

ČTVRTÁ DOBA PORODNÍ

R. Peschout

Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice, Jihlava

Čtvrtá doba porodní je obdobím po porodu, kde již opadl stres zdravotníků z porodu. Rodička se těší z novorozence často společně s partnerem, který je dnes již často přítomen na porodních sálech. Dá se říci, že tato doba svádí k zeslabení pozornosti, i když právě paradoxně v této době může dojít k ohrožení rodičky mnohdy fatálním, které má později vliv na veškerý personál porodního sálu. Právě těmto problémům bych se chtěl ve svém článku věnovat a ozřejmit nebezpečí a úskalí, které na nás mohou ve čtvrté době porodní číhat. A tato nebezpečí nemusí být nutně jenom medicínská, ale i společenská např. záměna dětí. Statisticky nejčastěji dochází k výměně novorozenců právě ve čtvrté době porodní.

Vždy je nutné dobře definovat, co znamená, pokud hovoříme o čtvrté době porodní. Čtvrtá doba je dobou ohraničenou porodem placenty na začátku v trvání dvou hodin po porodu placenty. Tato doba je taxativně určena, nejedná se o přesně vymezenou dobu porodním mechanismem, jak je tomu u dob předchozích. Pokud se podíváme do historických učebnic porodnictví, potom ještě v předválečných písemnostech v minulém století nenajdeme čtvrtou dobu porodní v rozdělení porodu.

V průběhu čtvrté doby porodní zůstává rodička přítomna na porodním sále, pokud je to možné společně s partnerem (pokud byl přítomný na porodním sále) a s novorozencem. Dá se říci, že čtvrtá doba porodní má charakter jednotky intenzivní péče. Tímto je míněno intenzivnější sledování rodičky. Je nutné sledovat základní životní funkce, kterými jsou tlak rodičky, tepová frekvence rodičky a teplota rodičky. Frekvence sledování je závislá na zvycích pracoviště. Nejméně dvakrát ve čtvrté době porodní by měl být změřen krevní tlak, srdeční frekvence a teplota. Pokud jsou nějaké odchylky, potom je nutné měření provést častěji. Další jev, který je nutné sledovat je involuce dělohy a s tím související krvácení z dělohy. Děloha těsně po porodu může dosahovat 1 prst nad pupek, postupně dochází k involuci, kdy fundus dělohy se nachází v úrovni pupku nebo těsně pod pupek. Důležitá je nejenom involuce dělohy, ale i tonus dělohy. Tento tonus musí být pevný. S tím souvisí i sledování krvácení. Po porodu dochází k odchodu červených očištěk – lochia rubra. Krvácení musí být přiměřené, bez přítomnosti většího množství koagul. I přes současné vytížení personálu, který se pohybuje na porodních sálech, je toto základní úkon, který je nutné provést opakovaně a opakovaně se přesvědčovat o tom, že děloha nepovoluje v tonu a že rodička nekrváčí. Je možné (ba přímo žádoucí) podpořit involuci dělohy včasným přiložením novorozence k prsu a kojením. Na konci čtvrté doby porodní, dle situace ale i dříve, je nutné se přesvědčit o vyprázdnění močového měchýře. Doby, kdy rodička mohla močit dva dny pouze na mísu, již jsou našťastí pryč. Rodičku je možné vertikalizovat a nechat vymočit ve čtvrté době porodní, spíše se toto odvíjí od toho, jak se žena cítí. Je dobré se po vymočení přesvědčit pohmatem o vyprázdnění močového měchýře. Pokud je tento plný, potom vytlačuje dělohu nad pupek a brání involuci. Vrchol močového měchýře je při naplnění hmatný nad sponou. Toto je možné někdy vidět po porodu makrosomického plodu, protrahovaném porodu nebo operačním porodu, kdy dochází k otoku v oblasti pod močovým měchýřem nebo částečně k přechodné desenzitizaci močového

měchýře, která se projeví nemožností se spontánně vymočit. Pokud žena tvrdí, že močila, jedná se spíše o paradoxní ischurii.

Jednou z velice závažných komplikací, které se mohou přihodit ve čtvrté době porodní, je silné krvácení. Proto je potřeba mít neustálý přehled o odchodu očístek z dělohy tak, abychom mohli na jakoukoliv změnu reagovat. Základní příčiny krvácení ve čtvrté době porodní jsou rezidua, porodní poranění, hypotonie až atonie dělohy a poruchy srážlivosti.

V našem algoritmu hovoříme o čtyřech T.

1. Tkáň (jedná se o možnosti reziduí)
2. Trauma (porodní poranění, zejména nepoznané)
3. Tonus (jedná se o hypotonii nebo atonii děložní)
4. Trombin (myšleny koagulační poruchy)

Při krvácení z dělohy by mělo být přikročeno v jednom z prvních kroků k vyloučení reziduí po porodu. Je možné vyslovit podezření již po zevním vyšetření, kdy děloha neinvoluje po porodu dostatečně rychle a má tendenci k hypotonii, protože větší rezidua brání involuci dělohy. Další možností k upřesnění diagnózy je ultrazvukové vyšetření, které zobrazí obsah v dutině děložní. Pokud stanovíme diagnózu rezidua post partum, potom je nutné provést revizi dutiny děložní. Tato revize se provádí v celkové anestezii, pouze ve velice akutních stavech je možné provést revizi dutiny děložní v analgosedaci. Revizi dutiny děložní je možné provést digitálně nebo pomocí tupé kyrety. Je potřeba dodržet základní pravidla pro revize po porodu. Je vhodné výkon provádět v antibiotické cloně, dále je vhodné využít miniheparinizaci, nejčastěji nízkomolekulárním heparinem (LMWH). Revize by měla být šetrná s ohledem na další těhotenství. Při revizích dutiny děložní dochází k výraznějším krevním ztrátám a i s tímto je nutné počítat například zamluvením ery masy.

Trauma po porodu, které je neošetřené nebo nepoznané, je dalším možným zdrojem krvácení. Obezřetnosti je potřeba zejména u porodu žen, které rodí vaginálně po předchozím porodu císařským řezem. V odborné společnosti i v literatuře je často diskutována otázka palpační kontroly jizvy po císařském řezu na dolním segmentu po vaginálním porodu. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že lze odhalit palpací dehiscenci v jizvě. Tuto kontrolu lze provést i pomocí ultrazvuku. Dále se může jednat o přehlédnuté trhliny pochvy nebo čípku např. u obézních rodiček, nebo neklidných rodiček, nebo rodiček s velkým porodním poraněním, kde silnější krvácení zhoršuje přehlednost v pochvě. Toto je potřeba mít na paměti při kontrole po porodu v zrcadlech a tuto kontrolu vždy provést co nejpečlivěji. Závažnější problém je krvácení, které se neprojevuje zevně, ale žena krvácí pod sliznicí a vytváří se hematoma paravaginální. Tyto hematomy je možné odhalit pečlivou revizí po dokončení sutury epiziotomie, pokud se provádí, nebo se projeví hematoma bolestivostí a tlakem na konečník po porodu. Je nutné nepodcenit ani jeden z těchto příznaků. Pokud se hematoma vytvoří, je nutné provést revizi v celkové narkóze s vypuštěním hematoma a se snahou o nalezení zdroje krvácení a jeho dokonalé ošetření. Problematické jsou hematomy, které se šíří do parametrií, protože zde je revize velice obtížná a je nutné ji provést abdominálně. I zde platí pravidlo čím dříve, tím lépe, neboť pokud bude hematoma narůstat, potom může u pacientky nastat diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC). Včasným zásahem je možné DIC předejít.

Hypotonie až atonie dělohy je stav, který se projeví sníženým tonusem dělohy a prudkým krvácením. Stav je velice rychlý a může ženu bezprostředně ohrozit na životě. Hypotonie i atonie se diagnostikuje pohmatem při zvažení klinických příznaků. Při řešení je nutné jednat rozhodně podle

zavedeného algoritmu, ne však zbrkle. Je nutné zajistit druhou žitní linku a statim provést odběry ke stanovení parametrů srážlivosti a krevního obrazu a je vhodné zmluvit ery masu. K vyřešení situace stupňujeme tlak na dělohu. Je vhodné začít zevní masáží dělohy a aplikací uterotonik. Využíváme methylergometrin aplikovaný intravenózně a infúze s oxytocinem. Pokud situaci nevyřešíme, je možné aplikovat dinoprost intracervikálně s vyloučením aplikace přímo do oběhu, neboť takto podaný dinoprost vyvolává silné celkové projevy (třesavku, zvracení, bolesti). Před touto aplikací je nutné vyloučit právě rezidua po porodu či nepoznané trauma. Další v řadě možností, které máme k vyřešení jistě kritické situace na porodním sále, je aplikace carboprostu přímo do myometria dělohy. Je nutné rukou dělohu přiblížit k břišní stěně a dlouhou jehlou aplikovat látku do myometria. Nástup účinku je okamžitý. Pokud ani touto metodou nejsme úspěšní, potom stojíme před závažným rozhodnutím, na které máme většinou velmi málo času. Můžeme k zástavě krvácení využít metody, které zachovávají dělohu s rizikem dalšího krvácení. Toto krvácení může vést až k rozvoji diseminované extravaskulární koagulace. Nebo je možné situaci řešit radikálně odstraněním dělohy jako zdroje krvácení, ale s vědomím toho, že zbavíme ženu možnosti v budoucnu otěhotnět. Odstranění dělohy je možné supravaginální amputací, kdy ženě zůstává čípek děložní s možností slabého krvácení v době menses, nebo hysterektomií prostou. Stále více žen si bude přát ovšem postupy zachovávající dělohu, které se budou jistě dále vyvíjet. V současné době máme následující možnosti: ligace cév zásobujících dělohu (a. uterina, a. ovarica, a. hypogastrica), B-Lynch steh, Bakri katetr. Ligace cév, které zásobují dělohu, nebo stehování dělohy, jsou postupy, které je nutné provádět v celkové anestezii s proniknutím do dutiny břišní. Naproti tomu renesance tamponády děložní způsobem, jak je popsána ve starých učebnicích porodnictví, nebo moderním způsobem Bakriho katetrem, umožňuje řešení bez použití celkové anestezie a ihned, je s výhodou, pokud porodník ovládá více postupů, které může vzájemně kombinovat.

Poruchy koagulace jsou stavy, které je nutné řešit v týmu s anesteziologem, hematologem při plné koncentraci celého porodnického týmu. Nejčastěji se situace týká diseminované intravaskulární koagulace, kdy po vyčerpání kompenzačních mechanismů koagulace nastává neztišitelné krvácení. Vždy je nutné nalézt základní příčinu, která odstartovala celou koagulační kaskádu. Může se jednat o rezidua po porodu, trauma, hematom, či krvácení do dutiny břišní. Může se jednat i o specifické porodnické onemocnění jako HELLP syndrom nebo zcela vzácně například trauma sleziny při využití Kristellerovy exprese loktováním či kolenováním. Vždy je nutné začít s řešením základního onemocnění a následně se s pomocí celého týmu včetně intenzivisty a hematologa snažit stabilizovat koagulační parametry. V některých případech je řešením i odstranění dělohy. Rodičku je nutno do stabilizace stavu přeložit na oddělení ARO. Pokud operujeme, je potřeba myslet na dostatečnou drenáž prostorů, odkud by žena mohla krváčet. V současné době se diskutuje o využití rekombinantního faktoru VII (jednoho z nejdůležitějších faktorů hemokoagulační kaskády) k řešení problémů s krvácením při poruchách koagulace. Dosud není stanovena oficiální indikace k užití v porodnictví, nicméně jistě si najde svoje místo v řešení závažných krvácení. Není to ovšem samospasitelný přípravek a jeho užití je vázáno na určité podmínky: fibrinogen nad 0,5 g/l, Hb nad 60 g/l, trombocyty nad 50 g/l, pH nad 7,2, není hypotermie. V případě záchrany lidského života nelze hledět na cenu, nicméně se domnívám, že i toto bude důležitý faktor k rozšíření tohoto přípravku. Život ohrožující krvácení je krevní ztráta nad 1500 ml krve. Je potřeba jakékoliv krvácení řešit včas tak, abychom se k této hranici nedostali. V souvislosti s DIC je nutné připomenout bed side testy. Jedná se o koagulační testy, které je možné využít u porodního lůžka. Jedná se o prostou Lee-Whiteovu zkoušku koagulace či rychlejší trombinový test. Trombin společně s fibrinogenem by měl být v základním vybavení porodního sálu. Tyto zkoušky nám

ukazují orientačně stav koagulace a pomáhají nám v rozhodování v době, než máme k dispozici laboratorní výsledky. Další praktický poznatek je zajištění žilní linky. Zbytečné váhání může způsobit velké komplikace k zajištění žilní linky v době, kdy je nutné masivně doplňovat oběh, ale vzhledem ke krevní ztrátě jsou periferní žíly zkolabované. Potom dochází k časovým ztrátám při zajišťování žilního vstupu.

Embolie je akutním stavem, který může překvapit personál porodního sálu ve čtvrté době porodní. V této době se spíše jedná o embolii plodovou vodou nebo vzduchovou embolii, „klasická tromboembolie“ je záležitostí spíše šestinedělí.

I když embolie plodovou vodou je relativně vzácná (udává se frekvence 1 : 8000 až 1 : 50000 porodů), ale letalita je obrovská a blíží se 80 %. Častěji je vázána na některou z porodnických operací (např. manuální lýzu). Příznaky jsou podobné jako u tromboembolie, kdy je rodička náhle dušná, neklidná, vystrašená, cyanotická, později se rozvíjí šokový stav. Tento šokový stav je potencován rozvojem diseminované intravaskulární koagulace a náhlým profúzním krvácením. V terapii se využívají postupy ke zvládnutí šokového stavu, aplikace kyslíku po intubaci pacientky, kortikoidy, digoxin, udržení volumu cévního řečiště, aminophyllin k redukci spazmu bronchů. O terapii diseminované intravaskulární koagulace se hovoří výše. I přes veškerou snahu porodníků a intenzivistů je letalita vysoká a jedině dodržování všech zásad bezpečnosti při porodnických operacích může zabránit rozvoji embolie.

Je spíše filozofickou otázkou vymezení čtvrté doby porodní po operaci císařským řezem. Vždy je nutné mít na paměti, že se jedná o velkou břišní operaci se všemi riziky. Některé patologické stavy jsou po operaci císařským řezem dokonce častější, než při vaginálním porodu. K těmto stavům patří například embolie plodovou vodou, krvácivé poruchy. Čtvrtá doba porodní po operaci císařským řezem probíhá vždy v rámci sledování v režimu pooperační jednotky intenzivní péče. Sledování je stejné, jako po břišní operaci a dále se k němu přidává sledování involuce dělohy a krvácení z rodidel.

Pokud hovoříme o čtvrté době porodní, potom se musíme zmínit i o kojení. Právě v tuto dobu je možné posilovat kontakt mezi matkou a novorozencem časným přiložením k prsu. Je potřeba zdůraznit, že by se mělo jednat spíše o nenásilný akt, ale pokud matka cítí potřebu kojení, potom je nutné jí maximálně vyjít vstříc. Dá se říci, že zde vznikají vazby na celý život. Pokud to jde z provozních důvodů, potom je dobré, aby rodina mohla trávit čas společně. Dá se hovořit o konceptu rodinných pokojů, které spíše jak sterilní porodní sál, tak připomínají obývací pokoj se vším komfortem při snadné dostupnosti kvalifikované porodnické péče. V tomto pokoji může rodička i doprovod trávit čas od zahájení porodu až po dokončení čtvrté doby porodní a svoz z porodního sálu.

V tomto článku jsem nastínil pouze základní problematiku čtvrté doby porodní a krizové situace, které nás mohou potkat. Je ještě spousta drobností, které musí řešit personál porodních sálů a které nejsou až tak závažné, nicméně mohou vytvářet bariéru mezi rodičkou či doprovodem a personálem porodního sálu. V souvislosti s výše uvedeným bych v závěru apeloval na důrazné odmítnutí porodů v domácnosti. Některé z patologií mohou nastat velice rychle, k rozhodování a řešení máme pouze několik minut. Nelze za tak krátkou dobu zabezpečit transport rodičky do porodnice. A bylo by jistě naivní se domnívat, že dobře zvládnutou první, druhou i třetí dobou porodní se vyhneme problémům ve čtvrté době porodní. Jistě je potřebné nabídnout rodičkám např. koncept rodinných pokojů, ale na porodním sále při zachování dostupnosti veškeré akutní intenzivní péče s možností okamžitého řešení patologie. S ohledem na nárůst operativních porodů, s ohledem na růst operací na

děloze ještě před těhotenstvím i s přihlédnutím k úspěchům in vitro fertilizace se dá spíše předpokládat nárůst komplikací jak v průběhu porodu, tak i bezprostředně po porodu.

Literatura:

1. Hájek, Z.: Náhlé příhody a akutní stavy v pozdním těhotenství. Mod. Gynek. Porod. 11:54, 2002.
2. Čech, E., Hájek, Z., et al.: Porodnictví. Praha, Grada, Avicenum 1999.
3. Roztočil, A., et al.: Porodnictví. Brno, IDVPZ 2001.
4. Doležal, A., et al.: Technika porodnických operací. Praha, Grada 1998.
5. Ostrčil, A., et al.: Porodnictví pro lékaře a mediky I. Praha, Mladá generace lékařů 1939.
6. Zwinger, A., et al.: Porodnictví. Praha, Galén 2004.

*R. Peschout
Vrchlického 59
Jihlava
586 01*