

4 Třetí doba porodní

Doba k lůžku začíná bezprostředně po porodu dítěte a končí vypuzením placenty. Během ní dochází účinkem kontrakcí děložních k odloučení a vypuzení placenty. Trvá průměrně 15 minut, maximální délka by neměla přesáhnout jednu hodinu.

Rozeznáváme tři fáze III. doby porodní – fázi odlučovací

- fázi vypuzovací
- fázi hemostatickou

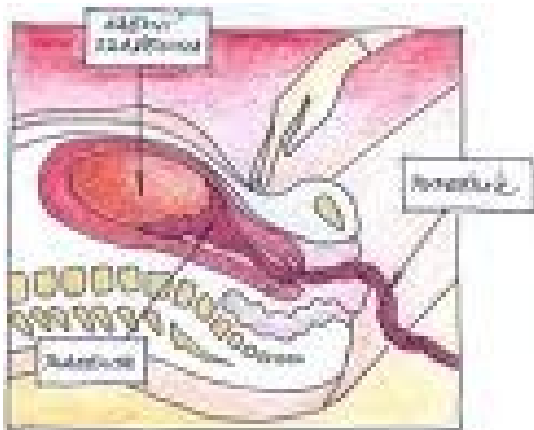
Hlavní riziko pro ženu představuje krvácení a retence placenty. Z důvodu prevence komplikací třetí doby porodní se doporučuje tzv. její „aktivní vedení“ (aplikace uterotonika na konci druhé doby porodní).

Cílem péče je vybavení úplného/celistvého lůžka s minimální krevní ztrátou při zachování tělesné i psychické pohody rodící ženy.

Známky odloučenosti placenty

Existují čtyři nejčastěji používaná znamení odloučenosti placenty: **Schroderovo** (tvar, uložení, výška fundu děložního), **Küstnerovo** (hmat hranou dlaně za symfýzu – vtahování pupečníku), **Ahlfeldovo** (pokles pupečníku před rodidly, jeho napětí) a **Strassmannovo** (přenos pokleповé vlny z těla děložního na pupečník – neprovádí se) **znamení**.

Küstnerův hmat/znamení



4.3 Mechanismus odlučování a porodu placenty

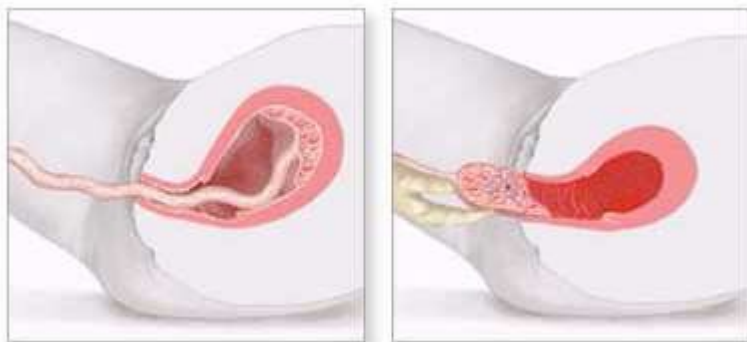
1. Bodeloque – Schulzův (středem) – nejmenší krevní ztráta (při odlučování téměř zevně nekrvácí, rodí se fetální stranou nejčastěji úponem pupečníku).

2. Duncanův (okrajem) – odlučování okrajem se navenek projeví krvácením (větší krevní ztráta proti předchozímu mechanismu), placenta se rodí hranou.

3. Gessnerův (kombinovaně) – nejčastější způsob, kdy se placenta odlučuje hranou a rodí středem.

Na odlučování placenty se podílí kontrakce děložní (oxytocin). Odlučování placenty necháváme probíhat zcela samovolně vlastními silami organismu ženy, dělohu nedráždíme, abychom předešli vzniku komplikací. Kontraindikován je zejména Crédeho hmat (riziko embolie a DIC).

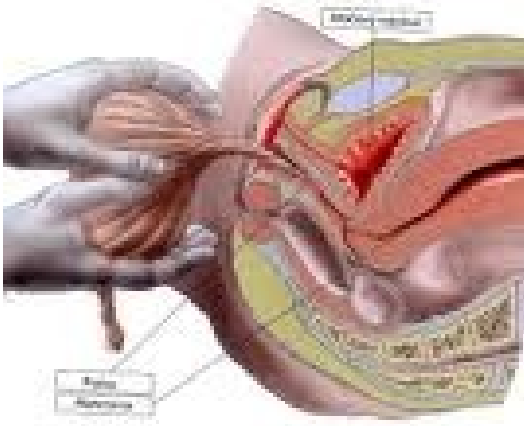
Odlučování a vypuzování placenty



Vybavení placenty

K vybavení placenty dochází za podpory břišního lisu rodičky. Využíváme Jacobsovu metodu, která spočívá v rotaci placenty dlaněmi, čímž dochází ke svinutí plodových obalů a jejich snazšímu vybavení. Porod placenty je provázen fyziologicky krevní ztrátou, která by neměla přesáhnout 300 ml (dle standardů WHO 500 ml).

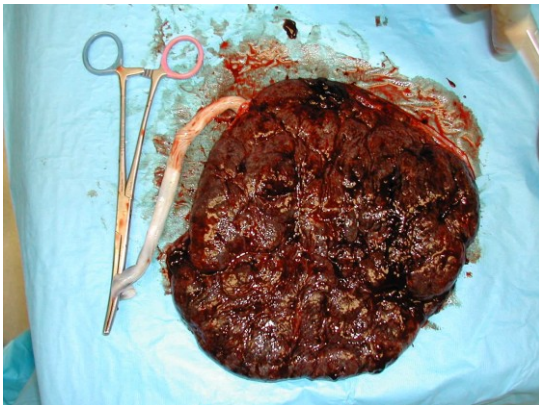
Jacobsova technika/metoda



Kontrola placenty

Po vybavení placenty provádíme kontrolu její celistvosti (jak mateřské tak fetální strany) - cévy, placentární kotyledony, blány. Hodnotíme také délku a inserci pupečníku (centrálně, marginálně, v blanách), velikost a hmotnost placenty.

Mateřská plocha (strana) placenty



Plodová plocha (strana) placenty



4.4. Ošetrovatelské diagnózy

- * Nedostatek informací
- * Riziko ztráty objemu tělesných tekutin
- * Riziko snížené perfúze tkání
- * Riziko infekce

4.5 Ošetrovatelské intervence

- * zhodnotit celkový stav rodičky,
- * zjistit známky odloučení placenty,
- * podat informace,
- * vybavit lůžko,
- * zhodnotit krevní ztrátu, retrakci děložní a celistvost lůžka,
- * zajistit kontakt s dítětem,
- * vše zdokumentovat

Odběr pupečnickové krve



