak na hlavičku. Protrahovaný porod má stejná rizika.

II. doba porodní

- Porod vede lékař, nekomplikovaný porod od 36. týdne může vést zkušená PA

- K porodu *voláme pediatra*, PA je připravena na *ošetření* možného patologického dítěte, případně zajistí umístění dítěte ihned po porodu do inkubátoru.
- individuálně se volí „*předčasná epiziotomie*“, VEX a Kristellerova exprese jsou kontraindikované, lékař přísně zvažuje použití porodnických kleští.
- Indikace k SC jsou velkorysejší, zejména u KP nebo hrozící hypoxie plodu

III. a IV. doba porodní

- probíhá obvyklým způsobem
- důraz je kladen na *dostatek informací o dítěti* a navození klidné optimistické atmosféry

Úkoly:

1. Proč je důležitá prevence obstipace u těhotných žen?
2. Proč se u žen s hrozícím předčasným porodem provádí K + C z pochvy a moče?
3. Jak odpovíte ženě na sdělený strach o budoucnost předčasně narozeného dítěte?