

**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE
FAKULTA OŠETROVATEĽSTVA A ZDRAVOTNÍCKYCH ODBORNÝCH
ŠTÚDIÍ**

**KOMPLEXNÁ STAROSTLIVOSŤ O ŽENU S PATOLOGICKÝM PRIEBEHOM
PÔRODU**

Bakalárska práca

Bratislava 2015

Katarína Gabčová

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE
FAKULTA OŠETROVATEĽSTVA A ZDRAVOTNÍCKYCH ODBORNÝCH
ŠTÚDIÍ

KOMPLEXNÁ STAROSTLIVOSŤ O ŽENU S PATOLOGICKÝM PRIEBEHOM
PÔRODU

Bakalárska práca

Študijný program : Pôrodná asistencia /denná forma
Študijný odbor : 5609 pôrodná asistencia
Vedúci záverečnej práce: PhDr. Emöke Takácsová, PhD

Bratislava 2015

Katarína Gabčová



SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA v Bratislave

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU

Katedra pôrodnej asistencie FOZOŠ

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Evidenčné číslo: 8470

Názov záverečnej práce:

Komplexná starostlivosť o ženu s patologickým priebehom pôrodu

Pokyny pre vypracovanie: Autor záverečnej práce analyzuje súčasný stav problematiky v oblasti patologického priebehu pôrodu. Identifikuje základné východiská – charakteristiku, príčiny, prejavy, diagnostiku a prevenciu výskytu patológií pôrodu so zameraním na patológiu v III. dobe pôrodnej, popisuje ošetrovateľskú starostlivosť o ženu pri poruchách odlučovania placenty v III. dobe pôrodnej. Cieľom empirickej časti práce bude spracovanie kazuistiky u ženy s diagnózou manuálna lýza placenty.

Odbor: 7.4.4 . pôrodná asistencia

Študijný program: pôrodná asistencia

Typ záverečnej práce: Bakalárska práca Bc.

Akademický rok: 2014/2015

Autor záverečnej práce: Katarína Gabčová

Vedúci záverečnej práce: PhDr. Emöke Takácsová, PhD

Konzultant záverečnej práce:

Dátum zadania záverečnej práce: 22.05.2014

ABSTRAKT

GABČOVÁ, Katarína: Komplexná starostlivosť o ženu s patologickým priebehom pôrodu. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií. Vedúci záverečnej práce: PhDr. Emöke Takácsová ,PhD .Bratislava FOaZOŠ, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave , 2015. 44 s.

Témou bakalárskej práce je komplexná starostlivosť o ženu s patologickým priebehom pôrodu. Práca je rozčlenená na prvú a druhú časť. V prvej časti charakterizujeme fyziologický a patologický priebeh a rozdelenie pôrodu. V jednotlivých kapitolách a podkapitolách prezentujeme patologický priebeh celého pôrodu. Špecificky sa zaoberáme poruchami tretej doby pôrodnej, prioritne poruchami odlučovania placenty. Popisujeme malý operačný zákrok v III. dobe pôrodnej - manuálnu lýzu revíziu dutiny maternice. V druhej časti prezentujeme špecifiká procesu pôrodnej asistencie u rodičky pri pôrode s patologickým priebehom tretej doby pôrodnej. V závere navrhujeme odporúčania pre prax.

Kľúčové slová: ošetrovateľský proces v pôrodnej asistencii, pôrod, tretia doba pôrodná, manuálna lýza, rodička, pôrodná asistentka

ABSTRACT

Gabčová, Katarina: Comprehensive care of women with pathological parturition. Slovak Medical University in Bratislava. Faculty of Nursing and Health Professional Studies. Thesis supervisor: PhDr. Emöke Takácsová, PhD .Bratislava FOaZOŠ , Slovak Medical University in Bratislava , 2015. 44 p.

The theme of the thesis is complete care of women with pathological parturition. The work is divided into first and second parts . In the first part we characterize the physiological and pathological course of a division of labor The chapters and sub-chapters present the pathological course of labor and delivery. Specifically, we deal with problems of the third stage of labor, priority problems of separation of the placenta. We describe a small surgery in III. stage of labor - manual lysis revision of the uterine cavity. In the second part we present the specifics of the process of midwives in maternal childbirth with pathologic during the third stage of labor. In conclusion, we propose recommendations for practice.

Keywords: nursing process in midwifery, childbirth, the third stage of labor, manual lysis, a woman in labor, midwife

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK :

AS	Apgarovej skóre
ATK	Antikoncepcia
BMI	Body-mass index
BWR	Boredt-Wassermanova reakcia
CTG	Kardiotokografia
D	Dýchanie / za minútu
GDM	Gestačný diabetes mellitus
GBS	Streptococcus agalactiaeskup.B
HbsAg	Infekčná žltáčka typ. B
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HCV	Hepatitída typu C
KO	Krvný obraz
oGTT	Orálny glukózový tolerančný test
P	Pulz
PA	Pôrodná asistentka
PM	Posledná menštruácia
PFPP	Psychofyzická príprava
TOXO	Toxoplazmóza
TK	Tlak krvi
TT	Telesná teplota
TP	Termín pôrodu
UPT	Umelé prerušenie tehotnosti
UZV	Ultrazvukové vyšetrenie

OBSAH

Úvod.....	8
1. Fyziologický pôrod.....	10
1.1 Rozdelenie pôrodu.....	10
2. Patologický pôrod	13
2.1 Patologický pôrod v I. dobe pôrodnej.....	13
2.2 Patologický pôrod v II. dobe pôrodnej.....	14
2.3 Patologický pôrod v III. dobe pôrodnej (poruchy odlučovania placenty.....	17
3. Manuálna lýza	19
3.1 Revízia dutiny maternice	20
4. Komplexná starostlivosť o ženu s patologickým priebehom pôrodu v III. dobe pôrodnej	21
5. Kazuistika u ženy s diagnózou manuálna lýza.....	27
Diskusia.....	39
Odporúčania pre prax.....	41
Záver.....	42
Použitá literatúra	43

ÚVOD

"Keď si žena prejde tehotenstvom a pôrodom, je iná, ako bola predtým. Je zmenená a omnoho viac rozumie životu. Priviesť na svet dieťa znamená vykúpať sa v prameni života."

Dr. Federick Leboyer

Tehotenstvo predstavuje jednu z najzásadnejších etáp v živote každej ženy. Dochádza k zázraku počatia a daru života. Môže sa ale stať, že v priebehu tehotenstva alebo počas pôrodu môžu nastať rôzne situácie, ktoré nie sú ideálnou predstavou pre bezproblémové tehotenstvo. Každý pôrod je iný a každá žena ho prežíva inak. Patologický priebeh počas pôrodu môže nastať rovnako v prvej, druhej ale i tretej dobe pôrodnej. Túto tému som si vybrala aj kvôli tomu, že nie vždy je pôrod fyziologický a nie vždy prebieha všetko podľa predstáv. Prioritne sme sa venovali patológii v tretej dobe pôrodnej u rodičky s poruchou odlučovania placenty a s manuálnou lýzou placenty. Preto som popisovala patologické stavy v prvej a druhej dobe pôrodnej, či už zo strany plodu alebo zo strany matky. V tretej dobe pôrodnej som sa venovala len problematike čo sa týka odlučovania placenty, a následne manuálnou lýzou placenty. Počas tretej doby pôrodnej rodička moc nevníma okolie, pretože je plná radosti, eufórie z narodenia dieťaťa. Práve v tejto dobe je rodička ohrozená na živote veľkým krvácaním. Preto je dôležitý i nadhľad pôrodných asistentiek ak sa náhodou takáto situácia vyskytne. Je dôležité byť nad vecou a zachovať si chladnú hlavu.

CIELE BAKALÁRSKEJ PRÁCE :

- Definovať kľúčové pojmy fyziologického a patologického pôrodu so zameraním na patológiu v tretej dobe pôrodnej
- Prezentovať metódu ošetrovateľského procesu v pôrodnej asistencii na základe spracovanej kazuistiky u ženy s patologickým priebehom pôrodu v tretej dobe pôrodnej
- Spracovať kazuistiku u ženy s diagnózou poruchy odlučovania placenty a manuálnou lýzou placenty

1 PÔROD

Pôrodom (partus) nazývame každé ukončenie tehotenstva, pri ktorom sa narodí živý novorodenec s hmotnosťou minimálne 500g , alebo ak prežije novorodenec s menšou hmotnosťou, aspoň 24 hodín. U mŕtveho plodu je novo stanovenou podmienkou pôrodu taktiež minimálna pôrodná hmotnosť 500g. v (Čech,2006, str.121).

Pôrod je dej, pri ktorom dochádza k vypudeniu plodového vajca (plod, placenta, pupočník, plodová voda, plodové obaly). Porodením plodu rozumieme novorodenca so známkami života (cca. od ukončeného 24. t.t) , alebo bez známok života s pôrodnou hmotnosťou 1000g alebo viac. Za známky života považujeme akciu srdca, dýchacie pohyby, aktívny pohyb svalstva a pulzáciu pupočníka. Pokiaľ tieto podmienky nie sú splnené, ide o potrat..(Roztočil et al, 2008,str.109).

Podľa týždňa tehotenstva v ktorom je ukončené, klasifikujeme pôrod :

- pôrod predčasný- žena porodí pred ukončením 37. týždňom tehotenstva
- pôrod v termíne- žena porodí v priebehu 38.-40. týždňa tehotenstva
- potermínový pôrod- žena porodí po ukončenom 40.-42. týždni tehotenstva
- pôrod po 42. týždni tehotenstva - tu ide o patologické prenášanie, ktoré je nutné ukončiť. (Roztočil et al, 2008, str. 109)

Normálna dĺžka gravidity trvá 280 dní tzn. 40 týždňov , 10 lunárnych mesiacov

Fázy pôrodu

Pôrod rozdeľujeme na :

1. doba pôrodná- doba otváracia
2. doba pôrodná- doba vypudzovania
3. doba pôrodná-pôrod placenty
4. doba pôrodná- doba popôrodného pokoja (Eliášová, str.74)

I. Doba pôrodná –otváracia

Prvá doba pôrodná sa začína pravidelnými kontrakciami maternice a končí sa zájdením pôrodnej bránky. Pôrodné sily, ktoré v tejto dobe pôsobia, sú kontrakcie aktívnej časti maternice.

Prvá doba pôrodná má tri fázy:

- latentnú,
- aktívnu,
- prechodnú.

Každá z týchto fáz je charakterizovaná inou mierou dilatácie krčka a možno ich odlišiť podľa frekvencie, času, intenzity kontrakcií, a taktiež správania rodičky.

- Latentná fáza. Túto fázu rodička zvyčajne prežíva mimo pôrodnického zariadenia. Počas nej dochádza k dilatácii krčka maternice na 3cm. Kontrakcie sú na začiatku mierne, nepravidelné, neskôr stredné, silné a s intervalom približne 5 minút.
- Aktívna fáza. V tejto fáze sa zvyšuje frekvencia pôrodných bolestí- kontrakcií. Krček maternice sa dilatuje na 4-7 cm a dokončuje sa jeho spotrebovanie..
- Prechodná fáza je fáza kratšia, ale zato intenzívnejšia fáza I. doby pôrodnej, počas ktorej sa krček maternice dilatuje na 8-10 cm. Kontrakcie sú silné, objavujú sa v 2-3 minútových intervaloch a môžu trvať aj viac ako 90 sekúnd. (Eliášová, 2008, str.63)

II. Doba pôrodná- vypudzovacia

Začína sa zájdením pôrodnej bránky a končí vypudením plodu.. Druhá doba pôrodná trvá približne 30 minút pri medicínskom vedení pôrodu a do 2 hodín pri alternatívne vedenom pôrode. V tejto fáze pôrodu sa zvyšuje frekvencia kontrakcií maternice, ich intenzita a trvanie. Po kompletnom pôrode sa novorodenec položí na sterilnú rúšku, alebo matke na brucho, zhodnotí sa Apgarovej skóre, počká sa na dotepanie pupočníka, ktorý sa po podviazaní prestrihne. (Repková, 2008, str.49)

Mechanizmus pôrodu hlavičky:

Počas prechodu pôrodnými cestami hlavička vykonáva 4 pasívne pohyby, ktoré nazývame pôrodný mechanizmus. Počas pôrodu hlavička progreduje v smere panvovej osi a vykonáva 4 otáčavé pohyby:.

- Flexia - pri vstupe do panvového vchodu malá fontanela – je najnižšia uložená časť, ktorá sa stáva vedúcim bodom, brada sa približuje ku hrudníku a hlavička postupuje svojím najmenším obvodom, subokcipitobregmatickým bodom, ktorý má 32 cm.
- Vnútoraná rotácia - túto rotáciu vykonáva hlavička postupovaním cez pôrodný kanál. Pri rotácii sa hlavička približuje svojím vedúcim bodom k symfýze. Šípovým švom-suturou

sagitalis sa postupne otočí z priečneho priemeru do priameho. Rotácia sa dokončuje vo východe.

- Deflexia - uskutočňuje sa po pôrode záhlavia. Hlavička sa svojím oporným bodom hypomochliom, opiera o symfýzu a brada sa odchyľuje od hrudníka. V pošvovom vchode sa po záhlaví zjaví najprv temeno, čelo, tvár a brada. Hlavička sa rodí tvárou k podložke.
- Vonkajšia rotácia - vzniká po výstupe hlavičky z rodidiel. Záhlavie sa otáča na tú stranu, na ktorej je uložený chrbát plodu.

Ak sa už dieťa nachádza v panvovom dne, rodička pocíti silný tlak na konečník a potrebu tlačiť. (Slezáková et al.,2011,str. 178).

III. Doba pôrodná- placentárna

Akonáhle sa porodí plod, začína sa tretia doba pôrodná, v ktorej sa rodí placenta. Po porodení plodu je maternica v kľude a po chvíli sa začne kontrahovať-zavinovať. Žena využije brušný lis a placentu vytlačí .Po pôrode je nutné placentu skontrolovať, či sú všetky kotyledony a blany celé. Kotyledonov je 12. Fyziologická doba trvania tretej doby je 5-15 minút.

Spôsoby odlučovania placenty:

- Mechanizmus Baudelocqov- Schulzov -je odlučovanie placenty stredom.
- Mechanizmus Duncanov- placenta sa odlučuje hranou.
- Mechanizmus Gessnerov- je to zmiešaný mechanizmus odlučovania placenty. Tento kombinovaný, zmiešaný spôsob odlučovania placenty je najčastejší. (Kobilková,2005, str.248)

IV. Doba pôrodná- doba popôrodného pokoja

Táto doba trvá 2 hodiny po pôrode placenty. V tejto dobe je možnosť nebezpečného krvácania, kvôli ochabnutej a nest'ahujúcej sa maternice (hypotonickéj až atonickej), prípade z nedostatku fibrinogénu, a tým poruchy zrážanlivosti krvi rodička vyžaduje stály dozor a kontrolu krvácania každých 15 minút.(Eliašová,2008,str.7) Počas tohto obdobia je dôležité kontrolovať výšku a konzistenciu maternice. Po pôrode placenty a plodových obalov sa myometrium silno kontrahuje, maternica sa zmenšuje, fundus maternice siaha približne 3 prsty pod pupok. (Slezáková et al., 2011,str. 150)

2 PATOLOGICKÝ PÔROD

Definícia patologickej gravidity

Väčšina tehotenstiev prebieha fyziologicky. U jednej štvrtiny až tretiny sa vyskytujú rizikové faktory (RF), ktoré môžu zmeniť fyziologicky priebeh tehotnosti. Pokiaľ nie sú u tehotnej vykonané isté preventívne opatrenia, môže vzniknúť závažná tehotenská patológia. V niektorých prípadoch môže nekontrolovateľné riziko vyústiť do patologického priebehu pôrodu. Takto označované rizikové tehotnosti majú významne vyšší výskyt patológií, ako je populačný priemer, a vyšší výskyt perinatálneho úmrtia (PÚ) a perinatálnej morbidity (PM). V skutočnosti k patologickému priebehu tehotnosti alebo pôrodu dochádza u žien s rizikovými faktormi v priemere v 20-30 %. Väčšina nepriaznivých symptómov sa prejavuje v neskoršom štádiu tehotnosti a pôrodník väčšinou nestačí vykonať príslušné preventívne opatrenia. Preto je nutné rizikové faktory stanoviť a odhaliť už na začiatku tehotenstva, najlepšie v priebehu prvých návštev v prenatalnej poradni. (Hájek et al., 2004, str. 26)

Gregora (2011) uvádza, že ako patologické tehotenstvo sa označuje stav, kedy je už preukázaný chorobný stav alebo priebeh tehotnosti, ktorý môže vyústiť v ohrození či poškodení tehotnej ženy alebo jej plodu. Patologický priebeh tehotnosti je zhruba 10%.

2.1 Patologický pôrod v I. dobe pôrodnej

Poruchy vypudzovacích síl

Slabá kontrakčná činnosť – hypofunkcia maternicového svalu môže byť primárna alebo sekundárna. Kontrakcie majú nízku silu alebo trvajú veľmi krátko. Intervaly medzi kontrakciami môžu byť značne dlhé. Pri primárnej slabej kontrakčnej činnosti sú kontrakčné sťahy slabé už od začiatku pôrodu, pri sekundárne slabej činnosti sa prejaví až v neskoršej fáze prvej alebo druhej doby pôrodnej. Pôrod býva proťahovaný, predĺžený.

Príčinou primárne slabých kontrakcií môže byť plný močový mechúr alebo rektum, alebo celkové ochorenie matky (diabetes mellitus, hypotyreóza, obezita, porucha centrálného nervového systému, vyčerpanie rodičky), uplatnia sa aj negatívne emócie, čiže silu kontrakcií ovplyvňuje aj psychický stav rodičky, alebo stres.

Liečba

Slabá kontrakčná činnosť nevyžaduje zvláštnu liečbu. Ak je plodová voda zachovaná veľmi dobre pôsobí spánok, ale aj medikamentózne ukludnenie rodičky napr. Plegomazin s Prothazinom. (Kobilková et al., 2005, str.290)

Nadmerná kontrakčná činnosť

Maternicovú nadmernú činnosť - hyperaktivitu charakterizujú veľmi intenzívne a dlhotrvajúce kontrakcie, ktoré nasledujú rýchlo za sebou (majú častú frekvenciu) , majú vysokú silu a krátky interval medzi sťahmi. Aj bazálny tonus môže byť zvýšený. Hyperkativita maternice vyčerpáva maternicový sval. Výsledkom hyperaktivity maternice môže byť prekotný pôrod (partus praecipitatus). Plod z prekotného pôrodu sa rodí výrazne hypoxický a cez 20% plodov sa rodí mŕtvych.

Liečba nadmerných kontrakčných sťahov je symptomatická. Užívajú sa lieky zo skupiny neuroplegik, ataraktik, beta-mimetik a tokolytik.

Krčovitá kontrakcie (tetania uteri) sú zvláštnym druhom nadmernej maternicovej činnosti. V popredí klinického obrazu je však výrazné napätie maternicovej svaloviny (hypertonus).

Klinický obraz tetania uteri je príznačná. Maternica sa javí ako rovnomerne tvrdá a pokus o pohyb maternicou vyvoláva tehotnej bolesť. Hyperfunkcia vzniká neodborným vedením pôrodu a nedočkavosti lekára. Spôsobí ju aj nadmerné dávkovanie uterotoník. Mortalita plodu a poškodenie hypoxiou je veľké. (Kobilková et al., 2005, str.292)

Nepravidelná kontrakčná činnosť (dystokia)

Maternica sa kontrahuje- sťahuje , ale jej činnosť nemá efekt na otváranie bránky- vzniká tzv. spastická dystokia.

2.2 Patologický pôrod v II. dobe pôrodnej

Zo strany matky:

Insuficiencia krčka maternice

Je to nebolestivá dilatácia krčka maternice, ktorá vedie k ukončeniu II. a III. doby pôrodnej. Na vzniku insuficiencie krčka maternice sa podieľajú tieto faktory:

- Kongenitálne vplyvy ako je astenický alebo chlapčenský výzor ženy

- Faktory výživy- ženy s nízkym body mass indexom (BMI) sú častejšie ohrozené vznikom insuficiencie krčka .
- Traumatické faktory môžu byť ako iatrogénne– spôsobené lekárom (gynekologické a pôrodnice operácie), tak spontánne, ako partus preacipitatus v predošlej gravidite
Diagnózu insuficiencie krčka maternice možno stanoviť z jednotlivých vyšetrení:
- Základnou informáciou je anamnéza, v ktorej klientka udáva nebolestivý potrat, alebo pôrodné poranenie
- Cervix skóre
- Ultrazvuková cervikometria
- Sledovanie nálezu na hrdle krčka maternice

Liečba

Spočíva v neinvazívnych a operačných metódach. Medzi tieto metódy patrí kľud na lôžku a poloha tehotnej v Trendelenburgovej polohe. (Roztočil et al, 2008, str.163)

Zo základnej operačnej metódy je preferovaná cerklage krčka maternice.

Poruchy kontrakčných síl

Tieto poruchy sa prejavujú jednak nadmernou maternicovou činnosťou- hyperaktivitou, jednak nadmerným vzostupom bazálneho tonusu maternicovej svaloviny- hypertonusom.

Primárna a sekundárna hypokineticá maternicová činnosť (hypoaktivita)

Maternicová hypoaktivita patrí medzi najčastejšie poruchy mechanizmu v I. a II. dobe pôrodnej. Je charakterizovaná nízkou silou maternicových kontrakcií a tiež ich zníženou frekvenciou.

Primárna hypoaktivita:

1. Anatomické faktory:
 - Maternicová hypoplázia v anamnéze, nadmerné rozpätie maternicovej steny , napríklad z dôvodu viacplodovej tehotnosti
2. Funkčné faktory:
 - Porucha prechodu diskoordinovanej maternicovej činnosti v tehotnosti do koordinovanej činnosti.

Sekundárna hypoaktivita:

1. Anatomické faktory:

- Prolongované pôrody veľkých plodov-fetus magnus, viacplodová tehotnosť, pri pôrodných prekážkach, napr. pri cefalopelvickom nepomere

2. Funkčné faktory:

- Pri funkčnej tuhosti (spazme) bránky, alebo pri vyčerpanosti rodičky

Liečba

Pri nepostupujúcom pôrode pre maternicovú hypoaktivitu sa podáva oxytocín (maximálne 2j oxytocínu v 500 ml 5% glukóze) . Rýchlosť aplikácie sa riadi podľa kardiokografického záznamu. (Čech et al, 2006,s.346-350)

Zo strany plodu

Asynklitizmus

Charakteristika a rozdelenie :

Nerovnomerné, asymetrické vstupovanie hlavičky do panvového vchodu.

Podľa odchýlenia priečne prebiehajúceho šípového šva dozadu alebo dopredu od panvovej osi rozoznávame:

- Predný asynklitizmus (obliquitas Naegele)
- Zadný asynklitizmus (obliquitas Litzman).

Príčiny vzniku asynklitizmu

- anatomické poruchy panvy - plochá panva (rachitická) - rozlične veľké skrátenie priameho priemeru panvového vchodu
- funkčné poruchy v dolnom segmente maternice
- poruchy prednej steny brušnej – ovisnuté brucho –viacrodičky
(Hinšt,2014, Asynklitizmus, nepublikovaná prednáška)

Cefalopelvický nepomer

Asi pri 2% pôrodov pozorujeme nepomer medzi hlavičkou plodu a panvou. Vonkajším vyšetrením sa môžeme presvedčiť, či hlavička postupuje nad sponou, alebo je uložená za sponou. Ak postupuje hlavička nad sponou, nie je pôrod panvovými cestami možný.

Podozrenie na nepomer vzniká:

- U rodičiek ktorá sú nižšie ako 150 cm,
- U prvorodičiek, ktoré nemajú na konci tehotnosti hlavičku vstúpenú do panvy,
- U rodičiek, ktoré majú dobrú kontrakčnú činnosť, plodová voda je odtečená, ale hlavička nevstupuje,
- U asynklitického naliehanie hlavičky,
- Pri priečnych a šikmých polohách plodu (Kobilková et al, 2005, str.269).

Pri posudzovaní cefalopelvického nepomeru má niekedy rozhodujúcu úlohu aj ultrazvuk. Pri zistenom cefalopelvickom nepomere je často indikované včasné ukončenie tehotnosti cisárskym rezom (sectio caesarea).

Kvôli rozsiahlosti témy sa budem venovať v III. dobe pôrodnej poruchám odlučovania placenty.

2.3 Patologický pôrod v III. dobe pôrodnej (poruchy odlučovania placenty)

Ak vedíme III. dobu pôrodnú medikamentózne, potom počkáme 30 minút. Táto doba je závislá od krvnej straty. Pokiaľ rodička nekrváca nadmerne, môžeme počkať na spontánny pôrod placenty až hodinu.

Príčiny:

- vyčerpanie maternicovej svaloviny tehotenstvom (viacpočetné tehotenstvo, polyhydramnion), pôrodom (maternica je nadmerne rozťahnutá a horšie sa kontrahuje)
- nízke nasadenie placenty
- preplnený močový mechúr
- poruchy inzercie (úponu) placenty- v miestach nedostatočne decidualizácie sliznice (v dolnom materničnom segmente, v materničnom septe, v jazve po predchádzajúcej operácii, v miestach zmenených zápalom apod.). Placenta potom prerastá do materničnej steny podľa stupňa fixácie rozlišujeme stupne prerastania placenty. (Slezáková et al, 2011, str.223)

K spontánnemu vypudeniu placenty v III. dobe pôrodnej dochádza zväčša do 30 minút. Ak nie, hovoríme o retencii placenty. Retencia placenty môže mať rozličné príčiny. V prípade placenta incarcerata sa placenta odlúči normálne, jej vypudeniu však bráni spazmus v oblasti dolného segmentu maternice. Po podaní spazmolytík dochádza k spontánnemu vypudeniu placenty a plodových blán. V prípade placenta adherens sa placenta v III. dobe pôrodnej neodlúči z dôvodu nedostatočných kontrakcií, ktoré môžu

byť výsledkom vyčerpania maternice po predĺžených pôrodoch alebo pri pôrodoch s nadmerným rozťahnutím maternice, napríklad pri viacplodovej tehotnosti.

Liečebne sa podávajú uterotoniká (napr. metylergometrin) Ak sa aj napriek podaniu uterotoník placenta neodlúči, alebo ak v dôsledku čiastočného odlúčenia dochádza ku krvácaniu pristúpime k operačnému riešeniu manuálnou lýzou. Tento zákrok sa robí vždy v celkovej anestézii.

Placenta accreta, increta a percreta sú prejavom rozdielneho stupňa patologického spojenia placenty so stenou maternice. (Plank, 2006, str. 30).

Správne odlučovanie placenty po pôrode plodu je výsledkom viacerých pochodov : retrakcie a kontrakcie maternice, turgoru (stavu napätia alebo pružnosti), spôsobu odlupovania s tvorbou retroplacentárneho hematómu, usídlenia a jej spojenia so stenou maternice. K spontánnemu vypudeniu placenty dochádza spravidla do 30 minút. V opačnom prípade hovoríme o retencii placenty .

(Hinšt, 2014,Patológia placenty, nepublikovaná prednáška)

Liečba

Ak nedochádza ku silnejšiemu krvácaniu z maternice, čakáme 60 minút . Pri krvnej strate nad 300 ml alebo pri placente v maternici dlhšie ako 60 minút (pri medikamentóznom vedení pôrodu 30 minút) , napriek podávaniu uterotoník, pristupujeme k operačnému riešeniu .

- placenta increta – vycievkovať, spazmolytiká
- placenta adhaerens – manuálna lýza(odlúpenie) placenty a následná kyretáž dutiny maternicovej
- placenta accreta, increta, percreta - hysterektómia(operačné odstránenie maternice)(Hinšt,2014,Nepravidelnosti odlučovania placenty, nepublikovaná prednáška)

Diagnostika: Klinicky sa placenta increta, percreta a accreta prejavujú po pôrode retenciou placenty. Pri manuálnej lýze je možné odstrániť len čiastočne placentu accreta. Pri percreta a increta je manuálna lýza neúspešná. (Plank et al, 2006, s. 30) V súčasnosti je možné zistiť USG vyšetrením placenty.

3 MANUÁLNA LÝZA PLACENTY

Manuálnou lýzou rozumieme odstránenie placenty z maternice rukou. Nohy rodičky sú zafixované na šaultoch, vonkajšie rodidlá sú vydezinfikované, pacientka je zarúškovaná a vycievkovaná. Výkon sa vykonáva vždy v celkovej alebo epidurálnej anestézii. Brušné steny musia byť dokonale uvoľnené. Pre tento výkon sú vhodné rukavice na manuálnu lýzu siahajúce až po lakety, tzv. veterinárne rukavice. Palcom a ukazovákom ľavej ruky si roztvoríme veľké a malé pysky, aby sme nezaviedli do rodidiel infekciu z vonkajších rodidiel. Rukou špetkovite zloženou prenikáme otočnými pohybmi až do materničného hrdla, vonkajšou rukou si cez rúšku fixujeme maternicu, ktorá má tendenciu vystupovať kraniálne, čiže smerom hore k hlave. Behom prieniku do pošvy asistencia leje na ruku zriedený dezinfekčný roztok, aby sme zabránili nožnej vzduchovej embólii. Ruka môže pôsobiť ako piest, maternica sa môže zdvíhať hore a ak by ruka opustila rýchlo rodidlá, do priestoru so zníženým atmosférickým tlakom môže vniknúť vzduch. Spazmus postihuje vnútornú bránku, takže niekedy je obtiažne preniknúť cez dutiny maternicové, často v priebehu narkózy spazmus povolí. Často v spastickom hrdle nájdeme placentu v tvare presýpacích hodín. Postupujeme po pupočníku k placente, amniálny povrch je hladký, ruka kľže. Ak sa jedná o spazmus, väčšinou je výkon rýchlo ukončený. Ak prekonáme zovretie, placenta vyklízne väčšinou už odlúčená do ruky a vypadne von. Ruka ostáva vo vnútri a obhliadame dutinu maternice tak, ako keby časť placenty chýbala. Keď sme si istí, že dutina maternice je prázdna, ruku pomaly vytiahneme. (Doležal et al., 2007, str.146)

Pomôcky na manuálnu lýzu:

- sterilná rúška ,môže byť aj perforovaná rúška
- peán
- tampóny
- dezinfekčný roztok na dezinfekciu rodidiel
- rukavice s dlhšou manžetou
- kefka na chirurgické umytie rúk
- uterotoniká (metylergometrin)
- tupá Baummanova kyreta

(Repková, Manuálna lýza, nepublikovaná prednáška,2012)

3.1 REVÍZIA DUTINY MATERNICE

Revízia dutiny maternice sa vykonáva Baummanovou tupou kyretou. Pri zavedení Baummanovej kyrety môžeme uchopiť krčok do klieští a opatrne kyretu zavádzať ako pri klasickej kyretáži. Kyretu držíme zľahka medzi dvoma prstami, ak narazíme na prekážku, kyreta sa zastaví a prsty pokračujú v pohybe. (Doležal et al, 2007, s. 148)

Ak pri kontrole placenty a blán vznikne podozrenie, že by časť placenty chýbala, prípadne je možné, že ide o prídavnú placentu (placenta succenturiata), alebo môže chýbať viac ako tretina blán, treba urobiť manuálnu revíziu dutiny maternice (revisio cavi uteri manualis). Keď sa dutina maternice reviduje hneď po pôrode, je rodička menej ohrozená ako neskôr pri krvácaní v šestonedelí. Každý vnútromaternicový výkon (manuálny alebo inštrumentálny) ohrozuje šestonedielku vo zvýšenej miere. Príprava rodičky na revíziu dutiny maternice je taká istá ako príprava na manuálnu lýzu u placenty. Rovnaký druh anestézy. Po zavedení ruky do maternice operatér prstami vypalpuje celú dutinu, odstráni zadržané zvyšky placenty, blán, palpujúca ruka sa šmýka po hladkých blanách a ťažko možno nájsť hranicu medzi stenou maternice a blanami. Zvyčajne sa odstraňujú po kúskoch. Keď je v maternici zadržaná väčšia časť blán, možno ich spravidla vidieť v pošve. Po fixácií krčka maternice v pošvových zrkadlách ich zachytíme do peánových klieští a pomaly točením a ťahom vytiahneme. Keď množstvo odstránených kúskov blán približne súhlasí s chýbajúcimi, maternicu už netreba manuálne revidovať. Po výkone sa vždy podávajú uterotoniká. Na revíziu dutiny maternice sa v niektorých nemocniciach používa veľká tupá Bummanova kyreta. (Pačín et al, 1997)

4 KOMPLEXNÁ STAROSTLIVOSŤ O ŽENU S PATOLOGICKÝM PRIEBEHOM PÔRODU V TRETEJ DOBE PÔRODNEJ

Ošetrovateľský proces myslenia a činností. Je systematický a holistický problém riešiaci a taktiež problémom predchádzajúci prístup k pacientovi (Repková 2012). Je to racionálna metóda poskytovania a plánovania ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom je určiť pacientov zdravotný stav, skutočné alebo potencionálne problémy o jeho zdravie, taktiež naplánovať uspokojenie zistených potrieb a vykonať špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie. Ošetrovateľský proces je cyklický, t.j. že jeho zložky nasledujú v logickom poradí, ale v danom čase môžu byť zahrnuté aj viaceré komponenty .Ak sú ciele splnené , môže sa starostlivosť ukončiť, alebo po opakovanom posúdení sa môže tento cyklus opäť začať. (Kozierová, 2008, str.162)

Ošetrovateľský proces sa skladá z 5. krokov:

1. krok : posudzovanie
2. krok : diagnostika
- 3.krok: plánovanie
- 4.krok: realizácia
5. krok : vyhodnotenie

4.1 Posudzovanie

V posudzovaní zberáme, overujeme a triedime informácie o pacientovi z oblasti telesnej, psychickej, sociálnej, emocionálnej, spirituálnej. Vytvárame si databázu informácií o pacientke.(Repková, 2012) Základné zložky databázy :

- identifikačné údaje :meno a priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, číslo zdravotnej poisťovne, bydlisko, rodinný stav , kontakt na blízku osobu
- terajší stav: zisťujeme prítomnosť terajších ťažkostí a ochorení v časovom slede a ich charakter na ktoré ochorenia sa pacientka liečila pred a po tehotnosti
- Súbor anamnéz: sú získané od pacientky

Rodinná anamnéza: zahŕňa informácie o výskyte ochorení v rodine, infekčné choroby, genetické faktory, sexuálne prenosné ochorenia

Osobná anamnéza: zisťujeme prekonané detské ochorenia ,očkovania, alergie, operácie, nehody, úrazy, hospitalizácie, transfúzie

Gynekologická anamnéza: údaje o prvej menarché, dĺžka a pravidelnosť menštruačného cyklu a jeho sprievodné znaky, samovyšetovanie prsníkov, dátum poslednej menštruácie, , choroby močových ciest, frekvencia preventívnych onkogynekologických prehliadok, gynekologické hospitalizácie, operácie, užívanie antikoncepcie (druh a ako dlho ju užívala).

Pôrodnícka anamnéza:, psychofyzická príprava na pôrod, priebeh šestonedelia, psychofyzická príprava, výsledky vyšetrení, triple test, oGTT, krvná skupina, serologické vyšetrenia, syfilis, HIV, HbSAg, HCV, toxoplazmóza, rubeola, krvný obraz, posledná návšteva v prenatalnej poradni, počet gravidít, priebeh tehotnosti, počet pôrodov (počet, rok spontánneho pôrodu, gestačný týždeň) , informácie o spontánnych potratoch(počet, rok spontánneho potratu, gestačný týždeň), informácie o umelom prerušení tehotnosti(počet, rok umelého prerušenia tehotnosti), údaje o pôrode(koľko krát rodila, rok pôrodu, pôrodná hmotnosť, dĺžka novorodenca, pohlavie novorodenca a mechanizmus pôrodu, prenatalna starostlivosť

Alergologická anamnéza: prítomnosť alebo prejav alergie na lieky, potraviny, chemické látky a iné.

Farmakologická anamnéza: užívanie a množstvo všetkých liekov, ktoré pacientka užívala pred tehotnosťou, počas tehotnosti

Abúzy: fajčenie, káva, lieky, alkohol, drogy

Sociálna anamnéza: rodinný stav, otec dieťaťa, podmienky bývania, dosiahnuté vzdelanie, pracovné zaradenie, ekonomická situácia, vzťahy v rodine/mimo rodiny a v práci, voľnočasové aktivity

Spirituálna anamnéza: vierovyznanie

Fyzikálne vyšetrenie: celkové posúdenie jednotlivých systémov tela, prostredníctvom subjektívnych údajov získaných od pacientky a objektívnych údajov získaných inšpekciou, palpáciou, perkusiou a auskultáciou.

Posúdenie fyzického stavu: vedomie, vitálne funkcie- krvný tlak, telesná teplota, pulz, dych – všimame si hypotenziu , tachykardiu a tachypnoe, ktoré nám môže signalizovať stratu krvi

Posúdenie psychického stavu: sebahodnotenie pacientky v jednotlivých obdobiach, snažíme sa identifikovať obavy a neistoty z neznámeho, zmeny nálad , emočná labilita, stres, istota- neistota, informovanosť- neinformovanosť (Repková, 2006)

Posúdenie sociálneho stavu: rozbor aktuálneho socioekonomického stavu pacientky, komunikácia a sociálne interakcie pacientky s okolím

Posúdenie spirituálneho stavu: sú údaje zamerané na posúdenie duchovnej stability a napĺňania určitých religiózných praktík

Aktivity denného života: zahŕňajú údaje o stravovaní, príjme tekutín, spánku a bdení, vylučovaní, aktivite a odpočinku, hygiena, samostatnosť a sebaopatera

Situačná analýza: analyticko-syntetické zhrnutie údajov o aktuálnom zdravotnom stave rodičky

4.2 Diagnostika

Je proces ktorý vyúsťuje do diagnostického záveru či sesterskej diagnózy. Určovanie potencionálnych a aktuálnych problémov. (Kozierová et al, 2004, s. 162)

Aktuálne diagnózy pôrodnej asistencie pre patologický priebeh pôrodu: podľa NANDA taxonómie 2012-2014

- Doména 12 Komfort - trieda 1: telesný komfort
Akútna bolesť 00132
- Doména 5 Vnímanie – poznávanie, trieda 4: poznávanie
Deficit vedomostí 00126
- Doména 11 Bezpečnosť – ochrana, trieda 2: telesné poranenie
Narušená integrita kože 00046

- Doména 2 Výživa- trieda 5: hydratácia
Snaha zlepšiť rovnováhu tekutín 00160
- Doména 3 Vylučovanie - trieda 1: funkcie močového systému
Snaha zlepšiť vylučovanie moču 00166
- Doména 4 Aktivita- odpočinok ,trieda 3: energetická rovnováha
Únava 00093
- Doména 5 Vnímanie- poznávanie ,trieda 5 : komunikácia
Snaha zlepšiť komunikáciu 00157
- Doména 8 Sexualita - trieda 2: sexuálna funkcia
Sexuálna dysfunkcia 00059
- Doména 9 Zvládanie stresu ,trieda 2: reakcia na zvládanie záťaže
Strach 00148
- Doména 6 Vnímanie seba samého : uvedomenie si seba samého, trieda 3:obraz tela
Narušený obraz tela 00118

Potencionálne diagnózy pôrodnej asistencie pri patologickom priebehu pôrodu
:podľa NANDA taxonómie 2012-2014

- Doména 11 Bezpečnosť- ochrana, trieda 1: infekcia
Riziko infekcie 00004
- Doména 11 Bezpečnosť- ochrana, trieda 2: telesné poranenia
Riziko krvácania 00206
- Doména 11 Bezpečnosť-ochrana ,trieda 2: telesné poranenia
Riziko aspirácie 00039

- Doména 8 Sexualita, trieda 3: reprodukcia
Riziko neefektívneho pôrodu 00227
- Doména 11 Bezpečnosť- ochrana , trieda 5: ochranné procesy
Riziko alergickej reakcie 00217
- Doména 11 Bezpečnosť-ochrana , trieda 6: termoregulácia
Riziko nerovnováhy telesnej teploty 00005
- Doména 11 Bezpečnosť-ochrana , trieda 2: telesné poranenia
Riziko perioperačného poranenia pri manipulácii 00087
- Doména 11 Bezpečnosť- ochrana , trieda 2: telesné poranenia
Riziko narušenia integrity kože 00047
- Doména 8 Sexualita, trieda 3. reprodukcia
Riziko narušenia vzťahu k plodu 00209

4.3 Plánovanie

Je proces stanovenia si ošetrovateľských intervencií a priorít s cieľom zameraných na prevenciu, redukciu, alebo elimináciu pacientových zdravotných problémov. Pri tomto kroku ošetrovateľského procesu je dôležitá aktívna spoluúčasť pacienta na plánovaní. (Repková,2012)

Ciele: krátkodobé/ dlhodobé

- odstrániť alebo zmierniť akútnu bolesť u rodičky
- obnoviť integritu tkanív a kože
- odstrániť deficit vedomostí
- normalizovať objem tekutín v organizme
- eliminovať strach u rodičky

Výsledné kritéria:

- rodička udáva zmiernenie akútnej bolesti
- rodička má čiastočne obnovenú integritu kože
- rodička má dostatok vedomostí o správnej hygiene pooperačnej rany v oblasti hrádze
- rodička má normálny objem tekutín v organizme, má fyziologicky hydratované sliznice a turgor kože
- rodička udáva zmiernenie strachu

Intervencie pôrodnej asistentky:

- aplikovať studené obklady na suturu hrádze
- naučiť relaxačné techniky na zmiernenie a zníženie bolesti
- podávať ordinované lieky podľa ordinácie lekára
- pravidelne monitorovať vitálne funkcie
- poskytnúť dostatok informácií o správnej hygiene pooperačného poranenia
- sledovať krvácanie z pošvy
- monitorovať výdaj tekutín
- sledovať stav sutury hrádze (ako prevencia vzniku infekcie)
- sledovať zavinovanie maternice
- odober krv na krvný obraz, zaistenie krvi na transfúziu, serologické a biochemické vyšetrenie

4.3 Realizácia

Pôrodná asistentka vykonáva a uplatňuje dané ošetrovateľské intervencie, plní ošetrovateľské činnosti zamerané na dosiahnutie cieľov, pri ktorých uplatňuje ošetrovateľské a lekárske ordinácie. (Repková, 2012).

4.4 Vyhodnotenie

Je proces, ktorý pôrodná asistentka vykonáva počas ošetrovateľskej starostlivosti. Pôrodná asistentka vyhodnocuje splnenie cieľov na základe výsledných kritérií.

5 KAZUISTIKA U ŽENY S DIAGNÓZOU MANUÁLNA LÝZA

Identifikačné údaje

Meno : H.K			
Dátum narodenia: 00.00 1989	Rodné číslo:000000/0000		
Vek:25	Číslo poisťovne : 24-00		
Bydlisko: Trenčín	PSC: 911 71 Telefón: 0930 888 879		
Stav: Vydatá	Národnosť: slovenská Štátna príslušnosť: SR		
Vzdelanie: Vysokoškolské (Bc.)	Zamestnanie: obchodná zástupkyňa		
Najbližší príbuzný	Vzťah	Adresa	Číslo telefónu:
H.P	manžel	Trenčín	
L.K	matka	Ilava	
L.M	otec	Ilava	
Dátum prijatia: 2.2 2014	Typ prijatia: neodkladný		
Základná diagnóza : partus spontaneus in grav. hebd. 41+0 t.t.	Štatistický kód: O 80		
Pridružené diagnózy: potermínová gravidita	Štatistický kód: -		

Ošetrojúci lekár: X.Y.

Dôvod prijatia na pôrodnú sálu udávaný pacientom: „ Som tehotná a mám bolesti každé 2-3 minúty odtiekla mi plodová voda. Som druhorodička.,,

Poznámka:

Pacientka bola oboznámená s domácim poriadkom oddelenia. Odovzdala občiansky preukaz, tehotenský preukaz, preukaz poistenca . Cennosti ani väčší obnos peňazí so sebou nemá , mobilný telefón si ponechala u seba. Poučená o možnosti úschovy v trezore.

Podpis

Vitálne funkcie pri prijatí

Výška : 170cm	TK: 125/60(Normotenzia)
Hmotnosť pred tehotenstvom : 60kg	P: 80(Tachykardia)
Hmotnosť pri prijatí: 72 kg, pribrala 12kg BMI index : 24,9 (normálna hmotnosť)	D: 20 (Tachypnoe) TT: 36,4°C (Normotermia)
Krvná skupina+ Rh faktor: A rh pozit HbsAg : negat. HIV : negat. BWR : negat. Rubeola: negat. Toxo : negat. GBS: negat. GDM: 4,0/7,9 – negatívny PPF: nenavštevovala	
PM : 21.4. 2013	TP: 26.01 2014
Prenatálna poradňa: absolvovala 11x UZV : absolvovala 5x	
Ozvy plodu: 145/ min Poloha plodu: pozdĺžna hlavičkou Postavenie plodu: I-predné ľavé	
Pohyby plodu : cíti	
Odtok plodovej vody: pozitívny , po vykonaní Temešváryho skúšky	
Moč chemicky : bielkoviny, cukor ,hnis – negat., krv – stopy	
Panvové rozmery: -distancia bispinalis : 25 cm - distancia bicristalis : 27 cm -distancia bitochanterica : 31 cm - conjugata externa : 20 cm	
Edémy: na dolných a horných končatinách neprítomné	
CTG záznam : vstupný – reaktívny záznam, fyziologický, kontrakcie á 5min, bez decelerácií, hodnotenie podľa stupnice FIGO 10b	

Terajší stav:

Diagnóza : partus spontaneus , O 80

02.02. 2014 o 12,00 hod. porodený chlapec 3770g/50 cm, AS 10/10. Nakoľko nedochádza k porodeniu odlúčenej placenty po 30 minútach, je lekárom zindikovaná a zrealizovaná manuálna lýza a následná revízia dutiny maternice. Rodička je pripravená na operačný zákrok.

Súbor anamnéz :získané od pacientky

Rodinná anamnéza	Manžel zdravý, Otec sa lieči na vysoký krvný tlak , Matka zdravá
Osobná anamnéza	Prekonala bežné detské ochorenia, Hospitalizácie- ako 10-ročná herniotomia inguin. bilat. Sledovaná alergológom- pre sezónnu alergiu na peľ, prach a na liek : Penicilin Transfúzie 0
Lieková anamnéza	Počas tehotenstva kyselina listová Magnesium 500mg : 0-1-0
Gynekologická anamnéza	Menarché: v 12 roku života, menštruačný cyklus á 28/5 sprievodné príznaky: bolesti brucha a krížov, kŕče. PM: 21.4.2013 Predpokladaný termín pôrodu: 26.1. 2014 Pôrody :1 v roku 2006 dievča 2300/45 v termíne UPT: 0, ATK: 0, Abortus- 0 Sexuálny život vedie od 17 rokov. Pohlavné choroby : neprekonala žiadne Zápaly: neudáva Vrodené chyby: 0 Samovyšetrenie prsníkov: Áno , na 5 deň cyklu, nič nezistila.

Alergologická anamnéza	<p>Lieky: Penicilin –prejav-opuch</p> <p>Potraviny: jablká,</p> <p>Inhalačné alergény: prach</p> <p>Iné: uštipnutie hmyzom</p>
Abúzy	<p>Nikotizmus: nefajčí, ani nikdy nefajčila</p> <p>Alkohol: pije príležitostne – občasne víno 2 dcl</p> <p>Káva: 1x denne, počas tehotenstva kávu nepila</p> <p>Lieky: svojvoľne neužívala</p> <p>Drogy : neguje</p>
Sociálna anamnéza	<p>3 roky žije spolu s manželom v rodinnom dome , slušne zariadenom. Vzťahy s manželom sú veľmi dobré, vzťahy mimo rodiny sú dobré. V práci je obľúbená.</p> <p>Koníčky: kreatívne práce s deťmi, varenie, starostlivosť o domácnosť</p> <p>Voľno-časové aktivity: vo voľnom čase rada chodí s manželom a dcérou na výlety, turistiky .</p>
Vzdelanie:	Vysokoškolské (Bc.)
Pracovná anamnéza	<p>Pracovné zaradenie: obchodná zástupkyňa</p> <p>Vzťahy na pracovisku: Vyhovujúce</p> <p>Ekonomická situácia: Vyhovujúca</p>
Spirituálna anamnéza	Neveriaca

Posúdenie súčasného stavu: zo dňa :2.2.2014 o 12,30 hod.

Vedomie: neporušené, plne orientovaná

TK:110/70 Torr

TT: 36,2 °C

P:80

D:20/min

	Subjektívne údaje	Objektívne údaje
Hlava	„ Teraz sa mi krúti hlava,,	Lebka: normocefalická, na poklep je nebolestivá. Tvár : červená , čelo mokré od potu, Oči: symetrické bez opuchu, skléry má biele, spojovky ružové, bulvy sú voľné, pohyblivé, spojivky ružové, pacientka neudáva krátkozrakosť ani ďalekozrakosť Rohovka: lesklá, zrenice izokorické, fotoreakcia symetrická, bez prítomnosti myózy a mydriázy, Obočie: upravené Uši: bez výtoku, počuje veľmi dobre Ušnice: červené symetrické, nebolestivé, bez výtoku z vonkajšieho zvukovodu, reč je jasná a artikulovaná, Dutina ústna: sliznice ružové bez zmien, Tonzily: malé, bledoružové, nepovlečené, podbnebné oblúky červené Jazyk: vlhký, Chrup kompletný: bez náhrady, sanovaný, ďasná bez prítomnosti zápalu Pery: suché, červené, súmerné, Vlasy: zdravé, lesklé, dlhé bez parazitov.
Krk	„ Nemám problémy,,	Krčná pohyblivosť je vo všetkých smeroch zachovaná bez opozície šije, normálna náplň krčných žíl, lymfatické uzliny nezväčšené, krk

		štíhly, štítna žľaza nezväčšená.
Hrudník	„ S dýchaním nemávam problém , prsia ma bolievajú pred menzesom , pociťujem také ako keby ťahanie,,	Súmerný, bez deformít , Dýchanie čisté, dýchacie pohyby sú obojstranné prítomné, dýchanie zrýchlené – 20´ , dychová vlna obojstranne prítomná, neprítomný varikózný komplex, Prsníky palpačne nebolestivé . Bradavky bez zmien a výtoku Nefajčiarka
Srdcovo-cievny systém	„Nemám problémy a ani bolesti,,	Akcia pravidelná , TK:100/60 Torr (Hypotenzia) P: 80/min (Normokardia) TT: 36.4 °C(Normotermia) Auskultačné ozvy ohraničené.
Dolné končatiny	„Nohy som mala opuchnuté len večer, v priebehu celého dňa nie,,	Končatiny s miernym edémom, bez zápalu, bez varixov, sú súmerné, sú fyziologicky teplé, bez cyanózy, bez deformácií, farba kože na dolných končatinách je slabo hnedé.
Brucho	„Bolí ma v podbrušku,,	Brucho palpačne bolestivé, Prítomné tehotenské strie,
Močovo-pohlavný systém	„ Poslednú dobu som chodila častejšie na toaletu,,	Obličky na poklep nebolestivé, moč jantárovej farby , vonkajšie rodidlá bez ochlpenia, krváca, varixy ani hemoroidy nie sú prítomné, cievkovaná pred zákrokom, moč jantárovo – žltý bez prímiesí, 150 ml . Vonkajšie rodidlá- bez patologických zmien, jazva na perineu, fundus siaha pod pupkom 2 cm, placenta neodlúčená.

Koža a kožné adnexy	„Mám triašku,,	Čistá, suchá, bledá, narušená kožná integrita po epiziotomií, po celom tele materské znamienka bez prítomnosti malignity. Na bokoch a bruchu prítomné strieborné strie. Zvýšená pigmentácia na prsiach a na rodidlách. Vlasy čisté, lesklé bez parazitov, nechty zdravé bez známk plesňového ochorenia.
----------------------------	----------------	--

Imunologický systém	„ Chorá som nebola veľmi dlho,,	Epiziotómia na pohľad kludná, krvácanie fyziologické.
----------------------------	---------------------------------	---

Aktivity denného života

Stravovanie	„Mám rada zeleninu a racionálnu stravu, neoblubujem mastné, vyprážené jedlá,,	Stravovanie momentálne obmedzené kvôli zákroku, nemôže prijímať nič per os.
Príjem tekutín	„ V priebehu dňa vypijem aj 2 l tekutín , najradšej čaje alebo čistú vodu,,	Momentálne neprijíma nič per os.
Vylučovanie	„ S močením som problém nemala , ale so stolicou nazačiatku tehotenstva lebo som užívala železo,,	Močenie bez problémov Stolica 1x/24 h, hnedej farby bez prímеси krvi a iných látok, formovaná. Naposledy defekovala 2.2.2014

Posúdenie psychického stavu

Vedomie		Orientovaná v čase, priestore .
Myslenie		Logické .
Pamäť	„ Pamäť mám podľa mňa dobrú,,	Funkcie pamäte sú v norme.
Temperament	„ Rada sa	Extrovert

	poznamujem s ľudmi, nemám problém naviazať kontakt ,,	
Adaptácia na hospitalizáciu		Primeraná

Medicínsky manažment	Pokoj na lôžku, diéta tekutá O-S , Vitálne funkcie: TT, TK, P,D á 30minút 2 hodiny , sledovať príjem a výdaj tekutín Zaistený druhý žilový prístup
Pohybový režim	Kľud na lôžku , mobilizovať 6 hodín po zákroku
Príjem tekutín	Nemôže prijímať per os
Diéta	Tekutá
Podat' ordinácie	Inf 5% G 500 ml + Oxytocin 5j, Inf 500ml NaCl + Xorim 4 ml. Fraxiparin 0,3 ml s.c, Buscopani.v . Novalgin 1 amp. i.m. podľa potreby
Odbery	KO, podľa výsledku objednať transfúziu

Situačná analýza:

25-ročná sekundigravida sekundipara, po spontánnom pôrode o 12,00, chlapec 3770/50 cm, AS 10/10. Pacientka udáva bolesti v podbrušku a bolesť perinea. Placenta neodlúčená. Prejavuje strach v súvislosti s operačným zákrokom. Pýta sa kedy uvidí dieťa.

Z danej situačnej analýzy sme si stanovili aktuálne a potencionálne diagnózy pôrodnej asistencie.

AKTUÁLNE DIAGNÓZY PÔRODNEJ ASISTENCIE

- 1. Akútna bolesť perinea v súvislosti s epiziotómiou prejavujúca sa verbalizáciou a bolestivou grimasou tváre 00132**

Doména 12. – Komfort

Trieda – telesný komfort

- 2. Strach v súvislosti s malým operačným výkonom prejavujúci sa verbalizáciou a vystrašením výrazom tváre 00148**

Doména 9- zvládanie záťaže –odolnosť voči stresu

Trieda – reakcia na zvládanie stresu

POTENCIONÁLNA DIAGNÓZA PÔRODNEJ ASITENCIE

- 3. Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedením intravenózne kanyly 00004**

Doména 11- bezpečnosť – ochrana

Trieda – infekcia

- 4. Riziko narušenia vzťahu k plodu v súvislosti s malým operačným výkonom 00209**

Doména 8 Sexualita,

Trieda 3. reprodukcia

Diagnóza pôrodnej asistencie č.1

1. Akútna bolesť perinea v súvislosti s epiziotómiou prejavujúca sa verbalizáciou a bolestivou grimasou tváre 00132

Doména 12- Komfort

Trieda : telesný komfort

Ciel': krátkodobý, zmierniť bolesť

Priorita: vysoká

Výsledné kritéria:

- rodička vie ohodnotiť bolesť na stupnici od 0-10
- rodička je informovaná o možnosti tlmenia bolesti analgetikami
- rodička verbalizuje zmiernenie bolesti

Termín hodnotenia : do 2 hodín po pôrode

Plánovanie intervencií zo dňa 2.2.2014 o 13:00

- nauč rodičku hodnotiť bolesť na stupnici od 0-10 (ihneď)
- pouč rodičku o spôsobe využitia odpútavacích techník (do 20 minút)
- poskytni rodičke ľad na perineum (ihneď)
- podaj rodičke naordinované analgetiká (do 20 minút)
- pouč rodičku o včasnom hlásení nástupu bolesti
- zisti, pomocou komunikácie rozsah pochopenia poskytnutých informácií
- kontroluj účinok podaných analgetík (do 1 hodiny)
- sleduj verbálne a neverbálne prejavy bolesti (počas 2 hodín)

Plán zhotovila K.G / PA

Realizácia :dňa 2.2.2014

13,05 – naložený ľad na perineum - PA

13,05-13,30 hod. – rodička vie ohodnotiť bolesť na stupnici od 0-10. Bolesť charakterizuje č. 7. – PA

13,35 - naordinované podanie analgetika i.m.

13,40 - rodička má podané analgetikum podľa ordinácie lekára - PA

14:00 hod. –rodička verbalizuje ústup bolesti - PA

Všetky intervencie vykonala K.G / PA

Vyhodnotenie :dňa 2.2.2014, 14:00 hod.

Rodička vie ohodnotiť bolesť podľa stupnice 0-10. Po podaní ľadu a analgetík pociťuje zmiernenie bolesti. Opakovane aplikovaný ľad na hrádzu. Cieľ bol splnený.

Diagnóza pôrodnej asistencie č.2

2. Strach v súvislosti s malým operačným výkonom prejavujúci sa verbalizáciou a vystrašeným výrazom na tvári 00148

Doména 9 - Zvládanie stresu

Trieda 2: reakcia na zvládanie záťaže

Ciel': eliminovať/ zmierniť strach

Priorita: vysoká

Výsledné kritéria:

- rodička má dostatočné informácie o operačnom zákroku- manuálna lýza
- rodička verbalizuje zmiernenie strachu
- mimika tváre poukazuje na zmiernenie strachu

Termín hodnotenia: ihneď

Plánovanie intervencií zo dňa 2.2.2014 o 12,30 hod.

- poskytni rodičke dostatok informácií o priebehu zákroku manuálna lýza (ihneď)
- vysvetli dôležitosť a nevyhnutnosť zákroku (ihneď)
- zabezpeč realizovanie rozhovoru rodičky s lekárom (do 5 minút)
- pomôž rodičke zmierniť strach (do 10 minút)
- prejav empatiu - ihneď

Plán zhotovila K.G /PA

Realizácia: dňa 2.2.2014

12,30- 12,35 hod. - rodička po rozhovore pochopila priebeh zákroku – manuálna lýza - PA

12,40- 12,45 hod. - rodička pochopila dôležitosť zákroku - PA

12,50 – 13,00 hod.- rodička udáva zmiernenie strachu - PA

Všetky intervencie vykonala K.G / PA

Vyhodnotenie dňa 2.2.2014 o 14:00 hod.

Rodička pochopila po rozhovore priebeh a nevyhnutnosť malého operačného zákroku. Mimika tváre svedčí o znížení strachu. Strach sa čiastočne eliminoval. Ciel' bol splnený.

POTENCIONÁLNA DIAGNÓZA PÔRODNEJ ASISTENCIE

3. Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedením intravenózneho kanyly 00004

Doména 11- bezpečnosť – ochrana

Trieda – infekcia

Ciel': zabrániť vzniku infekcie

Priorita: stredná

Výsledné kritéria :

- rodička má okolie vpichu čisté, nezapálené , nebolestivé
- rodička nemá príznaky infekcie
- rodička má odstránenú kanylu po 24 hodinách

Termín hodnotenia : 3 hodiny

Plánovanie intervencií zo dňa 2.2. 2014 o 12 :00 hod.

- sleduj a eliminuj všetky faktory spojené s výskytom infekcie(priebežne počas 3 hodín)
- dodržiavaj všetky hygienické opatrenia (počas 3hodín)
- sleduj fyziologické funkcie (do 3 hodín)
- venuj pozornosť miestným a celkovým prejavom infekcie (do 3 hodín)
- over priechodnosť kanyly (10 minút)

Realizácia :dňa 2.2. 2014

12,30- 14,00 hod. – overenie priechodnosti kanyly PA

14,10- 14,30 hod. - okolie vpichu je skontrolované, žiadne známky zápalu , okolie nebolestivé PA

14,35-15,00 hod.- fyziologické funkcie v norme, bez teploty PA

Všetky intervencie vykonala K.G / PA

Vyhodnotenie dňa 3.2.2014 o 15,00 hod .

Pacientka má miesto vpichu skontrolované bez známk infekcie a začervenania. Nemá žiadne negatívne pocity vzhľadom na zavedenú kanylu , ktorá je priechodná. Cieľ bol splnený. Ďalšia realizácia delegovaná pôrodnej asistentke na šestonedelí.

Celkové hodnotenie po 3 hodinách od pôrodu :

Procesom pôrodnej asistencie boli stanovené dve aktuálne a jedna potencionálna diagnóza. Ich realizáciou sa podarilo eliminovať bolesť u rodičky. Rodička vie ohodnotiť bolesť na stupnici od 0-10 . Vie v akých intervaloch si má pýtať analgetiká. Rodičkin strach bol eliminovaný na minimum po vysvetlení dôležitosti zákroku. Infekcia zo zavedenia kanyly nevznikla, čiže potencionálna diagnóza sa nepotvrdila . Ciele boli splnené.

DISKUSIA

Témou bakalárskej práce bola komplexná starostlivosť o ženu s patologickým priebehom pôrodu a následnou komplikáciou v tretej dobe pôrodnej. Tehotenstvo predstavuje veľkú záťaž aj pre organizmus zdravej ženy o to viac zaťažuje organizmus ženy, ktorej bolo zistené ochorenie pred otehotnením. Podľa Hájka sú stavy, ktoré tehotenstvu predchádzajú a s ktorými žena do tehotenstva vstupuje, iné vznikajú až v jeho priebehu. (Hájek, 2004). Podľa nás, je vhodné edukovať ženy o rizikách patologického priebehu pôrodu už počas prenatálnej starostlivosti alebo na kurzoch psychofyzickej prípravy.

V prvej kapitole sme sa venovali fyziologickému priebehu pôrodu a následne jeho rozdeleniu. Ďalej sme rozoberali patologický priebeh pôrodu v jednotlivých dobách pôrodných. V tretej dobe pôrodnej sme sa venovali výlučne nepravidelnosti odlučovania placenty a následne malému operačnému zákroku – manuálna lýza, kde popisujeme priebeh zákroku.

Slezáková uvádza, že za normálnych okolností dôjde po porodení plodu k výraznej retrakcii maternice, čím sa pretrhajú uteroplacentárne cievy a za následných kontrakcií dochádza k odlúčeniu placenty od maternice. Tento normálny mechanizmus je potrebné rešpektovať a žiadnym spôsobom do neho nezasahovať (napr. masáže, ťah za pupočník). Ak retrakcia a kontrakcia nie sú dostatočne silné, placenta alebo jej časť sa neodlúči, je rodička ohrozená masívnym krvácaním z otvorených uteroplacentárnych ciev. V inom prípade síce dôjde k odlúčeniu placenty, avšak kvôli spazmu bránky ostane placenta alebo jej časti v pôrodných cestách. (Slezáková, 2011).

Proces pôrodnej asistencie sme vykonávali na pôrodnej sále. Stanovili sme si dve aktuálne a jednu potencionálnu diagnózu pôrodnej asistencie podľa NANDA taxonómie 2012-2014.

V prvej diagnóze sme zaoberali akútnou bolesťou perinea v súvislosti s epiziotómiou prejavujúca sa verbalizáciou, bolestivou grimasou tváre. Mnoho žien si myslí, že nástrih je pohodlný pre pôrodníka ako urýchliť pôrod. Avšak pôrodná asistentka Hannah Dahlen uvádza, že: „sú dva dôvody. Jeden je závažná tieseň plodu, keď sa bábätko nemá dobre a naozaj treba, aby sa čo najrýchlejšie dostalo von. Druhý je, keď sa žena začne trhať od spodnej časti hrádze smerom hore.“ (Dahlen, 2015). Slezáková uvádza,

že účelom epiziotómie je jednak ochrana matky, pred veľkým poranením, jednak urýchlenie pôrodu a zníženie tlaku na hlavičku. (Slezáková, 2011) .V ďalšej diagnóze sme sa zaoberali strachom v súvislosti s malým operačným výkonom prejavujúcim sa vystrašením výrazom tváre. Je dôležité sa k pacientkam správať ľudsky a s empatiou budú nám ako pôrodným asistentkám viac dôverovať. Dr. Dick- Read bol prvý pôrodník, ktorý poukázal na skutočnosť, že strach je hlavnou príčinou pôrodných komplikácií. Väčšina rodičiek si želá rodiť prirodzene- chcú sa vopred dokonale zoznámiť s celým procesom tak aby neboli nervózne a nemali strach, chcú mať okolo seba pokojnú a priateľskú atmosféru, taktiež je vhodné mať pri sebe partnera, ktorý bude vašou oporou. (Stoppardová ,2007). Partner pri pôrode je psychická opora – povzbudzuje a podporuje úsilie rodičky pri tlačení, eliminuje osamelosť, odvádzanie pozornosti od pôrodnej bolesti, pripomína rodičke, že každá ďalšia kontrakcia približuje príchod dieťaťa. Emocionálna opora – partner utvrdzuje partnerku o svojej láske, používa podporné prejavy – pohladenie, potľapkanie, objatie, držanie za ruku. Sprostredkovateľ komunikácie- partner zabezpečuje komunikáciu s pôrodnou asistentkou, ak rodička nechce alebo nemôže s ňou komunikovať.(Repková , Padyšaková, 2010)

Myslíme si, že aj napriek zlepšeniu starostlivosti o pacientky a skvalitneniu priebehu pôrodu, v súčasnej dobe kedy sa vyskytuje veľmi veľa patológií už od začiatku tehotenstva, z čoho potom vyplývajú komplikácie počas pôrodu. Je veľmi dôležité aby pôrodné asistentky boli dostatočne vzdelané a duchapritomné aby vedeli včas odhaliť patologický stav.

ODPORÚČANIA PRE PRAX:

- Aktuálne edukovať rodičky o komplikáciách v tretej dobe pôrodnej (podľa potreby)
- Dostatočná informovanosť o fyziológii a patológií priebehu pôrodu na kurzoch psychofyzickej prípravy
- Spríjemniť prostredie pôrodnej sály , empatický prístup pôrodných asistentiek aby sa rodička cítila príjemne
- Podporovať prítomnosť blízkej osoby
- Podporovať dojčenie
- Edukovať rodičku o hygienickej starostlivosti a vyprázdňovaní po pôrode
- Edukovať rodičku a partnera o ďalšom priebehu šestonedelia a následnej životospráve v domácom prirodzenom prostredí šestonedielky

ZÁVER

Cieľom bakalárskej práce bolo priblížiť problematiku, ktorá sa dotýkala témy patologického priebehu pôrodu. V súčasnosti rastie počet patologických tehotenstiev, čo môže následne viesť k patologickému priebehu pôrodu.

Pôrod je pre každú ženu niečo jedinečné. Každý pôrod však prebieha inak a nie vždy je to vec fyziológie. Preto sme sa v prvej kapitole venovali charakteristike fyziologického priebehu pôrodu a následnému rozdeleniu pôrodných dôb. V ďalšej kapitole sme charakterizovali patologický priebeh pôrodu a jeho charakteristiku. Bližšie sa venujeme tretej dobe pôrodnej, kde popisujeme poruchy odlučovania placenty.

V ďalšej časti bakalárskej práce sme sa venovali spracovaniu kazuistiky u ženy s diagnózou manuálna lýza. Stanovili sme si dve aktuálne a jednu potencionálnu diagnózu, ktoré sme riešili formou edukácie. Ciele zamerané na zmiernenie akútnej bolesti a elimináciu strachu sa nám splnili. Potencionálna diagnóza zameraná na riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedenou intravenóznou kanylou sa nám nepotvrdila.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY :

ČECH, E. a kol. 2006. Porodnictví, Praha: Grada. 2006, s. 531, ISBN 80-247-1313-9

DOLEŽAL, A. a kol., 2007. Porodnické operace, Praha: Grada Publishing, a.s. 2007, s. 376, ISBN 978-80-247-0881-2

ELIÁŠOVÁ, A., 2008. Pôrodná asistencia I Fyziológia, Martin: Osveta, 2008, s. 103, ISBN 978-80-8063-261-8

GREGORA, M. 2011. Nová kniha o těhotenství a mateřství, Praha: Grada Publishing a.s., 2011, s. 240, ISBN 978-80-247-3081-3

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

HINŠT, J., 2014, Asynklitizmus, Cefalopelvicý nepomer, Nepublikovaný súbor prednášok

KOZIEROVÁ, B. a kol. 2004. Ošetrovatel'stvo I., II Martin : Osveta, 2004. s. 1474. ISBN 80-217-0528-2

KOBILKOVÁ, J., 2005. Základy gynekologie a porodnictví, Praha: Galén, 2005, s. 368, ISBN 807262315X 80-726-2315X

NANDA Internacionál, 2013. Ošetrovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2012-2014, Praha : Grada Publishing, 2013. s. 584. ISBN 978-80-247-4328-8

PADYŠÁKOVÁ, H. – REPKOVÁ, A. 2010. Závěrečné práce: Metodický návod písania školských, závěrečných a kvalifikačných prác na FOaZOŠ SZU v Bratislave. 1.vyd.

Bratislava: SZU, 2010. 105 s. ISBN 978-80-89352-45-6

PAČIN, J., a kol. 1997. Praktická gynekologie a porodnictví. Košice: Vydavateľstvo Michala Vaška, 1997, s.182. ISBN 80-7165-104-4

PAŘÍZEK, A. a kol. 2006. Kniha o těhotenství a porodu. Praha: Galén, 2006, s. 414, ISBN 80-7262-411

PLANK, K. a kol., 2006. Patologická tehotnosť pre pôrodné asistentky, Bratislava: HERBA spol. s.r.o., s.109, ISBN 80-89171-44-3

REPKOVÁ, A., 2008. Psychofyzická príprava na pôrod, Bratislava, SZU, 2008, s.105, ISBN 978-80-89352-21-0

REPKOVÁ, A., 2012. Nepublikovaný súbor prednášok, Manuálna lýza, Ošetrovateľský proces

ROZTOČIL, A. a kol. 2008. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s.405, ISBN 978-80-247-1941-2

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. Ošetrovateľství v gynekologii a porodnictví, Praha: Grada Publishing a.s., s.266, ISBN 978-80-247-3373-9

STOPPARDOVÁ, M., 2007. Veľký sprievodca tehotenstvom od počatia k pôrodu. Martin: Vydavateľstvo Fragment, s.r.o., 2007, s. 375, ISBN 978-80-8089-105-3

Ženské kruhy: Rozhovor s Hannah Dahlen: Nestačí , že intervencia funguje, musí byť pre ženy aj prijateľná, [21.01.2015], dostupné na: <http://zenskekruhy.sk/rozhovory/rozhovor-hannah-dahlen-nestaci-ze-intervencia-funguje-musi-byt-pre-zeny-ajprijatelne/>

Časopis Ošetrovateľský obzor z vydavateľstva HERBA - Sprevádzajúce osoby pri pôrode, [26.07.2010], dostupné na: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/1-2-2007/sprevadzajuce-osoby-pri-porode/pdf>