

## Péče o rodičku ve II. době porodní

### Opakování:

#### Porodní cesty a porodní síly

Tvrdé a měkké porodní cesty, kontrakce děložní, břišní lis, gravitace.

#### PÁNEVNÍ KOSTI



### Roviny pánevní

### Hlavička novorozence

## **Druhá doba porodní**

### **1 Charakteristika**

Ve druhé době porodní se zásadním způsobem mění zejména aktivita rodičí ženy. Čekání ženy během dlouhých hodin první doby porodní je nahrazeno intenzivním fyzickým úsilím a aktivitou během poměrně krátké periody druhé doby porodní. Rodiči žena – oba rodiče si potřebují zachovat nejenom výdrž a trpělivost, ale také důvěru ve znalosti a dovednosti doprovázející porodní asistentky. U všech zúčastněných nastupuje pocit vzrušení a očekávání bezprostředního konce porodu jako zdolání pomyslného vrcholu hory. Úspěšný výsledek je podmíněn těsnou partnerskou spoluprací mezi profesionály a nastávajícími rodiči. Žena-matka nikdy nezapomene na porodní asistentku, se kterou přivedla na svět svoje dítě.

### **2 Fyziologické změny**

Druhá doba porodní - doba vypuzovací, začíná po úplném rozvinutí branky a končí porodem dítěte. Trvá u prvorodičky asi 1 – 2 hodiny, u vícerodičky je její průběh většinou kratší. Dochází k zesílení a prodloužení děložních stahů, hlavička sestupuje níže směrem k pánevnímu dnu a provádí vnitřní rotaci, rodičku dráždí a reflektoricky nutí k tlačení za použití břišního lisu. Dochází ke sníženému průtoku ve fetoplacentárním oběhu, tím ke snížení okysličování dítěte, což bývá způsobeno silnými kontrakcemi a usilovným tlačáním rodičky.

Přechodná fáze mezi první a druhou dobou porodní nemusí být klinicky zjevná. Existují však určité známky – individuálně, které nástup fáze mohou signalizovat. Porodní asistentka by měla být schopna správné diagnostiky, aby zabránila zbytečným ztrátám energie rodičky a minimalizovala riziko poranění měkkých tkání předčasným tlačáním.

Možné známky počínající druhé doby porodní:

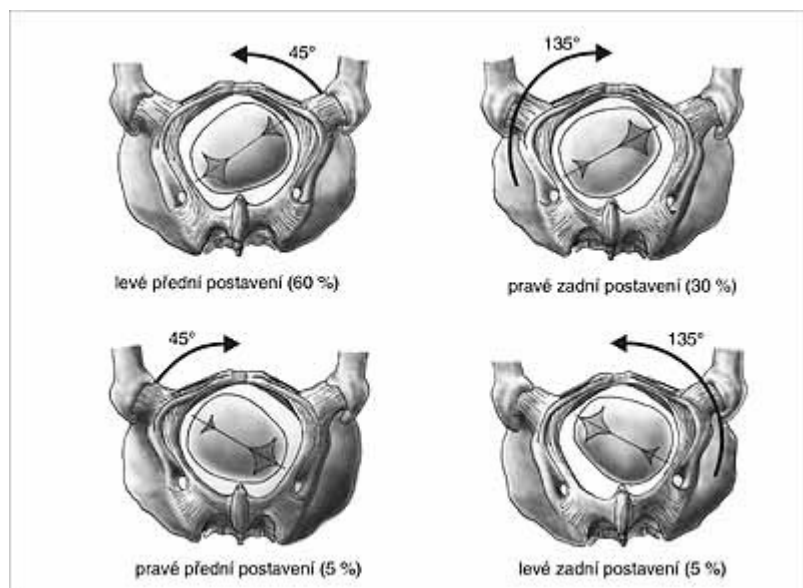
Nutivé kontrakce; protržení vaku blan (pokud voda neodtekla během první doby porodní); dilatace a rozevírání se konečníku; prořezávání naléhající se části (okénko); zakrvácení (musí být odlišeno od krvácení z předčasně se odlučujícího lůžka či z poranění); vyklenování vulvy (hráze).

Situaci verifikujeme vnitřním porodnickým vyšetřením.

### 3 Mechanismus porodu v poloze podélné záhlavím

Plod sestupuje měkkými tkáněmi a kostními strukturami porodního kanálu, které jej silně stlačují a tím jej nutí vykonávat sérii pasivních pohybů, kterými se optimálně přizpůsobuje porodním cestám. Celkově tyto pohyby nazýváme mechanismem porodu. Znalost fyziologického mechanismu porodu umožňuje porodní asistentce sledovat jednotlivé části procesu sestupu. Umožňuje předvídat a včas odhalit rizika a nepravidelnosti a zabránit komplikacím z prodlení.

Před započítím pravidelných kontrakcí naléhá hlavička na vchod pánevní synkliticky, centricky a indiferentně (není flektována).



**Fáze mechanismu fyziologického porodu** (poloha podélná záhlavím):

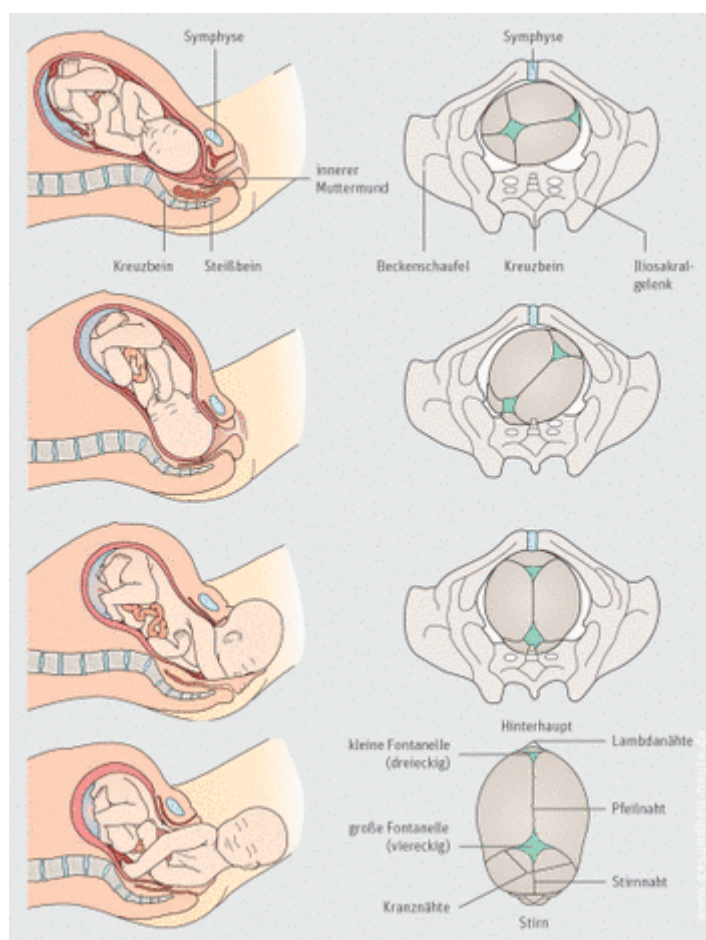
- \* **Flexe** = Působením kontrakcí je bradička přitlačena k hrudníku. Hlavička vstupuje do vchodu pánevního centricky, synkriticky a vedoucím bodem se stává malá fontanela (vstup nejmenším – optimálním obvodem hlavičky – subokcipitobregmatickým), šev šípový je v příčném či šikmém průměru vchodu pánevního.
- \* **Progrese** = sestup hlavičky porodním kanálem (do nižších pánevních rovin směrem k východu pánevnímu). Hlavička prostupuje obvodem subokcipitobregmatickým, vedoucím bodem je malá fontanela.
- \* **Vnitřní rotace** = v pánevní šíři naráží hlavička na dno pánevní a otáčí se záhlavím a malou fontanelou pod sponu stydkou, šev šípový se rotuje do přímého průměru. Ve východu je šev šípový v přímém průměru.

\* **Deflexe** = Záhloví se opře (tzv. hypomochlionem - subokciput) o sponu a rodí se odtlačení brady od hrudníku přes hráz.

\* **Zevní rotace** = Po porodu hlavičky stejný mechanismus opakují raménka (biakromiální průměr), takže před vstupem ramének do východu pánevního východu je hlavička nucena provést zevní rotaci.

Ostatní části plodu procházejí porodním kanálem bez specifického mechanismu.

#### Obr. Mechanismus porodu hlavičky v poloze podélné záhlavím



#### 4 Průběh druhé doby porodní

Počátek druhé doby porodní bývá pozvolný (zejména u prvorodiček), někdy může mít ale velmi rychlý nástup (zejména u víceroďiček) a žena by neměla být osamocena - bez doprovodu porodní asistentky. Sledování stavu ženy i dítěte a podpora ženy-rodičů je naprosto nezbytná. U víceroďičky může druhá doba proběhnout i v pěti minutách, naproti tomu u prvorodičky může trvat až dvě hodiny.

Důležitější než faktor času je postup porodu (fyziologie procesu) a kondice matky i jejího dítěte. Mohou být rozlišeny dvě části druhé doby porodní – latentní a aktivní fáze.

#### 4.1 Latentní fáze

Latentní fáze druhé doby porodní začíná zánikem porodní branky a naléhající část obvykle nedosahuje ještě pánevního východu. Žena může mít pocit mírného nutivého tlaku v důsledku tlaku hlavičky na měkké tkáně pochvy a postupně i dna pánevního. Hlavička doposud není vstouplá velkým oddílem a aktivní tlačení v této fázi by ženu (zejména prvorodičku) zbytečně vyčerpávalo. Při předčasném tlačení je navíc riziko nedostatečného rozvinutí vulvy a hráze a s tím spojené vyšší riziko poranění pochvy a svalů pánevního dna. Plod sestupuje postupně – působením děložních kontrakcí, gravitace a vlastními aktivními pohyby - jednotlivými rovinami pánve.

#### 4.2 Aktivní fáze

Jakmile je hlavička viditelná – tvoří se tzv. okénko (prořezává), začíná aktivní fáze druhé doby porodní, kdy žena obvykle pociťuje velmi silné nucení na tlačení. Při absenci tohoto pocitu porodní asistentka ženu instruuje o tlačení s využitím břišního lisu pro maximální využití děložní kontrakce. Rozpoznání těchto dvou fází druhé doby porodní asistentkou je velmi důležité také v případě, že porod je veden v epidurální analgezii. Pro většinu žen je psychicky velmi úlevný pocit, když mohou být aktivní. A to i přesto, že tato fáze může být fyzicky velmi náročná (zejména pro prvorodičky).

#### Aktivní vypuzovací fáze

S nástupem aktivní vypuzovací fáze porodu může rodička vnímat určité nutkání začít tláčit, aby již porodila. Někdy se jedná o fyziologickou záležitost, tzv. Fergusonův reflex, jindy však toto nutkání může být psychické povahy. Film a televize obvykle ukazují porod v souvislosti s pobízením rodičky k tlačení a řada žen si tyto představy a s nimi spojená očekávání direktivního tlačení přenáší i do vlastního porodu.

Pocit nutnosti tláčit může zesilovat i přístup porodní asistentky (či jiného přítomného zdravotníka), který rodičku vybízí, aby „se do toho konečně dala“. Pociťujeme-li úzkost z toho, že se porod „zpomaluje“, přenášíme své pocity na rodičku. Dnes se bohužel naskýtá jen nepatrně příležitostí vidět ženy při porodu bez použití prostředků na tlumení bolesti či jiných intervencí, a zkušenost s přirozeným vypuzovacím reflexem je tedy dosti vzácná. Proto nám připadá, že je na nás, abychom „to celé nějak popostrčily“. Není.

Ve fázi sestupu a rotace dítěte rodička vyžaduje svůj čas, jistotu podpory a povzbuzování, které posílí její jistotu, že dokáže porodit. Nezbytná je též adekvátní hydratace a mezi jednotlivými vypuzovacími stahy osvěžení v podobě otírání obličeje a rukou chladnou houbou.

#### Trpělivost nade vše

Klíčem k úspěchu druhé doby porodní je trpělivost. Délka této fáze se bude odvíjet od polohy plodu a rozsahu jeho rotace, síly a frekvence stahů a skutečnosti, parity rodičky. Ženskému tělu je dána schopnost vytlačit dítě ve správnou chvíli a my se musíme naučit tomuto instinktu důvěřovat. Povzbuzování k tlačení příliš záhy může rodičku vyčerpat a také způsobit poškození pochvy. Je spolehlivě doloženo, že direktivní tlačení nezkracuje druhou dobu porodní, ani nezlepšuje acidobazickou rovnováhu pupečnickové krve či výsledky testu podle Apgarové.

### **Direktivní versus nedirektivní tlačení**

Nejčastější typ direktivního tlačení využívá zádrží dechu pro zesílení a zaměření vypuzovacích stahů. Tento typ je běžně známý pod označením Valsalvův manévr. Jeho součástí je hluboký nádech, zádrž, a tlačení směrem dolů. Tento přístup však může snížit hladinu kyslíku v krvi rodičky a naopak zvýšit hladinu oxidu uhličitého, s příslušnými riziky pro dítě.

Z provedených studií vyplývá, že poloha rodičky v druhé době porodní má svůj význam. Vertikální pozice totiž přispívá k sestupu hlavičky plodu a posiluje vypuzovací stahy. Přínos je v takovém případě dvojnásobný, neboť vertikální poloha usnadňuje sestup plodu, který pak příznivě ovlivňuje vypuzovací reflex.

Z dosavadních odborných podkladů vyplývá, že neexistují data, která by dokládala přínos řízeného tlačení v druhé době porodní a že spontánní tlačení provázené daleko kratšími zádržemi dechu (maximálně 5-6 vteřin v porovnání s deseti vteřinami při Valsalvově manévru) se vyznačuje daleko větší fyziologickou účinností. Navíc přirozené vydechování, k němuž dochází mezi nádechy přispívá k uvolnění pánevních svalů a snižuje tak riziko natržení.

Rodičky, jimž je dopřána určitá volnost si během vypuzovací fáze volí různé polohy, jež jim budou vyhovují nejlépe. Pocitová svoboda rodičky zaujmout alternativní polohu závisí na prostředí, kde porod probíhá.

### **Praktické tipy**

- Využijte přechodné fáze jako přestávky na odpočinek – přechodná fáze v druhé době porodní trvá 5-30 minut a představuje dobrou příležitost pro povzbuzení rodičky k odpočinku a nabrání sil k porození dítěte.
- Jestliže tomu stav rodičky neodpovídá, ať zatím netlačí! – přesun do polohy na levém boku nebo genupektorální pozice ztlumí nutkání tlačit zmírněním tlaku hlavičky dítěte na hráz.
- Pomozte rodičce v uvolnění svalů pánevního dna – cítí-li nutkání tlačit předčasně, navod'te jí představu, že má před očima mírný svah a svým dechem kutálí nahoru lehký ping-pongový míček.

### **Doplňující odborná literatura**

Beynon C (1957) The Normal Second Stage of Labour. A Plea for Reform in its Conduct. Journal of Obstetrics and Gynaecology of British Empire 64 (8 ): 815-820 Bergstrom, L et al (1997) "I Gotta Push. Please Let Me Push!" Social Interactions During the Change from First to Second Stage Labor. Birth 24 (3): 173-180 Caldeyro-Barcia R (1979) Influence of maternal

bearing down efforts during second stage on fetal well-being. Birth and Family Journal 6 (1): 7-15 Nikodem VC. Sustained (Valsalva) vs. exhalatory bearing down in second stage of labour. In: Keirse MJ et al (eds) (1995) Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Collaboration, Issue 2, Update Software, Oxford Odent M (2000) Insights into pushing. The Second Stage as a Disruption of the Fetus Eject Reflex Midwifery Today International Midwife 55: 12

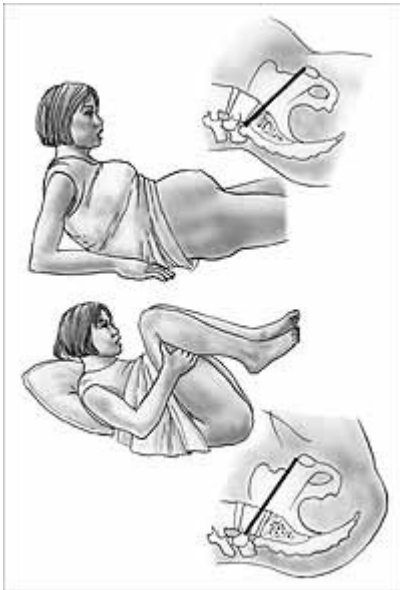
## 5 Péče porodní asistentky o ženu během II. doby porodní

Péče o rodičku během druhé doby porodní zahrnuje zejména doprovod a podporu, sledování ženy a dítěte, průběžné vyhodnocování aktuálního stavu postupu porodu, oblasti potřeb ženy a dítěte a jejich naplňování. Cílem péče je zachování fyziologického běhu porodního procesu a optimální kondice ženy i jejího dítěte. V neposlední řadě k péči o rodičku patří včasná detekce rizika či vznikající nepravidelnosti jak u matky, tak u dítěte.

### 5.1 Posouzení

- Progrese porodu: dilatace a prostornost porodních cest, kafalopelvicový poměr, poloha plodu, vstouplost a průběh porodního mechanismu naléhající části, vak blan x odtok plodové vody, kontrakce děložní.
- Kondice dítěte: gestační stáří, odhad hmotnosti, ozvy (KTG) plodu, charakter plodové vody, pohyby dítěte.
- Vedení II. doby porodní: podle vyhodnocení aktuálního stavu dítěte a rodičky a jejich anamnestických údajů (fyziologický stav s nízkým rizikem u ženy i dítěte – vedení porodnu porodní asistentkou x riziko či nepravidelnosti - srdeční onemocnění, myopia, horečka za porodu, vyčerpání, nepostupující porod, sekundárně slabé děložní kontrakce – lékařské vedení porodu).
- Kondice ženy - oblast potřeb: informace (poloha pro II.DP a její výběr, průběh, trvání, možnosti, dýchání, tlačení); hydratace, vyprazdňování močového měchýře, únava, pohyb a poloha, FF, jistota a bezpečí (osoby, komunikace, prostředí, intimita, pohodlí, eliminace rizika infekce, eliminace strachu a stresu, vnímání bolesti - kontrakcí).

**Poloha ženy** (klasická, vertikalizovaná, na boku, kolenoloketní, apod.)



## 5.2 Nejčastější problémy ve II. době porodní řešené porodní asistentkou

- \* Akutní bolest
- \* Nedostatek informací, dovedností
- \* Snížená perfúze tkání matky, plodu (hypoxie tkání plodu či matky)
- \* Riziko poranění (matky, dítěte – porodní traumatismus)
- \* Beznaděj

## 5.3 Cíle péče

Zachování fyziologie procesu porodu. Zajištění potřeb, zejména potřeby bezpečí a jistoty ženy (páru). Minimalizace rizika komplikací u matky a dítěte. Podpora tělesné a duševní pohody ženy (páru). Porození (vybavení) fyziologického novorozence, zachování dobré kondice rodičky.

## 5.4 Intervence porodní asistentky

- \* Informovat ženu (pár), pečovat o pohodu ženy-rodičů;
- \* Zapojit partnera do aktivní spolupráce;
- \* Vybrat s rodičkou vhodnou polohu;
- \* Připravit pomůcky k porodu a k ošetření novorozence;



- \* Komunikovat s rodičkou efektivně;
- \* Zajistit asepti;
- \* Sledovat mechanismus porodu a progresi hlavičky (sledovat případné odchylky od normálu);
- \* Motivovat a povzbuzovat rodičku (ponech dostatečnou autonomii a zachovej intimitu procesu);
- \* Provázet ženu (pár) porodním procesem a zajistit její fyzickou a psychosociální pohodu;
- \* Sledovat ozvy;
- \* Vybavit hlavičku, chránit hráz (popřípadě individuálně provést MDL epiziotomii – ve vhodný okamžik);
- \* Vybavit raménka, přerušit pupeční šňůru – mechanismus rukou;

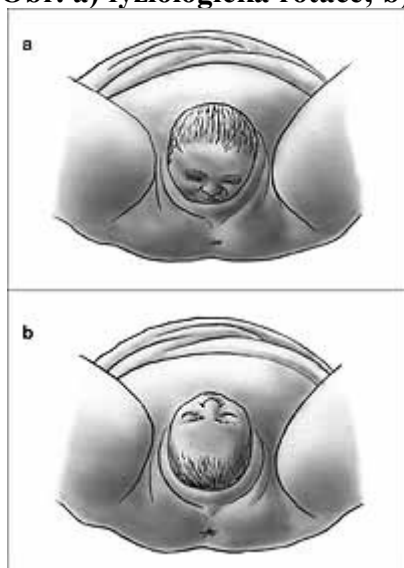
**Levá ruka** – vybavuje záhlaví, brání rychlému postupu hlavičky přes hráz, udržuje hlavičku v optimální poloze (flexe).

**Pravá ruka** – chrání (podpírá) hráz (při porodu hlavičky a spodního raménka); při porodu horního raménka podpírá hlavičku

**Hlavička a její postup musí být vždy kontrolován porodní asistentkou palpačně i vizuálně!**

Porodní asistentka udržuje nepřetržitý kontakt s rodičkou!!

**Obr. a) fyziologická rotace; b) abnormní rotace**



**Obr. Vybavení dítěte**



\* Položit dítě po porodu na břicho matky, zajistit jeho bezpečí a tepelnou pohodu, umožnit nalezení bradavky v „čichací poloze“ a následné samopřisátí.

\* Zajistit bezpečí a jistotu rodičky, neomezovat její kontakt s dítětem (bonding).



### **Kasuistika:**

Na porodní sál přichází v 8:00 hod. paní Jana Nováková, II.gravida, I.para, v termínu. Vyšetření v 9:00 hod: provedena dirupce sekundárního vaku blan, při nálezu branka 4 cm, hlavička vstoupá malým oddílem, kontrakce po 4 minutách – odtéká čirá plodová voda. KTG (v 8:15 hod) – středně silné kontrakce po 5 minutách, BF 140/min (fyziologický záznam, další OP fyziologické), pohyby plodu cítí. FF v normě, SAG pozitivní, Alergie PNC, KS: O - Rh pozitivní, odhad hmotnosti dítěte 3400g Anamnéza bez zátěže. Podle porodního plánu si žena nepřaje epiziotomii, pokud to nebude nezbytné. Rodička udává větší intenzitu kontrakcí – již je obtížně snáší. Vyšetření v 10:00 hod: tenká branka 8 cm, hlavička vstoupá středním oddílem, pravidelné silné kontrakce po 3 minutách – nutí ženu tlačit, OP fyziologické. V 10:45 zánik branky – hlavička vstoupá středním oddílem – nutivé kontrakce.

Porod dítěte v 11,30 hodin, spontánně záhlavím.

## Porodní křivka



### PORODNÍ KŘIVKA

		30	30	30	30
PROT. .... LIST. ....	OZVY PLODU	170			
JMÉNO .....		150			
.....		130			
.....		120			
.....		110			
ROD. ČÍSLO .....		100			
TP ..... GRAV./PARA .....		90			
.....		80			
PŘIJATA .....		70			
V HOD. ....		TK, P, T			
PRVNÍ PRAVID. KONTRAKCE .....	ORDINACE LÉKÁŘE				
.....					
KS ..... Rh .....	KONTRAKCE				
POROD .....	PRŮBĚH PORODU	1			
.....		2			
VEDL: .....		3			
PLOD O ..... / .....		4			
.....		5			
ŽIVÝ ..... MRTVÝ .....		6			
PLACENTA .....		8			
KREVŇÍ ZTRÁTA .....		LEM			
..... ml.		Z. B.			
PORANĚNÍ .....		POROD			
1. DOBA ..... HOD. .... MIN.	ZÁZNAM PORODNÍ ASISTENTKY				
2. DOBA ..... HOD. .... MIN.					
3. DOBA ..... HOD. .... MIN.					
CELKEM ..... HOD. .... MIN.					
	PLACENTA				

3-040

**Úkol:** Vyplňte „Porodní křivku“ podle výše uvedené kasuistiky. Které údaje vám chybí?

**Úkol:** Vyhodnořte celkovou situaci a navrhněte individuální plán dalšího postupu pro II.DP (včetně volby polohy).

Stanovíte míru rizika pro průběh porodu (podle čeho vyhodnotíte?).

## 6 Nepravidelnosti a komplikace

Nedostatečné děložní kontrakce, nepostupující porod, únava rodičky, nespolupráce rodičky (strach, vyčerpání, nedostatek informací), akutní hypoxie plodu, netrpělivost porodníka či porodní asistentky.