

OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD

Porod v podmínkách přednemocniční neodkladné péče



Zpracoval: Mgr. Petr Jaššo

Revize: MUDr. David Holeš, Renata Vřeská

Schválil: MUDr. Roman Gregoř

Vydal: ZZS MSK dne 24.2.2015

Úvod:

Standard definuje organizaci péče a konkrétních postupů ve výjezdových posádkách ZZS MSK, v případě zásahu u rodičky či těhotné ve vysokém stupni těhotenství. Odpovědnost, kompetence jednotlivých pracovníků, pomůcky a materiál a indikace k zahájení či nezahájení porodu se řídí ošetrovatelským standardem Porod v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.

Definice:

Porodem (lat. Partus) nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g, případně přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin.

Vlastní porod probíhá ve čtyřech částech, kdy každá z částí je specifická. Na ZZS MSK se nejčastěji setkáváme s první a druhou dobou porodní.

První fáze, doba otevírací začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, které mají za následek zkracování děložního hrdla. První doba se dělí na fázi latentní a fázi aktivní. Při fázi latentní je děložní hrdlo dilatováno na maximálně 3 cm a kontrakce jsou nepravidelné, případně s vyšším časovým odstupem. Fáze aktivní probíhá v kontrakcích v rozsahu až 3 minut a trvání okolo 45 sekund. Končí otevřením děložního hrdla na 4-7 cm. Doba první doby porodní je u žen prudce individuální a trvá až několik hodin.

V této fázi je možno transportovat rodičku v poloze vsedě, pokud byla zachována plodová voda, případně, pokud rodička necítí kontrakce či nepohodlí.

Druhá fáze, doba porodní, často označovaná jako doba vypuzovací, začíná úplným zánikem branky a končí vypuzením plodu. Větší či menší část této doby probíhá současně s první dobou porodní. Charakteristická je přítomnost kontrakcí v intervalu menším než 3 minuty a se zvýšenou bolestivostí či tlakem na konečník.

Pacientka s těmito obtížemi musí být již transportována na lehátko, v úlevové poloze plodu, tedy s minimální aortokavální kompresí. V praxi se tohoto dá docílit položením rodičky na levý bok, případně podložením pravého boku rodičky například spacákem, či složenými povlaky.

Kompetence:

Kompetence jednotlivých pracovníků vycházejí ze zákona č.95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb., vyhlášky 55/2011 Sb. Dominantní roli pro potřeby RZP posádek má vyhláška 424/2004 Sb. § 17, zejména bod g).

Lékař posádky RV, RLP či LZS je plně kompetentní v rámci výkonu povolání lékaře v podmínkách přednemocniční péče vést překotný porod, včetně prvotního ošetření novorozence.

Zdravotnický záchranář či všeobecná zdravotní sestra se specializací pro intenzivní péči, kteří jsou registrováni k výkonu povolání bez odborného dohledu, v rámci posádky typu RZP, na základě indikace lékaře asistuje při překotném porodu a provádí prvotní ošetření novorozence.

Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby asistuje pod přímým vedením lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka, způsobilého k poskytování neodkladné péče bez odborného dohledu, při provádění dalších zdravotních výkonů v rámci přednemocniční neodkladné péče. Je plně kompetentní ke komunikaci se zdravotnickým operačním střediskem.

Cíl:

Zajištění nekomplikovaného průběhu fyziologického porodu a asistence při ošetření novorozence.

Poskytnutí přednemocniční neodkladné péče při porodu s náhle vzniklými komplikacemi.

Transport těhotné pacientky do nemocničního zařízení při dodržení všech legislativních nařízení.

Pomůcky:

- Transportní nosítka
- Porodní balík
- Novorozenecká zavinovačka
- Monitor

Zásady v rámci zdravotnické dokumentace:

Zejména na těch územních odborech, které mají gynekologicko-porodnická oddělení v dosahu minut, je vhodné dokumentaci u výjezdů v rámci akutních gynekologických obtíží (krvácení, komplikace těhotenství), vyplnit až po předání pacientky do cílového zařízení. Není možno nechat pacientku čekat ve vozidle po dobu vyplňování záznamu o výjezdu.

Do osobní anamnézy (OA) je nutno uvést informace o posledním menstruačním krvácení a další běžná anamnestická data. Dále týden těhotenství, poslední kontrolu, sledování pro specifická onemocnění či komplikace, aj.

Do nynějšího onemocnění (NO) uvést zjištěné obtíže získané od pacientky. Nevypisovat do NO indikaci ZOS.

U těhotných má zdravotnická dokumentace ZZS obsahovat informace o kterou graviditu se jedná, zda je porod v termínu, kdy začaly porodní bolesti a jak často jsou kontrakce, zda odtekla

plodová voda (i barva), jestli zná rodička polohu plodu, nebo vícečetné těhotenství či jiné informace, rizikové těhotenství apod.

Pokud má pacientka údaje vyznačené v průkazce těhotné, postačí zápis „OA: viz těhotenský průkaz“.

Dle základního rozhovoru a vyšetření musí vedoucí výjezdové skupiny určit polohu při transportu pacientky.

CAVE! Pokud pacientka udává trvalý tlak v porodních cestách, cítí hlavičku mezi rodidly, kolabuje, či není spolupracující, je poloha pro transport pacientky vždy vleže!

Porod mimo zdravotnické zařízení

Kdy pozná záchranář, že již žena rodí? Typickými známkami jsou zejména sestouplé břicho, pravidelné kontrakce kratší než 3 minuty, tlak na konečník, důležitá je samozřejmě také komunikace s rodičkou, případně vizuální kontrola

Je vhodné ženu uklidnit, navrhnout jí polohu na levém boku (omezuje se zde tlak dělohy na dolní dutou žílu a snižuje komprese konečníku. Důležitou roli hraje možnost prodýchávání, může nám pomoci oddálit porod do příjezdu na příslušné oddělení.

Pokud je vidět v zevních porodních cestách již plod – rodí se na místě (hlavička či konec pánevní), totéž platí, pokud má žena pocit tlaku na konečník mimo kontrakce.

Je-li vidět v porodních cestách ruka, noha – pouze jemně přidržíme tyto části těla v porodních cestách vlastní rukou záchranáře během celého transportu a nerodíme. Cestou avizujeme na příslušné porodní oddělení o daném stavu (většinou tento stav končí SC). Je vhodné rodičku uložit v dané situaci do Trendelenburgovy polohy nebo podložit pánev.

Taktéž při výhřezu pupeční šňůry před porodní cesty je nutná daná Trendelenburgova poloha a jemně přidržíme – zatlačujeme plod přes pochvu, aby nenasedal svou váhou na vchod a neutlačoval pupeční šňůru.

Realizace:

- Volat KZOS pro přivolání lékaře na místo.
- Připravit porodní balík a zavinovačku pro uložení dítěte
- Zajistit ve vozidle dostatečný tepelný komfort, minimálně 23°C
- Připravit místo k uložení dítěte
- Vybavit novorozence z porodních cest
- Podvázat a oddělit pupečníku
- Zahájit stimulaci dítěte a zvolit polohu, aby došlo k uvolnění dýchacích cest
- Zabránit ztrátám tepla novorozence
- Zhodnotit stav podle Apgarové v 1., 5., a 10. minutě
- Komunikovat s rodičkou

Vybavení novorozence z porodních cest

- Plodu jemně přidržujeme hlavičku, aby nedošlo k náhlému vyklouznutí plodu mimo porodní prostor.
- Můžeme spíše přidržovat hráz, v PNP neděláme nástřih hráze a také aplikace léků (Oxytocin, Methylergometrin) je možná pouze na základě indikace lékaře v rámci výjezdu RLP/RV.
- Uvolnění dýchacích cest: ihned po porodu záchranář drží novorozence ve své dlani bříškem dolů, aby došlo odtoku obsahu úst (hlava i tělo musí být ve vodorovné poloze), popřípadě lze vytlačit hmatem ruky záchranáře obsah z úst novorozence. Nepreferuje se odsávání odsávací kanylí. Jestli je dítě málo aktivní, lze zkusit taktilní stimulaci (tření chodidel a zad). Tímto polohováním napomáháme zprůchodňování dýchacích cest.
- Pokud je patrná výrazná obstrukce při dýchání a novorozenec má nadále respirační problém, je možno až poté přistoupit k odsávání novorozeneckou odsávací kanylí s opatrností, tzn. nezavádět odsávací kanyli hluboko (aby nedošlo k podráždění karotického sinu s následnou bradykardií). Odsajeme jednorázově pouze z úst. Je-li nadále spontánní ventilace nedostatečná (řídíme se jak dechovou aktivitou novorozence, tak i hodnotami SpO₂), pak je nutná insuflace vzduchu přes novorozeneckou masku. Není žádoucí ihned používat kyslík! Jeho podání je na zvážení lékaře v rámci resuscitační péče. Rovněž zajištění dýchacích cest není v prvotní fázi KPR vhodné.
- Měření SpO₂ se doporučuje na PHK.

Přibližný vývoj hodnot SpO₂ v průběhu spontánní postnatální adaptace fyziologického novorozence:

Věk = minuta po porodu	Hodnoty SpO ₂
1.+ 2. minuta	60%
3. minuta	70%
4. minuta	80%
5. minuta	85%
10. minuta	90%
1. hod	95%
2. hod	98%

Hodnocení Apgar score je do 1 minuty a pak v 5. a 10 minutě. Za každý z bodů dítě dostává 1 bod.

Kritérium	Bodové hodnocení dle Apgarové		
	0	1 bod	2 body
Srdeční tep	<60	>60 ale <100	>100
Dýchání	nedýchá	nepravidelné dýchání	pravidelné dýchání, silný pláč
Napětí svalů	žádné	slabé pohyby	aktivní pohyby
Reakce na podráždění	žádná	grimasy	grimasy, pohyby, křik, kýchání
Barva kůže	bledá až modrá po celém těle = centrální cyanóza	bledá až modrá barva končetin = periferní cyanóza	zdravá barva po celém těle = růžová

Po porodu novorozence je vhodné ponechat jej na úrovni matky a pupečník podvazujeme ve vzdálenosti 5 cm od těla dítěte (v PNP raději i dál). Na podvaz používat dodávané textilní tkanice (v porodním balíku), případně galanterní gumu 0,5 cm širokou. Provede se jeden uzel a poté otočení pupečníku a nasazení druhého uzlu. Ve vzdálenosti 10 cm od 1. podvazu je potřeba provést druhý stejným způsobem. Poté lze přestříhnout pupeční šňůru. Pupeční pahýl nezastříkáváme desinfekcí, ale pouze jej sterilně překryjeme. Během transportu je nutné zkontrolovat neprosakující pupeční pahýl. U tzv. rosolovitých – velmi jemných pupečnicků je možné udělat dvojí podvaz – za sebou na straně plodu. Klasické plastové svorky se primárně nedoporučují, poněvadž praskaly a při použití svorek mohlo navíc dojít k přerezáni pupečníku.

Prevence ztrát tepla: Novorozence v PNP neomýváme, jenom osušíme a zabalíme do podložky (zelené či bílé), jejíž jedna strana má sací efekt a druhá igelitová má funkci izolační (udržující teplo) = 1. vrstva. Následně novorozence zabalíme do izotermické folie (stačí ¼ z dané velikosti) a to stříbrnou částí k novorozenci = 2. vrstva. Nakonec jej balíme do zavinovačky = 3. vrstva. Tímto způsobem by nemělo dojít k podchlazení novorozence. Neměříme tělesnou teplotu, ale prioritou je zabránit ztrátám tepla. V případě, že nemáme k dispozici podložku (chybí, je znečištěná), není možné přiložit na tělo novorozence přímo izotermickou fólii, buničinu, ani jiný materiál. Osušeného novorozence vložíme přímo do zahřáté zavinovačky.

Zajišťování iv. řečiště v případě nutnosti:

Dnes se preferují klasické přístupy jako u dospělých (v kubitě, na hlavičce, intraoseální vstup do patičky (lze mechanicky našroubovat bez vrtačky)). Upouští se od umbilikálního přístupu, který je pouze v kompetenci lékaře a který ho běžně provádí na oddělení (problém jak daleko zavést katetr a nezpůsobit perforaci, nutná speciální umbilikální kanyla), proto se v PNP se neprovádí!

Závěr:

Placentu v terénu pokud možno nerodit. Netaháme násilně za pupeční šňůru. Pokud se sama porodí, vždy dovést do porodnice (kontroluje se její celistvost, případné anomálie).

Poslední doporučení: V případě, že se dostanete do situace, kdy budete rodit v terénu, nepanikařte. Uvědomte si, že fyziologický porod není nemoc a při dodržení pár jednoduchých zásad jej zvládnete.



Použité zkratky

KPR – kardiopulmonální resuscitace

KZOS – krajské zdravotnické operační středisko

LZS – letecká záchranná služba

NMS – nepřímá masáž srdeční

NO – nynější onemocnění

OA – osobní anamnéza

PHK – pravá horní končetina

RLP – rychlá lékařská pomoc

RZP – rychlá zdravotnická služby

RV – Randes vouz posádka

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

SC – Seccio Caesarea, porod císařským řezem

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ZZS MSK – Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje