

POOPERAČNÍ PÉČE PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Prof. MUDr. Aleš Roztočil, DrSc.

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Jihlava

Císařský řez se řadí mezi velké abdominální operace. Jeho frekvence v České republice dosáhla v roce 2006 18,79 %. V tomto roce bylo u nás provedeno 19 746 císařských řezů. Z pohledů frekvence peri- a pooperačních komplikací nutno dále dělit císařský řez na plánovaný, primární a na akutní. Zatímco první skupina má frekvenci bezprostředních a časných poporodních komplikací srovnatelnou s vaginálním porodem a co se týče pozdních komplikací (poruchy pánevní statiky) snad ještě nižší, je *akutní císařský řez zatížen daleko vyšší mateřskou morbiditou a mortalitou než vaginální porod*. Přesto se dá říci, že frekvence komplikací po provedeném císařském řezu je v našich podmínkách relativně nízká. Důvodů je mnoho. Patří mezi ně relativně dobrá zdravotně sociální situace naší ženské populace, vysoká erudice našich porodníků v technice provedení císařského řezu, pre- a perioperační zajištění výkonu moderní analgezií, antibiotiky, uterotoniky, krevními deriváty, nové kvalitní šicí materiály a další, méně významné faktory. Pooperační péče po provedeném císařském řezu svoji kvalitou výrazně přispívá k prevenci a eliminaci poporodních komplikací. Následující text si neklade za cíl vyčerpávající přehled jednotného pooperačního postupu po porodu císařským řezem. Každé porodnické pracoviště u nás má své specifické postupy a svoje zkušenosti. Práce reflektuje pooperační péči na pracovišti autora.

1 Cíle pooperační péče

Hlavním cílem pooperační péče je snížení a v optimálním případě eliminace mateřské mortality, která po přechodném snížení začátkem tohoto tisíciletí opět narůstá. A jde především o komplikace císařského řezu jako je život ohrožující krvácení (ŽOK), trombembolická nemoc, infekční komplikace a komplikace anestezie.

Dalším cílem je prevence bezprostřední, časně a pozdní mateřské morbidity. Jde zejména o krvácení, trombembolické příhody retence moči, infekce (močových cest, endomyometritis, infekci operační rány, mastitis a pneumonie). Mezi pozdní pooperační komplikace se řadí adhezivní proces v dutině břišní, sekundární sterilita a endometriosis nebo adenomyosis.

Cíle pooperační péče nejsou pouze medicínského charakteru. Musí zlepšovat subjektivní vnímání pooperačního stavu pacientkou. Mělo by být eliminováno nebo alespoň maximálně potlačeno vnímání bolesti nedělkou, a to ať už jde o bolest viscerální, bolest v oblasti laparotomie nebo postpunkční po provedené neuroaxiální anestezii. Co nejrychleji a pro matku co nejpříjemněji a nejšetrněji musí být dosaženo její plné mobility. Dalším cílem je bonding mezi matkou a novorozencem jehož logickým vyústěním je plné kojení a zvládnutí péče o novorozence matkou. Správná pooperační péče vede k dobré psychické kondici matky.

Pooperační péče nezačíná posledním kožním stehem a nebo uložením matky na pooperační lůžko oddělení šestinedělí. Zakládá se v období preoperačním, pokračuje perioperačně a vyúsťuje v systém pooperačních vyšetření a léčebných postupů. Daleko lépe zvládá pooperační péči po císařském řezu žena, která je informována o povaze císařského řezu a prevenci možných komplikací. Tato informace získá jak v kurzech přípravy na porod, tak v osobním předoperačním informativním pohovoru s porodníkem a porodní asistentkou. Je nabíledni, že tento pohovor padne

na úrodnější půdu, pokud je veden v klidné atmosféře před plánovaným císařským řezem než v hektické, často stresové situaci před akutním císařským řezem.

Pooperační péče se skládá s pestré mozaiky navzájem se doplňujících, provázaných a nebo následných postupů.

2 Tromboprofylaxe

Tato se stala nedílnou součástí peri- a pooperační péče nejen u rizikových a patologických těhotných a rodiček (trombofilní stavy, varixy, zatížená anamnéza a další), ale jde o zcela rutinní postupy i u zcela fyziologických žen. Operační ukončení těhotenství císařským řezem je významným rizikovým faktorem vzniku trombembolické nemoci (TEN). U fyziologických těhotných je plně indikována aplikace nízkomolekulárních heparinů do 3. pooperačního dne. U rizikových se stanoví dávky, počty denních aplikací a doba aplikace ve spolupráci s patřičným odborníkem (hematolog, anesteziolog, angiolog a další). Nedílnou součástí prevence TEN je dostatečná hydratace nedělkou (viz níže), bandáže dolních končetin a adekvátní rehabilitace (viz zvláštní kapitola). Bandáže dolních končetin mají za cíl zlepšení žilního odtoku z dolních končetin. Tomuto cíli slouží elastické punčochy. Bandáže dolních končetin elastickým obinadlem často v našich podmínkách končí jako prevence prochlazení ne jako prevence TEN.

3 Antibiotika

Antibiotická léčba při císařském řezu se řídí doporučeními ČGPS, které vycházejí z mezinárodních standardů. *I u fyziologické těhotné je doporučeno operovat v antibiotiky chráněném koagulu.* Antibiotická profylaxe se aplikuje při kolonizaci pochvy matky streptokoky skupiny B (GBS) a po předčasném odtoku plodové vody.

Další vzniklé stavy vyžadující antibiotickou terapii se většinou řeší ve spolupráci s antibiotickým centrem zdravotnického zařízení.

1. Intrapartální antibiotická profylaxe (infuzní terapie) pro prevenci perinatálního GBS onemocnění novorozenců. GBS pozitivita matky.

První volba: AMP 2 g. i.v. v iniciální dávce, dále pak 1 g. i.v. po 4 hod. od 3 dávky do porodu po 6 hod.

Alternativa: G PNC 5 mil. j. i.v. v iniciální dávce, dále 2,5 mil. j. i.v. za 4 hod. od 3. dávky do porodu 2,5 mil. j. po 6 hod.

Alergie na PNC bez vysokého rizika anafylaxe: cefazolin (Kefzol, Vulmizolin) 2 g iniciálně a dále 1 g každých 8 hod.

Alergie na PNC s vysokým rizikem anafylaxe: klindamycin 900 (600) mg po 8 hod. do porodu nebo erytromycin 500 mg i.v. po 6 hodinách do porodu nebo vankomycin 1 g po 12 hod. do porodu

GBS sepse matky: AMP 2 g. i.v. v iniciální dávce, dále 1 g i.v. za 4 hod + gentamicin 240 mg i.v. po 24 hod.

2. Odtok plodové vody

AMP 1 g. v infuzi po 6 hod.

při alergii: Erytromycin 15–20 mg/kg/den rozděleno ve 4 dílčích dávkách po 6 hod.

AMP 1,0 g v infuzi po 6 hod. + erytromycin (efekt na *Mycoplasma hominis*) 15–20 g/kg/den v infuzi rozděleně ve 4 dílčích dávkách po 6 hod.

Amoxicillin s kys. klavulanovou 1,2 g v infuzi po 8 hod.

Cefuroxim 1,5 g v inf. a dále 750 mg v infuzi či i.m. po 8 hod.

3. Antibiotická profylaxe při císařském řezu

2 g cefazolin (Kefzol, Vulmizolin) i.v. po přerušení pupečníku.

Antibiotika se dále po císařském řezu podávají u pacientek rizikových pro vznik poporodní infekce. Jde o rodičky s následujícími patologickými stavy:

1. zachovaná nebo odtékající zkalená plodová voda
2. protražený porod trvající více než 9 hodin, který byl ukončen císařským řezem
3. porodní poranění, zejména při poranění dělohy a parametrií
4. krevní ztráta více než 1 000 ml
5. extrakce části plodu z pochvy, zejména při poloze plodu koncem pánevním nebo situs transversus
6. patologie inzerce placenty (placenta adhaerens)
7. febris intra partum
8. dynamický nárůst markerů zánětu (CRP, leu)

V těchto případech se doporučuje aplikace antibiotik 3 dny (1, 3, 4).

4 Infuzní terapie

0. den operace je operantce aplikováno 1 500–2 000 ml krystaloidů a roztoku glukózy.

Fyziologická nedělka v dobré pooperační kondice nepotřebuje 1. pooperační den další parenterální aplikaci infuzní terapie. Hydratace organismu může probíhat per os s vypitím 2 000–3 000 ml tekutin. Přísun tekutin nelze řešit paušálně, ale individuálně a dle stavu pacientky. Svůj vliv má roční období (pocení v létě), stav rodičky, rozsah výkonu a krevní ztráta.

5 Transfuze

Ani zde nelze postupovat paušálně, ale dle stavu pacientky. Obecně se připouští, že aplikace 2× 300 erytrocytární masy je indikováno při krevní ztrátě přesahující 1 000 ml a při chronické ztrátě při hodnotách hemoglobinu pod 80g/l.

6 Tlumení bolesti

Vzhledem k tomu, že velká většina císařských řezů je prováděna v neuroaxiální analgezií je s výhodou pooperačně ponechat zavedený epidurální katetr s kontinuální aplikací analgetika (Marcain, Fentanyl, Sufenta) 24 hod. po operaci. Celkově se podávají analgetika anodyna (Dipidolor, Tramal) 0. a 1. pooperační den, aplikace může být jak intramuskulární, tak intravenózní. S výhodou možno použít lineární dávkovač s kontinuální aplikací analgetik, nebo s aplikací on demande (7). Poté je většinou možno přejít na perorální analgetika a nebo již není analgetická léčba nutná. Při aplikaci analgetik kojící matce je nutno mít vždy na zřeteli možnost ovlivnění organismu novorozence cestou mateřského mléka.

7 Výplach dutiny břišní, drainage

Peroperační výplach dutiny břišní ať fyziologickým roztokem nebo roztokem Betadine s odstraněním krve, plodové vody a mázku plodu, eventuelně dalších příměsí má výrazný preventivní vliv na vznik „resorbčních teplot“ a prevenci adhezivních procesů. Drainage Douglasova prostoru Reddonovým sacím Erwinem umožňuje odstranění zbytků výplachu a kontrolu obsahu dutiny břišní, např. při náhlém pooperačním intraabdominálním krvácení. V pooperační péči po císařském řezu však není drainage dutiny břišní podmínkou.

8 Uterotonika

V našich podmínkách se aplikují uterotonika současně intramyometrálně a intravenózně. Je zapotřebí rozlišovat uterotonika (námelové preparáty, carboprost), které vyvolávají trvalou kontrakci myometria a uterokinetika (oxytocin), který způsobuje rytmické kontrakce svaloviny dělohy. Je proto logická aplikace methylergometrinu (MEM) 0,2 mg intramyometrálně a 0,2 mg i.v. Není tak překročena doporučená dávka při dosažení velmi dobré kontrakce myometria. Při současném výpadku dodávek MEM, je možno použít Methergin (výrazně dražší). Ani oxytocin 5 m.j. i.v. a intramyometrálně není špatným nouzovým řešením. MEM se podá ještě 1. pooperační den, poté pouze dle klinického stavu: poruchy involuce dělohy, podezření na malé množství residuí post partum nebo při koaguluj v dutině děložní.

9 Ošetření laparotomické rány

Ihned po ukončení operace je indikována komprese laparotomie na cca 12 hod. Sníží se tím frekvence podkožních sufuzí nebo vzniku hematomu v laparotomii. Při větším krvácení do stěny břišní komprese laparotomie vzniku hematomu nezabrání. Sterilní krytí je ponecháno na laparotomii 24 hod. Poté, od 1. pooperačního dne, se ošetřuje laparotomie otevřeně. Při subkutánním uzlení intradermální kožní sutury a při operaci v antibiotikem chráněném koagulu je infekce laparotomie velmi nepravděpodobná. Laparotomie s 1. pooperační den ošetří desinfekčním roztokem, poté si ji nedělka sprchuje, umývá běžným toaletním mýdlem a osuší ručníkem. Laparotomii udržuje v suchu. Problém vzniká u obézních žen s venter pendulus. V těchto případech se do kožního laloku s laparotomií vkládá sterilní longeta, eventuelně s antibiotickým práškem (6). Pokud není provedena sutura laparotomie se subkutánním zauzlením okrajů, odstraňuje se intradermální steh 6. pooperační den. U jednotlivých stehů se polovina stehů odstraňuje 5. pooperační den, extrakce zbytku stehů pak 7. pooperační den. U relaparotomií se odstraňování

stehů posunuje o jeden den. Individuální přístup vyžadují obézní pacientky nebo ty s perioperačními komplikacemi.

10 Vyprazdňování močového měchýře

I při nejšetrnějším provedení císařského řezu metodou Misgav-Ladach dojde k sesunutí pliky močového měchýře a při vybavování plodu může dojít k funkčnímu oblenění jeho svaloviny. Nedělka 24 pooperačních hodin neopouští lůžko. Proto je zcela indikována 24. hodinová katetrizace močového měchýře. K v zahraničí často používané epicystostomii se většina českých porodníků staví velmi rezervovaně. Po kompletní mobilizaci nedělky 24 hodin po porodu se katetrizace močového měchýře zruší.

11 Péče o gastrointestinární trakt

Jako většina velkých intraabdominálních operací je císařský řez spojen s pooperační sníženou střevní motilitou. Ta může mít za následek oblenění střevní činnosti s následkem vzniku plynatosti. V závažnějších případech dojde k rozvoji paralytického ileu. jako prevence těchto stavů je vhodné podat první pooperační den parasympatomimetika (Ubretid, Syntostigmin). Oblenění střevní činnosti snižuje časná rehabilitace. K první pooperační stolici by mělo dojít nejpozději 4. pooperační den. V případě nutnosti je možno použít dietetická opatření (nenadýmavá zbytková strava) nebo kontaktní laxativa. K provedení nálevu je nutno přistoupit jen v ojedinělých případech.

12 Dietní opatření

Pooperační příjem potravy je vázán na typ anestezie a na poporodní stav pacientky. Je nutné postupně zatěžování trávicího traktu se současným zohledněním nutného přísunu kalorií pro potřeby regenerace matky a nastupující laktace. Tato vyžaduje zvýšený přísun bílkovin a minerálů. Při volbě potravin je nutno zohlednit střevní pasáž a matce podávat jídla nenadýmavá, nedráždivá a esteticky a chuťově dobře upravená. Potravu možno podávat již po 8 hod. od operace (5).

13 Hypnotika, anxiolytika

U většiny nedělek s dobrým pooperačním průběhem po císařském řezu není nutné podávat ani hypnotika, ani anxiolytika. Tuto léčbu nicméně vyžadují nedělky při vzniku somatických i duševních komplikací, při perinatálním neúspěchu (poškozený nebo mrtvý plod) a ženy, které tyto preparáty již používaly před otěhotněním, eventuálně v průběhu těhotenství. Použitím anxiolytik dochází k odstranění psychického napětí a stresu, které také zlepšují usínání a prohlubují spánek pacientky. Ve většině případů je možné se vyhnout aplikaci hypnotik, které vedou k útlumu retikulární formace.

14 Antianemika

Antianemika se aplikují pacientkám jako pokračování předoperační antianemické léčby nebo při vyšší pooperační krevní ztrátě. Antianemika se mohou užívat buď samostatně nebo současně s krevními deriváty.

Hranice pro indikaci aplikaci antianemik je:

- hemoglobin 110 g/l
- hematokrit 32 %
- erytrocyty 3,8 mil/mm³
- sérové železo 40 mg/100 ml
- ferritin 10 mg/l

V terapii poporodní anémie se používají perorální přípravky železa, nejlépe trojmocného. Intravenózní nebo intramuskulární léčba preparáty železa je obsoletní. Mezi antianemika možno zařadit i aplikaci kyseliny listové nebo vitamínu B12.

15 Somatická rehabilitace

Je předmětem samostatné kapitoly, kterou uvedeme v příštím čísle Moderního babictví.

16 Psychologická rehabilitace

Cílem psychologické rehabilitace nedělky po císařském řezu je eliminace poporodního blues, zvýšení pocitu sebedůvěry a dosažení pocitu štěstí. Nedělka je v psychickém kontaktu s mnoha jedinci. Jde jak o rodinné příslušníky, mezi které patří novorozenec, jeho otec, příbuzní, přátelé, známí, spolupacientky a náhodné kontakty v porodnici. Dále ovlivňují psychický stav nedělky zaměstnanci zdravotnického zařízení a to jak vedení pracoviště při velkých vizitách, anesteziolog, porodnický operační tým, lékaři a sestry oddělení, neonatologové a to jak lékaři tak dětské sestry a nezdravotnický personál oddělení. Z výčtu, které se podílejí na formování poporodního psychického stavu matky je jasné, že podněty jsou velmi intenzivní a četné. Popis jednotlivých psychologických intervencí a interakcí přesahují možnosti toho článku.

17 Pooperační vyšetření

Mezi standardní pooperační vyšetření nedělky po císařském řezu je sledování vitálních funkcí 24 hodin po porodu (TK, puls, SpO₂, teplota a bilance tekutin). Selektivní vyšetření se provádějí dle stavu pacientky, eventuálně dle závažnosti operačního výkonu a při vzniku komplikací. Patří mezi ně jak krevní obraz, tak biochemická, hematologická a mikrobiologická vyšetření. Zobrazovací metody jsou rezervovány pouze při vzniku závažných komplikací.

Denně je ošetřujícím lékařem kontrolován psychický a tělesný stav nedělky. Je kontrolován stav laktace, výška děložního fundu, tonus myometria a průběh děložní involuce, stav operační rány a postup jejího hojení, kvalita lochií a změny na dolních končetinách. Vyšetření před propuštěním matky po císařském řezu obsahuje výše uvedené údaje. Při propuštění ženy po nekomplikovaném císařském řezu z nekomplikovaným pooperačním průběhem není bimanuální vyšetření nutné. Při současném způsobu provedení císařského řezu a pooperační péče je propuštění nedělky s fyziologickým novorozencem ve většině případů možné 4. pooperační den (2)

Pokud se o těhotné říká, že je v jiném stavu, je žena v šestinedělí v superjiném stavu. To se týká nejenom tělesného ale i psychického stavu. Tím více, pokud je těhotenství ukončeno císařským

řezem. K této skutečnosti je nutno přihlížet při stanovování strategie pooperační péče nedělký po císařském řezu.

Literatura:

1. Bagratee, J.S., et al.: A randomized controlled trial of antibiotik prophylaxis in elective caesarean delivery. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 108:107, 2001.
2. Brooten, J., et al.: A randomized trial of early hospital discharge and home follow – up of women having caesarean birth. *Obstet. Gynecol.* 84:832, 1994.
3. Goepfert, A.: Infectious morbidity following primary caesarean section. *A. J. Obstet. Gynecol.*, 185S:192, 2001.
4. Chelmov, D., et al.: Should patients undergoing low-risk C/S receive antibiotik prophylaxis. *Contemporary Ob/Gyn.* 32"185, 2006.
5. Krammer, R., et al.: Postoperative management of caesarean section patients. The effect of immediate feeding on the incidence of ileus. *Obstet. Gynecol.* 88:29,1996.
6. Vermillion, S.T., et al.: Wound infection after caesarean. Effect of subcutaneous tissue thickness. *Obstet. Gynecol.* 95:923, 2000.
7. Yost, M.P., et al.: A hospital sponsored quality improvement study of pain management after caesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 168:1341, 2004.

*A. Roztočil
Vrchlického 59
583 53 Jihlava*