Gynekologicko - porodnická klinika
Masarykovy univerzity v Brně
Přednosta: doc. MUDr. Vít Weinberger, Ph.D.

Akutní stavy na porodním sále

Kameníková

Těhotenství a porod

Fyziologické děje, ale mohou se **nečekaně** a **velice rychle** zkomplikovat – ohrožení života matky i dítěte.

Ani ve 21. století nemusí být úspěšný průběh těhotenství a porodu úplnou samozřejmostí.

Posledních 20 let....

Stoupá počet rizikových těhotných

Lze očekávat nárůst těhotenských komplikací

Příčiny:

- migranti
- vyšší věk rodiček – vyšší zdravotní rizika a neplodnost – IVF – předčasné porody
- závažně nemocné ženy
- obezita
- vyšší rizika z nárustů císařských řezů

Krizové situace ze strany matky – před porodem

Preeklampsie

Eklampsie

HELLP

Krvácení – koagulopatie – DIC

Komplikace EA

Alergická reakce

Úraz v těhotenství

Intrauterinní smrt plodu

Šok, bezvědomí

Krizové situace ze strany matky – po porodu

Porucha mechanismu odlučování placenty

Porucha vypuzování placenty

Poruchy děložní retrakce – hypotonie, atonie

Porodní poranění

Krizové situace ze strany plodu

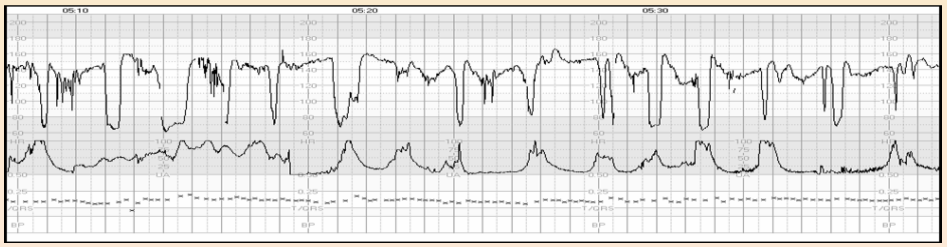
Hypoxie

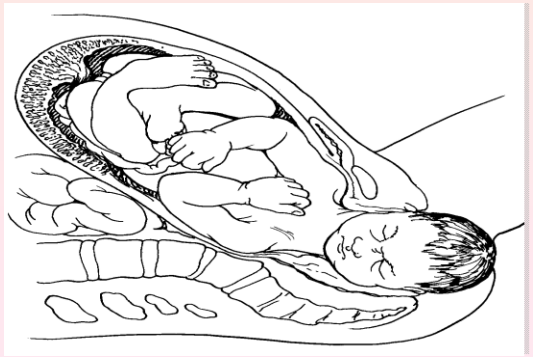
Dystokie

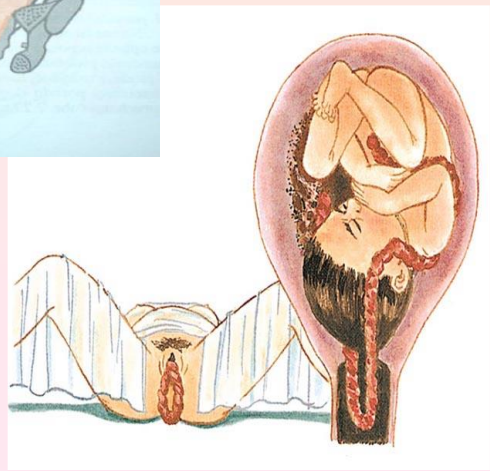
Nepravidelností porodu KP

Výhřez pupečníku

Abnormální polohy – příčná, šikmá

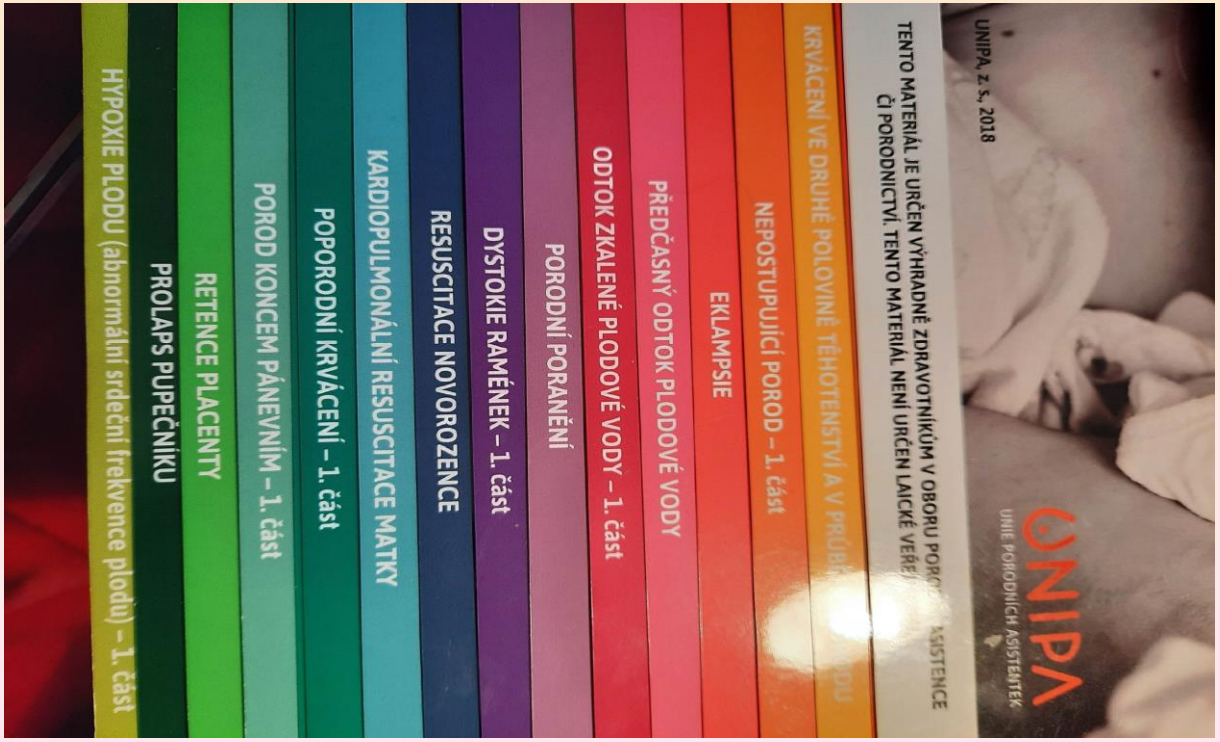






Akutní a méně obvyklé situace při porodu

guideliny pro porodní asistentky



Abrupce placenty

Předčasné odlučování placenty v posledních třech měsících gravidy nebo v I.DP

Příčiny:

Preeklampsie, eklampsie, hypertenze,choroby ledvin

Tupý úraz břicha

Krátký pupečník

Náhlé zmenšení břicha (polyhydramnion)

Příznaky:

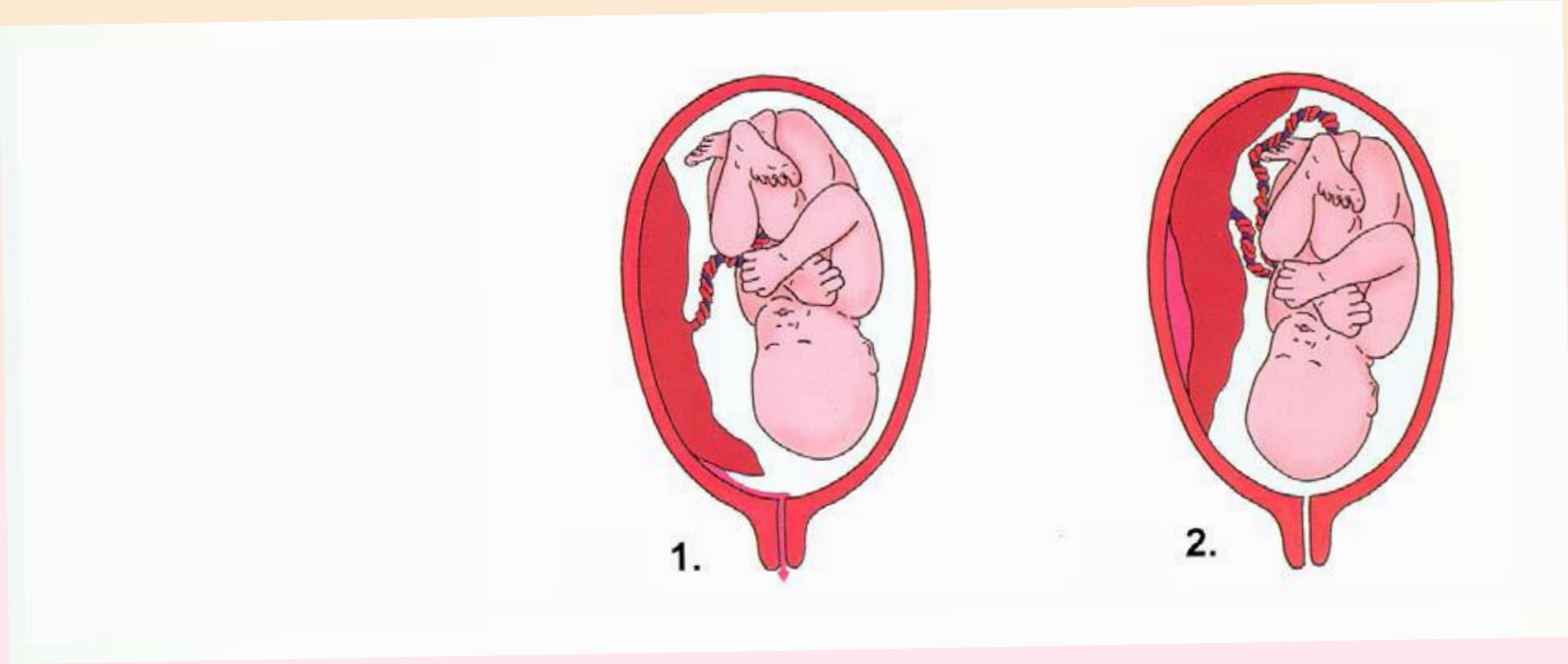
Krvácení

Bolest a alterace ozev plodu, bez krvácení, příznaky šoku –retroplacentární hematom)

UZ vyšetření

DIC

Abrupce placenty



Abrupce placenty

Terapie:

Vedení porodu závisí na fázi porodu, stavu plodu a na velikosti odloučené části placenty (vaginální x císařský řez)

Kontinuální kontrola rodičky a plodu nutná!!!

Pozor na případný rozvoj DIC

Akutní sc (pokles TK, rozvoj šoku, hypoxie plodu)

Profylaktická aplikace antitrombinu III a heparinizaci před sc

KI: aplikace tokolytik!!!

Placenta praevia

Plodové vejce niduje v dolním děložním segmentu

- Insertio placentae produnda (nedosahuje k vnitřní brance)
- Placenta praevia marginalis (zasahuje okrajem)
- Placenta praevia partialis (částečně překrývá)
- Placenta praevia centralis (totalis) –placenta překrývá celou vnitřní branku)

Příčiny:

- Patologie plod.vejce
- Změněná morfologie dělohy
- Chybná decidualizace děložní sliznice

Placenta praevia

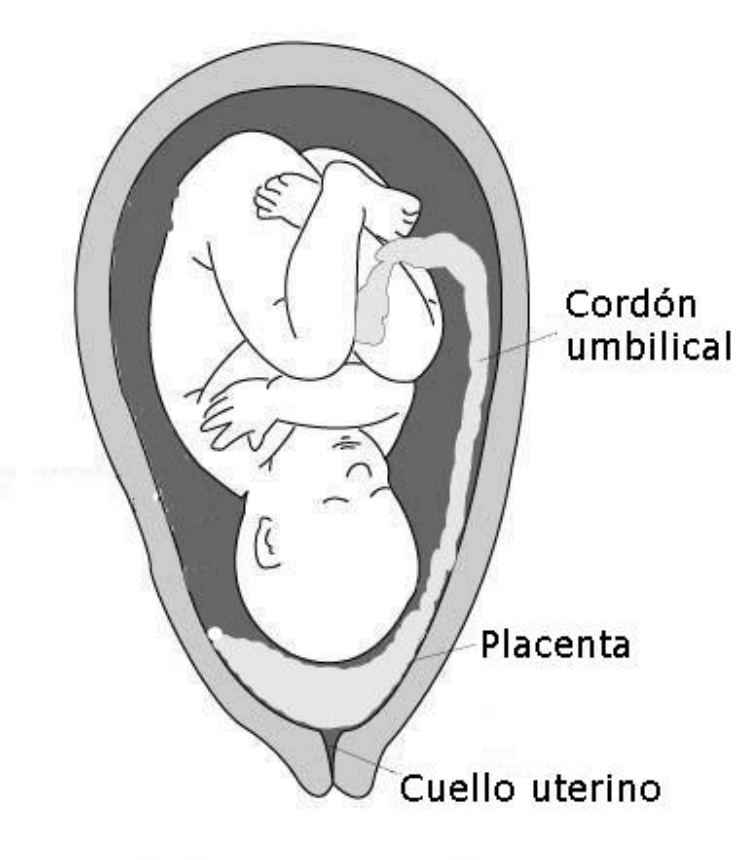
Příznaky:

•Krvácení- až II.polovina těhotenství (rozvoj DDS)-částečné odlučování a krvácení, v klidu ustává, opakuje se, anemizace matky. Čím blíže k porodu – krvácení zesiluje.

•Překážka vstupu hlavičky do pánve – často patologické polohy plodu – šikmé, příčné, KP)

Dg:

•UZ, krvácení



Placenta praevia

Terapie:

Hospitalizace

Kontrola KO

Akutní sc při silném krvácení

Sc vždy u formy centrální a parciální

Nebezpeční rozvoje DIC – profylaktická heparinizace

Ruptura dělohy

-porušení celistvosti děložní stěny. V graviditě vzácná –po prudké kontuzi břicha.

Spont. Ruptura- jizvy po sc, enukleaci myomu, myeloplastiky

Většina ruptur vzniká za porodu. Příčiny:

- Kefalopelvický nepoměr
- Vcestný tumor
- Zanedbaná příčná poloha
- Zeslabená děložní stěna jizvou
- Při vnitřních obratech a následné extrakci plodu
- Po Kristelerově expresi
- Předávkování uterotonik
- Nešetrné zavádění kleštin forcepsu

Ruptura dělohy

Dg.

Bandlova rýha

Po prudké bolesti – klid, děloha kontrahovaná, uchýlená obvykle do strany

Příznaky hemoragického i peritoneálního šoku

Krvácení (může i chybět)

Terapie:

Prevence

Okamžitě tokolytika a graviditu ukončit SC

U proběhlé ruptury – zajištění krevního řečiště, léčba šoku, laparotomie- zástava krvácení

Čerstvá rpt v jizvě – stačí prostá sutura

Komplikovaná rpt- jdoucí do pochvy nebo stěna MM- hysterektomie

Peripartální krvácení
Příčiny velkého krvácení

před porodem: abrupce placenty, placenta praevia, vasa praevia, ruptura jater nebo sleziny;

během porodu: císařský řez, ruptura dělohy;

po porodu: atonie dělohy, retence placenty, poranění porodních cest, inverze dělohy, placenta accreta, increta, percreta.

Zásadní problém je odhad krevní ztráty – je lepší ji přecenit

Rizikové faktory postpartálního krvácení

Antenatální:

věk,

parita,

BMI,

diabetes II.typu,

trombofilie,

hypertenze matky

Intrapartální:

retence placenty,

prodloužená II. d.porodní,

placenta acreta,

lacerace (trhliny, hematomy),

vaginální porodní operace,

indukce porodu,

vysoké dávky uterotonik za porodu

distenze děložní,polyhydramnion

2/3 žen nemá žádné riziko

Základní otázky u ŽOK

Odkud pacientka krvácí ?

Je možná kontrola zdroje krvácení ?

Má pacientka jiné onemocnění, které může ovlivnit koagulační systém ?

Užívá farmaka ovlivňující koagulaci ?

Jsou přítomny laboratorní známky koagulopatie ?

Nutné předpoklady pro zvládnutí velkého porodnického krvácení

preventivní opatření

zkušenost

schopnost rychle se rozhodnout

dostatečné vybavení pracoviště

Poruchy odlučování placenty

Odlučování probíhá ve třech fázích: odlučovací, vypuzovací, hemostatická

Příčiny: hypotonie uteri, prostrahovaný porod, vícečetné těhotenství, polyhydramnion,

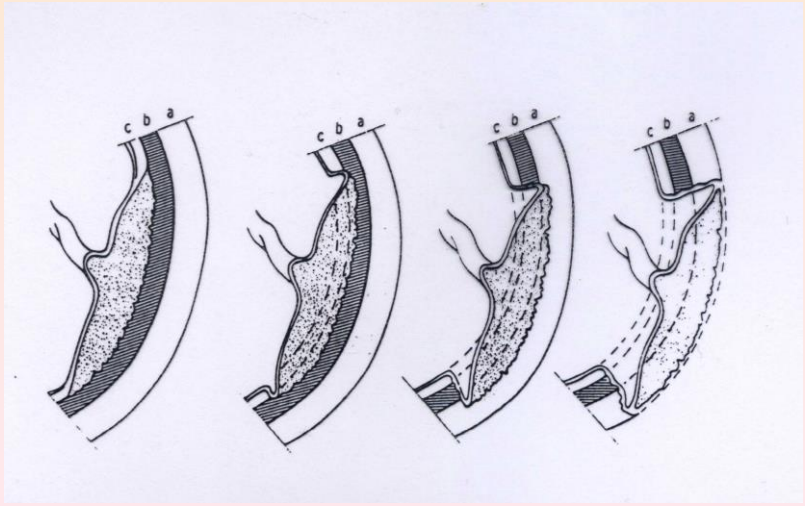
patologická inzerce lůžka = prorůstání klků do děložní stěny

-adherens (po zákrocích- anamn)

-acreta (do dicudui basalis)

-increta do hloubky svaloviny´

-percreta –celou děložní stěnou



Poruchy odlučování placenty

Příčiny:

Hypotonie a atonie – děl. Masáž, oxytocin.pozor na inverzi dělohy

Všechny tyto stavy mohou vést k ŽOK

Hlavní principy:

Čas

Rychlost odborného rozhodnutí

Správný postup při zahájení těch nejjednodušších a přitom nejzákladnějších úkonech (určují jednoznačně prognózu)

- soustředěnost

- systematický nácvik dovedností až dril = **úspěch v akutní medicíně**

Poruchy odlučování placenty
terapie

- 2 periferní vstupy G14, G16
- Přetlaková náhrada objemu –krystaloidy max 2000ml/koloidy 1000ml(do odby než jsou k dispozici KD)
- KS na křížovou zkoušku, Ko+koagulace, fibrinogen, DD, ATIII, biochemie (Na, K,Ca, urea, kreatinin, JT, ABR)
- Inhalace O2
- Při ztrátě 2000ml- okamžitě EBR 4TU O Rh-; 4-6 TU ČMP
- Pokud se krev nesráží – okamžitě 2-4g fibrinogenu
- Nepodcenit ztrátu, řádný zápis o aplikacích v čase
- Monitoring TK, P, ATB při operační intervenci, LMWH