

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Martina Kutilová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Martina Kutilová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PÉČE O ŽENU PO OPERATIVNÍM PORODU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Kateřině Ratislavové za vedení práce, poskytování rad a pomoc při jejím zpracování, dále ženské sestře paní Nedbalové za poskytnutí zajímavého rozhovoru a její ochotu a celé mé rodině a příteli za podporu během celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Martina Kutilová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o ženu po operativním porodu

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

Počet stran: číslované 67, nečíslované 23

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 47

Klíčová slova: operativní porod, císařský řez, klešťový porod, vakuumextrakce, anestezie, porodní asistentka, šestinedělí

Souhrn:

V bakalářské práci jsou popisovány rozdíly v péči porodní asistentky o ženu v souvislosti s operativním porodem ve dvou časových obdobích. Tato období byla vymezena léty 1950 – 1989 a 1990 – 2011.

Nejčastější porodnickou operací je císařský řez (sectio caesarea), jehož frekvence v současnosti dosahuje až 23%. Péči o ženu v souvislosti s touto operací je proto věnována největší část práce. Jsou zde popisovány indikace, provedení, komplikace, z hlediska péče porodní asistentky nejvíce předoperační příprava, pooperační péče, rehabilitace a rozdíly v jejich provádění v porovnávaných obdobích. K dalším porodnickým operacím patří vakuumextrakce a klešťový porod (forceps). K operativním porodům jsou řazeny i operace, které se provádějí ve III. době porodní. K těmto výkonům se řadí manualní lýze placenty (lysis manualis placentae) a revize dutiny děložní (revisio cavi uteri). Téměř zapomenutými výkony jsou zmenšující operace, které se v současné době již neprovádějí. V práci je dále zahrnuta problematika poskytování péče porodní asistentkou ženě v průběhu šestinedělí. K operačnímu porodu neodmyslitelně patří anestezie. V práci jsou popisovány metody neuroaxilární i celkové anestezie a jejich výhody a nevýhody v porodnictví. Práce popisuje i změny ve vzdělávání a kompetencích porodních asistentek.

Annotation

Name: Martin Kutilová

Department: Nursing and Midwifery

Title: Caring for a woman for operative deliveries

Leader: Mgr. Kateřina Ratislavová

Number of pages: 67 numbered, unnumbered 23

Number of attachments: 6

Number of titles of literature: 47

Key words: operative delivery, caesarean section, forceps delivery, Vacuumextraction, anesthesia, midwifery, postpartum

Summary:

In the thesis are described differences in the care of a midwife for a woman in connection with operative delivery in two time periods. This period was defined by years 1950 - 1989 and 1990 - 2011.

The most common obstetric operations is caesarean section (Sectio Caesarea), whose frequency has now reached to 23%. Care of a woman in connection with this operation is therefore devoted the largest part of the work. There are described the indications, complications, in terms of midwifery care most preoperative preparation, postoperative care, rehabilitation, and differences in their implementation in the comparison periods. Other obstetric operations are Vacuumextraction and forceps delivery (forceps). The operative deliveries are arranged perace also being carried out in the third. stage of labor. This performance ranks lysis Manual placenta (placenta manualis lysis) and revision of the uterine cavity (Cavi revisio uteri). Almost forgotten performances are shrinking operations that currently do not have. The work also included the issue of midwife care during the postpartum woman. The inherent operational delivery of anesthesia. The paper described methods neuroaxilární and general anesthesia and their advantages and disadvantages in obstetrics. The work describes the changes in education and competencies of midwives.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 VZDĚLÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK / ŽENSKÝCH SESTER.....	12
2 NÁPLŇ PRÁCE A KOMPETENCE PORODNÍ ASISTENTKY/ ŽENSKÉ SESTRY	15
3 PORODNICKÉ OPERACE	18
4 CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	20
4.1 Indikace a frekvence	21
4.2 Podmínky provedení císařského řezu	23
4.3 Příprava pacientky k císařskému řezu.....	24
4.4 Provedení císařského řezu	26
4.5 Rizika císařského řezu	28
4.6 Péče o ženu po císařském řezu	30
4.7 Rehabilitace po císařském řezu.....	35
4.8 Propuštění do domácí péče	37
5 FORCEPS	39
5.1 Indikace, podmínky, provedení	40
5.2 Komplikace a kontraindikace	42
5.3 Příprava ženy ke klešťovému porodu	43
5.4 Péče o ženu po klešťovém porodu.....	45
6 VAKUUMEXTRAKCE	48
6.1 Indikace.....	48
6.2 Podmínky a příprava	50
6.3 Péče o ženu po vakuumextrakci.....	51
7 OPERACE VE III. DOBĚ PORODNÍ.....	52
7.1 Manuální vybavení placenty – Lysis manualis placetae.....	52
7.2 Revize dutiny děložní	54
7.3 Péče o ženu po operaci prováděnou ve III. době porodní.....	55
8 ZMENŠUJÍCÍ OPERACE.....	56
8.1 Kraniotomie	56
8.2 Dekapitace	57
8.3 Dekapitace	Chyba! Záložka není definována.
8.4 Kleidotomie	57
8.5 Péče o ženu po zmenšující operaci	58
9 ANESTEZIE U OPERATIVNÍHO PORODU.....	60
10 ŠESTINEDĚLÍ	64
11 DISKUZE	69

ZÁVĚR.....	74
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHA 1 – VÝVOJ POČTU PORODŮ A PORODŮ CÍSAŘSKÝM ŘEZEM	
PŘÍLOHA 2 – NOVOROZENCI PODLE ZPŮSOBU PORODU	
PŘÍLOHA 3 – PRVNÍ PORODNICKÉ KLEŠTĚ A SOUČASNÉ KLEŠTĚ	
PŘÍLOHA 4 – VAKUUMEXTRAKCE – PŘÍSTROJ, PROVEDENÍ, PELOTY	
PŘÍLOHA 5 – TABULKA ZMĚN V PÉČI O ŽENU PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU	
PŘÍLOHA 6 – TABULKA ZMĚN V PÉČI O ŠESTINEDĚLKU	

ÚVOD

Ke zpracování mé bakalářské práce jsem si vybrala téma „Péče o ženu po operativním porodu“. Téma jsem si vybrala, protože se domnívám, že je tato problematika stále aktuální a je neustále předmětem diskuzí odborníků i laiků, resp. rodiček a těhotných žen. V souvislosti s operativním porodem se setkáváme i s různými „předsudky“. Jedná se např. o zdánlivou bezpečnost císařského řezu nebo o mylná přesvědčení o klešťových porodech.

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat rozdíly v péči porodní asistentky o ženu v souvislosti s operativním porodem ve dvou časových obdobích. Tato období jsou vymezena léty 1950 – 1989 a 1990 – 2011. Nejen porodnictví, ale i celá medicína, prošla po roce 1989 velkými změnami. Tím, že byla umožněna komunikace s celým světem začaly být využívány nové lékařské postupy, nové technologie, přístroje i léky. Lékaři, sestry i porodní asistentky měly k dispozici novou literaturu, nové vědecké poznatky, nové pomůcky apod. To vše umožnilo rozvoj a změny v poskytování péče těhotným, rodičkám, šestinedělkám i novorozencům.

V bakalářské práci je popisována nejen péče po operativním porodu, ale také popis jednotlivých porodnických operací, jejich indikace, komplikace a příprava ženy. Činnost porodní asistentky spočívá totiž i ve sledování těhotných žen, u kterých může objevit rizikové faktory nebo příznaky stavů, které vyžadují řešení některou porodnickou operací. Kvalitní péče o ženu rovněž nespočívá jen v pooperační péči, ale základy pro dobrý průběh operace a pooperační rekonvalescence jsou položeny už v předoperačním období, v této oblasti má porodní asistentka nezastupitelnou roli. Péče o ženu po porodu nezahrnuje jen bezprostřední péči na porodním sále a na oddělení šestinedělí, ale také péči po celou dobu šestinedělí, proto je tomuto období věnována také 1 kapitola této práce. Proto, aby mohla porodní asistentka všechny své úkoly plnit, potřebuje také dostatečné vzdělání a vymezení svých kompetencí. Tato problematika je proto zařazena i v mé bakalářské práci. V letech 1950 – 1989 a 1990 – 2011 se měnila i náplň práce porodní asistentky, dokonce i název této profese. Od 60. do 90. let se používalo označení ženská sestra.

Nejznámější a nejpoužívanější porodnickou operací je císařský řez. První pokusy o jeho provedení sahají až do antiky. Plný rozvoj a hlavně bezpečnost umožnil až postupný vývoj lékařské vědy, především používání anestezie a dodržování zásad asepse. Průběh

operace, příprava ženy i pooperační péče o šestinedělku byla odlišná i v průběhu 50. - 90. let a v současnosti.

Dalšími porodnickými operacemi jsou tzv. vaginální extrakční operace, kam je řazen klešťový porod (forceps) a vakuumextrakce. Zatímco kleště se začaly využívat už v 16. - 17. století a prodělávaly velký rozvoj, první vakuumextrakce se začaly provádět až v 50. letech 20. století.

K téměř zapomenutým porodnickým výkonům patří zmenšující operace. Tyto výkony byly prováděny většinou na mrtvých plodech, které byly překážkou porodu a sloužily k záchraně života ženy, dnes se tyto výkony již neprovádějí. Porodnické operace se neprovádějí jen ve II. době porodní, ale známe také operace ve III. době porodní a časném šestinedělí, patří sem manuální lýze a revize dutiny děložní.

V literatuře se k dalším porodnickým operacím řadí např. i epiziotomie, nástříhy branky, extrakce plodu v poloze koncem pánevním nebo obraty zevními a kombinovanými hmaty. V 50. letech byla za operaci považována i dirupce vaku blan.

Podkapitoly popisující péči o ženu po daném operativním porodu jsou doplněny informacemi, zkušenostmi a vzpomínkami porodní asistentky (resp. ženské sestry), která pracovala na oddělení šestinedělí před rokem 1989. Tyto informace jsem získala pomocí rozhovoru.

Zkoumaná problematika:

Péče o ženu po císařském řezu, klešťovém porodu, vakuumextrakci, po operaci prováděnou ve III. době porodní, zmenšující operaci a v šestinedělí. Vývoj využívání anestezie při operativních porodech.

- ◆ **Prameny:** analýza odborné literatury a zdrojů, rozhovor s pamětnicí
- ◆ **Vývojová chronologie problematiky:** porovnávání vývoje péče v letech 1950 – 1989 a 1990 – 2011
- ◆ **Hlavní cíle:**
 - popis změn v péči o ženu po jednotlivých operativních porodech ve srovnávaných obdobích
 - popis změn v poskytování péče v šestinedělí ve srovnávaných obdobích

- popis změn ve využívání metod anestezie při operativních porodech ve srovnávaných obdobích
- popis změn ve vzdělávání porodních asistentek ve srovnávaných obdobích
- popis změn v kompetencích ženských sester a porodních asistentek

1 VZDĚLÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK / ŽENSKÝCH SESTER

První porodní báby se objevují již ve Starém Egyptě, v Řecku, Římě a u mnoha dalších starých civilizací. Zpočátku tuto pomoc poskytovaly pouze starší zkušenější ženy, sousedky apod., teprve postupně se pomoc u porodu stávala uznávanou a nutnou profesí. Účast lékaře při běžném porodu nebyla považována za nutnou a dokonce lékařského stavu nedůstojnou. Jedna z nejstarších knih pro „porodní báby“ pochází už z období asi 300 př.n.l.(Vránová,2007)

O první porodní bábě u nás je zmínka roku 1176 v souvislosti s králem Václavem II.

V tomto období spočíval největší problém v tom, že porodnictvím se zabývaly často ženy nevzdělané, negramotné, pocházející z velmi chudých vrstev. Pracovaly do velmi vysokého věku a jako odměnu dostávaly mnohdy místo peněz naturálie – chléb, víno, boty, od chudých zpravidla nic. Při porodu využívaly různé mýty, motlitby a pověry. Se svým povoláním se seznamovaly různě, nejčastěji se mladá pomocnice učila od starší a porodní babičky si tak vychovávaly své nástupkyně. (Doležal, 2001)

V Čechách vyšlo do konce 16. století asi 8 spisů pro porodní báby, ale ty byly velmi primitivní. Roku 1602 byl v Praze na Malé straně založen Vlašský špitál, kde od počátku probíhala výuka porodnictví. Od roku 1651 se pak musely báby prokazovat potvrzením o vykonané zkoušce, později začaly zkoušené porodní báby nosit na tkaničce zavěšený odznak.

30.7. 1789 se u nás otevírá porodnice a nalezinec v budově u kostela sv. Apolináře, kde rovněž probíhala výuka porodnictví všech skupin zdravotníků. O pokroky babictví se zasloužil prof. A. Jungmann, který působil na Univerzitě Karlově od roku 1808 a vydal i učebnici pro porodní báby. Mezi další významné osobnosti, které stály v čele porodnických klinik a babického vzdělání patří prof. K. Pawlík a prof. V. Rubeška. Postupně se babictví stává zdravotnickým povoláním a roku 1928 se mění název porodní bába na název porodní asistentka. (Chytilová, 2005, Doležal, 2001)

1950 – 1989

Do roku 1947 trvalo studium porodní asistentky pouze 10 měsíců, až v tomto roce bylo zavedeno dvouleté vzdělávání. V tehdejší Československu se nacházely pouze dva ústavy, kde se porodní asistentky vzdělávaly, v Pardubicích a v Ostravě. V roce 1948 byl obor porodní asistentka zahrnut do systému vyššího sociálně zdravotního studia, studium navazovalo na základní vzdělání a trvalo 3 roky.

Další etapou ve vzdělávání porodních asistentek bylo zavedení čtyřletého oboru, zakončeného maturitní zkouškou. Vyučování probíhalo dva roky společně se všeobecnými sestrami, další dva roky odděleně dle oboru. Tento systém studia byl ukončen v letech 1974/1975. Školní rok 1958/1959 přináší zavedení dvouletého denního a dálkového pomaturitního studia na středních zdravotnických školách.

V roce 1965 se dočasně mění název porodní asistentka na ženská sestra. Osnovy pro výuku se podstatně lišily tak, aby bylo možno ženskou sestru zařadit na jakýkoliv úsek gynekologického oddělení nebo polikliniky bez dalšího zaškolování. V případě nutnosti mohla absolventka oboru ženská sestra vykonávat činnosti jako běžná zdravotní sestra. Označení ženská sestra bylo používáno do roku 1993, od kdy se obor znovu jmenuje porodní asistentka. (Vránová, 2007, Dlhoš, Kotásek 1981)

1990 – 2011

V roce 1995 bylo dvouleté pomaturitní studium nahrazeno oborem Diplomovaná porodní asistentka. Obor byl vyučován na vyšších zdravotnických školách a studium trvalo tři roky.

Od akademického roku 2001/2002 začal být obor porodní asistentka vyučován na vysokých školách jako bakalářské vzdělání. Studium je nyní tříleté, zakončené Státní závěrečnou zkouškou. Po vstupu České republiky do Evropské unie došlo k úpravě vzdělání porodních asistentek podle směrnic 80/155 EHS a 89/594/EHS. Tyto směrnice stanovují povahu a obsah vzdělávacího programu, jsou zde uvedeny vzdělávací cíle, minimální délka studia, předchozí vzdělání uchazečů a kompetence absolventů. Je tak umožněno uznávání kvalifikace a volný pohyb profesních odborníků pro zdravotníky v

rámci Evropské unie. Dle směrnic nesmí být studium kratší než 3 roky a musí obsahovat 4600 vyučovacích hodin, z toho 50% tvoří odborná praxe.

Dalším významným dokumentem, zabývajícím se vzděláním porodních asistentek, je Mnichovská deklarace z roku 2000. Země, které k této deklaraci přistoupily, se zavazují, že budou zlepšovat vzdělání a umožní vysokoškolské vzdělávání v oblasti ošetrovatelství a porodní asistence. (Vránová, 2007)

Teoretická výuka porodních asistentek má za úkol poskytovat studentkám znalosti potřebné pro poskytování péče v porodní asistenci, klinických, sociálních a dalších souvisejících oborech. (z.č. 39/2005 Sb.)

Praxe studentek probíhá ve zdravotnických zařízeních a je zaměřena na prenatální péči, péči během porodu a poporodní péči. Během praxe je nutné splnění všech těchto oblastí v následujícím rozsahu: 100 prenatálních vyšetření, dohled a poskytování péče ženám v průběhu fyziologického těhotenství nejméně u 40 těhotných, dohled a péče u žen s rizikovým průběhem těhotenství nejméně u 40 těhotných a v rámci celé prenatální péče sepsat anamnézu, provádět prenatální vyšetření a provádět edukaci. Péče během porodu zahrnuje osobní vedení nejméně 40 porodů (pokud nelze tohoto počtu dosáhnout postačí 30 porodů a asistence u dalších 20 porodů), asistenci nebo účast u 20 patologických porodů, z toho alespoň u 1 porodu koncem pánevním. Dále studentky během praxe mají získávat zkušenosti s prováděním epiziotomie, chirurgickým šitím kontrolou poranění porodních cest, a to alespoň u 10 klientek. Důležitou součástí je i provádění postnatálního vyšetření alespoň u 100 fyziologických novorozenců. V rámci poporodní péče provádí budoucí porodní asistentky dohled, poporodní péči a vyšetření minimálně u 100 klientek, edukaci a péči u 100 žen v šestinedělí a péči alespoň u 20 žen s patologickým stavem v gynekologii nebo porodnictví. Nedílnou součástí je i péči o 20 novorozenců, včetně novorozenců narozených před nebo po termínu porodu, novorozenců s nízkou porodní hmotností a zdravotně postižených novorozenců. (Metodický pokyn k vyhl.č. 39/2005)

V současnosti může porodní asistentka absolvovat následující obory specializačního vzdělání: Intenzivní péče v porodní asistenci, Perioperační péče v gynekologii a porodnictví a Komunitní péče v porodní asistenci. (z.č. 31/2010 Sb.)

2 NÁPLŇ PRÁCE A KOMPETENCE PORODNÍ ASISTENTKY/ ŽENSKÉ SESTRY

Znalost náplně práce a svých kompetencí je nezbytná pro poskytování kvalitní a odborné ošetrovatelské péče.

1950 – 1989

Porodní asistentky se vždy soustředily především na samotné vedení porodu, popř. na řešení různých komplikací, které během porodu nastaly. Změna názvu porodní asistentka na název ženská sestra souvisela údajně s prudkou změnou v náplni práci. „*Nový název ženská sestra znamená, že tato zdravotnická pracovnice se stará o ženu v celém rozsahu speciální péče ve všech úsecích jejího života a za všech okolností*“ (Dlhoš, Kotásek, 1981, str. 14). Ženská sestra musela mít stejné znalosti jako porodní asistentka: o vedení porodu teoreticky i prakticky, musela být schopná ukončit porod jak v nemocnici tak v domácím prostředí, samozřejmostí byly dobré znalosti o fyziologickém a patologickém těhotenství i o preventivní péči o těhotné. Ženské sestry se navíc začaly uplatňovat v péči o gynekologicky nemocné, podílet se na gynekologické prevenci, v depistáži rakoviny, v dispenzární péči, v oblasti edukace o antikoncepci a důležitou složkou jejich práce byla i výchova obyvatelstva. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

Náplň práce ženské sestry byla velmi široká. Zahrnovala práci v terénu, v ambulantních zařízeních, na porodnických a gynekologických odděleních, pohotovostní službu, zdravotní výchovu, preventivní a léčebný tělocvik a administrativní práce.

Důležitou náplní práce bylo poskytování péče v terénu, tzv. návštěvní služba. Tu vykonávala ženská sestra u těhotných žen, šestinedělek a novorozenců. Návštěvní služba musela být systematická a dobře plánovaná. Stávalo se, že někdy byly ženské sestry v rodinách odmítány, chápaly tyto návštěvy jako zasahování do soukromí. I v učebnicích bylo proto těmto sestrám doporučováno, aby se nenechaly odradit a vystupovaly vlídně a s dostatkem taktu.

Pokud těhotná pravidelně chodila do prenatální poradny navštívila ji ženská sestra doma většinou 2krát za těhotenství. Cílem návštěv byl odborný dohled, zprostředkování pomoci v případě některých těžkých situací v rodině, zjištění sociálního a hygienického prostředí, vztahu manželů, způsobu stravování, edukace žen o dodržování osobní hygieny, správné životosprávy a vyšetření těhotné ženy. Na každou návštěvu s sebou nosila ženská sestra deník, do kterého zapisovala průběh návštěvy a nutné pomůcky. Mezi pomůcky patřily hlavně: stetoskop, teploměr, gumové rukavice, vazelína, tlakoměr a fonendoskop, různé dezinfekční roztoky, pinzety, nůžky, ústenku, mýdlo, kartáček atd. Průběh návštěvní péče u šestinedělek a u novorozenců je popisován v kapitole „Šestinedělí“. (Dlhoš, Kotásek, 1967)

Práce ženských sester byla koordinována praktickým a ženským lékařem. Na okresní úrovni byla péče řízena okresním gynekologem a okresní ženskou sestrou, v sídle kraje to byl krajský odborník s krajská ženská sestra.(Dlhoš, Kotásek, 1967)

1990- 2011

Současná mezinárodní definice porodní asistentky zní: „ *Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.* ” (Vránová, 2007,s. 94)

Náplň práce a kompetence řeší vyhláška č. 55/ 2011 § 5. Porodní asistentka zajišťuje bez odborného dohledu základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné a rodící ženě a ženě do 6. týdnu po porodu. Péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Porodní asistentka poskytuje informace o životosprávě během těhotenství a kojení, přípravě na porod, ošetřování novorozence a antikoncepci. Dále může provádět návštěvy u těhotných žen, u šestinedělek a u žen gynekologicky nemocných. Porodní asistentka je tako oprávněna diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučit nebo provádět různá vyšetření, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, edukovat ji o prevenci komplikací a v případě zjištěného rizika předat ženu do péče lékaře. Dále její péče zahrnuje: sledování

stavu plodu v děloze, přípravu rodičky k porodu, podporu a edukaci ženy v péči o novorozence včetně podpory kojení. Porodní asistentka pečuje o ženu ve všech porodních dobách, vede samostatně fyziologický porod, včetně nástřihu hráze, ošetřuje porodní poranění, pečuje o ženu do šestého týdne po porodu a v neodkladném případě vede porod koncem pánevním. Dále může poskytovat péči fyziologickému novorozenci a provádět jeho první ošetření, pod vedením lékaře asistovat při komplikovaném porodu, gynekologických výkonech a instrumentovat na operačním sále. Součástí práce porodní asistentky je také manipulace s léčivými přípravky, zdravotnickými prostředky, prádlem a zajišťování dezinfekce a sterilizace.(vyhl.č. 55/ 2011)

V souvislosti s operativním porodem by péče porodní asistentky zahrnovala hlavně: odhalování rizikových faktorů a příznaků během těhotenství i za porodu, které jsou následně indikacemi k provedení operativního porodu, sledovat stav plodu v děloze, asistovat lékaři při provádění operace nebo instrumentovat při porodu na operačním sále a vhodně rodičku připravit k danému výkonu. Je třeba nezapomenout na to, že předoperační příprava nezahrnuje jen přípravu fyzickou, ale také edukaci a přípravu psychologickou. Nezbytným úkolem je i zajištění dostatku potřebných pomůcek k provedení operací, kontrola funkčnosti a zajištění jejich sterilizace a dezinfekce. Nedílnou součástí je i péče o novorozence po operativním porodu, kdy je potřeba provést pečlivé vyšetření. V poporodním období by se měla porodní asistentka v souvislosti s operativním porodem zaměřit na kontrolu hojení porodního poranění, ať už se jedná o poranění hráze, vnitřních rodidel nebo laparotomie, dále na krvácení, nástup laktace a edukaci matky.

3 PORODNICKÉ OPERACE

Předchůdcem prvních porodnických operací byly různé snahy o manuální pomoc při komplikovaných a těžkých porodech, kdy se porodní báby snažily vytáhnout dítě, jakmile byla viditelná nebo dosažitelná některá část jeho těla. Dále byly často používané techniky jako hnětení, mačkání, šlapání, zatěžkávání břicha apod. (Mlynářová, 2001)

Postupy některých porodnických operací znali už lékaři a porodní báby v nejrůznějších starověkých civilizacích. Staří Izraelité už např. popisovali postup při natržení hráze, v Indii byl prováděn porodnický obrat, Sórán z Efesu prováděl porodnický obrat na nožku, který byl následně na mnoho století zapomenutý a znovu začal být využíván až v pozdním středověku. Porodní báby ve Starém Řecku a Římě pomáhaly při těžkém porodu tak, že stlačovaly tělo ženy speciálně svinutými šátky. (Fiala, 2011)

V 18. století bylo evropské porodnictví hlavně v rukách porodních bab. Ranhojiči a chirurgové byly voláni k porodům až v beznadějných, často zanedbaných případech a nezbývalo jim nic jiného než provádět zmenšující operace. Postupně se začaly znovu používat operace jako obrat plodu a extrakce, v 17. století byly objeveny porodnické kleště, zdokonalovaly se lékařské nástroje, rozvíjela se technika císařského řezu.(Doležal, 2007)

1950- 1989

„ Operativním porodem nazýváme každý porod, kde bylo operováno v kterékoli porodní době, nebo i v době poporodní. Operace je možno provádět nástroji, nebo rukama. ” (Dlhoš, Pros, 1967, s. 119). Jako nejznámější porodnické operace byly v učebnicích pro tehdejší ženské sestry uváděny tyto: klešťový porod, vakuumextrakce, vybavení lůžka rukou a břišní císařský řez. (Dlhoš, Pros, 1967). V knize z roku 1942 jsou např. uváděny jako porodnické operace i úmyslné protržení vaku blan nebo rozšíření kostěného pánevního kanálu. (Klaus, 1942)

1990- 2011

„Pod pojmem porodnické operace rozumíme soubor výkonů, které provádíme v těhotenství, za porodu a šestinedělí v případech ohrožení zdraví nebo života plodu, matky nebo obou. Porodnická operativa má ve srovnání s chirurgickými výkony jiných operačních oborů řadu specifik.“ (Roztočil, 2008, s. 321).

Pod pojmem porodnické operace je v současnosti v naší literatuře nejčastěji uváděn císařský řez, dále vakuumextrakce a klešťový porod. Mezi další porodnické výkony se řadí tyto: revize dutiny děložní, manuální vybavení placenty, cerkláž, dilatace porodních cest, porodnický obrat, exprese a extrakce plodu a zmenšovací operace.

V současné době se výrazně změnilo spektrum a frekvence provádění vaginálních porodnických operací. Tím ubylo mnoho komplikací, které byly následky těchto výkonů. Naopak císařský řez se stává v současnosti téměř „ každodenností“. Rozšíření používání císařského řezu umožnilo snížení mnoha komplikací. Jako prevence komplikací při porodnických operacích byly zavedeny např. tyto postupy: prevence TEN, profylaktické podávání antibiotik, šití atraumatickým materiálem, používání uterotonik apod. U některých porodnických operací můžeme sledovat určité obnovování jejich používání, jedná se např. o bipolární obrat zevními hmaty nebo nekrvavé dilatace děložního hrdla pomocí hydrofilních dilatátorů. (Roztočil, 2008)“

4 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

První zmínky o provedení císařského řezu na mrtvé pocházejí od Egyptanů, kteří balzamovali mrtvolu a neunikla jim možnost najít v těle mrtvé ženy živé dítě. Pravidelně se ale tato operace na mrtvé prováděla až v době antiky v Římě. (Mlynářová, 2001)

Císařský řez je zmíněn také v antické přírodovědecké encyklopedii. V této knize byly děti, které byly z dělohy vyjmuty chirurgickou cestou, nazývány caesones nebo caesares. Slovo caesar je odvozeno od slova caedere, neboli rozřezat, ukrojit. Je tedy jasné, že název této operace není spojen s císařem Juliem Caesarem, jak se někteří autoři domnívali. (Fiala, 2011/14)

První císařský řez na živé ženě provedl údajně zvěrokleštič Jakub Nufer v roce 1500. U operace byly přítomny porodní báby a další zvěrokleštiči. Břicho rozřízl jedním řezem a vytáhl dítě. Výkon údajně skončil s příznivým výsledkem pro matku i dítě. Záznamy z dalších let ukazují i časté komplikace, které se vyskytovaly: v roce 1610 byl popsán stav, kdy se neprováděla sutura dělohy a následovala dehiscence rány, infekce a nakonec smrt ženy. (Doležal, 2011) První skutečně historicky doložený a popsán císařský řez u živé ženy provedl Jeremias Trautmann v roce 1610. U operace byli přítomni 3 lékaři, kněz a 2 porodní báby. Dítě bylo vyjmuté živé a rodička prohlásila, že výkon nebyl příliš bolestivý. Žena však náhle zemřela po 25 dnech a dítě ve věku 9 let. (Fiala, 2011/14)

V 18. století se úmrtnost žen po císařském řezu blížila 100%. Operace se prováděly většinou u žen umírajících, vykrváčených, poraněných a vyčerpaných, které následně umíraly na záněty pobřišnice z děložní rány, která se obvykle nešila. (Doležal, 2001)

V Čechách byl první císařský řez proveden v roce 1786 chirurgem plukovníkem Josefem Staubem. Dítě se narodilo mrtvé, vyčerpaná žena zemřela hned druhý den. (Fiala, 2011/14)

1950 - 1989

V době před druhou světovou válkou a hlavně po ní došlo k zavedení asepse a zdokonalení operativní techniky. To vedlo k tomu, že císařský řez začal být prohlašován za operaci zcela bez rizik. Svou poměrnou jednoduchostí s úspěchem konkuroval vaginálním porodnickým operacím, které vyžadovaly značnou technickou zručnost a celkově hlubší vzdělání. Postupně se dokonce objevily tendence nahradit všechny vaginální operace císařským řezem. Později se ale prokázalo, že i přes zdokonalující se techniku je stále tato operace zatížena značnou morbiditou i mortalitou. (Klaus, 1942)

1990- 2011

V posledních letech se stal císařský řez nejpoužívanější porodnickou operací. Je stále ale nutné myslet na to, že jde o velkou operaci, která s sebou přináší stále mnoho rizik. K jeho indikaci je tedy třeba přistupovat velmi zodpovědně.(Roztočil, 1996).

V současné době se dokonce často můžeme setkat s problematikou císařského řezu na přání. K tomuto výkonu, však lze přistoupit pouze v případech, které jsou medicínsky odůvodněné. Naopak, nelze provést císařský řez s odůvodněním na záchranu plodu, proti vůli těhotné ženy, protože v rozhodné chvíli dítě ještě neexistuje právně. (Zeman, Doležal, 2000)

4.1 Indikace a frekvence

Už v roce 1792 existovala absolutní indikace pro provedení císařského řezu. Jednalo se o takové zúžení pánevního vchodu, kdy nebylo možné zavést nástroje a provést zmenšovací operaci a extrakci plodu. Další indikací byly záchvaty eklampsie, které vedly k úmrtí rodičky. Během 19. století se stávala operace stále bezpečnější a indikace se tak mohly dále rozšiřovat.(Doležal, 2001)

1950 – 1989

Málokterá operace byla v oblasti indikací tak měněna jako císařský řez. Sectio caesarea značně rozšířil oblast použití. Nahradil profylaktický obrat plodu a další výkony, kde bylo jinak nutné vykonávat riskantní a obtížný pokus o vysoké kleště, začal se používat při porodech s placenta praevia. (Klaus 1942)

Mezi hlavní indikace patřil nepoměr hlavy a pánve, především zúžená pánev, porod velkého plodu nebo čelní poloha. Ve všech těchto případech je ohrožen plod konformací hlavy a následným krvácením do mozku. Jako další indikace byly v učebnicích uváděny: vcestné a zhoubné nádory, nepravidelné polohy plodu, placenta praevia, srdeční a plicní onemocnění matky, pozdní gestoza, hrozící ruptura dělohy, hrozící anoxie plodu, slabá děložní činnost, isoimunizace, výhřez pupečníku, habituální odumírání plodů apod. (Dlhoš, Kotásek, 1981). Od 50. do 90. let frekvence císařských řezů stoupala, pohybovala se mezi 2% - 7%.

1990 – 2011

Indikace k provádění císařského řezu se stále rozšiřují, hlavně s ohledem na plod. Zatímco dříve byla tato operace výjimečná a budila respekt, dnes je, dá se říci, každodenností. To vše umožnil vývoj lepší a bezpečnější techniky, možnost podávání transfuzí, vývoj anestezie, možnost léčby antibiotiky, možnost prevence tromboembolické nemoci apod. V ČR tvoří císařský řez 17% - 23% porodů. (Doležal, 2007,)

Mezi nejčastější indikace v současné době patří: hypoxie, dystokie, makrosomie, konec pánevní, iterativní císařský řez. Četnost těchto indikací se pohybuje mezi 18-12 %

S četností pod 10 % jsou to tyto indikace: preeklampsie, gemini, bolest v jizvě po předcházejícím císařském řezu, vada polohy, interní a neurologické indikace, placenta praevia, abrupce placenty, ortopedické vady, myomatozní děloha, retardace růstu atd. (Doležal, 2007). „V poslední době přibývají indikace u vysoce rizikových rodiček, jako jsou např. koarktace aorty, stenóza a. pulmonalis, stavy po náhradě chlopní, po transplantacích ledvin, jater, plic, slinivky břišní, po transplantaci srdce.“ (Doležal, 2007, str. 212)

4.2 Podmínky provedení císařského řezu

1950-1989

Ve starších učebnicích se uvádělo, že je zapotřebí dobrých děložních stahů, jako prevence před atonií a krvácením. Postupně se přišlo na to, že řez je možný provést i když jsou kontrakce zcela slabé, protože při manipulaci se vždy děloha dostatečně podráždí. V případě nedokonalých kontrakcí se také mohl aplikovat 10 minut před operací pituitrin a ergotin intramuskulárně. Hrdlo nemuselo být prostupné jako dříve. Nedoporučovala se ani dilatace hrdla zevnitř dělohy. Dále nesměla být vnitřní rodidla infikována a dítě mělo být živé a životaschopné. (Klaus, 1942)

Později se podmínky k provedení císařského řezu zúžily na následující: živý a životaschopný plod, velká část plodu nebyla fixována v pánvi a rodidla nesměla být zasažena infekcí. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

1990- 2011

„ Výsledkem operace má být zdravá žena a novorozenec, matka nepoškozená ve své plodnosti, sexuálně, esteticky i psychosociálně. ” (Doležal, 2007, s. 207)

Ze všech možných podmínek z minulosti zbyla jen jediná: hlavička plodu nesmí být vstouplá velkým oddílem a fixovaná. Vybavení plodu za tohoto stavu může mít za následek traumatizaci plodu i rozsáhlé poranění měkkých částí pánve u matky. Provedení císařského řezu při mrtvém plodu je indikováno jen z vitální indikace matky. (Roztočil a kol., 1996)

Před výkonem je třeba také zkontrolovat výsledky předoperačních vyšetření: krevní obraz, srážlivost krve, teplotu, pulz, kultivaci z pochvy. Je třeba také zajistit miniheparinizaci, profylaktické podání antibiotik a transfuzi krve. V případě plánovaného císařského řezu není vhodné naplánovat výkon na pátek. (Doležal, 2007)

4.3 Příprava pacientky k císařskému řezu

Klaus v roce 1942 uvádí: císařský řez, jako každá jiná laparotomie, vyžaduje dodržování přísné čistoty, asepse. Terén, ve kterém se operuje, není nikdy tak čistý jako neporušená uzavřená dutina břišní. Dutina děložní totiž komunikuje s hrdlem a pochvou, a tím s vnějším okolím, které obsahuje mnoho bakterií.

1950 – 1989

Prvním předpokladem k úspěšnému průběhu operace je předoperační příprava ženy. Již v období kolem 70. let se před plánovanou operací vyžadovalo interní vyšetření ženy. Z laboratorních parametrů bylo nutné, aby ženská sestra zajistila náběry na krevní obraz, krevní skupinu a Rh faktor, krvácivost a srážlivost, iontogram, popř. jaterní testy a sedimentaci erytrocytů. K dalším obvyklým předoperačním vyšetřením patřilo vyšetření moče a natočení elektrokardiogramu. Kontrola provedení všech vyšetření a jejich výsledků byla také povinností ženské sestry. (Houserová, 1982)

Před císařským řezem bylo nutným úkolem ženské sestry dokonalé vyprázdnění střeva, podávalo se proto klyzma. Po vyprázdnění muselo být okolí análního otvoru a oblast hráze dokonale čisté. Pokud měla pacientka např. hemoroidy doporučovalo se před operací překrýt oblast konečníku sterilní rouškou, někdy dokonce napuštěnou sterilním dezinfekčním roztokem. Po klyzmatu se žena umyla v teplé vodě s mýdlem a mýdlem a kartáčkem si omyla břicho a zevní rodidla. Močový měchýř se vyprázdnil pomocí sterilní gumové cévky. Po té se oholilo břicho a rodidla. Následovala dezinfekce hrny a břicha až k žebrům, to mělo za úkol odmastit kůži. K tomuto účelu se používal éter. Následně se žena omyla alkoholem a na závěr se natřela dvěma nebo třemi vrstvami 5% jodové tinktury. Pokud měla žena horečku, která mohla být příznakem počínající infekce pocházející z pochvy, prováděl se výplach pochvy antiseptickým roztokem, jodoalkoholem nebo slabým roztokem sublimátu. (Klaus, 1942)

1990- 2011

V přípravě ženy k císařskému řezu hraje porodní asistentka důležitou roli. Porodní asistentka musí ženě po příjmu odebrat krev na vyšetření koagulace, krevního obrazu, biochemické vyšetření, na křížovou zkoušku a moč na její chemické vyšetření. V případě plánovaného císařského řezu je důležité zajistit komplexní interní vyšetření.

Porodní asistentka dále provede přípravu operačního pole, celkovou hygienu a poučí ženu, aby od půl noci nic nejedla, nepila a nekouřila. Po celou dobu předoperační přípravy porodní asistentka neustále se ženou komunikuje, vysvětluje všechny postupy, edukuje o následném postupu a zodpovídá všechny její otázky. Před výkonem je nutné, aby pacientka podepsala informovaný souhlas se zákrokem a anestezií a nezbytným úkolem porodní asistentky je také kontrola veškeré dokumentace. (Dušková, Marečková, 2009)

V případě přípravy k akutnímu výkonu je důležité rodiče pečlivě vysvětlit její zdravotní stav, stav plodu a zdůvodnit volbu operace. Po celou dobu je také nutné s pacientkou komunikovat a zodpovídat všechny její otázky. Pokud je potřeba, podáme informace osobě, kterou pacientka uvede.

Porodní asistentka dále překontroluje výskyt alergií u ženy, odebere umělý chrup a veškeré šperky a vše pečlivě uloží. Dále ženu šetrně oholíme a opatrně zavedeme permanentní močový katétr do močového měchýře. Nakonec je potřeba zabandážovat dolní končetiny, jako prevenci tromboembolické nemoci. K náhradě předpokládaných krevních ztrát podáme rychle alespoň ½ litru krystaloidů a premedikaci dle ordinací anesteziologa.

Na operačním sále se pokládá rodička na bok, pootočená o 15 – 20 stupňů, abychom na minimum omezily polohu na zádech a zabránily tak syndromu dolní duté žíly. Před příchodem anesteziologa by měla mít žena zavedeny dva bezpečné žilní vstupy, připraví a zkontrolují se přístroje, jako je odsávačka, narkotizační přístroj, přísun kyslíku apod. a běžně podávaná medikace. Před dezinfekcí operačního pole se znovu zkontrolují alergie. ((Doležal, 2007) Až do provedení výkonu nesmíme, jako porodní asistentky, zapomenout ani na monitoraci plodu a sledovat jeho ozvy. (Dušková, Marečková, 2009)

4.4 Provedení císařského řezu

V počátcích provádění císařského řezu se operovalo nesterilně, bez narkozy, na vyčerpaných rodičkách a úmrtnost matek tak byla téměř 100%. Podélné řezy na děloze se často ani nešily, obsah se dostával do dutiny břišní a ženy tak umíraly na vykrvácení a peritonitidy. (Doležal, 2007)

1950 – 1989

Metody císařského řezu byly děleny na metody konzervativní a radikální. Ke konzervativním metodám patřily: *sectio caesarea corporalis conservativa classica*, *supracervicalis transperitonealis* a *cervicalis extraperitonealis (paravesicalis)*. V publikaci „Porodnické operace“ od K. Klause z roku 1942 bylo uvedeno: „*Lauverjatův návrh příčného řezu ve výši děložního fundu při řezu korporálním a Pfannestielův řez při metodě supracervikální právem zapadly.*“ (Klaus, 1942,s. 312).

Při **sectio corporalis conservativa** začínal řez nad pupkem směrem dolů ve střední čáře a ukončoval se nad horním okrajem spony. Děloha se luxovala ven a byla zabalena do vlhkých teplých roušek, byla otevřena řezem, který měřil 12-15 cm, od fundu směrem dolů ve střední čáře. Krvácení se stavělo peány a podvázáním. Stěna děložní se šila uzlovým stehem, sliznice se nešila.

Sectio caesarea supracevicalis transperitonealis: Kožní řez se prováděl ve střední čáře od pupku ke sponě. Do dutiny děložní se pronikalo řezem v oblasti dolního děložního segmentu. Vybavení plodu se u této metody považovalo za obtížnější než u klasického císařského řezu. Extrakce se prováděla za hlavičku. (Klaus, 1942)

V 80. letech byl popisován také klasický císařský řez (**sectio casarea corporalis classica**). Prováděl se řez ve střední čáře podbřišku a rozšiřoval se nad pupek. Děloha se protínala řezem dlouhým 10-12 cm. Po extrakci plodu se do děložní stěny aplikoval Oxytocin nebo Ergometrin a vyčkalo se na odloučení lůžka. Děložní svalovina se sešila dvěma vrstvami, následně se revidovala dutina břišní. Po kontrole počtu roušek se sešilo

peritoneum postupným stehem, svaly uzlovými stehy a fascie hedvábím. Po ukončení operace se žena vycévkovala skleněnou cévkou.

Právě v období 70.-80. let se začal klasický císařský řez nahrazovat řezem supracervikálním. Děložní dutina se také otvírala v dolním děložním segmentu. Prováděl se podélný řez ve střední čáře nebo se provedla jen krátká incize, která se rozšířila prsty do stran (metoda Gusakova – Geppertova). (Dlhoš, Kotásek, 1981)

1990- 2011

Dolní střední laparotomie se dnes provádí jen v akutních stavech, u malformovaných a obrovských plodů, u obézních pacientek a u žen s jizvou po předchozí dolní střední laparotomii. V současnosti je preferovanou metodou Pfannestilův řez. (Roztočil a kol, 2008)

Pfannestilův řez se provádí suprapubicky. Jeho výhodou je snažší přístup k dolnímu děložnímu segmentu, nedochází tak často tvorbě hernií v ráně a má lepší kosmetický efekt. (Roztočil, 1996)

Sectio caesarea corporalis clasica se v současnosti již téměř vůbec nepoužívá.

Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis - provádí se příčný řez v oblasti dolního děložního segmentu. Po porodu plodu se i.v. a intramyometrálně aplikuje 5j. Oxytocinu.

Sectio caesarea sec Misgav Ladach – cílem této metody je co nejmenší traumatizace tkání a zjednodušení operace. (Roztočil a kol, 2008)

Kožní řez je zapotřebí provádět dostatečně velký. Případná krvácení se staví podvazy nebo elektrokauterem. Po otevření peritonea se zarouškují okraje rány a před hysterotomií se další roušky rozloží kolem hran děložních k zachycení plodové vody. Zpravidla se nečeká na samovolné odloučení placenty, aby nedošlo k velkým krevním ztrátám. Děloha se šije v jedné vrstvě pokračujícím stehem. Po sečtení roušek se šije peritoneum, svaly, fascie, podkoží a plastickým stehem kůže. (Doležal, 2007)

Při samotném provádění císařského řezu může plnit porodní asistentka roli instrumentářky. Povinnosti instrumentářky zahrnují přípravu operačního pole, materiálu, pomůcek a nástrojů, sterilizaci, udržování aseptických podmínek na operačním sále a vedení dokumentace. Po mytí a převlečení se do sterilního operačního oblečení připravuje porodní asistentka – instrumentářka instrumentační stolky, všechny nástroje, pomáhá s rouškováním operačního pole, popř. s oblékáním operační skupiny. Hlavní činností je instrumentování u samotného výkonu. „*Vlastní instrumentování znamená včasné podávání potřebných nástrojů a ostatních pomůcek operatérovi a asistentům.*” (Duda, 2000, s. 70). Velice důležitým úkolem je počítání longet, břišních roušek a nástrojů před ukončením výkonu. (Duda, 2000)

4.5 Rizika císařského řezu

Rizika operací lze obecně dělit na komplikace mateřské a fetální, z hlediska času na bezprostřední, časně a pozdní. U císařského řezu se ještě dělí také na anesteziologické, chirurgické, neonatologické a pooperační. (Hájek, 2004)

1950 – 1989

Z počátku tohoto období byla uváděna mateřská mortalita při císařském řezu 3–8%. Udávalo se, že výsledky záleží na tom, ve které době bylo operováno. Jako méně rizikový se postupně ukázal být supracervikální řez.

Relativně častou komplikací v poporodním období byly horečnaté stavy a kolísání tělesné teploty. K dalším komplikacím lze zařadit: genitální infekce, zánět pobřišnice a sepse. Tyto komplikace byly také nejčastější příčinou mateřské morbidity a mortality. Jako komplikace, které měly výrazněji menší vliv na morbiditu a mortalitu, se uváděly tyto stavy: eklampsie, embolie arteriae pulmonalis a postoperativní ileus. Pozdní komplikace spočívaly v možnosti ruptury dělohy při následujícím těhotenství, obzvláště v případech hojení rány per succundam a v sekundární neplodnosti. Uvádělo se, že plodnost žen po císařském řezu je snížena vlivem jizvy, adhezí, děložní fixací a překážek v tubách. (Klaus, 1942)

1990 – 2011

Z počátku 90. let bylo udáváno, že riziko u porodu císařským řezem je až 5krát vyšší než u vaginálního porodu. Obecně byly popisovány tyto komplikace: infekce, krvácení, embolie, poranění orgánů malé pánve, obtíže GIT a následná sterilita. (Roztočil, 1996)

Mezi anesteziologické komplikace dnes patří aspirace žaludečního obsahu (Mendelsonův syndrom), akutní plicní edém, poruchy ventilace, vznik laryngospazmu a hypotenze. V případě aplikace epidurální nebo spinální analgezie se může objevit krvácení, popř. postpunkční cefalea.

Chirurgické komplikace představují nejčastěji krvácení z poranění dělohy, děložní atonie, poruchy placenty jako je placenta praevia nebo placenta accreta, může dojít i k poranění močového měchýře. Následkem masivního krvácení je nebezpečí rozvoje hemoragického šoku, popř. syndromu DIC a šíření hematomu do oblasti parametrií.

Z neonatologických komplikací může dojít k poranění novorozence a k syndromu retence alveolární tekutiny. K poranění může dojít při incizi skalpelem nebo při extrakci plodu, obzvláště u vybavování nezralého plodu. (Hájek, 2004)

Pooperační komplikace jsou děleny na časně a pozdní. K časným patří rozvoj syndromu DIC a hemoragického šoku. V souvislosti s rozvojem šoku je potřeba, aby porodní asistentka pečlivě monitorovala krevní ztrátu a nikdy ji nepodceňovala. Relativně častou komplikací jsou embolické příhody, nejčastěji tromboembolie. K dalším komplikacím patří poruchy motility střeva a vznik paralytického ileu a dilatace tlustého střeva vlivem zvětšené dělohy, tzv. Ogilvieho syndrom. Nejčastější pozdní komplikací je infekce, jedná se např. o endomyometritidy, peritonitidy, infikované hematomy apod. V pozdním pooperačním období se dále mohou vyskytnout infekce močových cest, tromboflebitidy, embolické příhody a pooperační anemie.

Císařský řez s sebou může přinášet také různé pozdní následky. K těmto problémům patří pooperační bolesti, poruchy fertility, možnost vzniku hernií a komplikace následného těhotenství a porodu, např. poruchy placentace. Je potřeba, aby porodní asistentka, mimo všech výše uvedených komplikací, myslela také na možné psychologické následky. Jedná se např. o sníženou sebedůvěru matky porodit spontánně. (Lomíčková, 2007)

4.6 Péče o ženu po císařském řezu

Hlavním cílem pooperační péče o ženu je snížení a eliminace mateřské mortality a prevence bezprostřední, časné a pozdní mateřské morbidity. Cílem je také eliminování nebo potlačení vnímání bolesti, co nejrychleji a nejšetrněji dosáhnout mobility nedělky a bonding mezi matkou a novorozencem. Správná pooperační péče by měla vést k dobré psychické kondici matky. (Roztočil, 2008/15)

1950 – 1989

V 60 - 80. letech se již při provádění císařského řezu podávala pacientce transfuze. Jednalo- li se o akutní operaci, nahradily transfuzy některé náhradní roztoky. Doporučený byl Dextran s vitamíny, krev se pak podávala dodatečně po výkonu. Tento postup během operace měl zajistit včasné hrazení krevních ztrát, měl působit jako prevence možné hypofibrinogémie nebo dokonce afibrinogémie, podporoval obranyschopnost organismu, tím umožňoval dobrý pooperační průběh a byl celkově prevencí všech možných operačních a pooperačních komplikací. V případě podezření na infekci se už před začátkem operace podávala ATB. (Dlhoš, Kotásek, 1967)

Jako analgetikum byl běžně používaný Dolsin, který se aplikoval 1. a 2. pooperační den, k involuci dělohy se podávaly námelové preparáty. Používanými uterotoniky byl např. Ergometrin, Ergotamin, Methylergometrin.

Prvních 12-15 hodin po operaci nesměla nedělka pít. K doplnění tekutin jí byly podávány infuze 5% glukózy, obohacené o vitamíny B a C. Později mohla pít sladký čaj po lžičkách. Důležitou složkou péče bylo, aby sestra dbala o pravidelné vyprazdňování močového měchýře. (Dlhoš, Kotásek, 1967) Po 24 hodinách začala nedělka vleže provádět dechová cvičení. Jako prevenci tromboembolické nemoci měla pohybovat dolními končetinami. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

2. pooperační den dostávala pacientka tekutou stravu, která měla být bohatá na sacharidy a vitamíny, 3. den stravu kašovitou, 4. den, bylo-li vše bez komplikací, mohla přejít na běžné stravování.(Dlhoš, Kotásek, 1981)

Po všech gynekologických operacích včetně císařského řezu se doporučovalo, aby dieta mechanicky ani chemicky nedráždila zažívací trakt. Dále se uvádělo, že dieta s minimem soli, bohatá na vitamín C, má pozitivní vliv na hojení operační rány. V případě hnisavé sekrece z rány se mohla podávat kyselinotvorná dieta. (Bernard, 1950).

. Součástí péče bylo také rutinní podávání klyzmatu 3. pooperační den.

Stehy bylo možno vyndavat 7.-8. den po operaci, do domácího ošetřování odcházela pacientka asi 11. - 12. den.

Základní ošetrovatelská péče byla podobná jako u každé jiné nedělký. Zvýšená péče se věnovala hygieně, která byla předpokladem pro úspěšné hojení operační rány.

Dítě bylo k prsu matky přikládáno až 24 hodin po operaci. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

K prevenci pooperačních tromboflebitid se doporučovala úprava dieta, složená z ovoce, zeleniny, s omezením tuků, bílkovin a solí. (Bernard, 1950)

Z rozhovoru s ženskou sestrou - pamětnicí jsem se dozvěděla následující informace. „ Na začátek bych ráda řekla, že se péče v některých věcech hodně měnila, hlavně v tom, že se dříve všechno dodržovalo poměrně striktně, ale jsou věci, které zůstaly do dneška stejné.

U nás na klinice byly maminky většinou prvních 24 hodin na RESu. Nevýhodou bylo, že RES byl určený pro celou kliniku, takže tady ležely ženy po všech gynekologických operacích. Po 24 hodinách se maminky přeložily na oddělení šestinedělí, kde se soustřeďovaly na 1 pooperačním pokoji, který byl sedmilůžkový.

Nepamatuji si, že by transfuzi dostávaly u nás na klinice automaticky už na sále, ale až podle laboratoře, hlavně na RESu, na šestinedělí už minimálně. Maminky dostávaly hlavně infuze, ale nebylo stanoveno nějaké přesné schéma, jako je tomu třeba dnes, dávaly se zkrátka individuálně podle potřeby a podle krevní ztráty. Obecně dříve dostaly více infuzí, hlavně díky tomu že mohly pít až za 12 hodin a protože se podávala jen celková anestezie.

V tlumení bolesti bych viděla velké rozdíly. Zatímco dneska dostávají maminky opiáty většinou jen první den, dřív jsme jim je píchaly až 3 dny, což bylo poměrně striktní. Možná to bylo i tím, že se tolik dříve neřešilo jestli tyto léky přechází do mléka a jak ovlivňují dítě, zatímco v současnosti se na toto hodně myslí. Nejvíce jsme využívaly Dipidolor a Morfin. Dolsin jsme moc často nepodávaly, protože po něm maminky hodně zvracely. Zacházení s

opiáty mělo samozřejmě svá pravidla, jako dnes. Evidovaly se v knize opiátů a pokud bylo potřeba zlikvidovat část ampule, musel u toho být nějaký svědek.

Samozřejmostí bylo sledování fyziologických funkcí, jako je tomu dnes. U nás fungovalo schéma: po operaci měření 4krát á 15 minut, 4krát á 30 min, 4krát á 1 hodina. 1. den jsme měřily 5krát/den, 2. den 3krát a 3. den 1 nebo 2 krát denně. Muselo se také pečlivě sledovat krvácení, i když ženy po sekcích krvácí méně, musí krvácet aspoň trochu a muselo se hlídat, jestli se krev v děloze nehromadila.

Péče o vyprazdňování byla hodně pečlivá a hodně striktní. Nejdříve se pacientky cévkovaly jednorázově, později už byly klasické permanentní katétrů Foleye, sledoval se příjem a výdej tekutin. Po vyndání Foleye se musela pacientka přesně do 6 hodin vymočit, jinak se musela cévkovat. Dnes se třeba bere ohled na příjem tekutin, nějak se paní pomůže apod., ale dříve to bylo hodně přísné. Klyzma jsme podávaly podle potřeby, ale nepodávalo se automaticky.

Dříve mohly nedělký začít pít nejdříve po 12 hodinách, záleželo, jestli jim nebylo špatně apod. Dietní režim se od dnešního moc neliší, je asi o den posunutý. První pooperační den měly jenom infuze, 2. den tekutou stravu, to znamená čaj nebo bujon, od třetího dne kaši a od 4. dne, pokud bylo všechno v pořádku, měly dietu výběr. U nás bylo zvykem přidávat někdy k čaji piškoty a ty si namáčely. Nebyla to úplně kašovitá strava, ale lehce už žaludek zatěžkala. Někde se také k čaji přidávalo ještě mléko, ale na našem oddělení to nebylo moc podporováno. Diabetičky měly dietní režim o den napřed, aby si udržovaly hladiny glykémie.

Důležitá byla samozřejmě i prevence TEN. Pacientkám jsme bandážovaly dolní končetiny, i když s obvazy bývaly často potíže jak se shrnovaly nebo se rolovaly u silnějších pacientek, později už byly k dispozici i klasické punčochy. Dále se podávala antikoagulancia, většinou preventivně ve 3 dávkách.

S maminkami jsme vstávaly po 24 hodinách, ale vždy to muselo být až po ordinaci lékaře. Krytí jsme přelepovaly, když prosáklo, sterilním čtvercem a leukoporem. Na některých odděleních se dávalo několik vrstev na sebe, ale my jsme vždy prosáklé krytí odstranily a přiložily čisté. Krytí zůstávalo asi 3 dny. Stehy se odstraňovaly 6. - 7. den, někdy se vyndaly ob jeden a další den zbytek.

Na oddělení chodila rehabilitační sestra, která maminky učila dechová cvičení, jak se mají starat o jizvu, jak si jí mají podpírat a učila je hlavně cviky na posílení pánevního dna apod. Celá rehabilitace byla samozřejmě pozvolnější než u spontánního porodu. Fenomémem tehdejší doby bylo také velké množství různých informativních plakátů. I na cvičení po porodu jsme měly tyto plakáty, které byly u nás vylepeny u sprch.“

1990 – 2011

Pooperační péče nezačíná např. posledním stehem, ale její základy by měly být položeny už preoperačně. V tomto období je důležité, aby žena byla informována o průběhu výkonu, jeho komplikacích a následné péči. Tyto informace může žena získat v předporodních kurzech a předoperačním rozhovorem s porodníkem a porodní asistentkou. (Roztočil, 2008/15)

Při převzetí ženy z operačního sálu je nutné, aby porodní asistentka zkontrolovala vědomí a celkový stav ženy a zjistila typ operační anestezie. Po celkové anestezii je důležité kontrolovat zvracení a zabránit aspiraci, v případě neuroaxiální anestezie uložíme ženu do vodorovné polohy, sledujeme citlivost dolních končetin, zvracení, bolesti hlavy a problémy s hybností. (Kadlecová, 2010) Po císařském řezu je žena zpravidla ukládána na 24 hodin na jednotku intenzivní péče. Pooperační péče o ženu po této operaci znamená pro porodní asistentku mnoho povinností. Probíhá monitorace srdeční frekvence, krevního tlaku, oxygenace, tělesné teploty a vědomí. Hodnoty je potřeba pečlivě zaznamenávat. (Dušková, Marečková, 2009). Důležitá je monitorace bolesti a následné podávání opiátů podle ordinace lékaře a podle potřeby ženy. Opiáty se většinou do dokumentace odškrtaávají červeně, je nutné zapsat přesný čas podání, připojit podpis a provést záznam v opiátové knize. Dále probíhá sledování funkčnosti PMK, sledování příjmu a výdeje tekutin, kontrola sekrece z drénu a zaznamenávání jejího množství a barvy. Nedělce dále aplikujeme infuze dle rozpisu, ATB a antikoagulantia podle ordinace lékaře, pečujeme o žilní vstupy, sledujeme krvácení, operační ránu a retrakci dělohy a provádíme oplachy genitálu. (Kadlecová, 2010, Dušková, Marečková, 2009) Jako infuzní terapie je většinou nedělce podáváno 1500 – 2000 ml krystaloidů a roztoku glukózy. Sterilní krytí je většinou na ránu ponecháváno prvních 24 hodin. (Roztočil, 2008/15) Pokud se žena na to cítí,

zajistíme kontakt s novorozencem, při tom spolupracujeme s dětskou sestrou. V den operace má nedělka dietu 0S – čajovou, čaj podáváme po lžičkách. (Kadlecová, 2010)

Po 24 hodinách bývá žena přeložena na oddělení šestinedělí. 1. pooperační den zajistíme včasnou mobilizaci, edukujeme ženu, jak správně vstávat a zajistíme ranní hygienu ve sprše s dopomocí. Po 24 hodinách můžeme odstranit močový katétr a dbáme, aby se žena do 6 – 8 hodin vymočila. Dalším důležitým úkolem porodní asistentky je informovat ženu o hygienickém režimu, péči o operační ránu a o výměně vložek. Dále je nutné kontrolovat operační ránu, krvácení, retrakci dělohy a odchod střevních plynů. (Dušková, Marečková, 2009, Kadlecová, 2010) Pokud je vše v pořádku, může být odstraněna kanyla. Nedělce je zapotřebí také zajistit dostatek tekutin, pobízet ji k pití a sledovat příjem a výdej tekutin. 1. pooperační den dostává nedělka dietu č. 0 – tekutá, bujón. (Kadlecová, 2010) Od 1. pooperačního dne se laparotomie ošetřuje otevřeně, ošetří se dezinfekčním roztokem, žena ránu sprchuje a udržuje v suchu. (Roztočil, 2008/15)

V dalších pooperačních dnech porodní asistentka stále kontroluje močení, odchod střevních plynů a stolice, kontroluje množství tekutiny, které odvádí drén, popř. zajistí extrakci drénu. 2. pooperační den má nedělka dietu kašovitou a dále, dle zvyklostí oddělení, dietu určenou pro šestinedělky. (Kadlecová, 2010)

V pooperačním období je také nutná prevence tromboembolické nemoci, ta zahrnuje dostatečnou hydrataci, bandáže dolních končetin, adekvátní rehabilitaci a aplikaci nízkomolekulárních heparinů. (Roztočil, 2008/15)

Nedílnou součástí péče porodní asistentky je zajištění kontaktu s novorozencem, podpora tohoto kontaktu a sledování kojení a stavu prsou.

Povinností porodní asistentky je také zjistit krevní skupinu dítěte. Pokud má dítě Rh pozitivní a matka Rh negativní, aplikujeme matce Igamad i.m. do 72 hodin po porodu.

V případě podávání všech léků a odstraňování katétrů (PMK, žilní), je vždy nutné do dokumentace uvést čas a připojit podpis. Na konci každé směny provádíme písemné záznamy do ošetrovatelské dokumentace o průběhu péče. (Kadlecová, 2010)

4.7 Rehabilitace po císařském řezu

Nedělka po porodu císařským řezem představuje pro porodní asistentku a fyzioterapeuta klientku se dvěma hlavními oblastmi zájmu. Je to pacientka, která prodělala náročný chirurgický výkon a zároveň matka, která porodila dítě. Žena po porodu císařským řezem se liší od ženy po porodu vaginálním výrazně i v oblasti rehabilitace a rekonvalescence. Její pobyt v porodnici bývá zpravidla delší, rychleji se unaví, více pociťuje bolest. Také období závislosti na ošetřujícím personálu je delší a intenzivnější. Pro porodní asistentku je důležité uvědomit si, že žena bude pravděpodobně potřebovat více informací a větší emocionální podporu. (Roztočilová, 2009)

1950 – 1989

V tomto období bylo provádění rehabilitace s nedělkou ve velké míře v kompetencích tehdejších ženských sester. Pro ženy a ženské sestry existovaly návody na cviky v šestinedělí, většinou ve formě různých brožur. V těchto materiálech, ale nebyly příliš často cviky přizpůsobeny nedělkám po císařskému řezu.

Úkolem rehabilitace po spontánním i operativním porodu byl co nejrychlejší návrat vyčerpaných sil a podpora involuce rodidel i ostatních těhotensky změněných systémů. V souvislosti s císařským řezem se rehabilitace zaměřovala především na prevenci tromboembolických komplikací a podporu krevního oběhu. (Dlhoš, Kotásek, 1967). V prvním týdnu po porodu cvičily nedělky hlavně na lůžku a učily se cviky, které mohly následně provádět doma. Jednalo se hlavně o cviky na podporu prsních svalů, upevnění správné polohy pánve, podporu polohy dělohy a cviky na správné držení těla. Nedělkám bylo doporučováno cvičit alespoň 20 minut denně, cviky stále opakovat a postupně zvyšovat jejich počet. (Friendlándrová, 1968)

Nejjednodušší cviky se prováděly na lůžku. Jednalo se např. o vzpažování a připažování horních končetin, přitahování špiček nohou k holeni apod. Za nejdůležitější byly považovány cviky na pánevní dno.

Matkám bylo doporučováno, aby si doma vytvořily pravidelný denní režim, ve kterém bude mít cvičení své pevné místo a radilo se cvičit nejlépe ráno. Jako vhodná rehabilitace byly doporučovány také procházky. (Pros, Žbirková, 1969)

K rehabilitaci po císařském řezu v tomto období mi jedna fyzioterapeutka při rozhovoru řekla: „ *Rehabilitace ještě někdy před 30 lety byla vnímána jaksi hromadně, podobně třeba jako klasická sovětská předporodní příprava. Na oddělení se „posbíraly“ děti od kojení, protože ještě nebyl systém rooming – in a odvezly se na novorozencké oddělení. Pak se na oddělení šestinedělí pustil rozhlas a do něj se začaly předřikávat cviky, co mají maminky cvičit. Volily se úplně nevhodné cviky, které se už dneska vůbec nedoporučují. Třeba se řeklo, aby maminky zvedly nohy a ve vzduchu napsaly jméno svého dítěte. Tento cvik je v tomto období zcela nevhodný. Nemluvte o tom, že každé miminko má jinak dlouhé jméno, takže doba posilování byla také u každého jiná.*“

1990- 2011

Ihned po chirurgickém výkonu zvyšuje komfort nedělky udržuje-li abdominální svaly v relaxaci s podporou hlavy a rameny na polštáři. Tato poloha je kontraindikována po podání neuroaxilární anestezie. Poloha na břicho s podložením dolní poloviny břicha je možná při dobrém hojení operační rány, cca 4. pooperační den.

1.a 2. pooperační den se doporučuje, aby všechny pohyby byly pomalé. Zabráni se tak nadměrnému napětí břišní stěny a vzniku bolesti. Laparotomii si má nedělka podpírat rukou nebo polštářem. Pro ženu je výhodné, když je při vstávání z lůžka ve vertikální poloze, vhodné je i využití hrazdičky. Při vstávání mají pacientky být v předklonu. V tomto období je velmi důležitý dostatek informací a psychologická podpora. 1. pooperační den provádíme s nedělkou dechová cvičení vleže nebo na boku. Dechová cvičení aktivují všechny oblasti plic a zajišťují odstraňování bronchiální sekrece. Používá se např. brániční dýchání, pohyby dolních, středních a horních žeber a vyfukování.

K dosažení dobrého psychického i fyzického stavu je důležitá včasná tělesná aktivita. Přiměřená a pozvolná pohybová aktivita je prevencí mnoha komplikací. Pohyb vede ke stimulaci krevní cirkulace, zlepšuje se hojení rány, zvyšuje se činnost ledvin a tím lepší vyprazdňování močového měchýře, dále dochází ke stimulaci gastrointestinálního traktu a

k rychlejšímu vyloučení anestetik z organismu. Včasným pohybem může nedělka zabránit tzv. svalové ztuhlosti a tím snížit potřebu analgetik. Po abdominálních operacích, jakou je i císařský řez, a to hlavně v případě použití celkové anestezie, mají nedělky často potíže s plynatostí. Tento problém můžeme odstranit, doporučíme-li nedělce polohu na levém boku s pravým kolenem pokrčeným v abdukci. Funkci gastrointestinálního traktu podpoří i včasné vstávání, břišní dýchání a cviky k relaxaci pánevního dna.

Jako prevence pooperační hluboké žilní trombozy je velmi důležité aktivní i pasivní cvičení dolních končetin. Po použití neuroaxilární anestezie je toto cvičení také velmi přínosné pro dosažení plné mobility.

Než začne nedělka chodit provádí se rehabilitace svalů pánevního dna a dolních končetin. V ideálním případě by měla žena vstávat a začít chodit do 12- 24 hodin po císařském řezu. Při vstávání si ručně podepírá břišní stěnu. (Roztočilová, 2009)

4.8 Propuštění do domácí péče

Propuštění do domácí péče je pro matku velká změna a velký krok. Úkolem porodní asistentky je v takovém případě ženu hlavně pečlivě edukovat.

1950 – 1989

Šestinedělka byla obvykle propouštěna ve chvíli, kdy byla schopna se postarat sama o sebe i o novorozence. Byla poučena jak se má o sebe starat, jak pečovat o dítě a o nutnosti gynekologického vyšetření po ukončení šestinedělí.

Bylo běžné, že nedělky v domácím prostředí navštívila ženská sestra, která mohla ženě pomoci a poradit. První návštěva proběhla 24 hodin po návratu z porodnice, další dle potřeby, přibližně jednou za týden. Průběh návštěvy zaznamenávala do deníku. Ženská sestra poučila maminku o životosprávě, hygieně, kojení, zkontrolovala teplotu, pulz, zavínování dělohy, odchod lochií a stav prsů, edukovala i o antikoncepci.

Péči o novorozence přebrala dětská sestra. Ta kontrolovala pupeční pahýl, váhu dítěte, stav výživy a celkový růst a vývoj. Dále zvala matku do dětské poradny. (Dlhoš, Macků, 1976)

Z rozhovoru s ženskou sestrou – pamětnicí: „ *Maminky se po císařském řezu propouštěly domů většinou 10. - 12. den. Než odešly musely hlavně vědět, jak se starat o operační ránu. Těsně po výkonu se rána nesměla namáčet, ale od 3. dne jsme jim doporučovaly ji sprchovat vlažnou vodou, hlavně bez mýdla a jakmile byla jizva bez stroupeků mohly začít provádět masáž jizvy.*

1990- 2011

Před propuštěním z oddělení je nutné, aby porodní asistentka ženu dobře poučila, jak má pečovat o ránu, o dodržování šestinedělí a pokud je to potřeba, zajistila ženě recept na léky, které bude užívat doma. Je nutné, aby žena věděla, že má ránu sprchovat, pečlivě vysušit ručníkem a udržovat ji v suchu. U obézních žen, můžeme doporučit vkládání longety do kožního laloku. V den propuštění je dále úkolem porodní asistentky zajistit propouštěcí zprávu a v současné době také vytištění tiskopisů k zaplacení regulačních poplatků a vysvětlení ženě, kdy a jak je má zaplatit. (Kadlecová, 2010, Roztočil, 2008/15)

Po propuštění z porodnice se žena postupně vrací k běžným domácím aktivitám. Práce v domácnosti může napomoci i k prevenci oslabení svalstva. Žena si musí stále uvědomovat, že muskuloskeletární systém se dostane do původního stavu asi až za 6- 8 týdnů. Vazy a klouby jsou tedy v šestinedělí stále ještě prosáklé a volné. Žena se má proto vyhnout běhání, aerobiku apod. Doporučuje se chůze, plavání nebo jízda na kole. Náročné cvičení a dodržování redukčních diet je v období šestinedělí zcela nevhodné. (Roztočilová, 2009)

5 FORCEPS

Porodnické kleště (forceps obstetritia) jsou nástrojem, který slouží k instrumentálnímu vybavení hlavičky plodu, která je vstouplá a fixovaná v pánvi, ve II. době porodní.

První zmínky o kleštích uváděly už autoři Aetius z Amidy, Pavel z Aeginy a Avicenus. Existence tohoto nástroje však není z této doby doložena. Za vznik kleští můžeme tedy považovat přelom 16. a 17. století. Vynálezcem kleští byl Peter Chamberlen, žijící v letech 1560- 1631, působil jako chirurg a pomocník při porodech. Tento muž zkonstruoval kolem roku 1600 v Londýně nový porodnický nástroj, zvaný kleště. Znalost tohoto nástroje i konstrukce však byla uchovávána pouze v rodině Chamberlenů. Původně se jednalo pouze o dvě lžice bez zámku, postupně probíhalo jejich zdokonalování. Až vnuk původního vynálezce se pokoušel vynález prodat, a to francouzskému porodníkovi Mauriceuovi. Indikace kleští u prvního porodu však byla zcela nevhodná, pacientka zemřela a obchod se neuskutečnil, protože kleště byly považovány za příčinu úmrtí této rodičky. Rodinné tajemství Chembarlanů bylo nakonec úplně odhaleno roku 1818, kdy byla odtajněna konstrukce kleští. Následně se kleště začaly používat po celé Evropě. Používání kleští bylo provázeno mnoha rozporupnými, často bolestnými, zkušenostmi, které byly předávány z generace na generaci. S přibýváním dalších zkušeností byly kleště střídavě zavrhovány nebo velebeny. (Cuřínová, 2011, Peschout, 2008, Kilián, 2008)

Kleště zaznamenaly průlom v porodnictví, umožňovaly např. porodit hlavičku aniž by se musely provádět různé zmenšující operace jako dopsud. V průběhu 19. století vzniklo velké množství různých typů kleští s různými obměnami, které nesly název podle svého vynálezce, popř. dle země, kde vznikly. (Roztočil, 2009)

1950 – 1989

V 50. letech bylo využíváno velké množství kleští. Typy používaných kleští se lišily i v jednotlivých zemích. Ve Francii byly používány Levretovy a Tarnierovy, v Anglii Smellieovy a Simpsonovy. U nás byly v tehdejší době asi nejvíce používané Simpsonovy kleště. Kleště se vyráběly nejprve z oceli a byly niklovány, v 50. letech se začala k výrobě

užívat nerezivějící ocel. V publikaci „Porodnické operace“ z roku 1955 jsou detailně popisovány způsoby porodu forcepsem u deflexních poloh, u hlubokého příčného stavu, u abnormální rotace hlavičky a u extrakce z vyšších pánevních rovin. Jsou zde popisovány tzv. „kleště na hlavu v pánevním vchodu.“ K tomuto výkonu byly používány Breusovy, Tarnierovy a Kjellandovy kleště. Frekvence klešťových porodů v 50. letech byla kolem 4%, toto číslo bylo považováno za vysoké a bylo snahou do budoucnosti frekvenci snižovat. (Klaus, 1955)

1990- 2011

V současné době existuje asi 200 typů kleští. U nás jsou nejvíce rozšířené kleště Simpsonovy, dále kleště Kjellandovy a Breusovy. Klešťové porody můžeme rozčlenit podle toho, ze které pánevní roviny se hlavička extrahuje na kleště vysoké (z pánevního vchodu), střední (z pánevní šíře) a nízké (z pánevního východu). V současné době jsou nejpoužívanější kleště východové, vysoké kleště se již nevyužívají pro vysoké riziko traumatizace matky a plodu. Další možná klasifikace těchto porodů je na výkony akutní a plánované. Plánovaný klešťový porod již nemá v současném porodnictví své místo. Incidence těchto porodů v ČR je kolem 3%, zatímco v Evropě 10% a v USA až 23%. Rozdíl je dán faktem, že v případech, kdy se v Americe a Evropě použijí kleště, je u nás stále využívána Kristellerova exprese nebo vakuumextrakce. (Peschout, 2008, Roztočil, 2009)

5.1 Indikace, podmínky, provedení

Indikace i podmínky k provedení klešťového porodu se během staletí vyvíjely a měnily. Největším vývojem prošly indikace, které se profilyovaly podle vývoje metod diagnostiky stavu plodu v děloze za porodu. I podmínky byly ale během let mírně upravovány. (Peschout, 2009)

1950 – 1989

Všeobecně lze říci, že indikací bylo ukončit porod v případech, kdy porodní síly byly nedostatečné a bylo potřeba zachránit matku nebo dítě. Z hlediska matky se jednalo o slabé děložní kontrakce, horečku za porodu, krvácení za porodu, akutní a chronická onemocnění matky (tuberkulóza, pneumonie, chřipka,..) a i humánní indikace (vyčerpaná rodička, ...). Byla popisována také indikace kleští při „příznacích z tlaku na měkké části“. Zde se jednalo o stavy, kdy hlava zůstávala dlouhou dobu v pánevním vchodu a utlačovala měkké části matky proti kostěnému podkladu, to mohlo způsobovat ischemické nekrozy a píštěle. Varujícími příznaky byl otok, horečka a krev v moči. Z hlediska plodu se jednalo především o stavy, kdy ozvy plodu klesaly pod 100/ min nebo pokud se zrychlily nad 180/ min, popř. jednalo-li se o výhřez pupečníku. (Klaus, 1955) Ke konci tohoto období (cca 80. léta) nebyly indikace výrazněji změněny. Plodové indikace byly omezeny na výraz hrozící anoxie, neobjevuje se již výše zmíněný tlak na měkké cesty. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

Vlastní výkon začíná zavedením kleští, nejdříve levé, pak pravé, následuje uzavření zámku, pokusná trakce, vlastní trakce s využitím kontrakce a po porodu hlavičky otevření kleštín a jejich sejmutí. Ani postup provádění operace nebyl během let měněn.

Podmínky pro provedení této operace byly: dostatečně prostorná pánev, zaniklá branka, odteklá voda, hlava fixovaná v pánevním vchodu, živé dítě a „ normálně“ velká hlava. Určitou podmínkou byla i dostatečná zručnost porodníka, který dobře ovládal techniku této operace. (Klaus, 1955)

1990 – 2011

Indikace k provedení klešťového porodu neprodělaly výraznější změny. Stále je můžeme dělit na indikace za strany matky a ze strany plodu. Pořád se jedná o insuficienci břišního lisu, protražovanou II. dobu porodní, akutní onemocnění matky. Zatímco se forceps v předchozím období používal při primárně i sekundárně slabých kontrakcích, dnes se jedná hlavně o kontrakce, které jsou slabé až sekundárně. Dalšími indikacemi mohou být různá oční, neurologická, psychologická a psychiatrická onemocnění matky. (

Dušková, Marečková, 2009) Protrahovanou II. dobou porodní se rozumí, pokud nedojde k porodu do 60 min od zániku branky, často je zapříčiněna poruchou porodního mechanismu nebo nedostatečností porodních sil. Ze strany plodu se jedná opět o akutní nebo hrozící hypoxii ve II. době porodní. (Kilián, 2008)

Podmínky pro provedení tohoto porodu lze považovat stále za stejné: zašlá branka, odteklá voda plodová, živý plod, vyloučení kefalopelvického nepoměru, hlava vstoupá alespoň malým oddílem a žádná překážka v porodních cestách. Hlavně poslední podmínky jsou v současném porodnictví dodržovány úzkostlivěji, než tomu bylo např. v 50. letech. (Roztočil, 2009)

5.2 Komplikace a kontraindikace

Komplikace můžeme dělit na mateřské a komplikace postihující plod, resp. Novorozence. Z hlediska času se používá ještě dělení komplikací na bezprostřední, časné a pozdní. (Roztočil, 2009)

1950 – 1989

Nejuváděnější komplikací byla možnost sesmeknutí kleštín z hlavičky plodu a jeho následné poranění. Sesmeknutí způsobí poranění i matce, může se jednat o poranění hrdla, pochvy, močového měchýře i rekta. Za komplikaci, ovlivňující ženu do budoucnosti, bylo považováno také poranění pánevního dna. Toto poranění bylo mnohdy odhaleno až za několik dní po porodu, kdy žena sama vyhledala lékaře. Ke komplikacím se dále řadilo krvácení a infekce. Upozorňovalo se také na riziko konformace hlavičky plodu spojenou s nitrolebním krvácením v případech, kdy by se výkon prováděl ve zúžené pánvi nebo při trakci ve špatném směru. Za kontraindikace lze považovat nesplnění podmínek k operaci, uvedených výše. (Klaus, 1955, Dlhoš, Kotásek, 1981)

1990 – 2011

I v současné době je nejčastější komplikací sesmeknutí kleští. K vertikálnímu sesmeknutí dochází, pokud nejsou branže dobře naloženy a dochází tak, k již výše uvedeným, poraněním (tzn. trhliny hráze, pochvy, hrdla). Horizontální sesmeknutí je způsobeno uchopením pouze části hlavičky a může zapříčinit poranění dolního děložního segmentu. Tato komplikace je v současné době méně častá, protože se již nepoužívá technika vysokých kleští, která toto poranění způsobovala nejčastěji. (Roztočil, 1996) V současné době jsou v souvislosti s klešťovým porodem hodně diskutovány pozdní komplikace, které mohou ženu ovlivňovat do budoucnosti. K těmto komplikacím patří: špatně zhojené porodní poranění, bolesti v místě poranění, chronické výtoky, dyspareunie, poruchy pánevní statiky, inkontinence moči, plynů i stolice. Všechny tyto potíže mohou mít pochopitelně za následek psychické poruchy, problémy v partnerských vztazích i zaměstnání.(Roztočil, 2009)

Mezi dnešní kontraindikace patří také nesplnění kterékoliv podmínky pro použití kleští, kefalopelvický nepoměr, zúžená pánev, hrozící ruptura děložní, hlavička nevstoupá velkým oddílem. (Dušková, Marečková, 2009)

5.3 Příprava ženy ke klešťovému porodu

Před každou operací je nezbytná kvalitní příprava. Jedná se o přípravu pacientky, operačního pole i pomůcek. Dobře provedená příprava umožňuje nekomplikovaný průběh výkonů i pooperační péče.

1950- 1989

V 50. letech se využívala tato příprava: úkolem asistence bylo uložení do klasické porodnické polohy s nohama fixovanými v „Schautových rozpředlech“, možná byla i poloha na posteli, kdy žena ležela napříč přes postranici, možná byla i fixace nohou ve správné poloze asistencí. Doporučovalo se, aby vulva byla ve stejné výšce jako lokty operátéra. Žena musela být v poloze fixována, protože se výkon prováděl v narkoze.

Narkoza se doporučovala podat u všech žen. Výjimkou mohly být ženy, které už rodily několikrát a u kterých se předpokládalo, že výkon bude proveden rychle a bez obtíží, nebo výkony naléhavé. Za výhodu narkozy při tomto typu porodu bylo považováno následující: zajištění klidu a eliminace strachu rodičky, zabránění bolesti a zrelaxování svalstva pánevního dna a hráze. K navození narkozy byl využíván chlorethyl a éter. Následovala dezinfekce genitálu. Samotné dezinfekci mohlo předcházet ještě omytí vulvy a okolí teplou vodou a mýdlem, omytí alkoholem a pak teprve následovalo natření jodovu tinkturou. K omezení vzniku alergie na jod se doporučovalo, aby porodní asistentka po porodu znovu omyla rodidla alkoholem a natřela sterilní vaselinou. Po dezinfekci bylo potřeba vycévkovat močový měchýř, zakrýt suchými sterilními rouškami nebo mokřými rouškami, které byly sterilizovány varem. Roušky měly pokrývat podbříšek, stehna a anální krajinu, za vhodné byly považovány perforované roušky. Profylaktická epiziotomie byla prováděna až při prořezávání hlavičky na hrázi. Prováděla se vydatná laterální epiziotomie nebo epiziotomie ve střední čáře nůžkami. (Klaus, 1955)

V 80. letech se již epiziotomie prováděla ještě před samotným nakládáním kleští, umožnila jednodušší zavedení kleští a usnadnění trakce. Rozdílem oproti 50. létům bylo také provádění vydatné laterální epiziotomie za pomoci skalpelu. Bylo doporučováno podání krátkodobé anestézie. Úkolem porodní asistentky, resp. ženské sestry, byla asistence u operace, uložení rodičky do správné polohy a příprava veškerých pomůcek. Na sterilní stolec připravovala: kleště, 2 páry zrcadel, 2 postranní páky, dlouhé nůžky, 2 peány, 2 americké kleště, skalpel, 2 tamponové kleště, polotuhý a tuhý katétr a pomůcky k šití. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

1990 – 2011

V průběhu 90. let se začalo upouštět od zarouškování rodidel a také od podávání celkové anestézie. Začala se provádět mohutná infiltrace perinea lokálním anestetikem před provedením mediolaterální epiziotomie. Stále se také provádí uvedení do polohy s končetinami v Schautových podpěrách, vyprázdnění močového měchýře a běžná dezinfekce. U klešťového porodu mohl již být přítomen i otec dítěte.(Roztočil a kol., 1996)

Způsob této přípravy se neliší od přípravy současné – gynekologická poloha, vyprázdnění močového měchýře a velká epiziotomie. Úkolem porodní asistentky je příprava sterilního stolku se všemi nástroji jako ke spontánnímu porodu, ke kterým přidá sterilní kleště, sterilní jehlu a stříkačku k lokální anestezii. Nejpoužívanějším lokálním anestetikem je 20 ml 1% Mesocainu. Dále je potřeba asistovat lékaři, chránit hráz apod. Velikým úkolem porodní asistentky je i psychická podpora ženy a stálá edukace o tom, co bude následovat.

5.4 Péče o ženu po klešťovém porodu

Obecně lze říci, že literatura péči o ženu po tomto typu operativního porodu příliš nepopisuje. Informace, pokud jsou publikovány, jsou omezeny pouze na několik stručných vět.

1950 – 1989

Literatura se zaměřovala hlavně na provedení samotného výkonu, diskutovalo se nad vhodnými indikacemi a postupy. Ani v učebnicích určených pro porodní asistentky, resp. ženské sestry nejsou informace rozsáhlé. V učebnicích můžeme často najít pouze definici tohoto porodu. Hlavním úkolem ženské sestry po klešťovém porodu bylo pečlivé vyšetření porodních cest, vyšetření pochvy, kleneb a hrdla v zrcadlech, aby bylo včas odhaleno porodní poranění, které je u klešťového porodu častější. Každé poranění bylo potřeba pečlivě ošetřit. Dalším úkolem bylo i vycévkování močového měchýře, ke zjištění, zda nebyl poraněn močový měchýř. (Dlhoš, Kotásek 1981)

„ Hlavní zásadou je, že šijeme jednoduše všechno, i nejmenší poranění už proto, abychom co nejvíce zmenšili možnost šíření infekce ” (Chmelík, 1950, s. 195). Chmelík v roce 1950 uvádí, že se má revize hrdla děložního v zrcadlech provádět pouze pokud byl porod ukončen instrumentálně (tzn. hlavně u klešťového porodu). Dále doporučoval po provedení sutury zavést do zadních kleneb a co nejdále do hrdla 2 g práškového dipronu, který měl zajišťovat dobré hojení a prevenci šíření infekce. Dále trval na tom, aby nedělka

opouštěla lůžko až 8. den po porodu a aby se u každé větší sutury hráze svázaly nedělice nohy nad koleny širokým obinadlem, aby se mohla už od 1. dne libovolně přetáčet na bok. (Chmelík, 1950)

K péči o ženu po klešťovém porodu mi ženská sestra řekla: „ Kleště v nás vždy budily docela hrůzu a tomu odpovídala i hlubší péče, než třeba u žen po běžném porodu. Klešťový porod byl a stále je vždy spojen s poměrně velkým poraněním, hlavně hráze, ale např. i pochvy. U žen po klešťovém porodu jsme prováděly častěji pravidelné oplachy zevních rodidel a celkově se musela dodržovat velmi přísná hygiena, maminky jsme proto musely poučovat více pečlivěji a důrazně. Velmi úzkostlivě se dbalo na to, aby se ženy do 6 hodin po porodu vymočily, jinak se musely ihned vycévkovat. Dále bylo zvykem, že měly až 3 dny ordinovanou kašovitou dietu, jako prevenci zácpy. Bylo také běžné, že byly ženám podávány analgetika delší dobu, než ženám po běžném porodu. Bylo pravidlem, že vstávaly až za 24 hodin a nesměly si sedat. K sezení používaly speciální kola nebo různé kuličové polštáře, bylo samozřejmostí, že tyto pomůcky jsme jim na oddělení zapůjčili a nemusely si je nosit z domova. Maminkám po klešťovém porodu se věnovaly i rehabilitační sestry, které je učily speciální cviky, hlavně na posílení pánevního dna. ‘‘

1990 – 2011

Nutno konstatovat, že i v dnešní době se většina literatury soustředí na vykonání samotné operace. Informace o tom, jak se porodní asistentka má o ženu po tomto typu porodu starat, jsou téměř nulové. Dokonce ani v jedné z nejnovějších učebnic pro porodní asistentky („Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu“) není o pooperační péči téměř nic.

Obecně by byla jistě vhodná péče o psychiku matky po tomto porodu. Občas se totiž ze strany rodičky i celé její rodiny objevují negativní emoce z toho, že jejich dítě bylo porozeno kleštěmi. Tyto pocity často vyplývají z mylného přesvědčení veřejnosti, že hlavička je při tomto porodu komprimována a také z mnoha mýtů a negativních zkušeností. Úkolem porodní asistentky by byla bezesporu i péče o porodní poranění a epiziotomii, stejně jako po spontánním porodu. Péče zahrnuje sledování vzniku hematomu, sledování příznaků vzniku infekce a dehiscence sutury, základem péče je dostatečná edukace ženy,

pravidelná hygiena hráze, sprchování a udržování rány v suchu, při bolesti lokální aplikace ledu. Při známkách infekce lze využít i odvar heřmánku, koupele v hypermanganu a v dobové kůře. (Kilián,2008, Roztočil, 2008, Dušková, Marečková, 2009)

Také výskyt možných komplikací (viz kapitola Komplikace kontraindikace), spojených s klešťovým porodem, by měl být předmět péče a edukace porodní asistentky.

6 VAKUUMEXTRAKCE

„Vakuumextraktor je přístroj, který se používá k extrakci plodu z porodních cest trakcí za pelotu uchycenou na hlavičce plodu pomocí podtlaku (vytvořeného vakua).“
(Roztočil, 2008, s. 333)

Návrhy na možnost využití podtlaku v medicíně se objevovaly již před 400 lety. Už v roce 1632 popisoval Hildanus využití podtlaku při léčbě depresních zlomenin lebky u dětí. První a neúspěšný pokus o jeho využití v porodnictví pochází z roku 1705. Přístroj určený přímo k extrakci hlavičky navrhl James Young Simpson v roce 1848. Následně byla tato metoda v porodnictví opomíjena. Až v roce 1954 si nechal švédský porodník Tage Malström patentovat vakuumextraktor s kovovým zvonem. (Peschout, 2011)

Každý vakuumextraktor se skládá z následujících částí: přísavná pelota (zvon), manometr, zdroj podtlaku a systém hadic. Dříve byly používány kovové peloty, dnes jsou využívány plastové. (Roztočil, 2008)

6.1 Indikace

Indikace k použití vakuumextraktoru jsou velmi podobné, ale ne úplně stejné, jako k použití porodnických kleští.

1950 – 1989

V počátcích používání vakuumextraktoru bylo pro porodníky důležité, aby sbírali a předávali si informace o indikacích k provedení této operace. V literatuře se můžeme setkat s tím, že každý autor různě indikace rozděluje, nebo že se spektrum indikací měnilo i v průběhu let.

Obecně lze dělit indikace na indikace ze strany matky a ze strany plodu. Mezi mateřské autoři nejčastěji zařazovali různá chronická onemocnění matky, horečku a krvácení při

porodu, těžké gestózy, primárně nebo sekundárně slabé kontrakce děložní, nedostatečnost břišního lisu, vyčerpanou rodičku, „starou primiparu“, nespolupracující rodičku, poruchy rotace a rigiditu měkkých porodních cest. Ze strany plodu se jednalo nejčastěji o tyto stavy: hrozící asfyxie, krvácení z pupečníku, porod koncem pánevním, „naznačený hydrocefalus“, hluboký příčný stav, poruchy naléhání a držení a mrtvý plod. (Lipenký, 1975)

V 80. letech se používal vakuumextraktor i při abnormální rotaci záhlavím a při hlubokém příčném stavu. Hrozící asfyxie plodu byla v tomto období považována za kontraindikaci. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

1990 – 2011

V posledních letech můžeme pozorovat jakési „obnovení“ využívání tohoto přístroje. Příčinou může být zavedení nových jednodušších vakuových pump a plastických extraktorů, které jsou náhradou předchozích kovových. Současné měkké peloty mají jednodušší způsob použití a způsobují mnohem menší poranění novorozenců než peloty kovové.

Současné indikace k porodu vakuumextraktorem jsou velmi podobné jako u klešťových porodů. K mateřským indikacím řadíme: febrilní stavy, krvácení, některá celková onemocnění matky (oční a neurologická onemocnění, kardiopatie apod.), protražovanou II. dobu porodní, nedostatečnost porodních sil, kontrakcí a břišního lisu, jizvu na děloze. Mezi indikace je také zařazována nespolupracující rodička. V takovémto případě by měla hlavně porodní asistentka sledovat ženu po celou I. dobu porodní a snažit se ovlivnit její chování. Z hlediska plodu lze použít VEX u temenní polohy nebo při porodu císařským řezem k usnadnění extrakce hlavičky. VEX lze využít při prvních příznacích nastávající hypoxie, obecně není ale tato metoda v případě hypoxie akceptována a je preferováno použití kleští. Vakuumextraktorem lze usnadnit i porod mrtvého plodu. V současných učebnicích jsou indikace k tomuto typu porodu spíše volnější a dávají prostor k časnému ukončení těhotenství císařským řezem. (Peschout, 2011, Větr, 2003). Nejsou výrazné rozdíly ve výčtu indikací v literatuře z počátku 90. let a v literatuře současné.

6.2 Podmínky a příprava

Stejně jako v případě klešťového porodu i u vakuumextrakce se podmínky mírně měnily v průběhu let. Příprava pacientky byla a je téměř neměnná a je v rukou především porodní asistentky, resp. ženské sestry.

1950- 1989

V 60. letech uváděli autoři mírně odlišné podmínky k provedení vakuumextrakce než u klešťového porodu. Jednalo se o tyto podmínky: branka nemusela být úplně zašlá, musel být porušený vak blan, nesměl být nepoměr mezi hlavičkou a pánví a větší část hlavičky musela být vstouplá alespoň ve vchodě pánevním. Podle autorů ze 70. let bylo podmínkou i živé dítě. (Lipenský, 1975)

Autoři v 80. letech uváděli jako podmínky nutnost zašlé branky a v případě primipary, aby byla hlavička vstouplá v pánevní šíři, u multipary hlavička vstouplá velkým oddílem. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

Operační příprava zahrnovala především pečlivé vyšetření. Kontrolovaly se okraje branky, vstupování hlavičky, poloha švů a fontanel a postavení plodu. Úkolem ženské sestry bylo poskytnout operatérovi veškeré pomůcky a připravit zkompletované a vysterilizované peloty s gumovou hadicí. Operatér si připojil hadici na vakuumextraktor a sestra druhý konec připojila k podtlakové nádobě. (Lipenský, 1975)

1990- 2011

Podmínky pro tento výkon jsou opět velmi podobné jako u klešťového porodu: hlavička vstouplá v pánvi, zašlá branka, odteklá voda plodová a dostatečně prostorná pánev. Odlišností od klešťového porodu je podmínka, aby plod vážil více než 2500g, nesmí se jednat o předčasný porod a plod nemusí být živý.

V případě, kdy je indikováno ukončení porodu per VEX je důležitým úkolem lékaře i porodní asistentky dostatečně poučit rodičku o následujícím výkonu. Při edukaci bychom neměly zapomínat ani na doprovod rodičky. Vzhledem k tomu, že se většinou jedná o stresovou situaci, je vhodné mít připravené jasné a stručné formulace, abychom rodičku informovaly co nejlépe a zároveň co nejrychleji. Důležitá je sebranost celého týmu a uklidnění rodičky. (Peschout, 2011, Roztočil, 1996)

Před samotným výkonem pomůže porodní asistentka ženě zaujmout gynekologickou polohu, připraví veškeré pomůcky, vybalí část vakuumextraktoru a zkontroluje jeho funkčnost. Provádí se klasická dezinfekce rodidel, vycévkování močového měchýře, výhodné je infiltrovat hráz. S výhodou je, pokud se výkon provádí v epidurální analgezii. Vakuumextrakci lze provést i bez epiziotomie. Následně se provádí nasazení peloty na hlavičku plodu, vytvoření podtlaku, pokusná trakce a trakce ve směru pánevní osy za kontrakce. Dalšími úkoly asistence může být: tlačit na hlavičku nad sponou a při prořezávání hlavičky chránit hráz. (Peschout, 2011, Roztočil, 1996, Dušková, Marečková, 2009)

6.3 Péče o ženu po vakuumextrakci

Zatímco u klešťového porodu jsme mohli v literatuře najít alespoň krátké zmínky o tom, jak pečovat o ženu po takovém typu porodu, péčí po vakuumextrakci se žádná literatura nezabývá. Důvodem může být to, že u této operace se obecně předpokládá menší riziko a rozsah poranění matky a není zde nutnost provádět epiziotomii. S menším porodním poraněním souvisí i menší riziko komplikací a trvalých následků a není proto zřejmě nutná tak rozsáhlá edukace porodní asistentkou jako po klešťovém porodu.

Při rozhovoru se ženskou sestrou – pamětnicí jsem se dozvěděla: „*V době, kdy jsem pracovala na porodnici se VEXy téměř vůbec nedělaly. Pamatuji si, že se dělaly hlavně kleště, nebo se porod ukončil dřív císařským řezem. V péči bylo potřeba se zaměřit hlavně na epiziotomii. Říkali jsme maminkám, aby si šití hodně sprchovaly chladnou vodou a nemydlily. Dále byl na ránu také doporučovaný řepík, ale až od 5. - 6. dne.*”

7 OPERACE VE III. DOBĚ PORODNÍ

Třetí doba porodní zahrnuje 3 fáze. V první fázi dochází k odloučení placenty od stěny děložní, následuje vypuzení placenty z porodních cest a nezbytnou součástí této porodní doby je fáze hemostatická. Zástava krvácení probíhá trombotizací myometrálních a deciduálních cév a fyziologickou kontrakcí myometria. Poruchy všech těchto fází jsou příčinou provádění operací ve III. době porodní. Nejčastěji se jedná o manuální vybavení placenty a revizi dutiny děložní. (Doležal, 1996)

7.1 Manuální vybavení placenty – Lysis manualis placetae

Porod placenty byl odedávna opředen mnoha pověrami. Věřilo se např., že po porodu plodu se děloha uzavře a už placentu nepropustí. Již ve starověku se prováděly různé výkony, které měly za úkol uměle vybavit placentu z dělohy. Různé způsoby popisovali i Celsus nebo Soranus. Koncem 17. století začaly vznikat mezi lékaři diskuse a spory o to, zda vést porod placenty konzervativně nebo radikálně. Hlavními představiteli, kteří se touto problematikou zabývali, byli lékaři Credé a Ahlfeld. Credé používal hmat, kterým ukončil III. dobu porodní do 4 minut, (dodnes je v literatuře používán termín Credého hmat), Ahlfeld naopak prosazoval metodu fyziologickou. (Klaus, 1955)

Credého hmat je způsob porodu placenty. Zahrnuje masáž dělohy, pevné stisknutí děložního fundu během kontrakce a zároveň tlačení dělohy směrem do malé pánve, za současného tahu za pupečník. Credého hmat je považován za velmi hrubý výkon a proto se jeho provádění nedoporučuje, upřednostňuje se manuální vybavení placenty. (Roztočil, 2008). Tento hmat nebyl už příliš doporučován ani v období 1950 – 1989.

1950 – 1989

V tomto období bylo indikováno manuální vybavení placenty, pokud nedošlo k odloučení placenty do 2 hodin ani po podání uterotonik, nebo pokud byla třetí porodní doba komplikována rozsáhlejším krvácením. (Dlhoš, Kotásek, 1967)

Manuální vybavení placenty bylo v tehdejší době považováno za vážnou a riskantní operaci. Porodníci a porodní asistentky se obávali především vzniku infekce a vzduchové embolie. (Dlhoš, Kotásek, 1967).

V 50. letech byl kladen velký důraz na dodržování úzkostlivé asepse a dokonalé dezinfekce rukou a zevních rodidel před tímto výkonem. Dokonce se doporučovalo natřít ruku v rukavici a předloktí 5% roztokem jodové tinktury. (Klaus, 1955)

Operace se už tehdy prováděla v celkové anestezii z důvodu bolestivosti výkonu, uvolnění břišní stěny a zrelaxování dělohy. Do dělohy se zavedla ruka až po loket, prsty byly složeny ve špičce. Ruka se zaváděla podél pupečníku až k placentě, zde se našlo místo, které bylo alespoň částečně odloučeno a okrajem ruky se pomalu odlučoval celý plodový koláč. Po výkonu se rodičce aplikoval Oxytocin nebo Ergometrin na podporu retrakce dělohy. (Dlhoš, Kotásek, 1967)

1990 - 2011

V průběhu 90. let bylo indikací k manuálnímu vybavení placenty její neodloučení do 60 minut, nebo krevní ztráta, která přesáhla 300 ml.(Doležal, 1996) V současnosti se provádí v případech, kdy nedojde k porodu placenty do 30 minut po porodu plodu. V případě, že žena nekrvácí, lze vyčkávat až hodinu. (Dušková, Marečková, 2009)

Výkon se provádí v celkové nebo epidurální anestezii, vzhledem k tomu, že je nutné dokonalé uvolnění břišní stěny. Součástí je podání antibiotické clony a miniheparinizace. (Dušková, Marečková, 2009)

Role porodní asistentky spočívá hlavně v přípravě pacientky a asistenci lékaři. Je nutné, aby rodička měla fixovány nohy v podpěrách a měla vycévkovaný močový měchýř. K výkonu je vhodné připravovat dlouhé veterinární rukavice, které sahají až nad loket. K

péči o rodičku patří neodmyslitelně také podávání náhradních infuzních roztoků a nutnost, aby porodní asistentka zajistila možnost podání krevních transfuzí. (Doležal, 2007, Dušková, Marečková, 2009)

Nezbytným úkolem porodní asistentky je dále asistence při samotném výkonu. Ta spočívá v lití zředěného dezinfekčního roztoku na ruku operátora, čímž zamezujeme vzniku vzduchové embolie. Ruka operátora totiž působí jako píst a při zavádění do rodidel by mohlo dojít ke vniknutí vzduchu a vzniku embolie. (Doležal, 2007)

7.2 Revize dutiny děložní

„ Výkon se provádí, když při poporodní kontrole placenty je vyslovena nejistota o jejím úplném porodu ” (Dušková, Marečková, 2009, s. 133)

1950 – 1989

Obecně lze říci, že tato operace byla v učebnicích pro lékaře i pro porodní asistentky popisována velmi stroze.

Revize dutiny děložní se prováděla při podezření, že v dutině děložní zůstala část lůžka nebo 1/3 blan. K lepšímu vybavení zbytku blan se používal tampón, kterým se blány setřely. Prsty se prohledala celá dutina dělohy a odloupaly se zbytky placenty. (Dlhoš, Kotásek, 1981)

1990 - 2011

Indikací k provedení této operace jsou stále nejčastěji rezidua post partum. Provádí se, pokud zjistíme, že placenta se neporodila celá a chybí část kotyledonu, nebo pokud se neporodila větší část blan. Jako větší část blan se v literatuře většinou uvádí 1/3, v některé i 1/4 blan. (Doležal, 1996)

Revizi dutiny děložní je možné provádět 3 způsoby. Jedná se o digitální, manuální a instrumentální revizi.

Digitální revize dutiny děložní (revisi cavi uteri digitalis) – provádí se pouze prsty, při výkonu dochází k zrevidování celé dutiny, odstranění kotyledonů a blan.

Manuální revize dutiny děložní (revisi cavi uteri manualis) – postup výkonu je stejný jako výše, do dělohy se ale zavádí celá ruka. Je možná provádět u prostornější dutiny děložní.

Instrumentální revize dutiny děložní (revisi cavi uteri instrumentalis) - provádí se v případě pevné placentace. K výkonu se používá tupá kyreta. (Dušková, Marečková, 2009)

Nebezpečím instrumentální revize je nešetrné provedení výkonu. V důsledku toho se může u ženy objevovat prodloužené krvácení, infekce nebo může dokonce dojít k odstranění části bazálního endometria. Tento stav je nazýván Ashermann – Fritcheho syndrom, který zahrnuje intrauterinní synechie a následnou infertilitu, sterilitu nebo amenorrhoeu. (Doležal, 1996)

7.3 Péče o ženu po operaci prováděnou ve III. době porodní

Role porodní asistentky u operací ve třetí době porodní zahrnuje přípravu pacientky a pomůcek, asistenci lékaři, popř. instrumentaci. Způsob péče o ženu po těchto operacích není v literatuře „ historické “ ani v současné uváděn. Prioritami péče porodní asistentky by jistě mělo být sledování celkového stavu pacientky, měření fyziologických funkcí, kontrola zavinování dělohy a krvácení, podávání náhradních infuzních roztoků, popř. krevních derivátů apod.

K těmto operacím mi ženská sestra při rozhovoru řekla: „ *U těchto operací si nevzpomínám na nějakou příliš zvláštní péči. Určitě ženy po takovém výkonu vstávaly později než po běžném porodu. U nás na oddělení bylo zvykem, že vstávaly za 24 hodin. Pečlivěji se u nich kontrolovalo krvácení, zavinování dělohy a tlak. Striktně se také dbalo na to, aby se do 6 hodin žena vymočila, častěji se tyto nedělký cévkovaly.*“

8 ZMENŠUJÍCÍ OPERACE

Zmenšující operace se řadí k nejstarším porodnickým operacím. Byly prováděny od starověku až do poloviny 20. století. Svědčí o tom popisy provedení a nalezení různých nástrojů. O těchto operacích se již zmiňuje i Hippokratés, který dokonce několik potřebných nástrojů navrhl. Na zdokonalování nástrojů se podílel i Celsus. Tyto nástroje a provedení těchto výkonů budilo u laické veřejnosti i u porodních bab skutečnou hrůzu. V dějinách totiž mnohdy docházelo k situacím, kdy si ani nejzkušenější porodní bába nevěděla rady, přivolávala pak k porodu kněze a lékaře. Kněz měl zajistit duchovní stránku porodu. Lékař se často dostavil k porodu ve chvíli, kdy už dítě bylo mrtvé v těle matky a bylo potřeba ho porodit, nebo nezbyvalo nic jiného, než dítě zabít a vybavit ho po částech. Znalost těchto operací pro lékaře byla nezbytná, protože na nich často záležel život rodičky.

Postupně začalo těchto operací ubývat. Příčinou bylo odstranění onemocnění křivice a tím veliké snížení případů kefalopelvického nepoměru a zanedbané příčné polohy, klešťové porody se přestaly vykonávat nad rovinou pánevního vchodu a zredukovaly se vnitřní obraty a extrakce. Dále se stalo bezpečnějším provádění císařského řezu, včetně anestezie, podávání antibiotik a od 20. let minulého století zdokonalení transfuzní služby. A tak mohlo být mnoho stavů, které dříve vyžadovaly provedení zmenšující operace, vyřešeno císařským řezem. Svůj podíl na omezení zmenšujících operací má i rozvoj ultrazvukové diagnostiky. (Doležal, 2007, Fiala, 2011)

8.1 Kraniotomie

Kraniotomie je obecný výraz pro operaci na hlavičce plodu, kde byly výkony prováděny nejčastěji. Nejčastějšími indikacemi pro tento výkon byly: hydrocephalus, siamská dvojčata a kolize dvojčat. Operace zahrnuje několik fází: perforaci hlavičky, excerebraci, výplach mozkové tkáně a kranioklasii (zborcení hlavičky). Výkon vyžadoval gynekologickou polohu, pečlivou dezinfekci, vycévkování a zarouškování. Asistenci

prováděl lékař nebo „srdnatá“ porodní asistentka. Operace se provádí v narkóze, do pochvy se zavedou zrcadla a lem branky se zachytí americkými kleštěmi.

8.2 Dekapitace

Tato operace obnáší oddělení hlavičky od těla plodu. Nejprve byly používány různé typy nůžek, později byl vynalezen Braunův dekapitační hák. Tato operace bývala poměrně častá ve starém porodnictví, kdy byla většinou následkem neúspěšných obrátů a extrakcí. V primitivních podmínkách je dodnes tento výkon pro ženu bezpečnější než císařský řez.

8.3 Embryotomie

Embryotomie býval někdy obecný název pro zmenšující operace. V užším slova smyslu se jedná o operace prováděné na orgánech hrudní a břišní dutiny, tzv. exenterace. Tento výkon byl používán v případě velkých mrtvých plodů. K operaci byly používány různé jednozubé a dvozubé kleště.

8.4 Kleidotomie

Podstatou této operace je rozrušení (zlomení) klíční kosti. Byla používána v případech, kdy byl plod objemnější, byl nezvykle velký biakromiální průměr nebo raménka nerotovala ve vhodném průměru. (Doležal, 2007, Fiala, 2011)

1950 – 1989

V publikaci „Porodnické operace“ z roku 1955, jsou všechny typy zmenšujících operací popisovány velmi podrobně, celkově asi na 30 stránkách. Dopodrobna jsou popisovány indikace i provedení jednotlivých výkonů. Zároveň zde ale bylo, uváděno, že z

porodnic byly tyto výkony již vyřazeny, což mělo svědčit o vyspělosti „ústavního porodnictví i organizaci porodní péče na venkově.“ Udávalo se, že důležitými faktory frekvence těchto operací byla: vyspělost lékařské péče, komunikace a kulturní a civilizační poměry obyvatel v jednotlivých krajích. Péče o rodičku byla tehdy ve většině krajů naší země považována za dobrou, ale např. rodičky z horských oblastí se často nedostaly do porodnice včas, a bylo nutností a jedinou možností, provést zmenšující operaci. Úkolem tehdejšího porodnictví tedy bylo vybudování dokonalejší péče na venkově a v odlehlých okresech, lepší školení pomocného porodnického personálu a organizace profylaktické péče o těhotné ženy. (Klaus, 1955)

1990 – 2011

Zatímco na počátku 50. letch bylo zmenšujícím operacím v učebnicích věnováno mnoho stránek, dnes je situace jiná. Většina autorů se omezuje pouze na vyjmenování a základní popis těchto výkonů.

V současnosti se u nás tyto operace téměř neprovádí a lékaři s nimi nemají ani žádnou zkušenost. V rozvojových zemích je situace odlišná, souvisí to s vysokou incidencí zanedbaných případů a vysokým nebezpečím, které obnáší císařský řez. V Indii jsou v případě potřeby prováděny destrukční operace v 70%, zatímco císařský řez pouze ve 30%. (Doležal, 2007)

„ Jedinou indikací pro jejich použití zůstává těhotenství s mrtvým plodem, který nelze pro nepravdělnou polohu, či malformace porodit vaginální cestou.“ (Roztočil, 2008,s.339)

8.5 Péče o ženu po zmenšující operaci

Po všech výše uvedených výkonech je nutná pečlivá revize pochvy, děložního hrdla a dutiny děložní. Důležitá by byla i kontrola řitního svěrače a kontrola močového měchýře, tím, že se provede vycévkování. Pečlivá kontrola všech uvedených oblastí je nezbytná vzhledem k tomu, že jsou používány ostré nástroje, které by mohly způsobit poranění

matky. Neoddiskutovatelným velkým problémem by byla zajisté psychika ženy, bylo by vhodné věnovat ženě péči jako u každé perinatální ztráty. Pokud matka nosila mrtvé dítě již dlouhou dobu, mohlo by to pro ni znamenat i psychickou úlevu. (Doležal, 2007)

9 ANESTEZIE U OPERATIVNÍHO PORODU

19. ledna 1847 použil skotský porodník James Young Simpson poprvé u porodu éter. S chloroformem začal u porodu jako první pracovat John Snow. Tento lékař byl královským porodníkem a chloroform využil v letech 1853 a 1857 u porodů královny Viktorie. Vlivem používání narkozy se stalo provádění císařského řezu bezbolestným. (Fiala, 2011/2)

V roce 1900 vydal u nás R. Jedlička svou habilitační práci, kde uváděl výsledky svého zkoumání spinální anestezie. Díky této práci byla do české chirurgie uvedena metoda lumbálního znecitlivění. (Pařízek a kol., 2002)

1950 – 1989

V tomto období byla prosazovanou metodou celková anestezie, tzv. narkoza. Pro tlumení bolesti u operativního porodu bylo uváděno mnoho důvodů. Největší důraz byl kladen na humanistické příčiny, které vycházejí z toho, že jakýkoliv zásah do porodu je pro ženu daleko bolestivější než spontánní porod. Nutnost tlumit bolest byla důležitá pochopitelně při císařském řezu, ale i při provádění obrátů, zavádění kleští a jiných porodnických nástrojů. Jediné výkony, které bylo možno provádět bez narkozy byly epiziotomie, nástřihy branky, popř. sutury menších trhlin hráze. Vzhledem k tomu, že při narkoze dochází k útlumu vědomí, byla využívána dále z těchto důvodů: psychologické příčiny z hlediska ženy, lékař mohl v klidu dokončit přípravy k operaci a samotný výkon, mohl se tak vykonávat obrát vnitřními hmaty, narkoza byla také součástí zajištění aseptického průběhu výkonu a byla výhodná i v případech, kdy se prováděly např. zmenšující operace. (Klaus, 1955)

Většina porodnických operací trvala jen krátce. Anestezie se vždy vybírala podle druhu a délky výkonu a podle stavu rodičky. Vždy se muselo myslet na to, aby podání anestezie neublížilo plodu, a to především u císařského řezu.

V 50. a 60. letech byl nejvyužívanějším inhalačním anestetikem éter, který nahradil dříve používaný chloroform. Éter se používal hlavně při větších operacích, především při

císařském řezu. Dalším hojně využívaným narkotikem byl cyklopropanon, který měl výhodu rychlého nástupu účinku, ale v blízkosti otevřeného ohně mohl snadno vybuchnout. Ke krátkodobě trvajícím výkonům se používal rajský plyn, vinesthen nebo nitrožilní thiopental.(Dlhoš, Kotásek, 1967, Klaus, 1955)

V letech 1950 – 1955 došlo k prudkému snížení využívání a oblíbenosti neuroaxiální anestezie, a to hlavně u spinální anestezie. Začaly vznikat názory, že tyto metody jsou nepotřebné a převládá strach z těžkých neurologických následků. V roce 1950 dokonce vyšla v New Yorku zpráva o těžkých míšních paralýzách, které byly způsobeny regionální anestezii, podobné zkušenosti přicházely i z Velké Británie. Mediálně se začalo objevovat mnoho trvale poškozených pacientů po aplikaci těchto metod a mnohé pokroky tak v tomto období zaznamenávala především celková anestezie. Až postupem času bylo odhaleno, že vzniklé komplikace byly často zapříčiněny špatnou metodikou výkonu. (porodnice.cz, 2011)

Koncem 60. let začalo docházet k používání regionální anestezie u císařských řezů. O rozvoj celé regionální anestezie i analgezie se zasloužil především Dimitrij Miloschewsky. Postupně ale začaly být tyto metody opouštěny a začaly se znovu vracet až kolem roku 1988. Pomalý rozvoj regionální anestezie (i analgezie) byl způsoben tím, že ještě ke konci 80. let nebyl u nás dostatek vhodných anestetik, nebyly k dispozici ani dostatečné pomůcky – dokonce se používaly resterilizované punkční jehly nebo se punkce u rodiček opakovaly. (Pařízek a kol., 2002)

1990 – 2011

Volba způsobu anestezie u operativního porodu je závislá na mnoha faktorech. Rozhodování vyžaduje spolupráci anesteziologa a porodníka. Zvažuje se důvod a naléhavost operace a také osobní preference ženy. U operativního porodu, resp. císařského řezu lze využít celkovou nebo míšní svodnou anestezii. (Kurzová,2011)

Celková anestezie

Tento způsob anestezie má v porodnictví stále široké uplatnění, přestože vzrůstá trend využívání neuroaxiálních metod. Volí se hlavně v kritických případech, kdy hrozí akutní ohrožení matky či plodu.

Výhody celkové anestezie jsou: rychlý nástup účinku, je technicky jednoduchá, vytváří dokonalou relaxaci, způsobuje menší výskyt hypotenzí, umožňuje zabezpečení dýchacích cest s možností ventilační podpory a tak i možnost oxygenace matky i plodu.

(Pařízek a kol., 2002)

Nevýhody celkové anestezie zahrnují: zvýšené riziko regurgitace a tím vdechnutí žaludečního obsahu, obtížnější intubaci, možnost ovlivnění novorozence používanými farmaky a nemožnost bezprostředního kontaktu matky a novorozence ihned po porodu. (Kurzová, 2011)

Většina klinických studií potvrzuje, že útlum novorozence po podání celkové anestezie souvisí spíše s délkou operačního výkonu než se samotným způsobem podání anestezie. Pokud je tedy porod ukončen rychle po úvodu do celkové anestezie je stav novorozence stejný jako po podání neuroaxiálních metod. (Pařízek a kol., 2002)

Neuroaxiálních anestezie

V současné době u plánovaného císařského řezu převládají metody neuroaxiálních anestezie. Předností svodné anestezie je snížení rizika aspirace žaludečního obsahu, jsou zachované ochranné reflexy dýchacích cest a nehrozí útlum plodu léky. Asi největší výhodou je, že matka je po celou dobu výkonu při vědomí, může vidět dítě ihned po porodu a není tak narušen jejich první kontakt. Nespornou výhodou je i možnost přikládat dítě k prsu bezprostředně po operaci. Nevýhodou místní anestezie může být rychlý pokles krevního tlaku s následnou poruchou oxygenace plodu a pomalejší nástup účinku než u celkové anestezie. Blokáda se podává do oblastí Th 4 – S 5 pomocí lokálních anestetik a opioidů – bupivakain, sufentanil, morfin apod. (Kurzová, 2011)

Spinální anestezie je dočasné přerušení vedení nervového vzruchu v míšních nervových kořenech. Pomocí speciálních tenkých jehel se provede perforace dura mater a arachnoidei a aplikuje se lokální anestetikum. Výhodou této metody je okamžitý nástup účinku a menší riziko toxicity. Nevýhodou je zvýšené riziko postpunkční cefaley a infekce. (Dušková, Marečková, 2009)

Epidurální anestezie spočívá v aplikaci anestetika do epidurálního prostoru pomocí Tuohyho jehly. Výhodou je možnost navázání v pooperační analgezií a menší výskyt

hypotenzí. Nevýhodou je pomalejší nástup anestezie, horší relaxace břišního svalstva a postpunkční bolesti hlavy. (Dušková, Marečková, 2009, Kurzová, 2011)

Úkolem porodní asistentky je ženu pečlivě edukovat o průběhu výkonu a psychologicky ji připravit. Vhodné je ženu poučit o způsobu podání anestezie a ujistit ji o spolehlivém účinku. Medikamentózní příprava se většinou nepodává, je potřeba řídit se ordinacemi anesteziologa. Důležité je zajistit kanylaci žíly. Porodní asistentka nesmí zapomenout ani na uložení rodičky do vhodné polohy, která je prevencí vzniku syndromu dolní duté žíly. Žena se ukládá na bok, pootočená o 15 – 20 stupňů. (Miloschewsky, 2002)

10 ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí je období, kdy se mateřský organizmus vrací do původního stavu jako před těhotenstvím. V tomto období hraje velkou úlohu porodní asistentka, resp. ženská sestra a dětská sestra.

1950- 1989

Porodní asistentka/ ženská sestra měla za úkol pečlivé sledování stavu matky. Sledovala zavinování dělohy, očistky, břišní svaly, rozvoj laktace a v souvislosti s operativním porodem především hojení porodního poranění, svalů pánevního dna a krvácení. Byla zdůrazňována nutnost ošetřovat nedělku na lůžku a asepticky. Lůžko muselo být vždy úzkostlivě čisté s gumovou podložkou. Na oddělení šestinedělí bylo celkově dbáno na zvýšenou hygienu, která se týkala osobní hygieny i hygieny prostředí. Rodidla šestinedělky se několikrát denně (2- 4 krát), po každém močení a po každé stolici oplachovala převařenou vodou nebo dezinfekčním roztokem. Přes rodidla se vkládala sterilní vložka k zachycování očístků. Vložky se často měnily, použité se vhazovaly do uzavřených nádob, aby mohly být spáleny a vždy se s nimi manipulovalo pomocí pinzety nebo kleští. Úkolem sestry / porodní asistentky bylo neustále ženu edukovat a připomínat jí, že nemá na vložky sahat, že si je nesmí sama vyměňovat nebo si sahat kamkoliv do oblasti rodidel. Za tímto účelem razily sestry heslo: „ Od pasu dolů na sebe nesahejte!“ Dbalo se také na vhodný oděv, aby mohla žena snadno kojít a aby byl snadný přístup k rodidlům při oplachování (kabátek, rozhalovací košile). Dalším důležitým úkolem sester bylo sledovat vyprazdňování močového měchýře o odchod stolice. Sestry měly nedělce připomínat, aby močila každé tři hodiny. V případě retence moči se jako pomoc k spontánnímu vymočení doporučovalo oplachování rodidel vlažnou vodou, napařování nad teplou vodou, podávání většího množství tekutin a udržovat ženu v polosedě. V případě, že k vymočení nedošlo, bylo zapotřebí nedělku cévkovat i několikrát denně. K tomuto účelu byly využívány kovové nebo skleněné katétry. Nedělka měla málokdy spontánně stolici, a tak se téměř vždy, asi 3. poporodní den, podávalo očistné klyzma nebo projímadlo. Klyzma se nedoporučovalo dávat u nedělek s větším porodním poraněním nebo s

nástřihem hráze. Do této skupiny by pravděpodobně patřily i nedělky např. po klešťovém porodu. Na oddělení šestinedělí bylo dále povinností sester měřit teplotu alespoň 3krát denně, pulz 1-3krát denně a krevní tlak podle potřeby, veškeré údaje zaznamenávaly do formuláře „Průběh šestinedělí“. (Dlhoš, Macků, 1976, Dlhoš, Pros, 1967)

V prvních dnech po porodu dostávala šestinedělka kašovitou stravu, po třetím dni, kdy byla stolice, mohla jíst vše, kromě nadýmových a těžko stravitelných potravin. Jestliže byla za porodu zjištěna bílkovina v moči, měla nedělka neslanou dietu, dokud nebyl nálezný v moči negativní. Doporučována byla vyvážená a kaloricky hodnotná strava, s dostatečným příjmem tekutin a vitamínů.

Jednou z nejdůležitějších úkolů sestry v péči o nedělku, byla (a stále je) důkladná péče o prsa a kojení. Sestra sledovala stav prsou, tvorbu mléka, techniku kojení, edukovala o správné technice kojení, výživě při kojení a péči o prsa. Nejdůležitější byla čistota rukou, jak matky tak ošetřujícího personálu, bradavky a dvorce se před a po kojení omývaly dezinfekčním roztokem a jednou denně se bradavky natíraly 1% roztokem genciánové violeti. Před vlastním kojením si musela matka vzít masku na nos a ústa, pečlivě umýt ruce mýdlem, teplou vodou a dezinfekcí a nakonec potřít bradavku vytlačeným mlékem nebo dezinfekčním roztokem. Novorozenec se k prsu přikládal každé 3 – 3 ½ hodiny, v noci se mohlo jedno kojení vynechat.

Šestinedělka se propouštěla do domácího ošetřování, až když byla schopná se postarat o sebe a o novorozence. Péči o novorozence přebírala obvodní dětská sestra, která také navštívila matku a dítě v domácnosti. Její úkoly zahrnovaly kontrolu koupání, pupeční jizvy, váhy dítěte, stavu výživy a celkového prospívání. Dětská sestra pozvala dále matku do dětské poradny, kam matka s dítětem následně docházela na pravidelné prohlídky, dle daného harmonogramu. (Dlhoš, Macků, 1976, Dlhoš, Pros, 1967)

O tom, že je potřeba vykonat návštěvu u šestinedělky byla ženská sestra informována poštou prostřednictvím „Zprávy o porodu“. Tuto návštěvu byla povinná provést do 24 hodin. Pokud se jednalo o normální průběh šestinedělí navštívila ženská sestra matku dále 3. den a 7. den po porodu a pak na konci šestinedělí. Povinností ženské sestry bylo sledovat zdravotní stav šestinedělky i novorozence a pokud by zjistila jakékoliv nepravidelnosti, musela přivolat lékaře, i pokud s tím žena nesouhlasila. Ženská sestra zkontrolovala teplotu, pulz, stav prsou, zavínování dělohy a hlavně v souvislosti s operativním porodem pečlivě kontrolovala porodní poranění. Ženská sestra dále matku

pečlivě edukovala o nutnosti dodržování hygieny, vhodných hygienických pomůckách, o aseptickém ošetřování bradavek, tělocviku pro šestinedělky a obzvlášť měla zdůraznit zákaz pohlavního styku během šestinedělí.

Jakmile přišla ženská sestra do domácnosti, oblékla se do čisté zástěry, vzala si čepec, masku a důkladně si umyla ruce. V souvislosti s operativním porodem byla potřeba pečlivá kontrola hojení porodního poranění, ženská sestra sledovala, zda okolí rány nerudne, nezapáchá, není přítomen hnisavý povlak apod., pak celá zevní rodidla opláchla dezinfekčním roztokem a vysušila fénem nebo vyvařenou a vyžehlenou utěrkou. (Dlhoš, Kotásek, 1967)

Z rozhovoru s ženskou sestrou – pamětnicí, jsem se dozvěděla následující informace a zkušenosti: „ *V péči o nedělkou nastaly největší změny v oblasti kojení. Nejdůležitější bylo, že tenkrát, samozřejmě, nebyl systém rooming – in. Děti na kojení přivázely dětské sestry, vždy je nechaly u matky tak půl hodiny a pak je zase, do slova, posbíraly a odvezly na novorozenecké (oddělení). Možná také proto, byly dříve striktně dány intervaly mezi kojeními. Kojilo se přesně po 3 hodinách a na našem oddělení se dodržoval harmonogram kojení v 7.00 hodin, v 10.00, ve 13.00, v 16.00, v 19.00 a ve 22.00 hodin. Velký důraz se kladl také na hygienu kojení. Před každým kojením si maminy musely prsa nastříkat dezinfekcí a ve 22.30, když byly děti odvezeny na novorozenecké oddělení, si dále namazaly bradavky gencianou. Dnes se naopak prosazuje prsa jen oplachovat vodou a nepoužívat nic parfémovaného. Po císařském řezu se začínalo kojit za 24 hodin, po jiném operativním porodu dříve.*

Hodně odlišné bylo také to, jak byly nedělinky oblečeny. Dříve neexistovalo, aby měly svou noční košili nebo dokonce prádlo. Košile byly ústavní, s hlubokým výstřihem a každý den jsme rozdávaly čisté. Speciální byly také kalhotky, které se zavazovaly na tkanice a byly také ústavní a často se měnily. V tehdejší době bylo neodmyslitelné, aby měly všechny nedělinky na sobě kojící podprsenku, která byla také „ erární “. Všechno toto prádlo se pochopitelně pralo v prádelně a vyvařovalo se. Maminky dostávaly v nemocnici i župan, ten využívaly poměrně hodně, protože byly společné koupelny někde na konci chodby, tak aby se mohly alespoň trochu zahalit.

U šestinedělek bylo samozřejmě potřeba sledovat krvácení, často jsme prováděly oplachy rodidel různými dezinfekčními roztoky, dále sledovat hojení porodního poranění, a

to hlavně pokud se jednalo o rozsáhlejší poranění nebo i u žen, právě po různých operacích. V těchto věcech se péče podobá dnešku.

Velkou výhodou byla domácí péče, kterou poskytovaly obvodní ženské sestry, mohly odhalit a vyřešit hodně komplikací. Myslím si, že by bylo do budoucnosti vhodné znovu nějakým způsobem tuto péči začít poskytovat. Myslím si, že by měla být zaměřena hlavně na laktaci. Ať už by na návštěvy chodila porodní asistentka nebo dětská sestra, určitě by byly užitečné."

1990 – 2011

Péče o nedělkou probíhá na poporodním oddělení gynekologicko- porodnického oddělení. Často prvním odborníkem, se kterým se žena po převozu na oddělení šestinedělí setkává, je porodní asistentka. Je důležité, aby si hned od počátku vybudovala s nedělkou důvěryplný vztah za pomoci otevřené a podpůrné komunikace. Porodní asistentka bude nadále člověkem, který bude ženě pomáhat při potížích, edukovat ji, vést k samostatné péči o novorozence, bude ji oporou a bude ji povzbuzovat v nové mateřské roli. (Ratislavová, 2008).

Při příjmu ženy z porodního sálu je povinností porodní asistentky zkontrolovat dokumentaci a ordinace z porodního sálu, představit se a seznámit rodičku s oddělením. Nezbytným úkolem je kontrola celkového fyzického stavu, vzhledu, psychiky, vitálních funkcí, prsou, konzistence a výšky děložního fundu, krvácení, porodního poranění a stavu dolních končetin. (Čapková,2005). Při ukládání nedělek na oddělení je vhodné umisťovat ženy, které rodily ve stejnou dobu na stejné pokoje, aby došlo k zamezení případnému šíření zavlečených infekcí. (Fait, 2006)

Za pomoci porodní asistentky žena do 6 hodin po porodu vstává a osprchuje se. Nedělkám je doporučováno, aby často sprchovaly poranění hráze, dodržovaly čistotu a ponechávaly k ráně přístup vzduchu. V případě otoku je doporučována chladná sprcha, při známkách zánětu sedací koupele ve slabém roztoku hypermanganu. Porodní asistentky každodenně na oddělení šestinedělí sledují retrakci dělohy, krvácení, hojení porodního poranění a hodnoty krevního tlaku, pulzu a teploty. Po vaginálních operativních porodech je nutné zjistit funkčnost análního sfinkteru. U nedělek je rovněž důležité sledovat možnost

přítomnosti jednostranného bolestivého otoku na dolních končetinách, který bývá příznakem trombózy hlubokého žilního systému dolních končetin nebo pánve. Nedílnou součástí péče je sledování subjektivního stavu ženy, stavu laktace a sledování všech patologických psychických projevů. Umožňuje-li to stav matky i dítěte, je dítě stále v postýlce u lůžka matky, tzv. rooming-in. (Fait, 2006)

Délka hospitalizace je individuálně stanovena dle stavu matky a novorozence. U nás je propuštění matky většinou závislé na propuštění novorozence. Česká neonatologická společnost doporučuje propuštění zdravého novorozence nejdříve za 72 hodin po porodu. Fyziologická nedělka po spontánním porodu bývá tedy propuštěna většinou za 4 dny, nedělka po operativním porodu za 5 dní. (Čapková, 2005) Pozdní šestinedělí tráví žena většinou doma, nezbytná je kontrola po šestinedělí u ošetřujícího gynekologa.(Fait, 2006)

Lze předpokládat, že z ekonomických důvodů bude postupně docházet ke snižování délky hospitalizace žen po porodu, proto je potřeba zajistit dostatek péče, která bude nahrazovat péči porodnice. Jednou z možností je návštěvní služba porodních asistentek. Návštěvní služba má několik výhod. Výhody ekonomické zahrnují vytváření podmínek ke zkrácení doby pobytu v porodnici a snížení počtu vyšetření a ošetření u lékaře. K dalším výhodám patří: prevence komplikací, dohled nad kontrolou porodního poranění a prevence problémů s kojením. Problémy s kojením ovlivňují zdravotní stav matky, dítěte i psychiku matky. Návštěvní službu může vykonávat porodní asistentka, která se registrovala na krajském úřadě a může pracovat jako soukromá porodní asistentka. Pokud má smlouvu se zdravotní pojišťovnou, pracuje na tzv. vyžádanou péči. Formulář k této péči obdrží žena od svého gynekologa. Podle zákona o zdravotním pojištění má žena hrazenou 1 návštěvu před porodem a 3 návštěvy po porodu. .(Kalinová, 2005)

Při návštěvě navazuje péče porodní asistentky na péči v porodnici. Sleduje celkový zdravotní a psychický stav, stav porodního poranění, involuci dělohy, odchod lochií, kontroluje okolí rekta, vyprazdňování, varixy, prsy a bradavky. Porodní asistentka vede dokumentaci, do které zaznamenává objektivně zjištěné údaje i subjektivní pocity matky. V současné době je připravována jednotná dokumentace pro porodní asistentky v terénu. Ačkoliv ženy mají na poskytování této péče právo a mnoho žen by ji uvítalo, nejsou zatím příliš dobré podmínky pro budování sítě porodních asistentek, které by tuto službu zajišťovaly.(Kalinová, 2005)

11 DISKUZE

Péče o ženu v souvislosti s operativním porodem prodělala od 50. let minulého století velký rozvoj. Nejedná se pouze o lékařské postupy, ale i změny v poskytování péče porodními asistentkami, resp. ženskými sestrami.

Napříč historií se významně měnil i systém vzdělávání porodních asistentek. Od prvních porodních bab, které se učily pouze od starších a zkušenějších kolegyň, se postupně začal rozvíjet propracovaný systém vzdělání pro porodní asistentky. Nejprve (v roce 1947) trvalo studium pouze 10 měsíců, o rok později bylo zavedeno tříleté vyučování. Další etapou bylo čtyřleté studium ukončené maturitní zkouškou, nebo pomaturitní studium. Po roce 1995 vznikl obor diplomovaná porodní asistentka a významným mezníkem byl rok 2001, kdy začal být obor porodní asistentka vyučován na vysokých školách se získáním bakalářského titulu. V současné době může porodní asistentka studovat také magisterské obory, trvající dva roky.

V oblasti náplně práce došlo v porovnávaných obdobích také ke změnám. Ženské sestry nepracovaly jen v nemocnicích, ale široké pole působnosti měly hlavně v poradnách a „terénní péči“. Ženské sestry poskytovaly pravidelnou péči v domácím prostředí těhotným, šestinedělkám i novorozencům. Tato péče není v současnosti příliš rozšířená. Poskytují ji většinou soukromé porodní asistentky na vyžádání matky, a ne automaticky, jako tomu bylo dříve, což je myslím velká škoda, hlavně v době, kdy je matka s novorozencem propuštěna do domácí péče velmi brzy.

Ačkoliv první pokusy o provádění císařského řezu na živé ženě sahají do 16. - 17. století, byla tato operace dlouho velice nebezpečná a obnášela velkou mateřskou i novorozeneckou úmrtnost. Postupně se stávala stále bezpečnější, až byla považována za téměř bez rizik a dokonce byly tendence nahradit vaginální operace císařským řezem, ale ani tento postup nebyl přijat. V 50. - 90. letech stoupala frekvence císařských řezů

od 2% do 7%, nejčastější indikací byl kefalopelvický nepoměr, velký plod apod. V současnosti se frekvence vyšplhala až na 23%, nejčastějšími indikacemi jsou akutní stavy za porodu, opakující se císařský řez, konec pánevní apod. V dnešní době je nejpoužívanějším řezem tzv. Pfannestielův řez, který byl naopak v průběhu 50. - 60. let

zcela odmítán. Pfannestielův řez je výhodnější z důvodu lepšího kosmetického efektu pro ženu a méně často vznikají v této ráně hernie. Velkým rozdílem proti současnosti bylo, že se při provádění výkonu nedilatovalo děložní hrdlo pro odchod očístků.

Porodní asistentka hraje u porodu císařským řezem velkou roli. Jejím úkolem je především zajišťování správné a odborné předoperační přípravy a pooperační péče, nebo může být také součástí operačního týmu jako instrumentářka. Cílem předoperační přípravy v minulosti i v současnosti je snížení operačních a pooperačních rizik pro matku i dítě a neodmyslitelnou součástí je kvalitní psychologická příprava a edukace ženy. Hlavně v oblasti edukace hraje porodní asistentka důležitou roli. Je potřeba se ženou navázat důvěryplný vztah, dobře s ní komunikovat, zodpovídat s trpělivostí veškeré dotazy a reagovat na její chování. V letech 1950 – 1989 a v současnosti se neliší nutnost zajištění interního vyšetření, odběry krve a moči na laboratorní vyšetření a holení operačního pole. V minulosti se močový měchýř vyprazdňoval jednorázově před výkonem, v současnosti se před operací zavádí permanentní močový katétr. Dále se dříve provádělo očistné klyzma a pečlivá příprava operačního pole – dezinfekce speciálními přípravky a kartáčkem. V současné době se většinou klyzma nepodává, žena pouze od půl noci nic nejí a nepije a před výkonem postačí běžná hygiena. Nezbytným úkolem dnešních porodních asistentek je zabandážování dolních končetin k prevenci tromboembolické nemoci, kontrola alergií pacientky a zajištění veškeré dokumentace.

Cílem pooperační péče je eliminace mateřské mortality i morbidity, tlumení bolesti, co nejvčasnější dosažení mobility a podpora bondingu mezi matkou a novorozencem.

V průběhu 50. - 80. let byla ženě již během výkonu podávána krevní transfuze a po výkonu infuzní roztok Dextran obohacený o vitamíny. V současnosti není standartem podávat krev automaticky, v pooperačním období jsou ztráty hrazeny 1500 – 2000 ml krystaloidů a glukozy. V prvním porovnávaném období nesměla nedělka po výkonu pít 12 – 15 hodin, tekutiny byly hrazeny roztokem glukozy s vitamíny. V současnosti příjem tekutin záleží hlavně na typu použité anestezie, ale obecně už v den operace přijímá nedělka čaj po lžičkách. V obou obdobích byla shodná nutnost sledování vyprazdňování močového měchýře. V současné době se provádí i celkové sledování bilance tekutin a prvních 24 hodin má žena obvykle zaveden PMK. V oblasti dietního režimu nenastaly výraznější změny. 1. pooperační den se podává tekutá dieta, 2. den kašovitá a od 3. pooperačního dne

běžná dieta vhodná pro kojící ženy. V období 1950 – 1989 bylo ženám rutinně podáváno 4. pooperační den očištění klyzma, což je výrazný rozdíl proti současnosti.

Důležitým úkolem porodních asistentek, resp. ženských sester byla vždy monitorace bolesti a její tlumení. V obou porovnávaných obdobích byly k tlumení bolesti používány opiáty, nejčastěji Dolsin. Manipulace s opiáty je specifická a vyžaduje přesnost a opatrnost. Opiáty se zpravidla odškrtaávají do dokumentace červeně a jejich stav (počet) na oddělení se zaznamenává do tzv. „ Knihy opiátů “. Pro obě porovnávaná období je shodná povinnost porodních asistentek sledovat celkový stav ženy, fyziologické funkce, stav operační rány, krvácení, retrakci dělohy a provádět oplachy rodidel. Stejně jako v předoperační péči je neodmyslitelnou rolí porodní asistentky role edukátorky. Porodní asistentky a ženské sestry měly a mají ženu stále informovat, zodpovídat všechny dotazy a především ji edukovat o nutnosti správné a časté hygieny, o péči o operační ránu a o výměně vložek.

Nedílnou součástí pooperační péče o ženu po císařském řezu byla a je také rehabilitace a prevence TEN. V prvním porovnávaném období se jako prevence TEN doporučovalo ženám za 24 hodin po operaci pouze pohybovat dolními končetinami na lůžku, dnes se do prevence TEN řadí časná mobilizace pacientky, hydratace, bandáže dolních končetin a aplikace nízkomolekulárních heparinů. K rehabilitaci se využívala především dechová cvičení, v současnosti se kromě dechových cvičení a aktivního a pasivního cvičení dolních končetin, zaměřujeme hlavně na časnou mobilizaci, správnou techniku vstávání, podporu funkce gastrointestinálního traktu a cviky na posílení pánevního dna.

Velký rozdíl v péči můžeme najít i v oblasti kontaktu matky s novorozencem. V letech 1950 – 1989 bylo dítě k prsu matky přikládáno až za 24 hodin po operaci a nefungoval systém rooming in. Dnes je jedním z hlavních úkolů porodních asistentek a dětských sester podpora bondingu, umožnění kontaktu s novorozencem co nejdříve po porodu a využívání systému rooming in. Neodmyslitelnou součástí péče porodních asistentek i ženských sester byla péče o prsa a edukace a pomoc při kojení. V minulosti se při kojení dodržovaly určité zásady, které se dnes již nepoužívají. Před a po kojení se např. bradavky a dvorce omývaly dezinfekčním roztokem, jednou za den se bradavky natíraly gencianovou violetí, při samotném kojení musela mít matka přes nos a ústa ústenku a muselo se kojit pravidelně, po 3 – 3 ½ hodinách. V současnosti postačí před kojením pečlivé umytí rukou a podporuje se kojení podle potřeb dítěte.

Asi největší rozdíly můžeme najít v poskytování péče šestinedělkám po propuštění z porodnice. V prvním porovnávaném období byly ženy po císařském řezu propouštěny do domácí péče 11. - 12. pooperační den, dnes cca 5. - 6. den. V letech 1950 – 1989 byl vypracovaný systém terénní péče, kterou zajišťovaly ženské sestry. Do 24 hodin od návratu z porodnice navštívila nedělkku ženská sestra. Zkontrolovala její celkový stav, fyziologické funkce, krvácení, zavínování dělohy, stav porodního poranění a stav prsou a kojení. Mohla jí pomoci s některými problémy, s kojením, popř. předat do péče lékaře. Péči o novorozence přebírala dětská sestra, která přišla také do domácnosti, ošetření novorozence mohla provést i ženská sestra. Počet návštěv se řídil potřebou nedělkky, obvykle byly 4. V současné době není tato poporodní péče v šestinedělí příliš rozšířená, jako tomu bylo dříve, i když má na ni žena ze zákona nárok. Jsou snahy znovu začít tuto péči provádět, protože se ukazuje, že by o ni ženy stály. Dnes je domácí péče poskytována hlavně soukromými porodními asistentkami, kterou většinou kontaktuje sama žena. Ze statistických údajů vyplývá vzrůstající počet komplikací v šestinedělí, bylo by jistě dále zajímavé zjistit, jestli by poskytování domácí péče porodními asistentkami pomohlo výskyt těchto komplikací snížit.

Porodnické kleště zaznamenaly svůj největší rozvoj v průběhu 19. století, kdy vzniklo mnoho typů kleští. V 50. letech činila frekvence klešťových porodů cca 4%, dnes je cca 3%. V současnosti se již neprovádějí tzv. vysoké kleště, jako tomu bylo např. v 50. letech. Příprava ženy k této operaci se v 50. - 80. letech lišila hlavně tím, že se prováděla v narkoze, dále v rozsáhlejší dezinfekci rodidel, rouškování rodidel a výrazný rozdíl byl i ten, že se epiziotomie prováděla až při prořezávání hlavičky na hrázi. Dnes se provádí lokální anestezie, klasická dezinfekce a epiziotomie ještě před nakládáním kleští. Shodné v obou obdobích je vycévkování močového měchýře před výkonem a uložení rodičky do klasické gynekologické polohy. Zatímco v literatuře současné i minulé jsou dopodrobna rozebírány indikace a komplikace klešťového porodu, k péči o ženu po tomto typu porodu je k dispozici velmi málo pramenů. Shodnými úkoly ženských sester a porodních asistentek před operací by měla být příprava všech nástrojů, příprava šití, asistence lékaři a podpora ženy, po porodu pak pečlivá péče o porodní poranění, edukace ženy, sledování krvácení, involuce dělohy, hojení porodního poranění a příznaků infekce.

Zatímco klešťové porody byly už v 19. století běžné, první vakuuumextrakce se začaly provádět až v polovině 20. století. Obecně se VEX využívá v podobných případech jako kleště. Četnost využívání je také podobná jako u kleští, je závislá i na zvyklostech

jednotlivých pracovišt'. Mezi spolužačkami jsem provedla krátkou „minianketu“, ze které jsem zjistila, že na pracovištích, kde je zvykem používat VEX, nejsou téměř vůbec používány kleště (např. ve FN Plzeň), naopak, kde se využívají kleště, je minimálně využívána vakuumentrakce. V porovnávaných obdobích se neliší nutnost vyprázdnění močového měchýře před výkonem, klasická gynekologická poloha, diskutována je nutnost úplně zašlé branky. Také úkoly ženských sester a porodních asistentek byly podobné: zajištění funkčnosti přístroje, asistence lékaři a příprava ženy. U porodu per VEX není bezpodmínečně nutná epiziotomie a obecně se udává, že je tento způsob porodu pro matku méně traumatizující než kleště, proto není nutná tak rozsáhlá edukace o komplikacích a rizicích jako u porodu per forcipiem. Úkolem pooperační péče v minulosti i v současnosti je klasická péče o ženu po porodu.

Operace ve III. době porodní neprodělaly tak výrazné změny jako např. císařský řez. V letech 1950 - 1989 byly považovány za hodně rizikové a dbalo se na pečlivou dezinfekci před výkonem. Manuální vybavení placenty se v prvním porovnávaném období provádělo, pokud se placenta neporodila do 2 hodin, v současnosti se vyčkává většinou 30 minut. Shodné v obou obdobích je provádění výkonu nejlépe v celkové anestezii. Porodní asistentka má na starosti hlavně přípravu ženy – uložení do vhodné polohy, vycévkování močového měchýře a při výkonu zalévání rodidel dezinfekčním roztokem. Péče o nedětku po těchto operacích není také obsahem většiny publikací. Nutné by bylo jistě pečlivější sledování fyziologických funkcí, krvácení a zavinování dělohy.

Od 50. let do současnosti došlo k výrazným změnám i v oblasti anestezie a analgezie u operativních porodů. I když už v průběhu 60. let se objevovaly snahy používat v porodnictví neuroaxiálních anestezii, tyto metody se neujaly a stále byla používána pouze celková anestezie. Rozvoj neuroaxiálních analgezie nastal pak hlavně až v 90. letech, kdy se k nám dostaly vhodné léky a pomůcky. V současnosti se používají především epidurální a spinální metody. Celková anestezie má ale stále své místo, hlavně v případech, kdy hrozí akutní poškození matky nebo plodu. Hlavní výhodou neuroaxiálních metod je, že matka může dítě vidět ihned po porodu, není tak narušen jejich první kontakt a lze přikládat dítě k prsu hned po porodu.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit rozdíly v péči porodní asistentky v souvislosti s operativním porodem ve dvou časových obdobích. Tato období jsou definována léty 1950 – 1989 a 1990 – 2011.

Při zpracování práce bylo odhaleno mnoho rozdílů v péči. Největší změny nastaly v péči o pacientku při císařském řezu. V předoperační péči se již neprovádí rutinně klyzma a také specifická příprava operačního pole, jako tomu bylo dříve. Naopak se v současnosti klade větší důraz na dostatečnou edukaci, aktuální je také kontrola alergií u ženy apod. Samotný výkon se liší hlavně tím, že je v dnešní době využíván tzv. Pfannestilův řez, který se lépe hojí a má lepší kosmetický efekt. Z operačního sálu bývá pacientka přeložena na 24 hodin na jednotku intenzivní péče. Už před výkonem se ženě zavádí permanentní močový katétr a pooperačně se sleduje bilance tekutin, v minulosti byl močový měchýř cévkován jednorázově. Výrazné změny prodělala také anestezie u císařského řezu, i v celém porodnictví. Zatímco až do počátku 90. let byla u nás neuroaxiálních anestezie odmítána, prodělávají v současnosti tyto metody velký rozvoj a je snahou je u císařského řezu upřednostňovat před celkovou anestezii.

Důležitým rozdílem v porovnávaných obdobích, je také navazování kontaktu matky a dítěte. Zatímco v minulosti mohla matka začít kojit až za 24 hodin a dítě neměla stále u sebe, dnes se podporuje kontakt s dítětem již na operačním sále a co nejdříve po ukončení výkonu a na oddělení šestinedělí je využíván systém rooming in. V 50. - 80. letech byla žena propuštěna do domácí péče 11. - 12. den, dnes se doba hospitalizace zkrátila na 5 – 6 dní.

Na oddělení šestinedělí spočíval hlavní rozdíl v péči o prsa a kojení. Dbalo se na přesné intervaly mezi kojeními, úzkostlivou hygienu a dezinfekci. Úkolem porodních asistentek i ženských sester vždy byla a je péče o vyprazdňování, v minulosti se rutinně podávalo nedělkám 4. pooperační den klyzma.

Výrazný rozdíl můžeme najít i v péči o ženu v šestinedělí po propuštění z nemocnice. V prvním porovnávaném období zajišťovaly tuto péči obvodní ženské sestry, které prováděly návštěvy v domácnosti šestinedělek. Probíhaly zpravidla 4 návštěvy, sestra se věnovala péči o matku i o novorozence. V současné době není tato péče tak rozšířená a hlavně není

poskytována automaticky. Snahami současných porodních asistentek do budoucnosti je zajišťovat právě tuto péči v širším měřítku, než je tomu nyní. V současnosti probíhá příprava dokumentace pro domácí péči. Rozšíření této péče by bylo jistě přínosné a její rozvoj by měl být cílem současných porodních asistentek. Z mnoha průzkumů vyplývá, že by maminky tuto péči uvítaly.

V oblasti vaginálních operací nedošlo k větším zásadním změnám. Rozdílem je mírný pokles jejich frekvence a v současnosti provádění epiziotomie ještě před nakládáním kleští. Úkolem porodní asistentky po tomto typu porodu by byla jistě klasická poporodní péče a kladení důrazu na pečlivou péči o porodní poranění, prevenci infekce, oplachy dezinfekčními roztoky a především důkladnou edukaci nedělký. Porodní asistentka by měla ženě vysvětlit důležitost a zásady správné hygieny, výměny vložek, možnosti prevence zácpy a upozornit na možné komplikace. Literatury, která by se zabývala péčí porodní asistentky o ženu po klešťovém porodu nebo vakuumextrakci, je minimum. Do budoucnosti by bylo jistě vhodné ucelení těchto informací do nějaké publikace, aby byla k dispozici studentkám porodní asistence i začínajícím porodním asistentkám.

U operací ve III. době porodní nedošlo také k výraznějším změnám. Větším rozdílem je pouze to, že se v současné době vyčkává na odloučení placenty 30 minut, zatímco v minulosti se čekalo až 2 hodiny.

V této bakalářské práci bylo zjištěno mnoho rozdílů v tom, jak poskytovaly péči ženské sestry mezi léty 1950 – 1989 a jaké postupy využívají porodní asistentky od počátku 90. let. Za pokrok v péči lze jistě považovat zavedení systému rooming in na oddělení šestinedělí a využívání neuroaxiálních metod anestezie, které umožňují lepší navázání kontaktu matky a novorozence hned po porodu. Do budoucnosti by bylo jistě přínosné „znovurozšíření“ domácí péče v šestinedělí a rozšíření zdrojů literatury zaměřených na péči porodní asistentky o ženu v souvislosti s operativním porodem. Je také důležité, abychom jako porodní asistentky měly stále na mysli, že operativní porod je pro ženu stresující a fyzicky i psychicky náročný. Naším úkolem by proto měla být vždy pečlivá edukace a podpora ženy, ať už v předoperační, pooperační péči, nebo při samotném výkonu.

Změny, které proděl způsob poskytování péče ženě po císařském řezu a šestinedělkám, jsou shrnuty v tabulkách, viz příloha 6 a 7.

SEZNAM ZDROJŮ

- BERNARD, Adolf: Dietetika v porodnictví a gynekologii. *Praktický lékař*. Praha: Avicenum, 1950, 30 (11), 215-217
- CURŤINOVÁ, Ludmila. Porodnické kleště – tajemství rodiny Chamberlenů. In. *Gynor.cz* [online]. 10.6. 2011 [cit.18.6. 2011]. Dostupné z:<http://www.gynor.cz/index.php/z-historie-porodnictvi/porodnicke-klet>
- ČAPKOVÁ, A. Péče o ženu v časném šestinedělí. *Moderní babičtví*. [online]. Praha: Levret, 2005, (7),1 [cit. 08.02.2012]. ISSN 1214-5572. Dostupné z:<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=85>
- DLOHOŠ, Ernest, KOTÁSEK, Alfréd. *Pôrodnictvo*. Bratislava: Obzor, 1967. 580s. ISBN 65-056.67
- DLHOŠ, Ernest, KOTÁSEK, Alfred. *Porodnictví*. 3. přepracované vydání Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1981. 560s. ISBN 08-036-81
- DLHOŠ, Ernest., MACKŮ, František. *Gynekológia a porodnictvo*. Martin: Osveta, 1976. 192s. ISBN 70-049 - 76
- DLHOŠ Ernest., PROS Jiří R. *Gynekologie a porodnictví*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1967.144s. ISBN 08-030-67
- DOLEŽAL, Antonín. *Od babičtví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001.144s. ISBN 80-246-0227-6
- DOLEŽAL, Antonín. a kol. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007. 376s. ISBN 978-80-247-0881-2
- DUDA, Miloslav. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada Publishing, 2000. 392s. ISBN 80-7169-642-0
- DUŠKOVÁ, Bohdana, MAREČKOVÁ, Jana. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. 166s. ISBN 978-80-7368-663-5

FAIT, Tomáš. Šestinedělí. *Moderní babictví*. [online]. Praha: Levret, 2006, (9),1-8[cit. 05.02.2012]. ISSN 1214-5572. Dostupné z:<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67>

FIALA, Luděk. Císařský řez – záchrana, nebo komplikace. *Zdravotnické noviny*. [online]. Praha: Mladá fronta, 2011, (14),24 – 25 [cit. 21.02.2012]. ISSN 0044 - 1996. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/z-dejin-porodnictvi-x-460596>

FIALA, Luděk. Specifické porodnické operace. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, 2011, (13), 30-31. ISSN 0044 - 1996

FRIEDLANDROVÁ, Běla. *Tělesná cvičení v šestinedělí*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1968.

HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 444s. ISBN 80-247-0418-8

HOUSEROVÁ E. Předoperační a pooperační péče. In: BALÁK, Karel. *Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví i hraničních oborů*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1982. 73 – 84 ISBN

CHMELÍK, Václav. Ošetření porodních poranění v ústavu a doma. *Praktický lékař*. Praha: Avicenum, 1950, 30 (10), 193 - 195

CHYTILOVÁ, S. *Profese porodních bab v historii*. Olomouc 2005. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta.

KADLECOVÁ, Miloslava. Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, (3), 81 – 84. ISSN 1210 - 0404

KALINOVÁ T. Návštěvní služba. *Moderní babictví* [online]. Praha: Levret, 2005, (7), 1-4. [cit. 15.02.2012]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=84>

KILIÁN, Tomáš. Porodnické kleště a jejich postavení v současném porodnictví. *Sestra* [online]. Praha: Mladá fronta, 2008, (9), 30- 32 [cit. 10.02.2012]. . ISSN 1210 – 0404 Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/porodnicke-kleste-a-jejich-postaveni-v-soucasnem-porodnictvi-383359>

KLAUS, Karel. *Porodnické operace*. 2. vydání Praha: Nakladatelská a vydavatelská společnost s.r.o., 1942. 430s.

KLAUS, Karel. *Porodnické operace*. 3. vydání Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. 400s.

KURZOVÁ, Alice. Anestezie a analgezie v porodnictví. In: MÁLEK, Jiří, a kol. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 158 – 164 ISBN 978-80- 247- 3642 – 6

LIPENSKÝ, Stanislav. *Vákuumextraktor v pôrodnictve*. 2. doplněné vydání. Martin: Osveta, 1975. 132s. ISBN 70 – 031 - 81

LOMÍČKOVÁ, Tatjana. Komplikace porodu císařským řezem. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2007, 16, (1), 52-55. ISSN 1211 - 1058

MLYNÁŘOVÁ, Alice. Postoj ke komplikovaným porodům v minulosti. In. *Gyne.cz* [online]. 14.11. 2011 [cit.18.11. 2011]. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2001/201c17.htm>

MILOSCHESKY, Dimitrij. Neuroaxilární anestezie u císařského řezu. In: PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada, 2002. 535s. 244 ISBN 80-7169- 969-1

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., nové programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky

PAŘÍZEK Antonín. a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing, 2002. 536s. ISBN 80-7169- 969-1

PESCHOUT, Roman. Forceps(porodnické kleště). *Moderní babictví*. Praha: Levret, 2008, (16), 9-15. ISSN 1214-5572

PESCHOUT, Roman. Forceps(porodnické kleště) část II. *Moderní babictví*. Praha: Levret, 2009, (17), 5-11. ISSN 1214-5572

PESCHOUT, Roman. Vakuumextrakce. *Moderní babictví*. Praha: Levret, 2011, (20), 30-35. ISSN 1214- 5572

PORODNICE.CZ. Vývoj metod regionální/ neuroaxiální analgezie a anestezie v porodnictví. In. *Porodnice.cz* [online]. [cit.13.2.2012] Dostupné z:

<http://lekari.porodnice.cz/vyvoj-metod-regionalnineuroaxialni-analgezie-anestezie-v-porodnictvi>

PROS, Jiří, R., ŽBIRKOVÁ, Alena. *Cvičení v mateřství*. Praha: Olympia, 1969.62s. ISBN 27-081- 69

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie časného porodního období. *Moderní babictví*. [online]. Praha: Levret, 2008, (16), 1-4. [cit. 05.02.2012]. ISSN 1214-5572. Dostupné z:<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>

ROZTOČIL, Aleš. Dnešní místo kleští v porodnictví. *Zdravotnické noviny*. [online].Praha: Mladá fronta, 2009,(9), 6-8. [cit. 11.1. 2012]. ISSN 0044 – 1996 Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/dnesni-misto-klesti-v-porodnictvi-420070>

ROZTOČIL,Aleš.a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 274s. ISBN 80-7013-230-2

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2008. 408s. ISBN 978-247-1941-2

ROZTOČIL, Aleš. Pooperační péče po císařském řezu. *Moderní babictví*. [online]. Praha: Levret, 2008,(15), 1-7 [cit.05.02.2012]. ISSN 1214-5572. Dostupné z:<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=13>

ROZTOČILOVÁ, Simona. Rehabilitace a císařský řez. *Moderní babictví*. Praha: Levret, 2009,17(1),28 - 41. ISSN 1214-5572

VĚTR, Miroslav. Vakuumextrakce. *Moderní babictví*. [online]. Praha: Levret, 2003,(1), 1-5 [cit.05.02.2012].ISSN 1214-5572. Dostupné z:<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-1/?pdf=167>

VRÁNOVÁ,Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc:Univerita Palackého v Olomouci, 2007. 203s. ISBN 987-80-244-1746-6

Vyhláška č. 55/ 2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

ZEMAN, Zdeněk., DOLEŽAL Antonín. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha: Galén, 2000. 231s. ISBN 80- 7262-024-X

zákon č. 39/2005 Sb., požadavky na studijní progr. nelékařských zdravotnických povolání.

SEZNAM ZKRATEK

a. - arterie

apod. - apodobně

ATB - antibiotika

č. - číslo

ČR – Česká republika

DIC – disseminovaná intravaskulární koagulopatie

EHS – Evropské hospodářské společenství

FN – fakultní nemocnice

g - gram

GIT - gastrointestinální trakt

i.m. - intramuskulárně

i.v. - intravenózně

j. - jednotka

Mgr. - magistr(a)

min - minuta

ml - mililitr

např. - na příklad

PMK – permanentní močový katétr

popř. - popřípadě

prof. - profesor

př.n.l. - před naším letopočtem

resp. - respektive

sv. - svatý

TEN – tromboembolická nemoc

tzn. - to znamená

USA – Spojené státy americké

VEX - vakuumextraktor

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Vývoj počtu porodů a porodů císařským řezem

Příloha 2: Novorozenci podle způsobu porodu

Příloha 3: První porodnické kleště a současné kleště

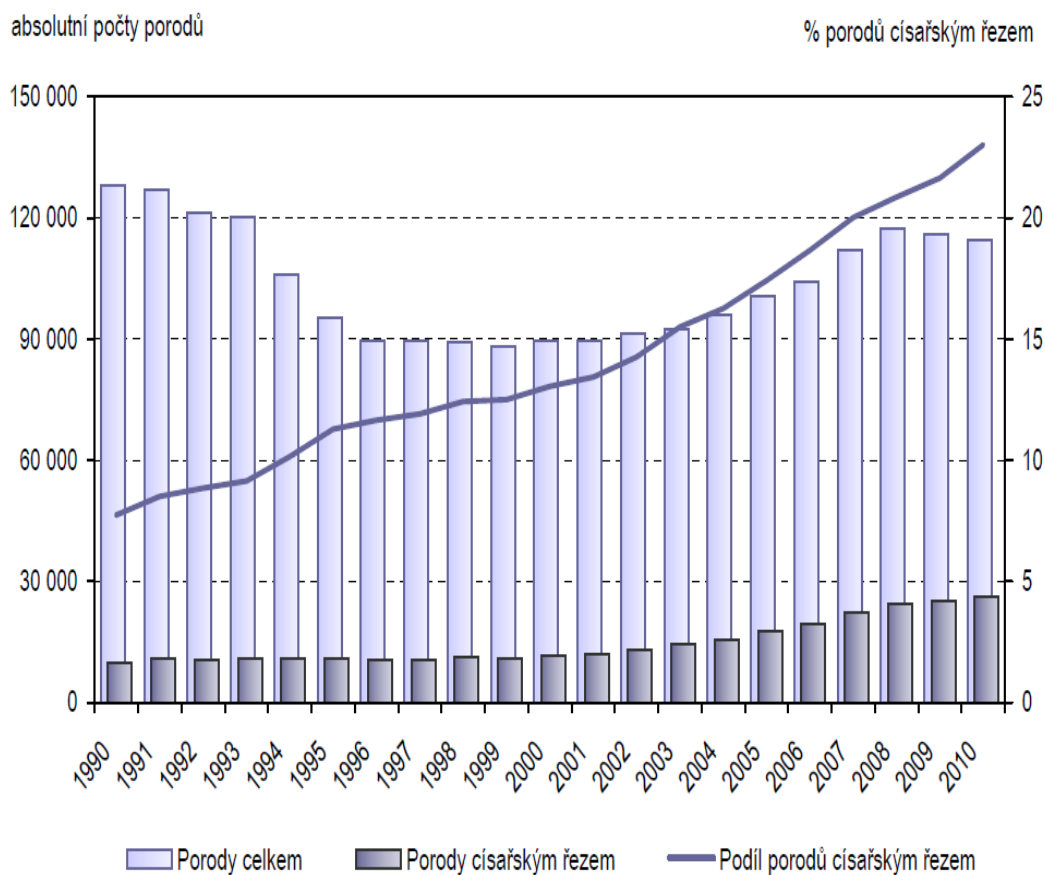
Příloha 4: Vakuumextrakce – přístroj, provedení, peloty

Příloha 5: Tabulka změn v péči o ženu po císařském řezu

Příloha 6: Tabulka změn v péči o šestinedělku

PŘÍLOHA 1 – VÝVOJ POČTU PORODŮ A PORODŮ CÍSAŘSKÝM ŘEZEM

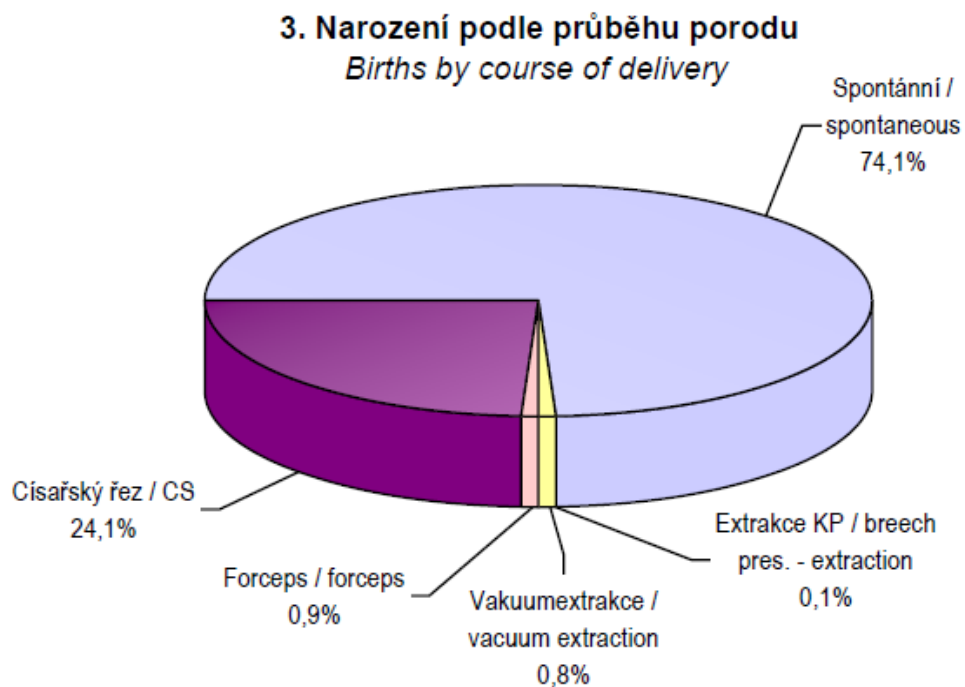
Vývoj počtu porodů, porodů cisařským řezem
a podílu porodů cisařským řezem



Zdroj:

http://www.google.cz/cse?cx=002651195016181801082:vaw3ri0c5ky&q=zpr%C3%A1va%20o%20rodi%C4%8Dce%20a%20novorozenci&oq=zpr%C3%A1va%20o%20rodi%C4%8Dce%20a%20novorozenci&aq=f&aql=1&gs_l=partner....22191177071011820113413413101010145813529120j10j4-113110.gsnos%2Cn%3D13.1.&gs_204=1#gsc.tab=0&gsc.q=zpr%C3%A1va%20o%20rodi%C4%8Dce%20a%20novorozenci&gsc.ref=jihomoravsk%C3%BD_kraj

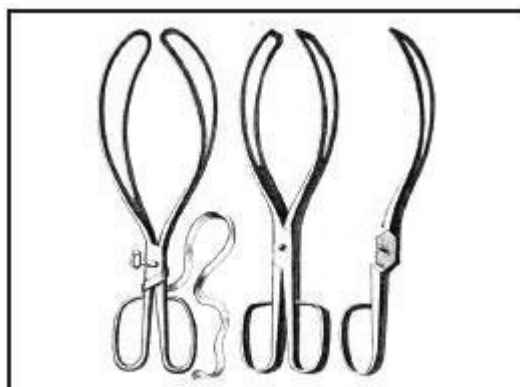
PŘÍLOHA 2 – NOVOROZENCI PODLE ZPŮSOBU PORODU



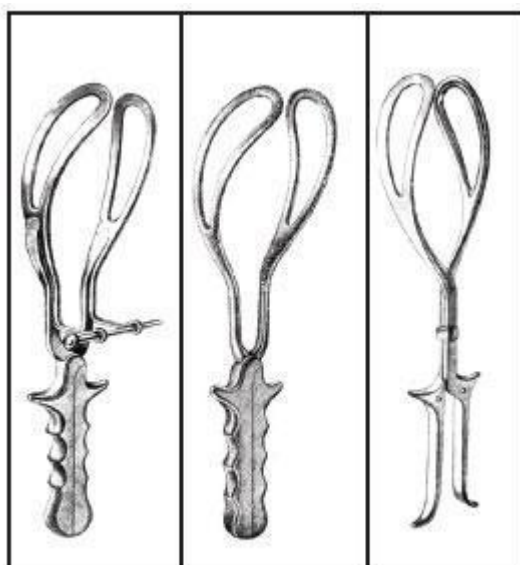
Zdroj:

ÚZIS <http://www.google.cz/cse?cx=002651195016181801082:vaw3ri0c5ky&q=rodi%C4%8Dka%20a%20novorozenec>

PŘÍLOHA 3 – PRVNÍ PORODNICKÉ KLEŠTĚ A SOUČASNÉ KLEŠTĚ



■ Obr. 1 – Chamberleiny kleště. | Foto: archiv autora



■ Obr. 2 – Breusovy, Simpsonovy a Kjellandovy kleště.

| Foto: archiv autora

PŘÍLOHA 4 – VAKUUMEXTRAKCE – PŘÍSTROJ, PROVEDENÍ, PELOTY



Zdroj:http://www.google.cz/imgres?imgurl=http://lekari.porodnice.cz/ici_files/encyklopedie/oper07.jpg&imgrefurl=http://lekari.porodnice.cz/operace-ukoncuji-porod&usg=__e2wKWYbRpdfqxCDxNtSR6PgrXXQ=&h=390&w=200&sz=21&hl=cs&start=1&zoom=1&tbnid=hX_htDmi2C-ERM:&tbnh=123&tbnw=63&ei=tVZiT-W_OKbT4QTKkdjwBw&prev=/search%3Fq%3Dvakuumextraktor%26hl%3Dcs%26sa%3DN%26gbv%3D2%26tbn%3Disch&itbs=1

PŘÍLOHA 5 – TABULKA ZMĚN V PÉČI O ŽENU PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Změny v péči o ženu po císařském řezu		
	1950 - 1989	1990 - 2011
ANESTEZIE	Celková	Hlavně neuroaxiální metody
TRANSFUZE	Při výkonu, nebo po výkonu dle laboratoře	Po výkonu podle krevní ztráty
INFUZE	Nebylo přesné schéma Dextran	1500 – 2000 ml Krystaloidy, glukóza
ANALGETIKA	Dipidolor, Morfin, Dolsin Až 3 dny	Dolsin i.m, Novalgin i.v Pouze v operační den
TEKUTINY	Čaj za 12-15 hod.	Čaj dle anestezie
VYPRAZDŇOVÁNÍ	Spont. močení nebo PMK	PMK asi 24 hodin
KONTROLA FF	Schéma dle oddělení	Schéma dle oddělení
PÉČE O RÁNU	Krytí až 3 dny Sprchování chladnou vodou	Krytí pouze v operační den Sprchování chladnou vodou
PREVENCE TEN	Pohyby dolními končetinami na lůžku Nízkomolekulární hepariny ve 3 dávkách Bandáže – obinadla, punčochy	Včasná mobilizace Dostatek tekutin Nízkomolekulární hepariny Bandáže – hl. punčochy Adekvátní rehabilitace
PROPUŠTĚNÍ DOMŮ	11. – 12. den	5. – 6. den
DIETA	0. den – infuze 1. den – čaj 2. den – tekutá 3. den - kaše	0.den – čaj 1.den – tekutá, bujón 2.den - kaše

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA 6 – TABULKA ZMĚN V PÉČI O ŠESTINEDĚLKU

Změny v péči o šestinedělku		
	1950 - 1989	1990 - 2011
PRÁDLO	Přísně ústavní Kalhotky – látkové, praly se Podprsenky – přísně vyžadovány, ústavní	Ústavní nebo vlastní Kalhotky – jednorázové Podprsenky – na zvažení matky, vlastní
KONTAKT S NOVOROZENCEM	Po 3 hodinách na kojení	System rooming in
ŠESTINEDĚLÍ DOMA	Převzetí do péče ženskou sestrou – první návštěva doma do 24 hodin, automaticky	Kontrola po šestinedělí u gynekologa Návštěva doma porodní asistentkou – na vyžádání ženy
PŘÍPRAVA NA KOJENÍ	Dezinfekce rukou i prsou	Umytí rukou vodou
KOJENÍ	Přesně á 3 hodiny	Podle potřeb dítěte
PÉČE O PRSA	Dezinfekce, genciana	Podle potřeby – bepanthen,...

Zdroj: vlastní