

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Pavína SVATOŠOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Pavína SVATOŠOVÁ

Studijní obor: Zdravotnický záchranář Z08B0776P

**URGENTNÍ STAVY V SOUVISLOSTI S TĚHOTENSTVÍM V NEODKLADNÉ
PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Bohumil KUNEŠ

PLZEŇ 2011

Prohlášení:

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

V Plzni dne 30. 3. 2011

.....

vlastnoruční

podpis

Obsah

ÚVOD	9
1. ANATOMIE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU	10
1.1. Vnitřní rodidla	10
1.2. Zevní rodidla	11
2. TĚHOTENSTVÍ	12
2.1. oplození	12
2.2. vývoj plodu.....	12
2.3. výživa a vývoj plodu	13
3. EKTOPICKÉ TĚHOTENSTVÍ	14
3.1. Klinický průběh tubární gravidity	14
3.2. První pomoc u ekla,tického těhotenství.....	15
4. POTRAT	16
4.1. Spontání potrat	16
4.1.1. Nekomplikovaný potrat	16
4.1.2. Komplikovaný	16
4.2. Neodkladná péče	17
5. PREEKLAMPSIE	18
5.1. Léčba Preeklampsie.....	18
5.2. Superponovaná preeklampsie	18
6. EKLAMPSIE	19
6.1. Fáze ekliptického záchvatu.....	19
6.2. Léčba eklampsie	19
7. H E L L P SYNDROM	21
7.1. Příznaky HELLP syndromu	21
7.2. Léčba	21
8. VCESTNÉ LŮŽKO	22
8.1. Příznaky vceстного lůžka	22
8.2. Léčby	22
9. PŘEDČASNÉ ODLUČOVÁNÍ NORMÁLNĚ NASEDAJÍCÍ PLACENTY	23
9.1. Klinický obraz	23
9.2. Léčba	23

10. SYNDROM AORTOCAVÁLNÍHO ÚTLAKU	24
10.1.příznaky	24
10.2.Léčba	24
11. POROD.....	25
11.1.Porodní cesty	25
11.2.Porodní objekt	25
11.3.porod v terénu	25
11.4.Vedení porodu v terénu	26
12. Komplikace během porodu.....	28
12.1.Hypotonie až atonie děložní	28
12.2.Prolaps pupečníku	28
13. Úvod do praktické části.....	29
14. ZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH DOTAZNÍKOVÝCH OTÁZEK	30
14.1. otázka č. 1	30
14.2. otázka č. 2	31
14.3. otázka č. 3	32
14.1. otázka č. 4	33
14.2. otázka č. 5	34
14.3. otázka č. 6	35
14.1. otázka č. 7	36
14.2. otázka č. 8	37
14.3. otázka č. 9	38
14.1. otázka č. 10	39
14.2. otázka č. 11	40
14.3. otázka č. 12	41
14.1. otázka č. 13	42
14.2. otázka č. 14	43
14.3. otázka č. 15	44
14.1. otázka č. 16	45
15. DISKUZE.....	46
ZÁVĚR.....	47

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

PŘÍLOHY

Anotace

Příjmení a jméno: Svatošová Pavlína

Katedra: záchranářství a technických oborů

Název práce: Urgentní stavy v těhotenství v neodkladné péči

Vedoucí práce : MUDr. Bohumil KUNEŠ

Počet stran : 47

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 11

Klíčová slova:

Souhrn:

Tato bakalářská práce se v teoretické části, zabývá problematikou urgentních stavů v těhotenství v neodkladné péči. Ty pak rozděluje do několika celků, kde vysvětluje onemocnění v těhotenství, jak se projevují a léčí. V praktické části zkoumá orientaci zdravotníků v této oblasti.

Annotation

Surname and name: SVATOŠOVÁ Pavlína

Department: of paramedical rescue and technical studies

Title of thesis: Urgent Conditions in Connection with Pregnancy in Emergency Care

Consultant: MUDr. Bohumil Kuneš

Number of pages:47

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 11

Key words:

Summary:

The theoretical part of this, thesis deals with issues of urgent conditions in connection with pregnancy in emergency care. Issues are classified into several categories, where disorders are explained, their manifestation and cure. Practical part researches orientation of medicine in that problematic

ÚVOD

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na urgentní stavy v těhotenství. Jelikož jsem sama byla těhotná a porodila jsem syna tak tomuto tématu mám velice blízko.

Tyto urgentní stavy jsem rozdělila do několika částí, které jednotlivě vysvětluji v teoretické části práce. Od popsání daného stavu a projevů, tak i vytyčení léčby převážně přednemocniční péče. Toto jsem zpracovávala dle srovnání odborné literatury, z které jsem čerpala důležité informace.

V praktické části jsem se pak zaměřila na orientaci zdravotníků v této problematice, tak že jsem vypracovala dotazník zaměřený na znalosti zdravotníků, jelikož takové to stavy nejsou příliš časté, ale když se vyskytnou, musí se neodkladně řešit a nejde zde jen o jednoho člověka, ale o budoucnost dvou lidí, proto jsem hodnotila znalosti zdravotníků. Ale také jsem se zaměřila na to jak odpoví dají muži a jak ženy, jelikož ženy mají blíže k této problematice než muži, právě proto že skoro každá žena chce být matkou. Tyto vypracované dotazníky od respondentů, jsem zpracovala do grafů.

1. ANATOMIE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU

Ženský pohlavní systém zabezpečuje základní funkce, jako je zrání vajíček a jejich uvolňování, z kůry vaječníků, produkci pohlavních hormonů a uskutečnění pohlavního spojení. V případě oplození vajíčka, vytvářejí prostředí pro vhodný vývoj plodu a následný porod.

Ženský pohlavní systém je rozdělen na vnitřní a vnější, zároveň na párové a nepárové pohlavní orgány.

Párové vnitřní orgány tvoří vaječníky a vejcovody. Nepárové vnitřní orgány obsahují dělohu a pochvu. K zevním rodidlům patří párové zevní orgány, velké a malé stydké pysky a vestibulární žláza. Nepárovými zevními orgány jsou předsíní poševní, stydký pahorek a předsíněvé topořivé těleso.

1.1. Vnitřní rodidla

Vaječník neboli ovarium, je párový orgán, uložen v břišní dutině, na bočních stěnách pánevní dutiny. Ke stěnám pánve jsou vaječníky připevněny řasou pobřišnice, která přechází i na část povrchu vaječníku. Je to pohlavní žláza, produkující ženské pohlavní buňky. A má také endokrinní funkci, díky produkci pohlavních hormonů.

Vejcovody jsou trubicové párové orgány, odstupující od rohů děložních. Končí rozšířenou částí, ampulí. Kolem abdominálního ústí tuby jsou řasy, fibrae. V děložních rozích je lumen vejcovodu připojen k děložní dutině, ten jím kanálkem označovaným jako Intramulární část vejcovodu. Stěnu vejcovodu tvoří svalová vrstva s možností peristaltického posunu, důležitý pro oplozené vajíčko putující do dělohy, lumen je vystlaný sliznicí s hlenovitými buňkami, upořádanou v bohaté řasě. Zevně pokrývá vejcovod peritoneum, které ve spodní části vytvoří duplikaturu, na níž je vejcovod zavěšen v horním okraji Mesosalpinxu.

Děloha je nepárový svalový pohlavní orgán hruškovitého tvaru, velikosti 7 – 8 cm, uložený pod středem dutiny malé pánve mezi močovými měchýřem a konečníkem. Horní část dělohy je pokryta pobřišnicí a střední a dolní partie obaluje pánevní vazivo. Děloha se skládá z děložního hrdla, děložního dna s rohy a z krčku, na který se upíná pochva. Uvnitř dělohy je štěrbinovitá dutina spojená v děložních rozích s oběma vejcovody. Dutina dělohy ústí svou zúženou částí do pochvy jako čípek. U negravidní ženy je celá dutina velmi úzká a přední i zadní děložní stěny na sebe naléhají. Děložní stěna má tři vrstvy. Na povrchu vazivový obal, ve středu svalovinu a uvnitř sliznici, která působením pohlavních hormonů prodělává změny cyklu menstruačního cyklu. Děloha zajišťuje vývoj zárodka a plodu během těhotenství.

Pochva neboli vagina, je nepárový orgán šterbinovitého tvaru, která ústí do poševní předsíně a vzadu nahoře se upíná na děložní hrdlo a tvoří děložní čípek jak již bylo řečeno. Mezi čípkem a poševními stěnami vznikají poševní klenby, mělčí přední, hlubší zadní a dvě postranní. Mezi pochvou a stydkou sponou probíhá močová trubice. Za pochvou leží konečník. V okolí pochvy je řídké vazivo, a poševní stěna je tvořena vazivovými a svalovými vlákny, umožňující značnou roztažitelnost pochvy při porodu.

1.2. Zevní rodidla

Hrma neboli mons pubis, je polštářovité vyklenutí nad dolní částí podbřišku a před stydkou sponou. Tvoří jí tuková vrstva zpevněná vazivem, krytá hrubší kůží. V pubertě se vytvoří ochlupení s horizontální hranicí.

Velké stydké pysky, labia majora pupendi, jsou kožní valy, vycházející z hrmy, vzadu jsou spojeny řasou, takzvanou komisurou. Tvoří je tuková tkáň. V dospělosti je kožní kryt více pigmentovaný s řídkým ochlupením na zevních plochách. Ve střední čáře na sebe naléhají a tvoří stydkou šterbinu. Oddálíme-li velké stydké pysky od sebe, vidíme ostatní části zevních rodidel.

Malé stydké pysky, labia minora pupendi, jsou kožní řasy, uložené mediálně od velkých. Tvoří je elastické vazivo, cévní síť a kryje je jemná kůže bez ochlupení, s početnými žlázkami. Vpředu se malé pysky rozdělují na dvě raménka, zevní přecházejí na horní plochu clitorisu, kde tvoří jeho předkožku, preaputium clitoridis, zatím co vnitřní přirůstají ze spod k clitorisu a tvoří jeho uzdičku, frenulum clitoridis.

Clitoris je zbytek embryonálního základu zevních rodidel, ze kterého u chlapců vznikl penis.

Poševní předsíň, vestibulum vaginae, je prostor ohraničený malými stydkými pysky, vpředu pod clitorisem je ústí močové trubice a pod ní je poševní vchod, ostium vaginae, vzadu je ohraničen prostor poševní předsíně zadní komisurou velkých stydkých pysků.

Panenská blána, hymen, je pevná slizniční řasa, neúplně uzavírající poševní vchod, která je zde do prvního pohlavního styku.

Hráz, perineum, je část zevních rodidel mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem. Hráz se za porodu stává součástí měkkých porodních cest.

2. TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je základní životní pochod zajišťující zachování lidského rodu, a proto spadá mezi procesy fyziologické.

2.1. Oplození

Do klenby poševní je při ejakulaci dopraveno průměrně 2-6ml ejakulátu, který obsahuje i přes 600 miliónů spermií. K oplození vajíčka je nutná pouze jedna spermie; přesto musí ejakulát obsahovat alespoň nad 20 miliónů spermií na 1 ml ejakulátu, jinak je pravděpodobnost oplození vajíčka velmi malá. Ejakulát reaguje zásaditě, což alespoň částečně kompenzuje kyselé prostředí, které je normálně ve vagině.

Nejčastějším místem oplození vajíčka je ampulární část vejcovodu. Ovšem je nutné si uvědomit, že vajíčko lze oplodnit pouze do 12 hodin po ovulaci. Spermie naopak jsou schopné v těle ženy přežít a vajíčko oplodnit zhruba za dva dny .

Během cesty k vajíčku prochází spermie takzvanou kapacitací, při které se aktivují proteolytické enzymatické prostředky spermie, které jsou nutné k akrosomální reakci, kdy se spermie pomocí těchto proteolytických enzymů fagocytuje do cytoplazmy vajíčka. Jakmile první spermie pronikne do vajíčka, dojde k takzvané zonální reakci, kdy se změní vlastnosti obalu vajíčka a další spermie tak již dovnitř nemohou proniknout.

2.2. Vývoj plodu

Oplozené vajíčko se ještě ve vejcovodu začíná rýhovat. Buňky vzniklé dělením zygoty se jmenují blastomery. Budoucí zárodek prochází stádiem moruly, kdy je tvořen jednolitou masou buněk. Následuje stádium blastocysty, kdy se v mase buněk objevuje dutina. Právě v tomto stádiu ,asi 5. - 6. den po oplození, dochází k implantaci zárodku do děložní sliznice (viz příloha č.1.) Děložní sliznice je zrovna v sekreční fázi menstruačního cyklu, existují zde tedy nejpříjemnější podmínky pro výživu a další vývoj zárodku. Dále dochází k zanořování zárodku hlouběji do děložní sliznice, až je nakonec celý překryt. Začíná se vyvíjet placenta kolem 3. týdne, a to jak z mateřských buněk decidua basalis, tak z buněk plodu chorion frondosum.

Embriogeneze začíná tvorbou prvosegmentů, kolem 22. dne od oplození. Nejdříve se vyvíjejí kraniální části embrya, zvláště mozek a srdce. Po čtyřech týdnech je srdce schopno pohánět krevní oběh embrya i v choriu. Kolem šestého týdne má embryo poměrně vyvinuté končetiny, nos, ústa a oční věčka jsou zřetelná. Začíná diferenciaci zevních genitálií, ale pohlaví je možné určit až kolem 14 až 16 týdne. Lze již rozlišit všechny vnitřní orgány. Embriogeneze je ukončena kolem 10 týdne.

Další vývoj plodu je Fetogeneze, vyznačující se zráním a růstem plodu a funkční diferenciací. Růst plodu během těhotenství je převážně lineární. Ultrazvukem je možné stanovit různé míry těla plodu a podle nich pak stanovit hmotnost.

2.3. Výživa zárodku a plodu

Když dojde k implantaci je embryo vyživováno z rozpuštěných deciduálních buněk, neboli histiotrofe. Od druhého týdne se ve stěně žloutkového vajíčku tvoří krevní cévy, které se spojují s primitivními cévami embrya. Vytvoří se žloutkový krevní oběh zásobující embryo výživnými látkami ze žloutkového vajíčku. Zároveň se vyvíjí Choriový krevní oběh. Po dotvoření placenty, ve třetím měsíci těhotenství, se choriový oběh mění v placentární, umbilikální krevní oběh, po zbytek těhotenství, která má důležitý význam pro výživu a růst plodu.

Kyslík a výživu tedy dostává plod přes placentu z těla matky. Jedná se již o zpracované živiny, neboť játra stále ještě nepracují adekvátně, přesto v nich probíhá krevetvorba. Důležitou roli v přívodu krve do těla plodu hraje pupečník. Zde se nachází dvě tenčí artérie, známé jako pupečnickové artérie. Když se po porodu pupečník přeruší, v krvi klesne obsah kyslíku a zvýší se množství oxidu uhličitého, což podráždí dechové centrum a dítě se prvně nadechne a začne křičet.

Většina dostupné energie, která pochází z glukózy, je využívána pro růst plodu. Přebytek energie a uhlohydrátů se ukládá ve formě glykogenu. Ve třetím trimestru těhotenství se se glykogen vytváří v játrech, myokardu, svazech plodu a placentě. Při vzniku nitroděložní hypoxie, může plod využít část svých rezerv glykogenu na anaerobní glykolýzu.

Volné mastné kyseliny se vytváří a ukládají v podkoží plodu, jež slouží jako tepelná izolace a zásoba tuku. Kolem 24. až 26. týdne tvoří tuk pouze 1% z celkové hmotnosti, jelikož takzvaný bílý tuk se neukládá do 28. týdne. V posledních týdnech těhotenství se začne ukládat takzvaný hnědý tuk, do oblastí krku, za sternum, okolo ledvin a mezi lopatky, jež je důležitý pro udržení tělesné teploty po porodu.

Aminokyseliny přestupují placentární bariéru a plod tak může syntetizovat bílkoviny. Syntéza bílkovin přesahuje jejich rozklad a některé z rozpadových aminokyselin, jsou opět využity pro resyntézu.

3. EKTOPICKÉ TĚHOTENSTVÍ

Ektopické těhotenství je stav, kdy oplozené plodové vejce niduje mimo oblast děložní dutiny.

Daný stav může nastat u žen, které splňují tzv. rizikové faktory. Jinými slovy prodělaly záněty vejcovodů, mají pooperační srůsty, cysty nebo tumory ovárií.

Tubární ektopické těhotenství

Průběh a příznaky se liší podle místa nidace. K podélné ose vejcovodu je plodové vejce uloženo ve febríích, v ampule, istmu či intersticiálně při vstupu do dělohy. Dále ve vztahu mezosalphingu, bývá lokalizace bazotropní, neboli mezosanpingeální, má lepší prognózu pro výživu vejce, které někdy prorůstá mezi listy plica lata, což nazýváme gravidita tubaria intraligamentosa. Při arozi cév je toto těhotenství komplikované silným krvácením. Dále vejce může nidovat v místě slizničních řas tuby. A to kolumnálně na řase, interkolumnálně mezi dvě řasy, a nebo centrálně mezi vícero řasami.

3.1. Klinický průběh tubární gravidity

Klinický průběh tubární gravidity, může být zpočátku bez varovných příznaků. Rostoucí těhotenství však postupně dilataje lumen vejcovodu, jehož stěna se ztenčuje. To může vyvolávat občasné tupé lateralizované bolesti v podbřišku. Většinou okolo 6. týdne od poslední menstruace pokračuje toto těhotenství v některých dalších klinických forem.

Tubární potrat, abortus tubarius, bývá když je plodové vejce nidované v ampulární části, kde nakonec odumírá a je peristaltikou vejcovodů vypuzováno do pánevní dutiny. Krvácení je mírné a hemoperitoneum vzniká pomalu a nebývá velké. Peristaltika bývá pocíťována jako křečovitě bolesti v podbřišku, na straně postižené tuby. S poklesem produkce hCG končí i funkce corpus luteum graviditatis, ze spádu hladin estrogenu a progesteronu se začnou odlučovat decidua z dutiny děložní. Žena má hnědavý výtok nebo krvácí tmavou krví s cáry sliznice.

Ruptura vejcovodu, graviditas tubaria rupta, vzniká náhle bez předchozích prodromálních příznaků. Nadměrným rozepětím plodovým vejcem se stěna vejcovodu poruší a podle intenzity krvácení ze stěny tuby nebo z cév mezosalphingu, různě rychle vzniká anemie až šokový stav ze ztráty krve. Zvětšující se hemoperitoneum může vyvolat pozitivní frenikový příznak bolesti, která vystřeluje do ramene a pod lopatku.

Vzácná interstiální gravidita praská až po 12. týdnu těhotenství, jelikož je chráněna pevnou vrstvou myometria, ale o to dramatičtější je průběh při krvácení z rasmus ovaricus a. Uterinae Ektopické těhotenství v dalších lokalizacích a formách

Oplozené vajíčko se může usídlit přímo ve folikulu anebo na povrchu vaječníku. Klinické rozlišení těchto dvou forem ektopického těhotenství není možné. Toto těhotenství často odumírá pro nedostatečnou výživu, jedinou komplikací je krvácení do Douglasova prostoru.

Příznaky. Jsou velmi podobné graviditas tubaria, probíhá však méně výrazně.

Dále máme břišní těhotenství, které ale vzniká vzácně. Primárně se plodové vejce usídí na peritoneu v břišní dutině, sekundárně pak vzniká při tubárním potratu nebo při ruptuře tuby. Většinou plodové vejce odumírá a resorbuje se. Jen v ojedinělých případech přežívá, a to tehdy když placenta je umístěná tak, že dodává dostatek živin plodu, ale plod po čase může regredovat pro nedostatek výživy regredovat a mumifikovat. Při infikovaném plodu vzniká absces.

3.2. První pomoc u ektopického těhotenství

Jako odbornou první pomoc označujeme stabilizaci základních životních funkcí, zajištění žilního přístupu a doplnění objemu, transport na gynekologické oddělení. V případě, že dojde k potvrzení diagnózy ektopického těhotenství, následuje operační řešení.

4. POTRAT

Potratem, se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní váha je menší než 500g, či nelze zjistit, nebo je těhotenství kratší než 22 týdnů.

Podle statistických údajů přibližně 10-15 % klinicky diagnostikovaných gravidit končí potratem. Frekvence samovolných potratů stoupá s věkem matky (viz. příloha č.2)(Čech a kol. 2006)

4.1. Spontání potrat, abortus spontaneus

Jako příčinu považujeme genetické a hormonální příčiny, onemocnění matky, infekce plodového vejce, vrozené vady dělohy, kouření, drogy, alkoholismus.

Z klinického hlediska podle průběhu rozdělujeme samovolný potrat na komplikovaný a nekomplikovaný potrat.

4.1.1. Nekomplikovaný potrat

Ten se rozděluje do několika fází.

Hrozící potrat, kdy těhotná krvácí z děložního hrdla, vnímá neurčitý tlak v podbříšku. Při vaginálním vyšetření je děložní hrdlo uzavřené. Příčinou je částečná separace plodového vejce od deciduy retroplacentárním hematodem.

Počínající potrat. Těhotná rovněž krvácí, ale tlak v podbříšku přechází do silných a bolestivých kontrakcí. Při vygynálním vyšetření je hrdlo rozevřené a zkrácené a potrat je právě v chodu a již mu nezabráníme. Dochází již k rozsáhlé separaci plodového vejce od deciduální tkáně, spojené se silným krvácením z děložního hrdla.

Potrat úplný je vzácná varianta. Dochází k úplnému vypuzení plodového vejce in toto, dutina děložní je prázdná.

4.1.2. Komplikovaný potrat

Rozdělujeme do několika fází. Potrat protrahovaný nastává, když plodové vejce je částečně odloučené, kontrakce jsou slabé. Tento druh je mnohdy provázen dlouhodobým někdy až nebezpečným krvácením.

Potrat neúplný. plod je potracen a jeho obaly jsou celé nebo z větší části v děloze. Děložní hrdlo je dilatované, což je známkou zbytků plodových obalů po potratu. Krvácení nebývá velké intenzity, žena postupně anemizuje. Někdy krvácení však může být intenzivní až dramatické. Potrat horečnatý bývá nejčastěji jako komplikace ascendentní infekce z neúplného potratu.

Zamlklí potrat je když plodové vejce odumře, někdy i odloučené, ale děloha ho nevypudí. Žena po určité době amenorei začne krvácet. Je unavená, trpí nechutenstvím a má zvýšené teploty. Jedná se o intoxikaci, která nastane částečným vstřebáním tkání odumřelého plodového vejce.

4.2. Neodkladná péče

Hlavním cílem je uklidňovat postiženou, zajistit jí teplé prostředí a uložit ji do polohy s podloženými rameny, hlavou a mírně pokrčenými koleny. Je nutné sledovat tep a frekvenci dýchání. Na rodidla přiložíme sterilní krytí a vše, co odešlo z rodidel je třeba pro jistotu uchovat pro posouzení lékařem. Aplikujeme hemostyptika a je třeba brát v povědomí, že po potratu je nutná instrumentární revize děložní dutiny, jelikož nemáme jistotu zda proběhl potrat úplný.

5. PREEKLAMPSIE

Etiologie není známa, uvádějí se jen teorie. Imunologický defekt, genetické predispozice, působení kyslíkových radikálů.

Prvotním příznakem preeklampsie je zvyšující se krevní tlak gravidní ženy. Krevní tlak většinou v těhotenství stoupá pozvolna, ale u některých žen nástup bývá velmi rychlý. Právě k zvyšujícímu se krevnímu tlaku dále nasedají otoky, které mohou být až rozsáhlé a posledním bývá proteinurie, kdy poškozené ledviny začnou propouštět bílkoviny.

5.1. Léčba preeklampsie

Lékař pracující na ambulanci, by měl za včas rozpoznat počínající stadia preeklampsie a odeslat pacientku k hospitalizaci. U některých pacientek je průběh preeklampsie pozvolný, u jiných je zase nástup velmi rychlý až k eklamptickému záchvatu.

Je velmi důležité věnovat pozornost těmto příznakům. Pozvolné zvyšování TK, stopy bílkovin v moči, přírůstek na hmotnosti, bolesti hlavy, poruchy vidění a tak dále. Jestliže se u ženy rozvinou silné známky preeklampsie, kdy krevní tlak vystoupá na hodnoty nad 160/110mm Hg, Proteinurie, kdy ztráty bílkovin močí jsou kolem 5g/24 h, přítomnost oligurie pod 400ml/24h, silné bolesti hlavy, edémy až nekardiálnímu edému plic. Je nutno zvážit ukončení těhotenství. Takovou to pacientku hospitalizujeme do tmavé klidné místnosti a monitorujeme její tlak, jelikož je velmi pravděpodobné vznik eklamptického záchvatu.

Superponovaná preeklampsie

5.2. Superponovaná preeklampsie

Je definována vzestupem systolického tlaku krve o 30mm Hg a diastolického o 15mm Hg. Zvýšení krevního tlaku většinou nasedá na již existující chronickou hypertenzi v graviditě. Rovněž proteinurie se vyskytuje buď jako hlavní syndrom s hodnotami kolem 300mg/den, nebo trvalé ztráty bílkovin v moči se zvyšují na hodnoty kolem 2g/den. Péče o těhotnou a plod u superponové preeklampsie, jakož i terapie, jsou identické s postupy při preeklampsii.

6. EKLAMPSIE

Je konečné stádium neúspěšné léčby preeklampsie. Některé formy eklampsie mohou však vzniknout i náhle bez předchozích projevů těžké preeklampsie. Může chybět i stádium křečí a žena upadá do kómatu. Nejčastěji se eklamptický záchvat objevuje na konci těhotenství a za porodu, vzácně však i v raném šestinedělí.

Eklampsii provází záchvaty tonicko – klonických křečí spojené zpravidla s cyanózou, bezvědomím a výraznou hypertenzí.

6.1. Fáze záchvatů eklampsie

Eklamptický záchvat dělíme na čtyři fáze, a to prodromů, fáze tonických křečí, fáze klonických křečí a kóma. U některých žen může chybět i stádium křečí a žena upadá do kómatu.

Fáze prodromů vypadá tak, že žena je neklidná má záškuby fasciálních svalů, stáčení bulbů a hlava ke straně. Trpí silnými bolestmi hlavy, epigastria a zvrací.

Fáze tonických křečí. Křeče postihují především žvýkací svaly, hrudníků a bránice to má za následek že žena je v apnoe. Dále se přidávají křeče zádočných svalů a horních končetin, epistotonus, boxerské postavení. Toto trvá několik sekund pak přechází do další fáze.

Fáze klonických křečích, tuto fázi charakterizují nekoordinované pohyby celého těla. Ruce vypadají jako ruce bubnujícího tambora. Celé toto stádium může trvat i několik minut.

Kóma nastává po fázi klonických křečí. Gravidní žena upadá do hlubokého bezvědomí s mydriázou zornic, hyporeflexií a hlubokým dýcháním. Po probuzení si zpravidla nic nepamatuje. Pokud nenásleduje adekvátní léčba, může se eklamptický záchvat rychle opakovat a postupně tím vyvíjet status eclampticus.

6.2. Léčba eklamptického záchvatu

V terénu pacientku s eklampsií klidníme a uložíme do polohy, ve které podložíme horní část těla anebo do stabilizované polohy na levý bok. Sledujeme tělesnou teplotu, monitorujeme krevní tlak a puls a velmi šetrně transportujeme. Během převozu je důrazně zakázáno použít sirénu. Součástí terapie v přednemocniční neodkladné péči je podání kyslíku a zajistíme žilní linku.

Na porodním sále je v pohotovosti balíček, který obsahuje nezbytné pomůcky pro první pomoc: mulem obalenou lžici mezi zuby (jak prevenci poranění jazyka), airway k zajištění volných dýchacích cest, Diazepam® (Valium®) a MGSO₄ k intravenózním podání. V případě výskytu tonicko-klonických křečí je třeba těhotenství ukončit císařským řezem, bez ohledu na plod. Důležitější je vyvézt pacientku z kómatu a stabilizovat její zdravotní stav. Po section caesaria pacientku umístíme na JIP a posléze celé šestinedělí jednou týdně sledujeme její krevní tlak.

(Čech, a kol.,2006)

7. HELLP syndrom

HELLP syndromem je považována těžší forma preeklampsie. Příznakem bývá trombolýza, trombocytopenie a zvýšené jaterní enzymy. Zkratka tohoto onemocnění je odvozena od počátečních písmen příznaků z angličtiny:

Hemolysis, znamená rozpad červených krvinek,

Elevated **L**iver enzymes, zvýšení jaterních enzymů,

Low **P**latelet count, pokles krevních destiček.

Jak již bylo řečeno dle některých autorů se jedná o těžší formu preeklampsie, právě z důvodu podobných příznaku, jako jsou edémy, proteinurie a hypertenze. Udává se že přibližně jedna třetina těžších preeklapsií je komplikována HELLP syndromem, ale ten se může manifestovat samostatně, nebo jedna z dalších teorií udává že se jedná o specifickou formu diseminované intravaskulární colagulopatie (DIC).

7.1. Příznaky HELLP syndromu

Onemocnění předcházejí příznaky jako u viróz ,malátnost, únava. V pokročilém stádiu je typická bolest lokalizovaná do epigastria, nebo dolního hypochondria, doprovázená nauzeou a zvracením. Následně dochází ke krvácivím projevům jako je epistaxe, hematurie, či krvácení do gastrointestinálního traktu, objevují se otoky a velký výhový přírůstek, hypertenze, proteinurie a může se objevit i ikterus. U velmi vážných případů se objevují příznaky shodné s generalizovanou DIC. Dále bývá postižen kardiovaskulární systém, s možností rozvoje nekardiogéního edému plic, až s rozvojem respirační insuficience. Symptomatologie se zpravidla rozvíjí velmi rychle, vrámci 24 až 72 hodin.

7.2. Léčba HELLP syndromu

Zpočívá v rychlém transportu na gynekologicko porodnické oddělení, k indikaci o ukončení těhotenství, nejčastěji císařským řezem. Udržení dostatečného intravaskulárního objemu, za pomoci podávání krystaloidů, haemacelu, erymasy. Kompenzace koagulačních faktorů a zajištění profylaktické dávky nízkomolekulárního Heparinu. Z porodnického hlediska podání antikonvulzivní léčby v podobě dávek Mg a diazepamů. Léčby musí být vedena na základě důsledné monitorace a laboratorních výsledků.

8. VCESTNÉ LŮŽKO

Vcestné lůžko nebo-li placenta previa, je stav kdy placenta z části nebo zcela překrývá děložní branku. Vzniká dle toho jak hluboko, niduje plodové vejce v dolním segmentu děložním. Dle uložení placenty tedy rozeznáváme několik druhu a to :

Placenta previa marginális. Placenta zasahuje svým okrajem k vnitřní brance. Za porodu, kdy dochází k dilataci vnitřní branky, pak dochází k přesahování placenty přes okraj branky.

Placenta previa partiális. Placenta částečně překrývá děložní branku, při dilataci během porodu, je pak patrný její okraj spolu s odstupujícím vakem blan.

Placenta previa centralis (totális). Jedná se o placentu, která překrývá celou vnitřní branku děložní.

8.1. Příznaky

Hlavním klinickým příznakem vcestného lůžka je krvácení. První krvácení se může objevit již v I. trimestru, jelikož v dolním segmentu dělohy nejsou příliš příznivé podmínky pro vývoj, což má za následek nízké hladiny hormonů a zánik žlutého tělíska s následným potratem. Obvykle však těhotenství pokračuje dále a vcestné lůžko se projeví až ve druhé polovině gravidity opět krvácením. V tomto období se začne rozvíjet dolní segment což má za následek drobné odlučování placenty od stěny děložní. Krvácení je slabé ale dlouhodobé to má za následek anemizaci těhotné. V klidu na lůžku však ustává. Čím blíže je porodu, tím je krvácení silnější. Někdy krvácení může nastat až za porodu, jako velmi intenzivní, což ohrožuje ženu na životě.

8.2. Léčba.

Jelikož není možné odhadnout další vývoj a intenzitu krvácení u těhotné je v první řadě nutnost hospitalizace těhotné. Jestliže se krvácení objevilo během těhotenství, bez vlivu kontrakcí je hlavním léčebným postupem klid na lůžku.

U silného krvácení je jedinou záchranou rychlá indikace k císařskému řezu. Ten je indikován vždy u nálezu placenta previa centralis a partialis.

9. PŘEDČASNÉ ODLUČOVÁNÍ PLACENTY

Předčasné odlučování placenty je odlučování od děložní stěny. Příčinou bývá dopravní nehoda, úraz, onemocnění matky (preeklampsie, eklampsie, hypertenze, vrozené či získané vady dělohy).

9.1. Klinický obraz

Ten se liší podle rozsahu a odloučeného lůžka a části placenty, která se odloučila. Pokud se odloučila hrana placenty, pak krev vytéká mezi děložní stěnou a blanami, navenek se projeví jako slabé krvácení. Pokud se placenta odloučila v centru, může se vytvářet retroplacentární hematom. Krvácení v tom to případě chybí a rozvíjí se hypovolemický šok, bolestivost dělohy a na pohmat je prknovitě tuhá. Při pronikání velkého množství krve do stěny děložní se následně začne uvolňovat tromboplastin, který nastartuje DIC.

9.2. Léčba

Je závislá na fázi porodu, stavu plodu a části placenty, která se odloučila. Dirupce vaku blan má snížit děložní tonus a snížit průnik tromboplastinu dělohou, a tím zpomalit případný vznik DIC. Bedlivě kontrolujeme diurezu, stav plodu a případný rozvoj DIC. Pokud jsou známky abrupce placenty závažné, pak porod neprodleně ukončíme císařským řezem, za profylaktické heparinizace a aplikace antitrombinu III před zahájením císařského řezu.

10. SYNDROM AORTOCAVALNÍHO ÚTLAKU

Jedná se o následek stlačení dolní duté žíly a aorty, dozadu nasedající těžkou dělohou v pokročilém stavu těhotenství, u žen v poloze na znak. Děloha tak brání dostatečnému žilnímu návratu z dolních končetin.

10.1. Příznaky komprese

Objeví se obraz akutní hypovolemie. Pacientka začne pociťovat závrat' nevolnost, slabost. Kůže bude bledá a studeně opocená, Začnou se objevovat poruchy vědomí, vedoucí až k bezvědomí, pokles krevního tlaku a tachykardie.

10.2. Léčba

Spočívá v předcházení tohoto stavu. Pacientku vždy pokládáme na levý bok, snažíme se jí uklidnit, můžeme podávat kyslík, šetrně ji transportujeme, monitorujeme tlak a puls.

11. POROD

Porodem nazýváme každé ukončené těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g, nebo přežije-li novorozenec i s menší porodní hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je nově stanovenou podmínkou porodu rovněž minimální hmotnost 500g. (Čech a kol. 2006)

11.1. Porodní cesty

Porodní cestami rozumíme prostor, kterým prochází plod během porodu. Ty rozdělujeme na měkké a tvrdé. Tvrdé porodní cesty jsou kosti pánve. Největší roli za porodu má malá pánev, která je ohraničena vzadu kostí křížovou a kostrční, ve předu kostmi stydkými spojenými sponou stydkou a o stranách ohraničené tělem kosti kyčelní a sedací kostí. Tento kruhový spoj kostí vytváří takzvaný pánevní kanál, jehož délka je kolem 16 cm. Měkké porodní cesty jsou soborem převážně příčně pruhovaných svalů, uložených v oblasti pánevního východu a stěnách malé pánve. Svalově vazivové přepážky, nebo-li pánevní dno. K měkkým porodním cestám dále patří také dolní segment dělohy, pochva a vulva.

11.2. Porodní objekt

Na plodu označujeme velké části, hlavičku a konec pánevní, a malé části, jež jsou horní a dolní končetiny, někdy se tak označuje i pupečník. Největší část u plodu je hlavička. Jelikož jednotlivé kosti lebky plodu nejsou srostlé, ale spojené pouze švy, může dojít k malým posunům kostí, jež usnadní průchod plodu porodními cestami. Místa kde se švy setkávají, nazýváme Fontanely.

11.3. Porod v terénu

Porod v terénu můžeme také řadit mezi urgentní stavy v těhotenství.

Porod v terénu můžeme rozdělovat na plánovaný a neplánovaný. Porod plánovaný v terénu je dle výboru České gynekologické a porodnické společnosti za postup non lege artis. Přesto se plánované porody doma provádějí za dohledu zkušených porodních asistentek.

Porod v terénu neplánovaný můžeme dále rozdělovat jako fyziologický a překotný.

Fyziologický porod v terénu nejčastěji bývá u sociálně slabých, drogově závislých, nebo u utajovaného těhotenství.

Překotný porod je způsoben nadměrně silnou děložní činností, kdy kontrakce následují těsně za sebou s nedostatečnou relaxací dělohy. V porodních cestách není žádná překážka. I. doba porodní u překotného porodu trvá méně než 1 hodinu. Překotný porod se nejčastěji vyskytuje u vícerodiček, kdy hrdlo snadno dilatuje, branka rychle zaniká a pánevní svalstvo je volné. Překotný porod zastihuje ženu nepřipravenou a může tak k porodu dojít v domácnosti, v dopravním prostředku, na veřejném prostranství nebo ve voze záchranné služby.

Při porodu v terénu jsou matka i novorozenec ohroženi závažnými komplikacemi. U matky může dojít k ruptuře hrdla dělohy, pochvy nebo hráze. Novorozenec je ohrožen hypoxií způsobenou zhoršenou uteroplacentární cirkulací při častých kontrakcích bez dostatečných relaxací dělohy, dále při porodu u nepřipravené rodičky se novorozenec může zranit při neodborném vedení porodu, ale nejčastěji mu hrozí podchlazení.

11.4. Vedení porodu v terénu.

Když přijedeme na místo, musíme se rychle zorientovat a zhodnotit situaci. Pokud je možnost vyžádáme si těhotenský průkaz kde můžeme zjistit v jakém je žena týdnů těhotenství, poslední poloha plodu a umístění placenty, jež během porodu mohou způsobit komplikace.

Ženy se ptáme, jestli je prvoroďička nebo více rodička, zda odešla plodová voda, jakou měla barvu a konzistenci. Pokud odešla, musíme zkontrolovat, jestli nedošlo k prolapsu pupečníku.

Důležité jsou také informace o kontrakcích, jejich síle a intenzitě. V jakých časových intervalech na sebe navazují.

Pokud tedy je žena v první fázi porodu kontrakce jsou pravidelné kolem 10 minut v pravidelných intervalech a není při nich aktivován břišní lis tak je indikován transport pacientky do nemocničního zařízení. Vhodná je aplikace tokolitik, dle indikace lékaře, na potlačení kontrakcí, popřípadě jejich zmírnění.

Když se u ženy projeví druhá doba porodní, kdy kontrakce jsou silné a začíná se projevovat břišní lis, projevující se tlakem do konečníku a nucením na tlačení. Ve vulvě se začínají objevovat části plodu. Pokud tedy dojde k této fázi je indikovány příprava porodu na místě a dochází že z transportu rodičky se stává kontraindikace. Pokud jsme na cestě musíme zastavit k možnosti porodu.

Vyzveme rodičku aby nám zaujala polohu na zádech s přikrčenými dolními končetinami, které si sama přidržuje pod kolena, vždy když zatlačí.

Naším hlavním úkolem je chránit hráz při porodu, tím že plochou dlaně na níž máme roušku tlačíme na hráz. Druhou rukou povolujeme prořezávající hlavičku cestu. Hlavička se nejčastěji rodí obličejem k perineu pak udělá rotaci, pak jí uchopíme mezi ploché dlaně, sklopíme jí lehce k perineu aby se porodilo přední ramínko a pak ji nad zdvihněme aby došlo k porození zadního raménka spolu s částí trupu, prsty zaklesneme pod obě raménka a lehkým obloukem vedeme další pohyb, což má za následek spontánního porození zbytku trupu a nožiček. Za dítě netaháme jen mu pomáháme v cestě na svět.

Když odrodíme novorozence, uložíme ho mezi nohy rodičky, odsajeme obsah úst poté dutinu nosní. Počkáme až dojde k dotepání pupečníku, poté ho zaškrtneme přibližně 15 cm od úponu u novorozence a následně kolem 3cm podáme další. Mezi svorkami pak přestříhneme pupečník.

Dítě osušíme, zabalíme a dáme matce na hrudník kde ho můžeme sledovat a má zde i tepelný komfort. Pokud však dítě pod odsátí stále nedýchá, je pro nás hlavní prioritou prodechnout ho pomocí masky pro novorozence. Hodnotíme uder srdečního hrotu, a stav dítěte dle Apgar score (viz. Příloha č. 3) (Drábková, 1997). Pokud dítě vyžaduje resuscitaci zahájíme 5 vdechů, dále masírujeme hrudník dvěma prsty přibližně do hloubky 2-3 cm s kombinací vdechu 3 : 1.

Po porodu dítěte se přibližně do 20 minut porodí placenta spolu s plodovými obaly, za pupečník nikdy netaháme, můžeme jen zatlačit za fundus a rodičku vyzveme, aby zatlačila. Tu musíme následně celou uchovat pro kontrolu porodníkem v nemocnici. Na rychlejší odloučení a porod placenty je možné po konzultaci s lékařem podat Oxytocin. Jinak kryjeme zevní rodidla rouškou a indikujeme transport do nemocničního zařízení, kde dojde k závěrečné kontrole dítěte, rodičky o možných porodních poraněních a zda došlo k porození všech plodových obalu a částí placenty.

12. KOMPLIKACE VZNIKLÉ BĚHEM PORODU

tím se rozumí komplikace, jež nám vzniknou během fyziologického porodu.

12.1. Hypotonie až atonie děložní

jedná se o nejčastější poporodní příčinu krvácení, přibližně kolem 75% všech krvácení. Děloha je chabá, žena krvácí z pochvy jasnou krví. Po krátkém období, začne děloha vystupovat nad pupek, jelikož se začne plnit koaguly. Pokud zatlačíme na děložní fundus, dojde k jejich uvolnění a žena začne opět silně krváčet. Tento stav je život ohrožující, z důvodu silných krevních ztát.

Jako první pomoc u toho to stavu je děložní masáž. Tu provádíme tak, že uchopíme dělohy celou dlaní a snažíme se vyvolat kontrakci, aby došlo ke stažení dělohy. Zároveň podáváme 5j. Oxytocinu a 1 amp. Methylergometrinu. Následuje pak bimanuální masáž, kdy zavedeme jednu ruku do přední klenby poševní a druhou překlopíme fundus ke sponě stydké. Tím by se měli stlačit cévy vedoucí krev k děloze a krvácení by se mělo zmírnit. Rodičku transportujeme na gynekologické oddělení.

12.2. Prolaps pupečníku

dochází k němu při předčasném odtoku plodové vody, kdy vyhřezne podél hlavičky do porodního kanálu, až před zevní rodidla. Pupečník může být, obzvláště při kontrakcích, stlačen proti pánevním strukturám, a tím se přeruší fetoplacentární oběh a dochází k ohrožení života plodu.

Terapii v přednemocniční péči spočívá v trendelenburgově poloze, na levém poloboku, s podloženou pánví složenou příkrývkou. Podáváme inhalačně kyslík. Pokusíme se digitálně uvolnit a povysunout hlavičku aby nedocházelo ke stlačení pupečníku. Pokud máme pupečník před rodidly, kryjeme ho sterilními krytím zvlhčený fyziologickým roztokem. Takto zajištěnou rodičkou indikujeme transport do nemocnice na porodní sál.(POKORNÝ,J., 2004)

13. ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem si vytvořila 130 parere dotazníků, pro odbornou veřejnost, které jsem rozdala mezi zdravotnické záchranáře Kralovéhřradeckého kraje a Plzeňského kraje. Dále jsem se zaměřila na studenty oboru Zdravotnický záchranář, Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě, a poslední oslovenou skupinou byl střední zdravotnický personál z Fakultní nemocnice Plzeň a Psychiatrické léčebny v Dobřanech.

Z rozdaných dotazníků, se jich od dotazovaných zdravotníků vrátilo z celkového počtu jen 88 vyplněných.

Dotazník byl složen z 16. Otázek, z nichž 12 otázek bylo přímo tematických, 3 otázky byly dotazy týkající se pohlaví, pracovního zařazení a zdravotnického vzdělání. Poslední otázka byla zpětná vazba pro vyřazení sporných otázek. Tyto vyplněné dotazníky jsem následně zpracovala dle odpovědí do grafického zobrazení, jež následuje v mé práci.

13.1. Cíle praktické části

Hlavním cílem je zjistit jak se zdravotníci orientují v problematice a kde u zdravotníku jsou nedostatky ve znalostech, pomocí dotazníku.

Dále jsem se zaměřila, jak odpovídají muži a ženy, a jaký je rozdíl v odpovědích mezi vytyčenými skupinami zdravotníku.

Dle těchto cílů jsem si vytyčila své hypotézy, které dle zpracování dotazníků, se buď potvrdí nebo vyvrátí.

13.2. Hypotézy

1. Muži budou častěji odpovídat špatně, než ženy.
2. Nelékařský zdravotnický personál bude nejčastěji odpovídat v dotazníku špatně.
3. Zdravotnický záchranáři budou odpovídat ze všech skupin nejlépe.

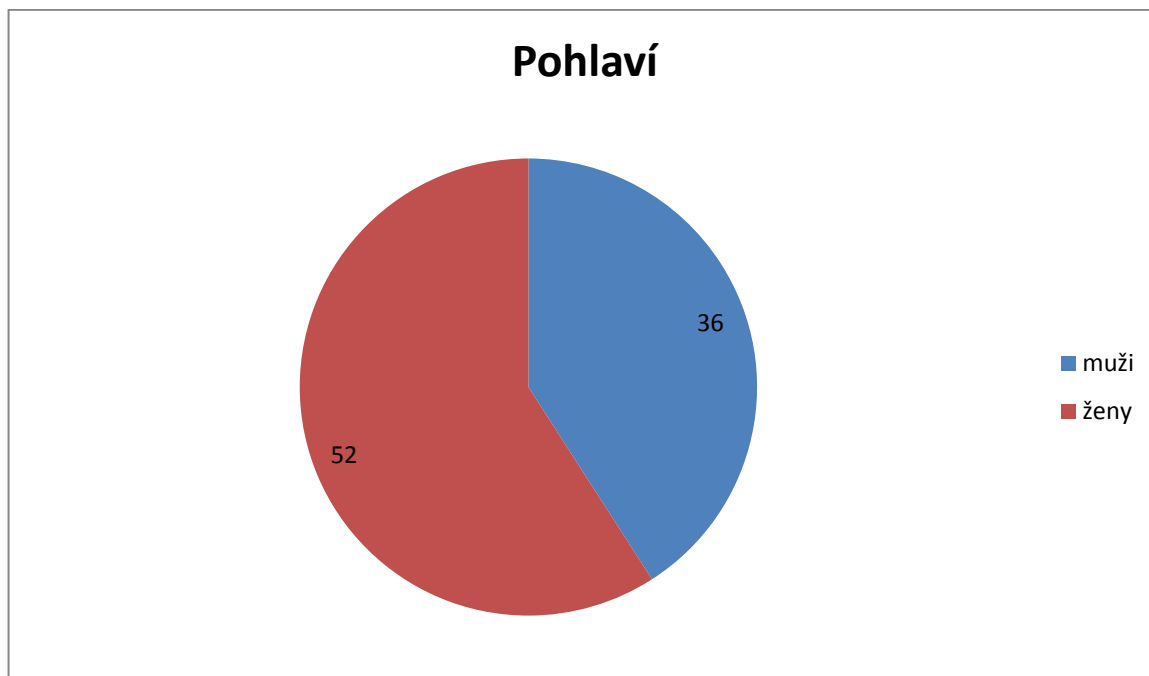
14. ZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH DOTAZNÍKOVÝCH OTÁZEK

14.1. Otázka č. 1:

Zaškrtněte prosím pohlaví:

A, muž

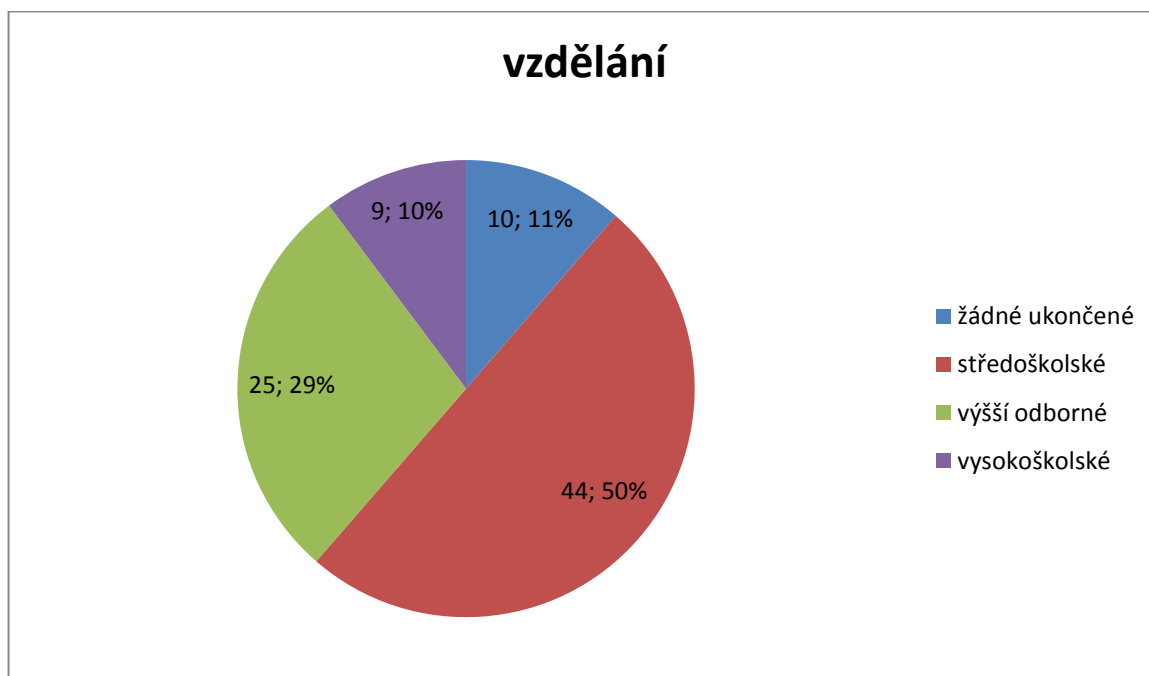
B, žena



14.2. Otázka č. 2:

Napište prosím dosažené zdravotnické vzdělání.

U vzdělání žádné dokončené, odpovídaly jen studenti, zatím co středoškolské v zdělání jako odpověď bylo ve všech dotazovaných skupinách, spolu s vyšším odborným vzděláním. Zatím co vysokoškolské bylo jen u zdravotnických záchranářů a nelékařského zdravotnického

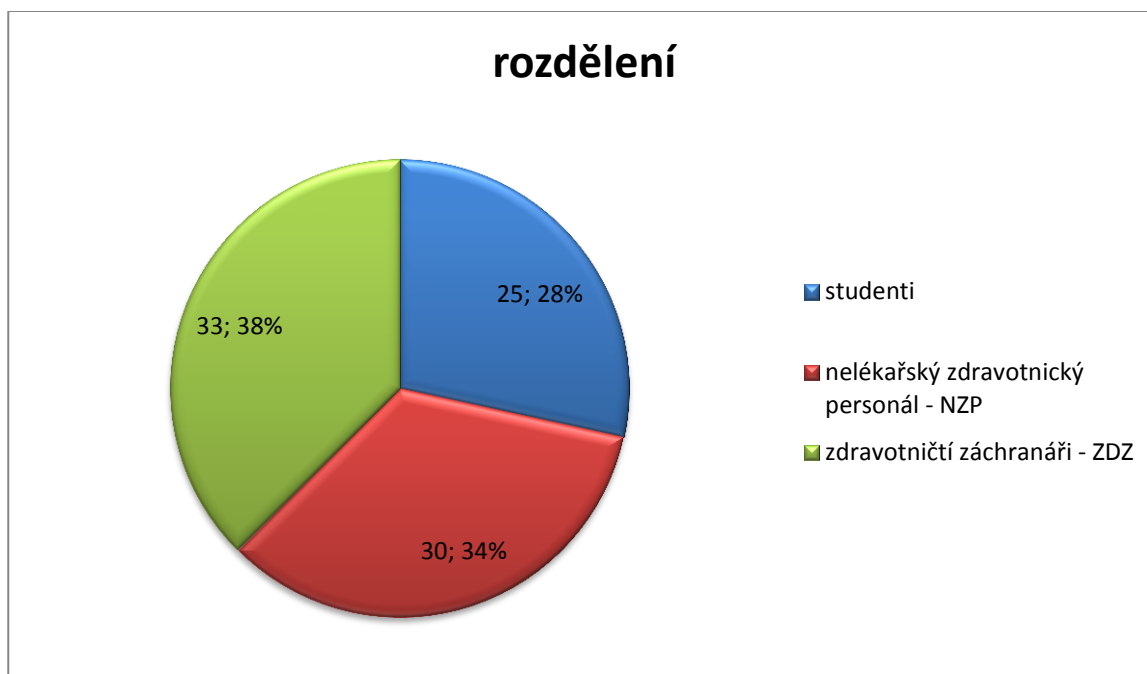


14.3. Otázka č.3

Napište prosím zdravotnické zařízení kde pracujete, u ZZS kraj, u studentů obor a ročník.

U této otázky jsem rozdělila skupinu dotazovaných do třech celků a to:

1. studenti
2. nelékařský zdravotnický personál (patří sem zdravotnický personál pracující v nemocnici)
3. zdravotnický záchranář



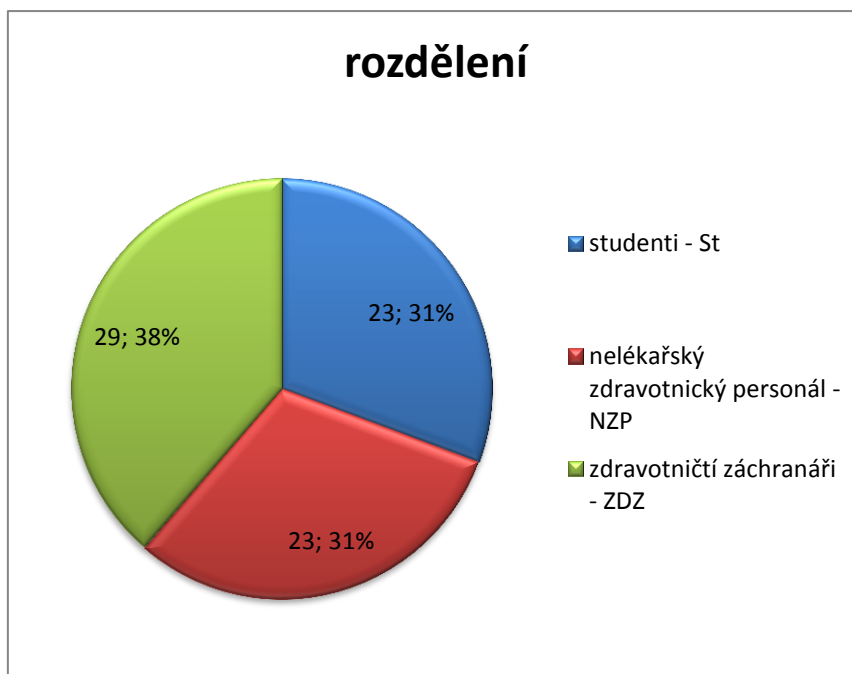
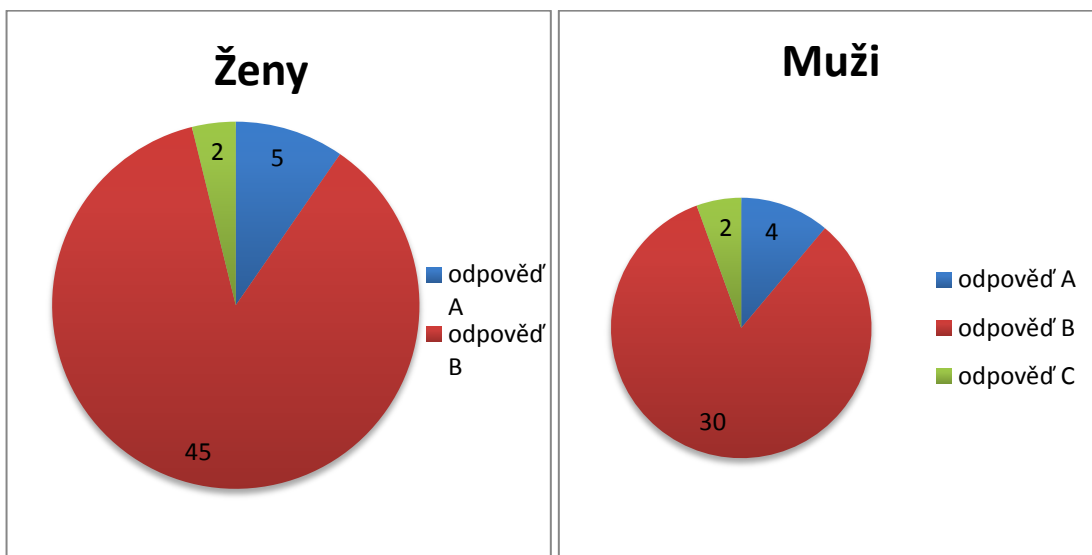
14.4. Otázka č.4

Co nepatří mezi první pomoc u eklamtického záchvatu:

A, zabránění vzniku poranění při křečích

B, podání tekutin

C, rychlá přeprava do nemocnice k indikace ukončení těhotenství



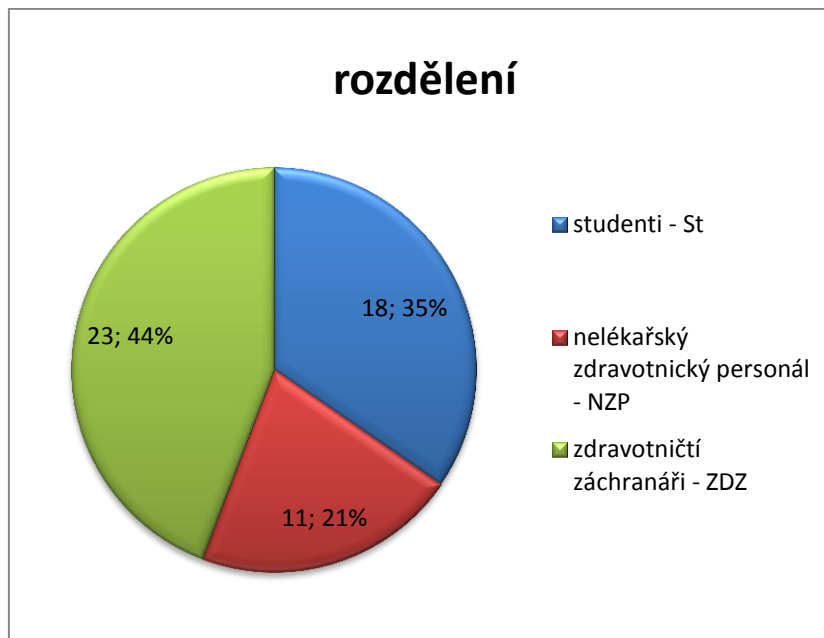
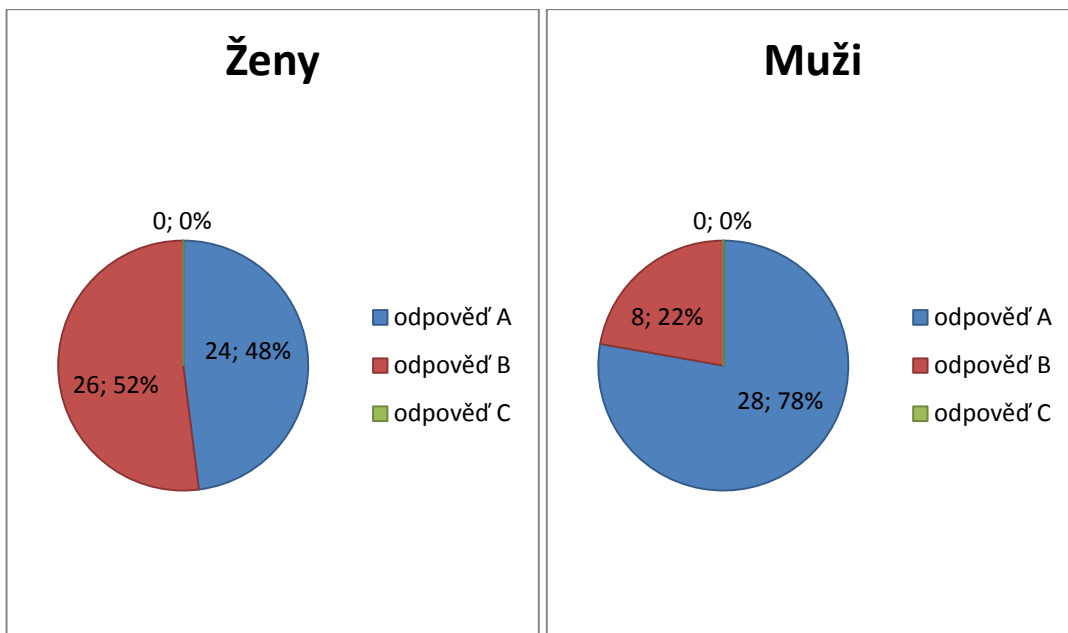
14.5. Otázka č. 5

Kolik máme dob porodních?

A, *Tři doby porodní (otevírací, vypuzovací, porod lůžka a plodových obalů).*

B, Čtyři doby porodní (otevírací, porod placenty, dítěte a následně odtok plodové doby).

C, Dvě doby porodní (porod dítěte a pak placenty).



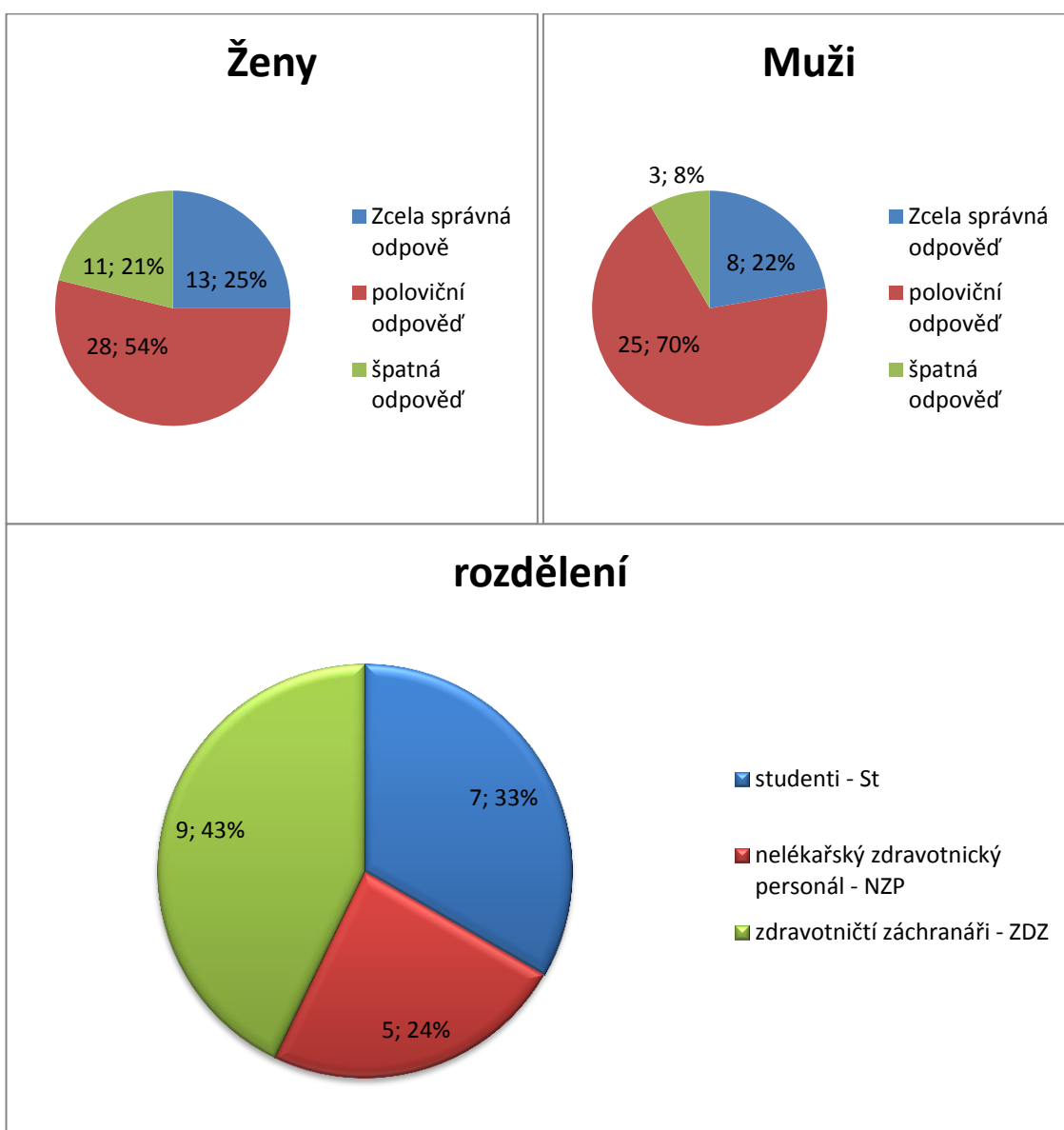
14.6. Otázka č. 6

Napište prosím fáze ekliptického záchvatu.

Tuto otázku jsem položila tak aby dotazovaní odpověď napsali. Jako správnou odpověď jsem počítala, když dotazovaný odpověděl: 1. Prodromy, 2. Fáze tonických křečí, 3. Klonických, 4. Bezvědomí.

Nejčastěji však přišla jen půlka správné odpovědi v podobě: Preklampsie (bohužel z ní při nedostatečné léčbě eklampsie může vzniknout, ale není to fáze záchvatu), Tonicko-klonické křeče až bezvědomí.

Jako špatné odpovědi jsem dostala většinou přiznání nedotazovaný neví nebo jen napsali křeče což mě nepřišlo ani jako poloviční odpověď.



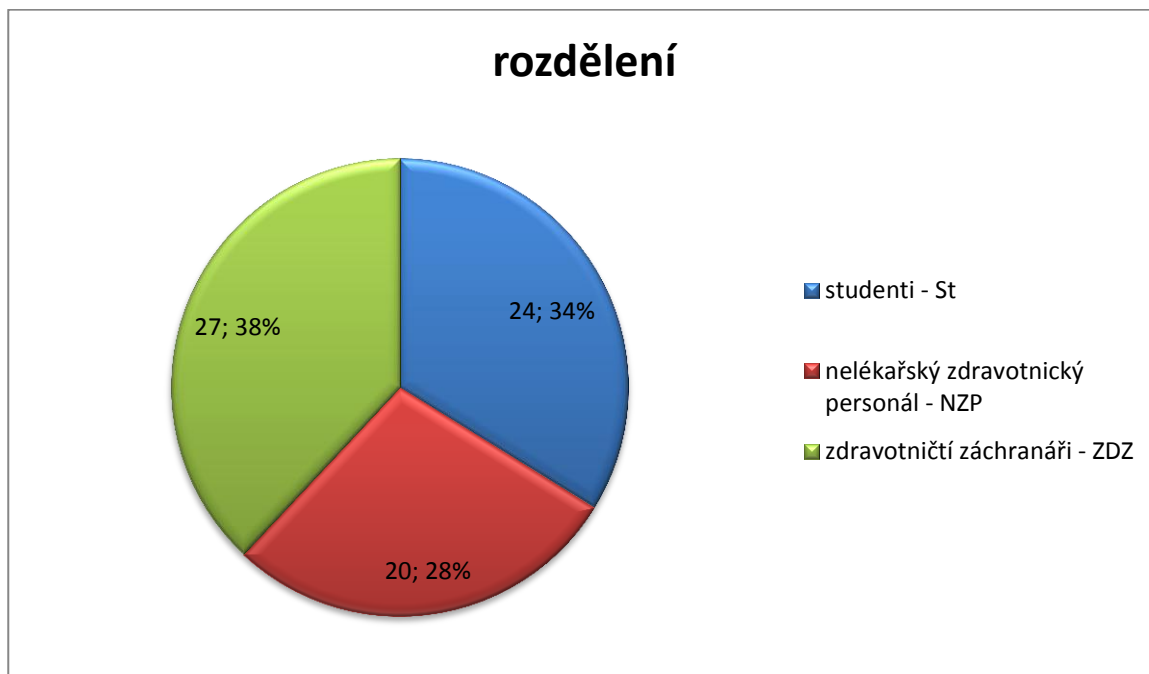
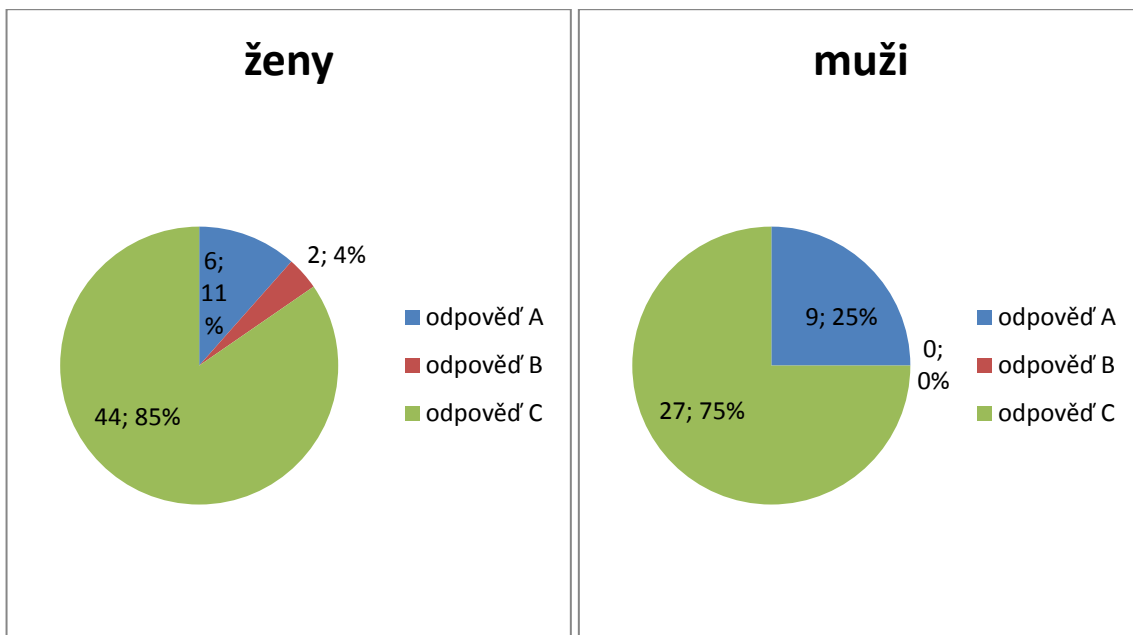
14.7. Otázka č. 7

Co je „EPH gestóza“?

A, záchvat tonicko-klonických křečích u těhotných.

B, předčasný porod

C, komplikace v těhotenství, s výskytem edému, proteinurie a vysokého TK nad 140/90



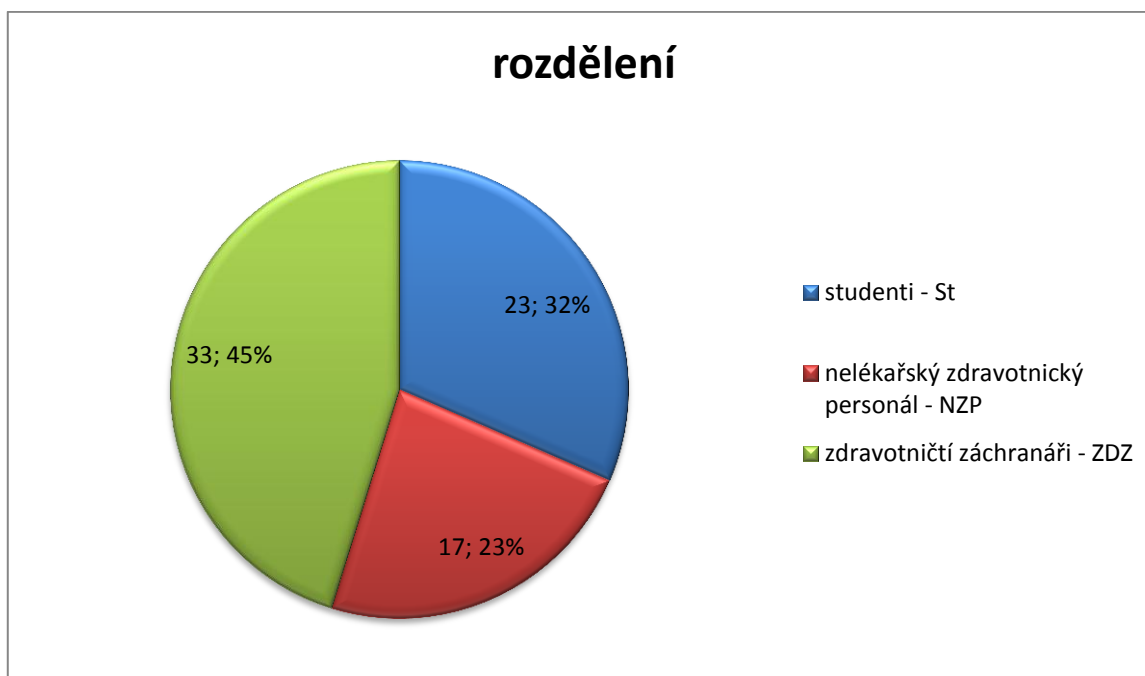
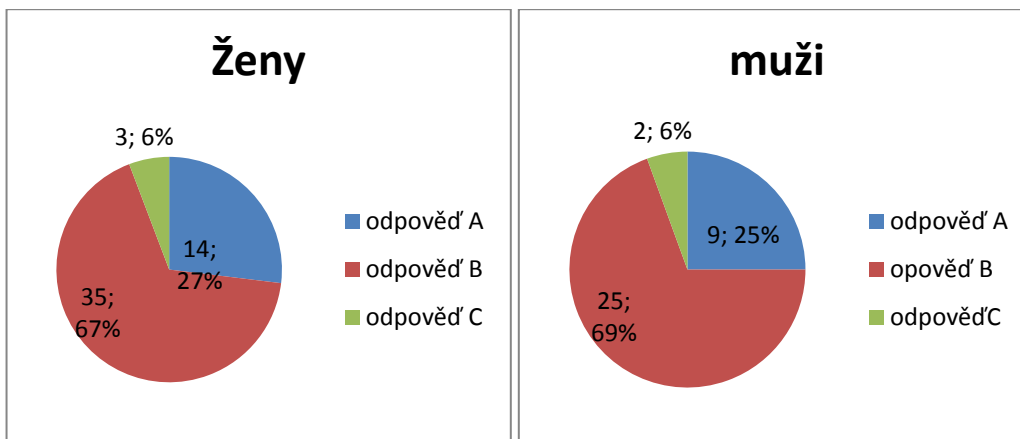
14.8. Otázka č. 8

Jaké jsou polohy plodu při porodu?

A, pouze hlavičkou dolů a koncem pánevním.

B, hlavičkou dolů, koncem pánevním, příčná a šikmá.

C, pouze poloha příčná a podélná.



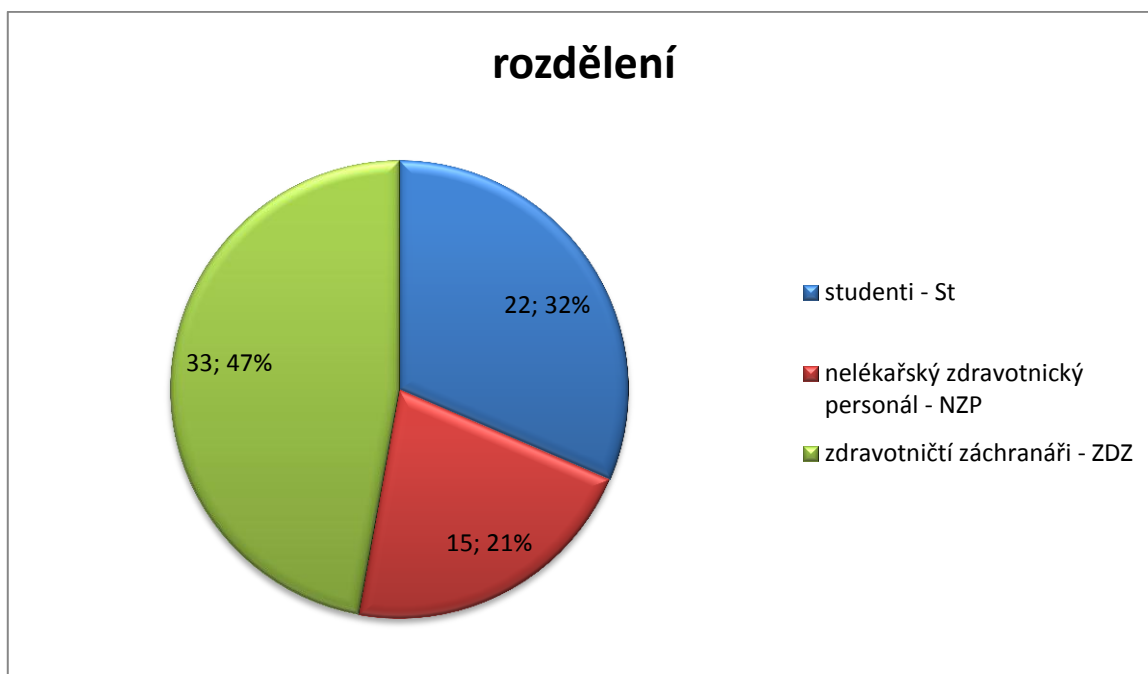
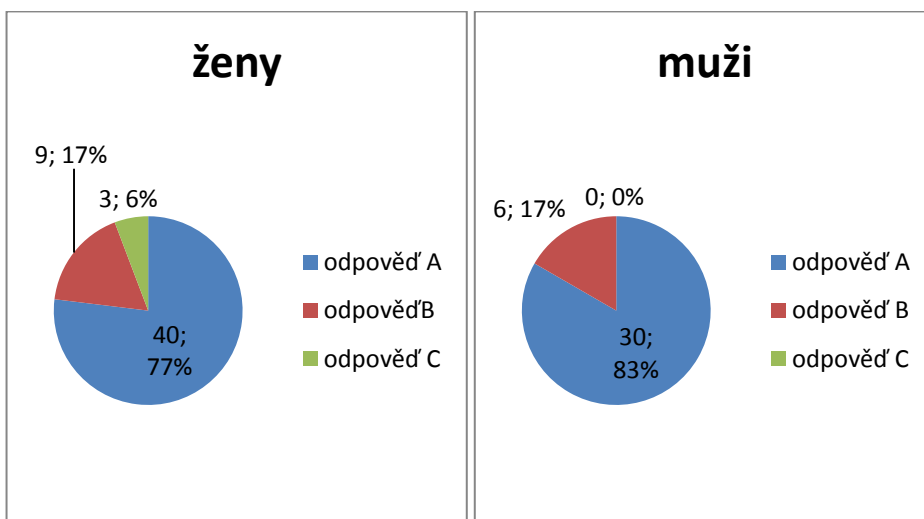
14.9. Otázka č. 9

Jak resuscitujeme novorozence.

A, Záhájme 5 vdechů, dále dále masírujeme hrudník dvěma prsty přibližně do hloubky 2-3 cm a resuscitaci provádíme v kombinaci komprese:vdechy 3:1.

B, 30: 2 komprese:vdechy

C,15:2 komprese: vdechy



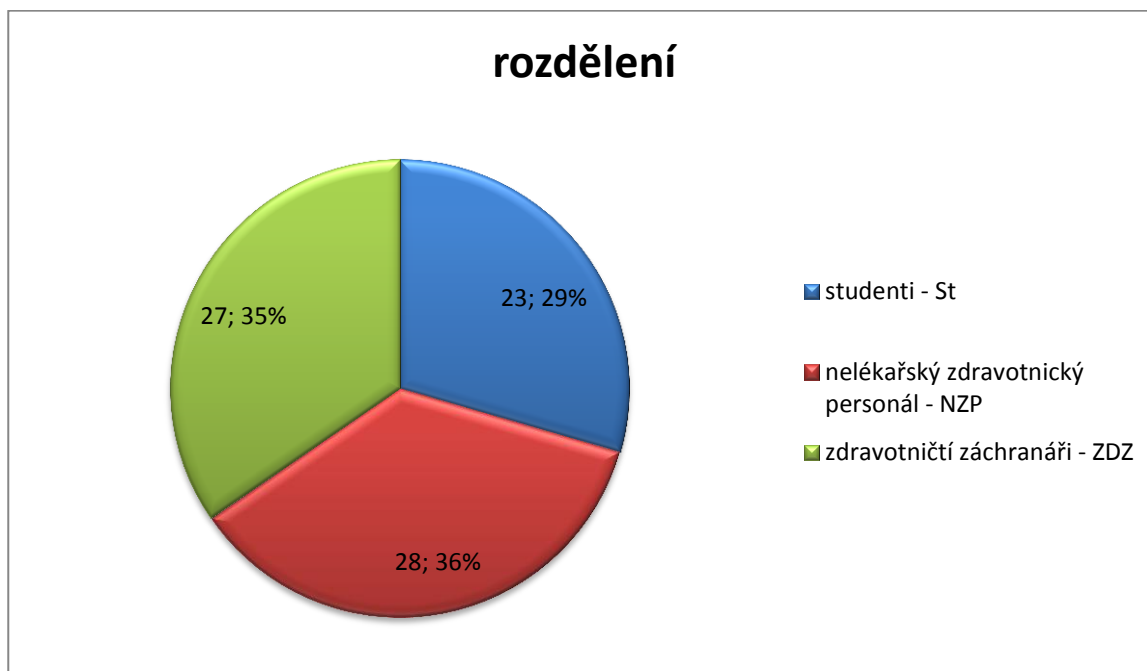
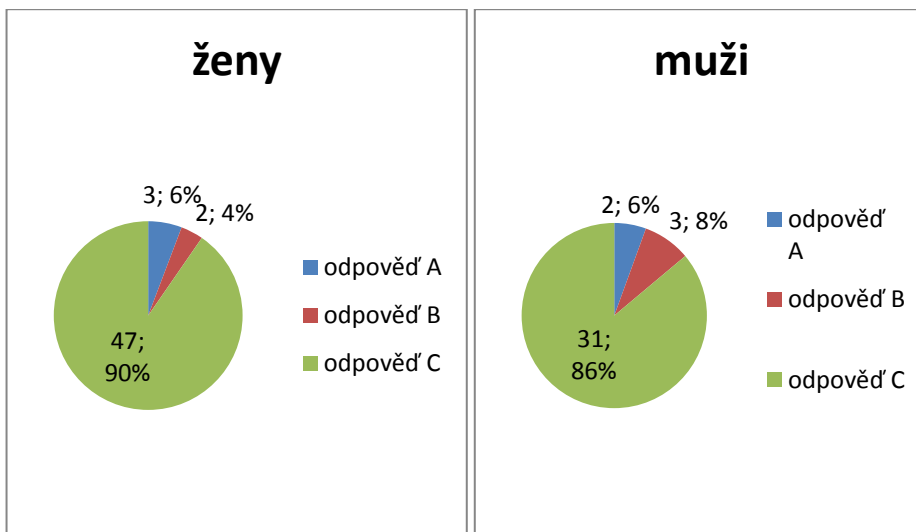
14.10. Otázka č. 10

Jak dlouho trvá fyziologické těhotenství.

A, 40-45 týdnů

B, 32-38 týdnů

C, 38-42 týdnů



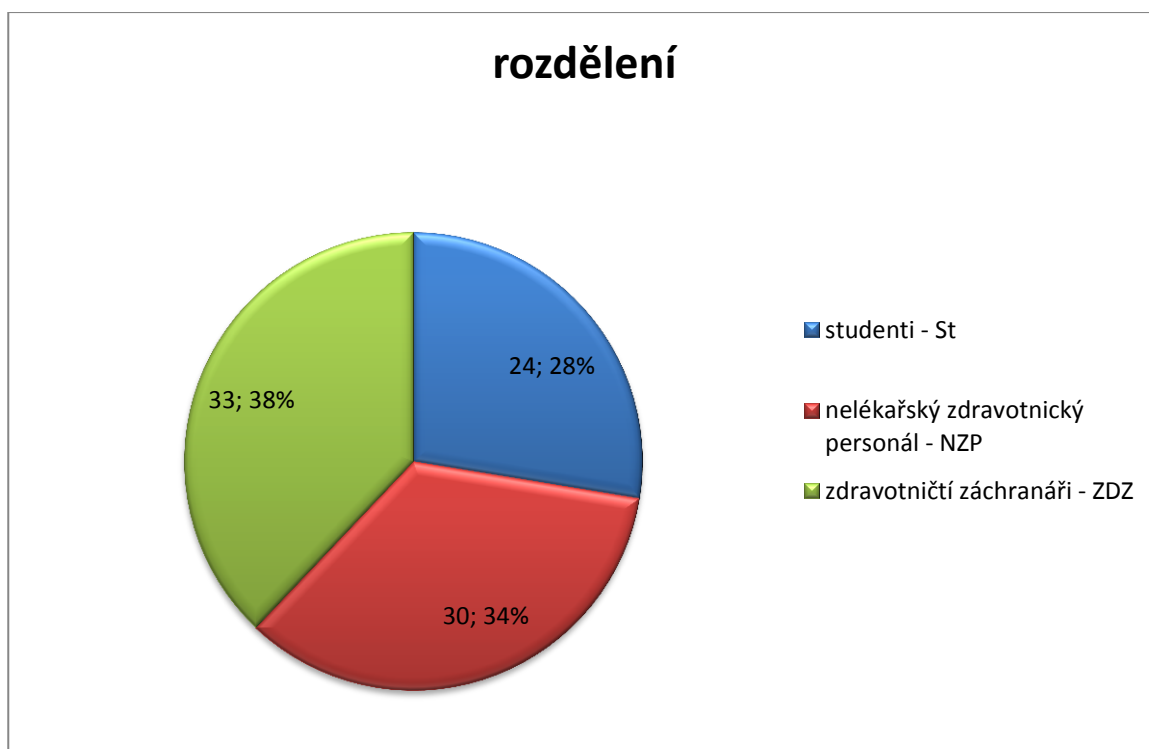
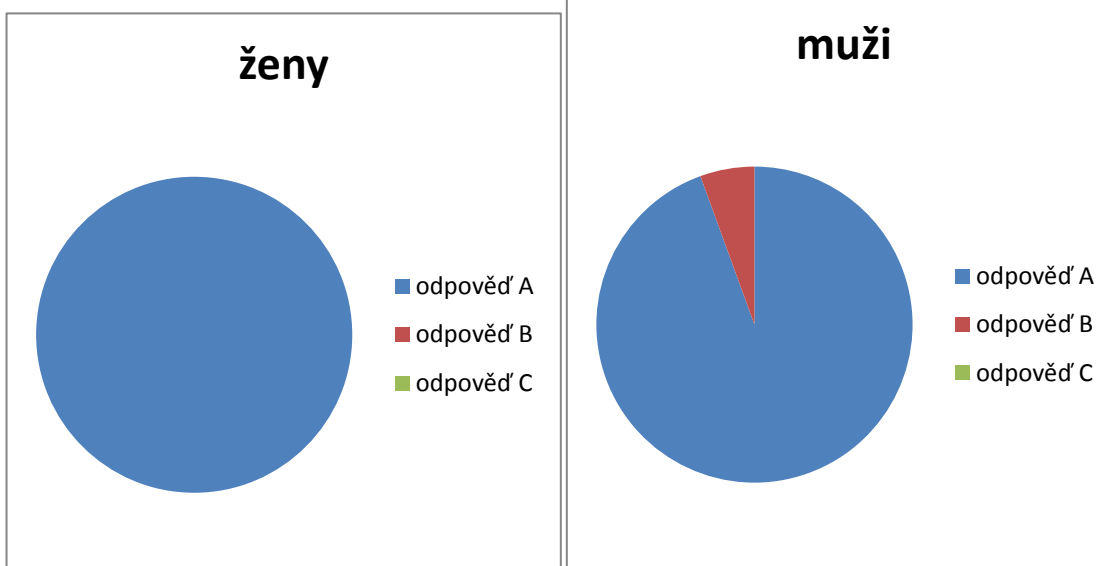
14.11. Otázka č. 11

Co znamená včestné lůžko?

A, neboli placenta previa znamená stav kdy placenta částečně nebo zcela překrývá vnitřní branku děložní.

B, výhřez pupečníku, kdy pupečník brání průchodu plodu za porodu.

C, jedná se o supraponovanou preeklampsii



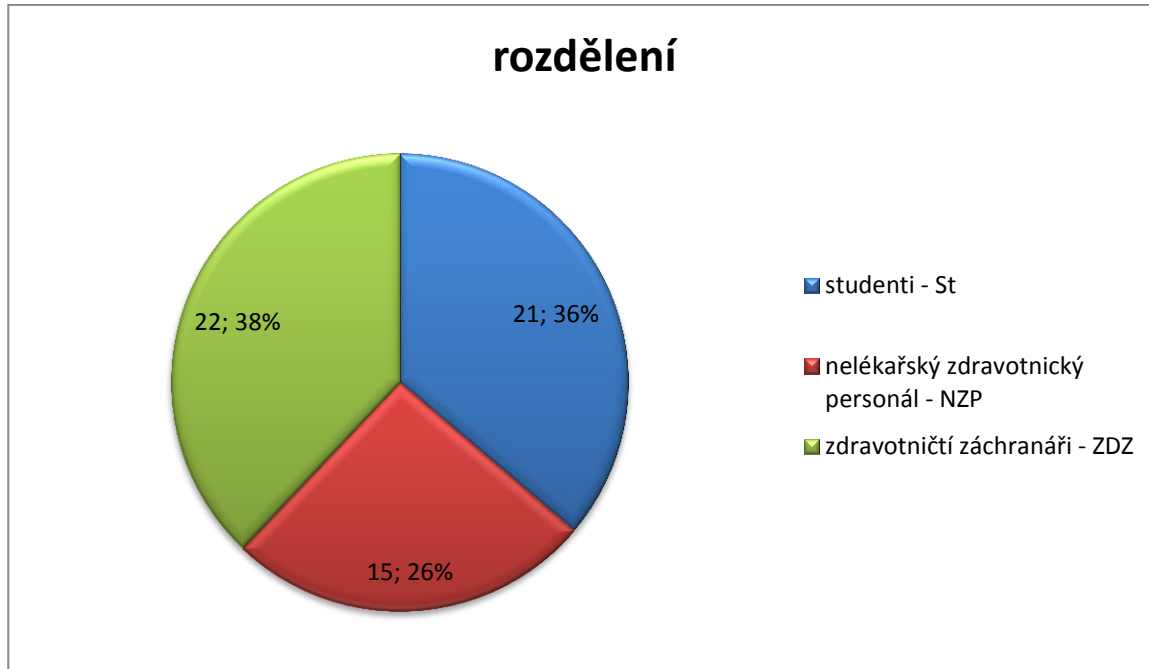
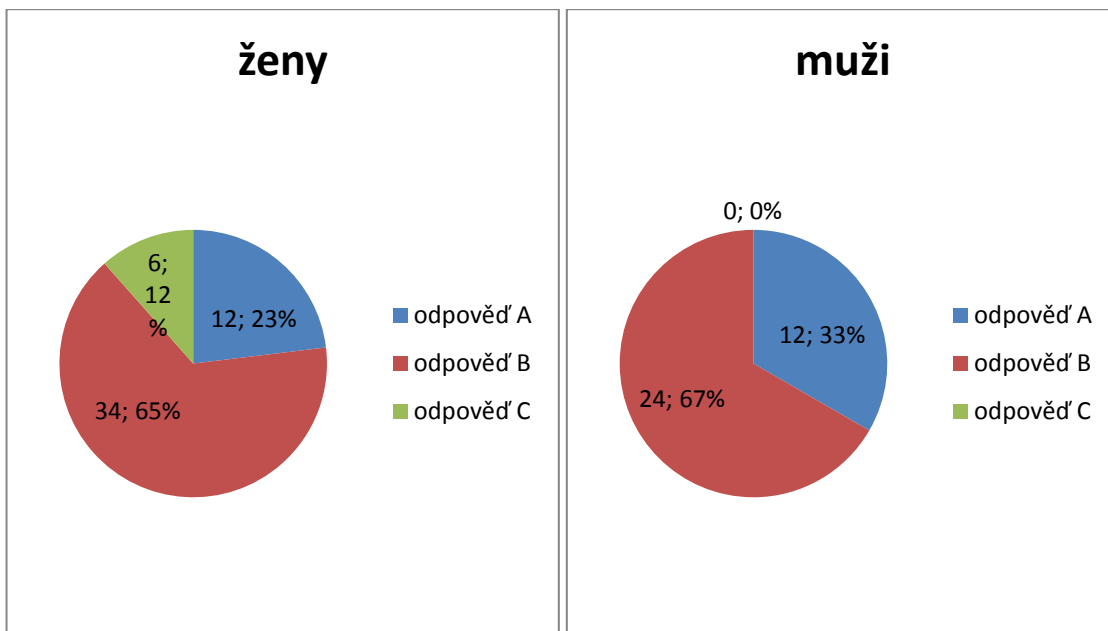
14.12. Otázka č.12

Syndrom aortocavaniho útlaku je způsoben.

A, uložíme-li pacientku na levý bok

B, uložíme-li pacientku na záda

C, embolií plodovou vodou do v. cava



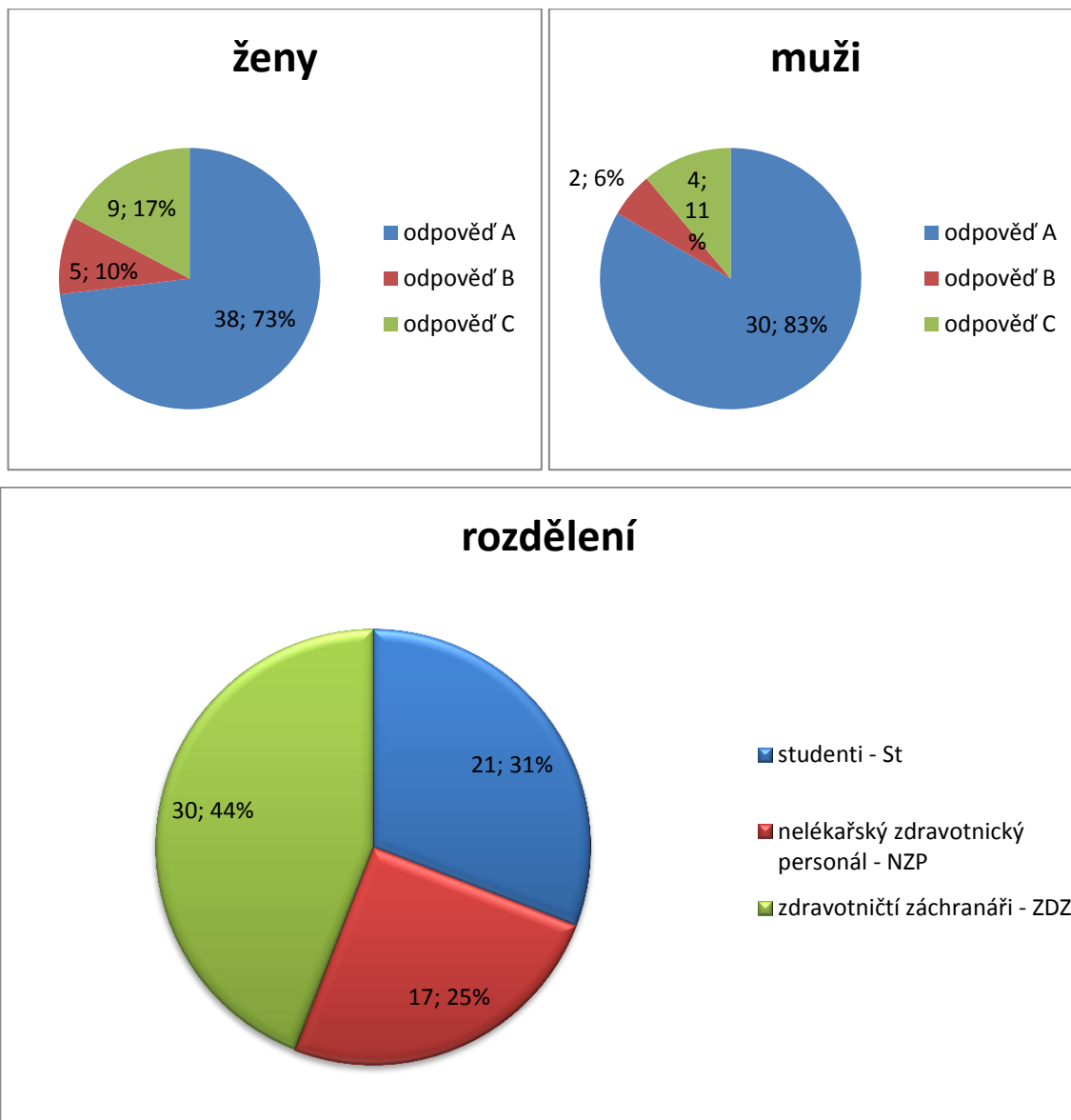
14.13. Otázka č. 13

Jak provádíme transport u těhotné s hypotonií až atonií děložní?

A, provedeme bimanuální masáž aplikujeme oxytocin a ženě vypodložíme pánev.

B, uložíme ji na levý bok

C, v sedě s přikrčenými nohy k tělu



14.14. Otázka č. 14

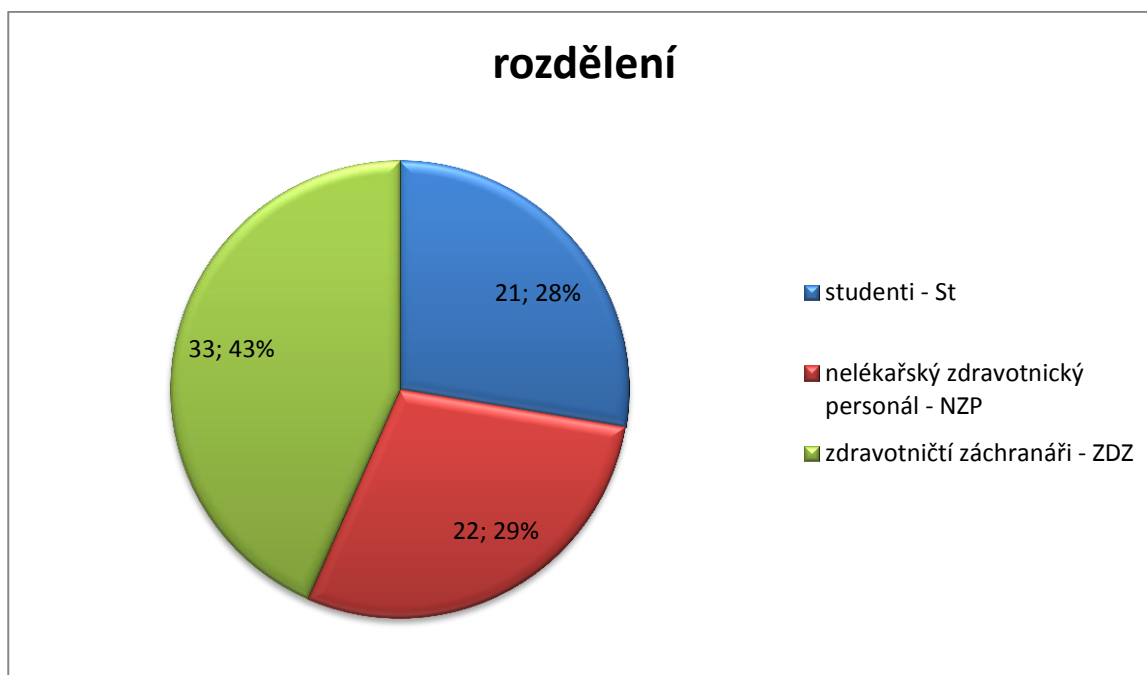
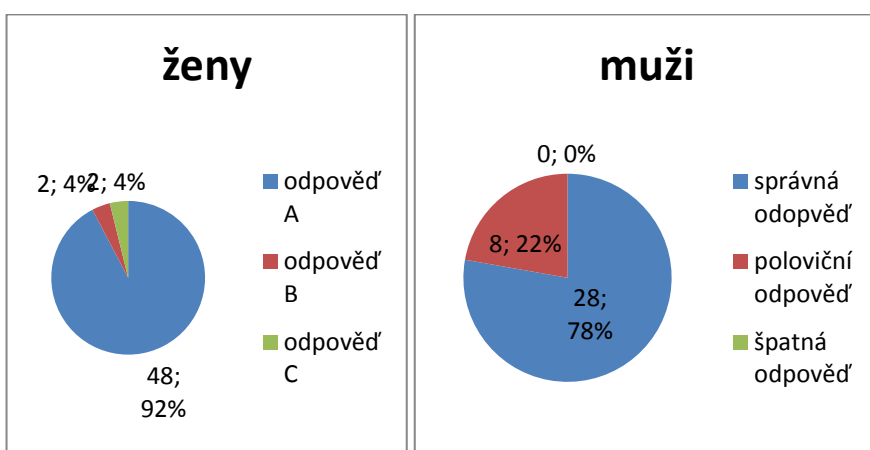
Napište prosím jak ošetříte novorozence, když budete u porodu v terénu.

Tuto otázku jsem opět položila tak aby dotazovaní svou odpověď sami napsali. Jako správnou odpověď jsem počítala, když v dotazníku bylo zhruba:

Dítě osušíme, zajistíme tepelný komfort, dle nutnosti odsaje dýchací cesty, zaškrtneme pupečník na dvou místech a mezi přestříhneme zhodnotíme a orientačně zhodnotíme Apgar score.

Poloviční odpověď jsem dostávala od dotázaných jako: omýt (v terénu není příliš vhodné, jelikož dojde k velkým ztrátám tepla u dítěte.) přiškrtit pupečník a přestříhnout.

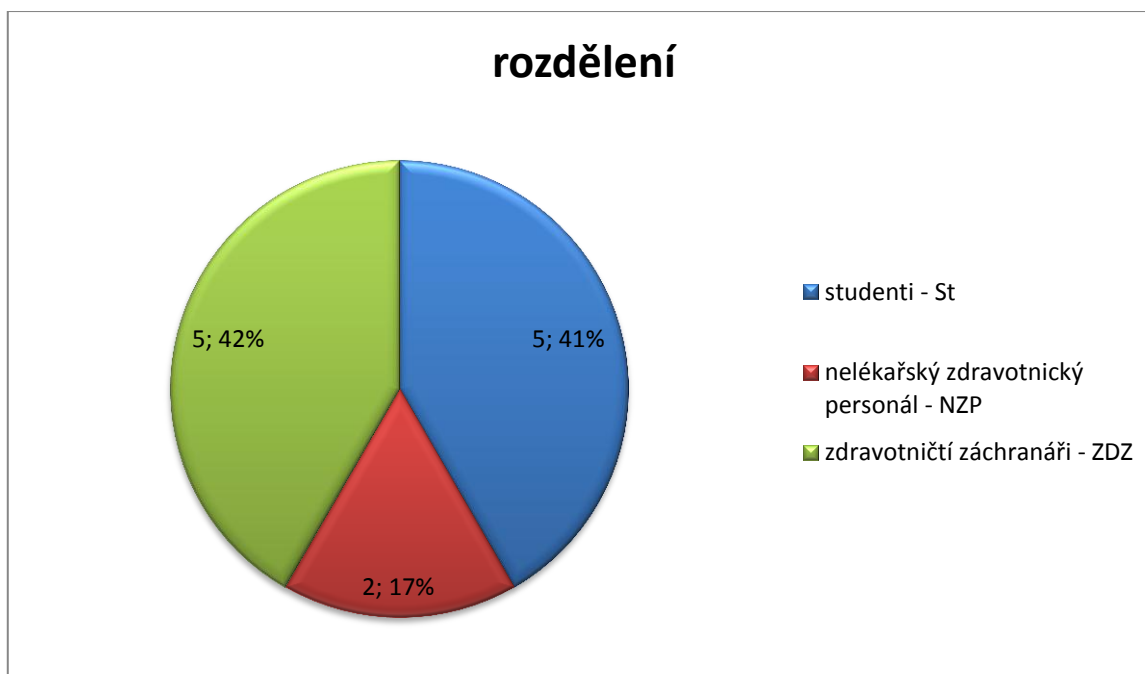
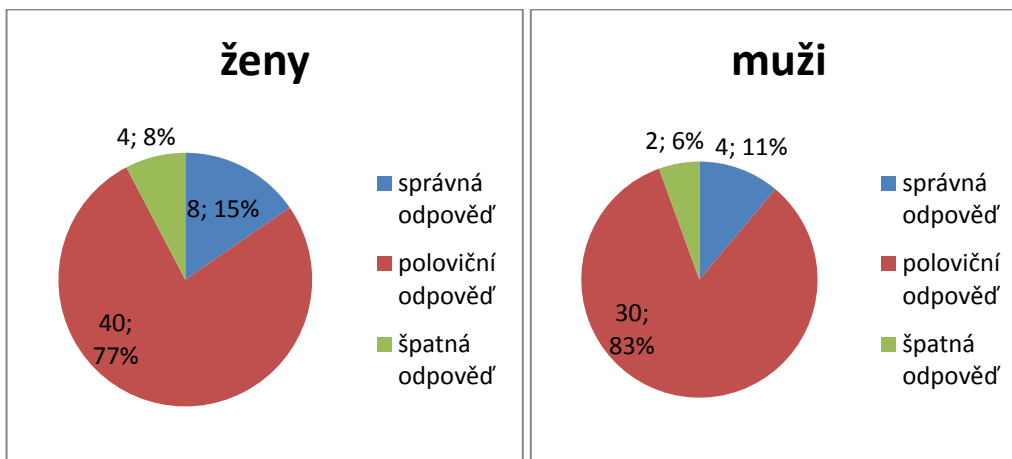
U žen, jako nelékařský zdravotnický personál, se objevily i odpovědi že neví co by asi dělaly v danou chvíli.



14.15. Otázka č. 15

Napište prosím jaké druhy embolií, se mohou nejčastěji vyskytnout u rodiček.

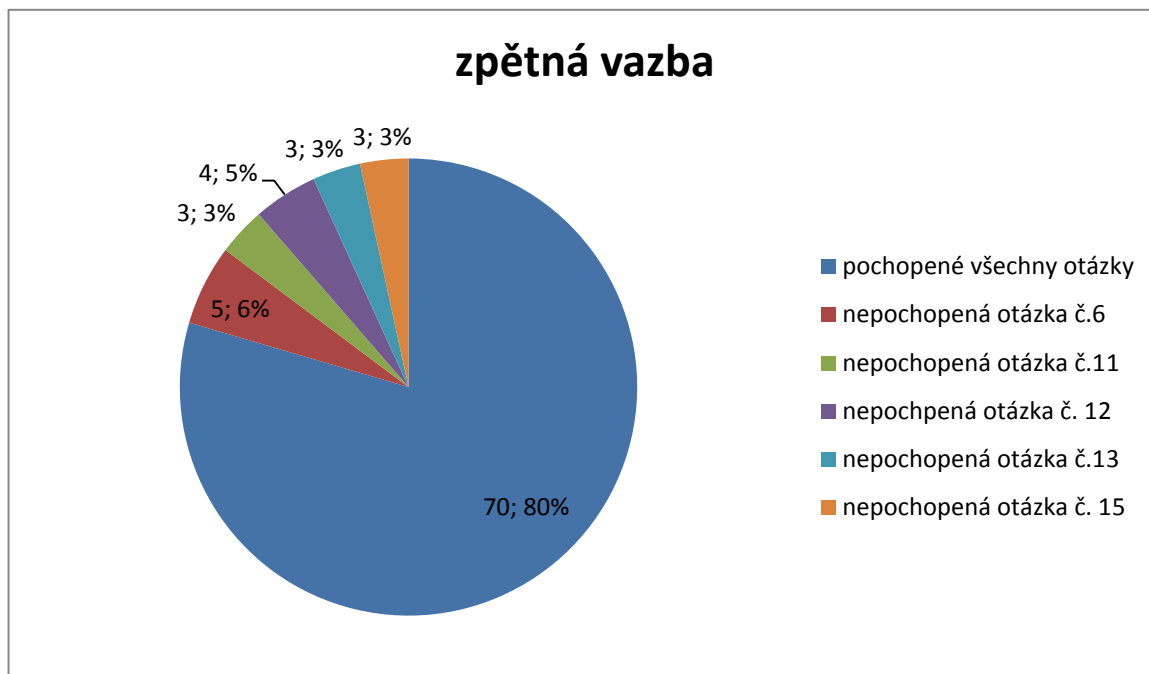
Jako správnou odpověď u této otázky, jsem hodnotila odpověď: embolie krevní sraženinou, plodovou vodou a vzduchem. Jako poloviční odpověď jsem brala plodovou vodou nebo krevní sraženinou. Jako špatnou odpověď jsem počítala když to nebylo vyplněno nebo bylo napsáno embolie dolních končetin.



14.16. Otázka č. 16

Napište prosím číslo otázky kterou jste obsahově nepochopili.

Tato otázka byla jako zpětná vazba na dotazník, abych při jeho vypracování mohla zhodnotit kvalitně všechny otázky, a vyřadila otázky jež nebyly od většiny dotazujících pochopeny. u skoro všech vrácených dotazníku bylo místo na vyplnění proškrtnuté, jen u 18 dotazníků, byla napsána nepochopená otázka, ale stejnou nepochopenou otázku bylo pouze 5 odpovědí, což neberu jako adekvátní rozdíl, který by ovlivnil vyhodnocení otázky.



15.DISKUZE

Svou bakalářskou práci jsem psala na téma: Urgentní stavy v těhotenství související s těhotenstvím v neodkladné péči. Cílem mé práce bylo zjistit, jak jsou na tom se znalostmi zdravotníci. Což jsem podle vyhodnocení dotazníku, konstatovala jako dobré, ale myslím si, že by se měli tomuto tématu někteří občas věnovat, aby doplnily své znalostní mezery. Jelikož jako zdravotníci, jsme povinni poskytnout první pomoc kdekoliv, nejen v nemocnici při výkonu našeho povolání. Dále jsem si stanovila několik hypotéz, jež sem se snažila potvrdit.

1. Hypotézu jsem si stanovila: muži budou na dotazník odpovídat častěji chybně než ženy. Což se v práci nepotvrdilo, na některé otázky odpovídaly lépe než ženy a naopak.

2. Hypotéza byla že nelékařský zdravotnický personál bude odpovídat nejčastěji špatně z dotazovaných skupin. Tato hypotéza se mě potvrdila.

3. Hypotéza byla Nejlépe budou na dotazník odpovídat zdravotničtí záchranáři. Což se také potvrdilo.

ZÁVĚR

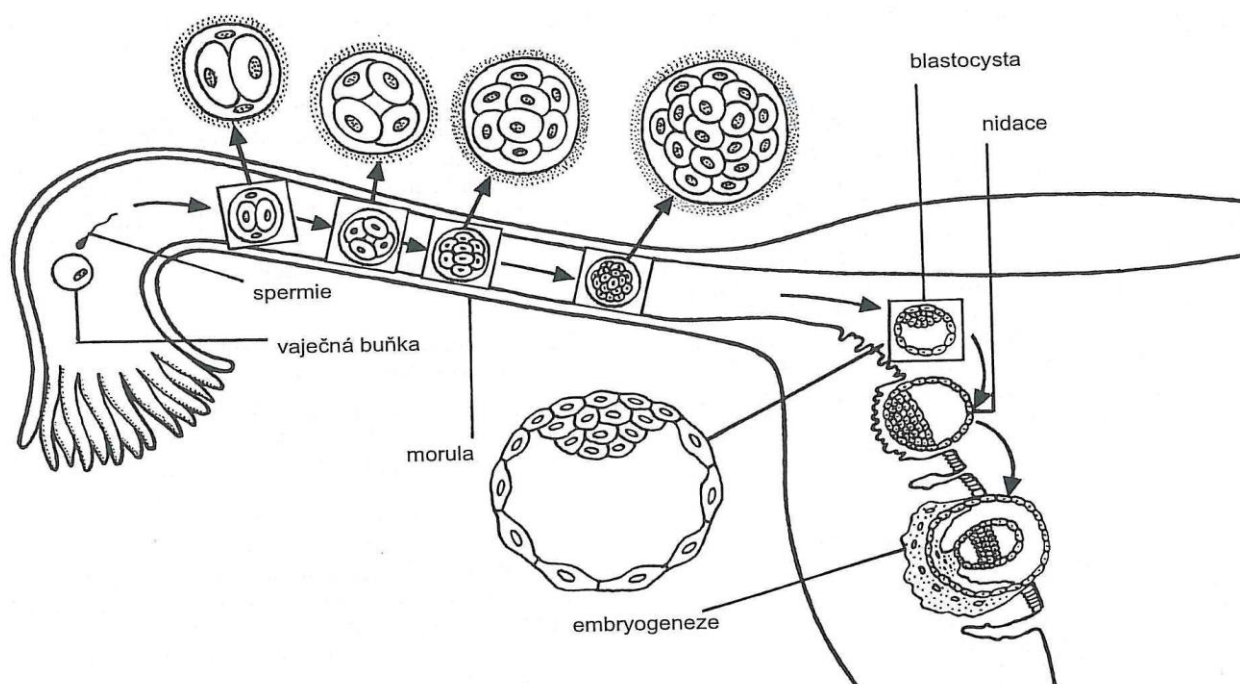
Má bakalářská práce obsahuje, stručné vysvětlení vzniku a průběhu těhotenství, jak se vyvíjí plod až do porodu. Dále se hlavně zabývá urgentními stavy v těhotenství v neodkladné péči, které se mohou vyskytnout od početí až do porodu, s jejich rozdělením, popisem, průběhem a léčbou. V praktické části jsem zhodnotila vědomosti zdravotníků na tuto problematiku, jež jsou dostačujícími, ale pro větší kvalitu péče by se měli zlepšit. Myslím, že by má práce mohla sloužit jako podklad k vytvoření vzdělávací příručky na urgentní stavy v těhotenství, která se zaměří hlavně na první pomoc, jelikož není nic uceleně zpracováno k tomu to tématu.

POUŽITÁ LITERATURA

1. ADAMS, B., HAROLD, C., E., *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. dotisk Praha: Grada publishing a.s. 2000 ISBN 80-7169-893-8
2. BYDŽOVSKÝ, J., *První pomoc*, 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2001, ISBN 80-247-0099-9
3. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B., a kol *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada publishing a.s.,2006. ISBN 80-247-1313-9
4. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*, Praha. Grada, 2002 ISBN 80-247-0143-X
5. DRÁBKOVÁ, J., *Akutní stavy v první linii*, 1. Vydání, grada publishing, spol. s.r.o.,1997, ISBN 80-7169-238-7
6. DYLEVSKÝ, I., *Základy funkční anatomie člověka*, Praha: Manus, 2007, ISBN 978-80-86571-00-3
7. HÁJEK, Z., a kol., *rizikové a patologické těhotenství*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0418-8
8. HOLLOWAY, B., MOREDYCHM CH., ADDUDELL, K., *OB pands woman's Health Notes*. Philadelphia: F.A.Davids company, 2006. ISBN 10: 0-8036-1466-7
9. KOBYLKOVA, J., a kol., *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X
10. POKORNÝ, J., et al., *Urgentní medicína*, 1 vyd. Praha: Galén, 2004, ISBN 80-7262-259-5
11. ZWINGER, A., et, al., *Porodnictví*, Praha: Galén a Karolinum, 2004, ISBN 80-7262-257-9 (Galén), ISBN 80-246-0822-7 (Karolinum)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1



ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B., a kol *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1313-9

Příloha č.2

Věk matky (roky)	Potraty (%)
pod 20	0–1
20–24	1,6
25–29	2,1
30–34	2,5
34–39	2,6
nad 40	13,6

1. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B., a kol *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1313-9

Příloha č. 3

Hodnocení dle Apparové

Bodové hodnocení	0	1	2
Barva kůže	Kompletně lividní	Tělo růžové, akirální části lividní	Kompletně růžová
Akce srdeční	Chybí	Pod 100/min	Nad 99/min
Dechová aktivita	Chybí	Pomalá, povrchní, nepravidelná	Křik, pravidelná
Svalový tonus	Chabý, atonie	Chabý, malá odpor proti extenzi	Dobrá flexe, silný odpor proti extenzi
Odpověď na podráždění	Žádná reakce	Chabá odpověď nebo jen grimasa	Výrazná reakce s křikem

DRÁBKOVÁ, J., *Akutní stavy v první linii*, 1. Vydání, Grada Publishing, spol. s.r.o.,1997, ISBN 80-7169-238-7

Příloha č.4

Dotazník k bakalářské práci

„Urgentní stavy související s těhotenstvím v neodkladné péči“

Dobrý den,

Jmenuji se Pavlína Svatošová, jsem studentka Západočeské univerzity a píši svou bakalářskou práci, proto vás prosím o vyplnění dotazníku, je velmi důležitý pro dodělaní mé práce. Vyhodnocení mého dotazníku je pro potvrzení mých hypotéz v bakalářské práci. Dále bych jen chtěla poradit, že u zaškrtačích otázek, je správná vždy jen jedna odpověď.

Velmi děkuji.

1 Napište prosím pohlaví

A, muž

B, žena

2 Prosím napište dosažené zdravotnické vzdělání.

.....

3 Napište prosím zdravotnické zařízení, kde pracujete, u ZZS kraj, studenti obor a ročník.

.....

4 Co nepatří mezi první pomoc u eklamptického záchvatu.

A, zabránění poranění při křečích

B, podáváme tekutiny

C, rychlé přeprava do nemocnice a indikace k ukončení těhotenství.

5 Kolik máme dob porodních.

A, Tři doby porodní (otevírací, vypuzovací, porod lůžka a plodových obalů)

B, Čtyři doby porodní (otevírací, porod placenty, porod dítěte a následně odtok plodové vody)

C, Dvě doby porodní (porod dítěte, porod placenty)

6 Napište prosím fáze eklamptického záchvatu

.....

7 Co je „EPH gestóza“?

A, záchvat tonicko- klonických křečí u těhotných

B, předčasný porod

C, komplikce v těhotenství s výskytem edémů, proteinurie a vysokého TK nad 140 /90

8 Jaké jsou polohy plodu při porodu?

- A, poze hlavičkou dolů a koncem pánevním
- B, poloha hlavičkou dolů, koncem pánevním, příčná a šikmá
- C, pouze poloha příčná a podelná

9 Jak resuscitujeme novorozence

- A. zahájíme 5 vdechů, dále masírujeme hrudník dvěma prsty přibližně do hloubky 2-3 cm s kombinací vdechu 3 : 1
- B, 30:2 komprese : vdechy
- C, 15:2 komprese : vdechy

10 Jak dlouho trvá fyziologické těhotenství

- A, 40-45 týdnů
- B,32-38 týdnů
- C, 38-42 týdnů

11 Co znamená včestné lůžko

- A, neboli placenta prévia znamená , stav kdy placenta částečně nebo zcela překrývá vnitřní branku děložní.
- B, výhřez pupečníku, kdy pupečník brání průchodu plodu za porodu
- C,jedná se o superponovanou preeklampsii

12 Syndrom Aortoválního útlaku je způsoben.

- A. uložíme-li pacientku na levý bok
- B. uložíme-li pacientku na záda
- C. embolií plodovou vodou do v. cava

13 Jak provádíme transport u těhotné s hypotonií až atonií děložní?

- A. provedeme bimanuální masáž, aplikujeme oxytocin a ženě vypoďložíme pánev
- B. uložíme ji na levý bok
- C. v sedě s přikrčenýma nohama k tělu

14 Napište prosím jak ošetříte novorozence když budete u porodu v terénu

.....
.....

15 Napište prosím jaké druhy embolií, se mohou nejčastěji vyskytnout u rodiček

.....

16 Napište prosím číslo otázky, kterou jste obsahově nepochopily

.....