

Akutní stavy na porodním sále

Kameníková M.



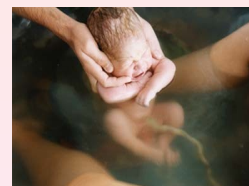
7 km

Těhotenství a porod

Fyziologické děje, ale mohou se **nečekaně** a **velice rychle** zkomplikovat – ohrožení života matky i dítěte.



Ani ve 21. století nemusí být úspěšný průběh těhotenství a porodu úplnou samozřejmostí.



Posledních 20 let....

- Stoupá počet rizikových těhotných
- Lze očekávat nárůst těhotenských komplikací

Příčiny:

- migranti
- vyšší věk rodiček – vyšší zdravotní rizika a neplodnost – IVF – předčasné porody
- závažně nemocné ženy
- obezita
- vyšší rizika z nárůstů císařských řezů

Krizové situace ze strany matky – před porodem

Preeklampsie

Eklampsie

HELLP

Krvácení – koagulopatie – DIC

Komplikace EA

Alergická reakce

Úraz v těhotenství

Intrauterinní smrt plodu

Šok, bezvědomí

Krizové situace ze strany matky

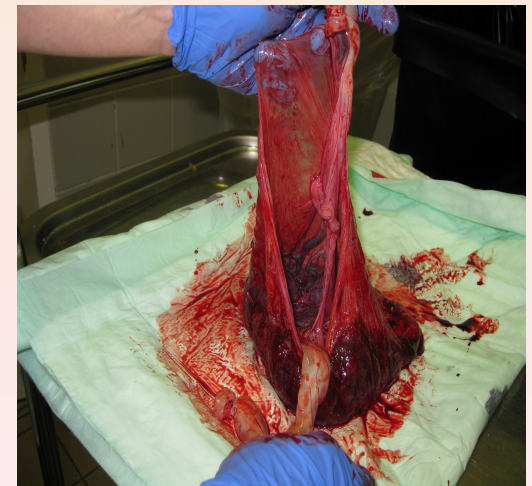
– po porodu

Porucha mechanismu odlučování placenty

Porucha vypuzování placenty

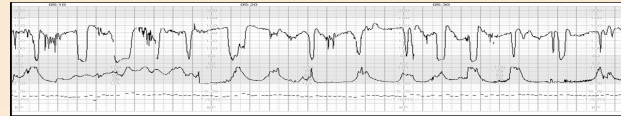
Poruchy děložní retrakce – hypotonie, atonie

Porodní poranění

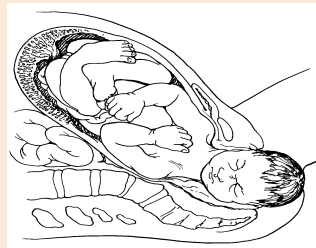


Krizové situace ze strany plodu

Hypoxie



Dystokie



Nepravidelností porodu KP

Výhřez pupečníku



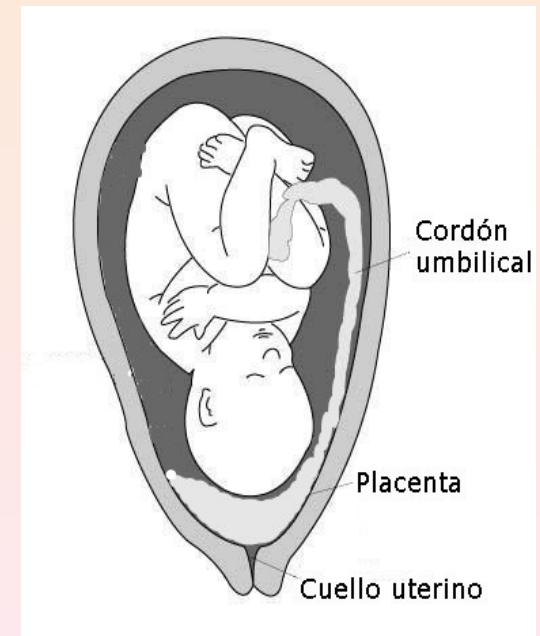
Abnormální polohy – příčná, šikmá



Kazuistika (1)

9.10. v 7,30 hod – RZP – pacientka 35 let, V/III, gr.h.34+2,
od včerejšího večera tlaky v podbříšku,
od rána od 6 hod krvácí jasnou krví,
pohyby plodu necítí, plodová voda neodtéká

Sledována pro **placenta praevia centralis**




Kazuistika (1)

- Anamnéza – běžná dětská onemocnění, nyní 3 roky astma bronchiale (kouří 10/den), psoriasis
- 2x aborty, 2x porod (r. 2003 - sc. pro hypoxii plodu, dítě ve 4 měsících umírá snad na hypoplasii plic; r.2007 – KP, v termínu)
- UTZ - 1 plod, ASP+, PPH II, placenta praevia centralis, normohydramnion, dle biometrie odp. 34+0 tg., váhový odhad 2400g, Doppler AU v normě
- CTG fyziol.

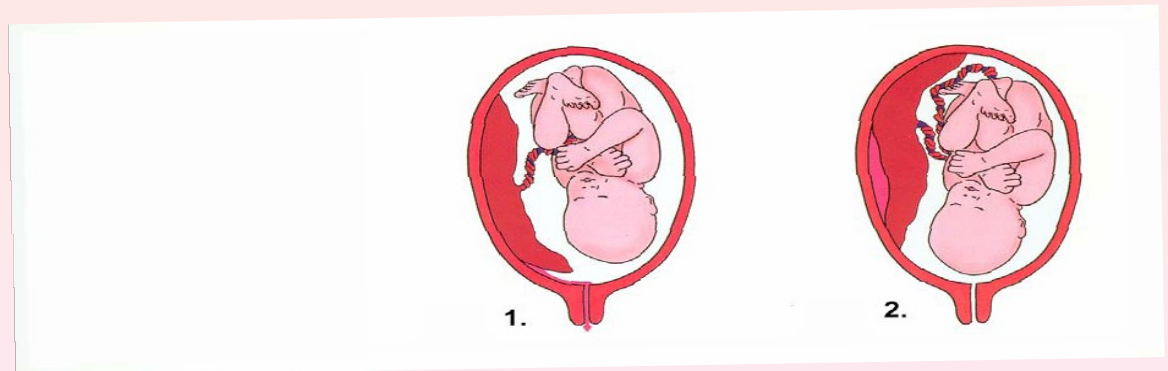
Kazuistika (1)

- Vaginální vyšetření - pochva prostorná, střední množství světlé krve, bimanuálně nevyšetřena, čípek vizuálně uzavřený, formovaný, PV zachována
- Ordinace - kontinuální KTG, zůstane lačná, klidový režim, odběry KO, koagul, bioch, nakřížit 4x ery, sledovat krvácení, maturace plic plodu


Hospitalizace od 9.10 – 11.10, pak pacientka podepisuje negativní revers  (poučena o rizicích – o jakých?)

Kazuistika (1)

12.10 v 10:50 přivezena RZP (na jiné pracoviště)
pro středně silné krvácení, které začalo dnes ráno
udává tlaky v podbříšku, krvácí jasnou krví, asi 500ml
děloha tonizovaná, bolestivá
hrdlo děložní volně pro prst, hmatná placentární tkáň
UZ – retroplacentární hematoma 7x5cm
dg. **abruptio placentae in grav 34+5**

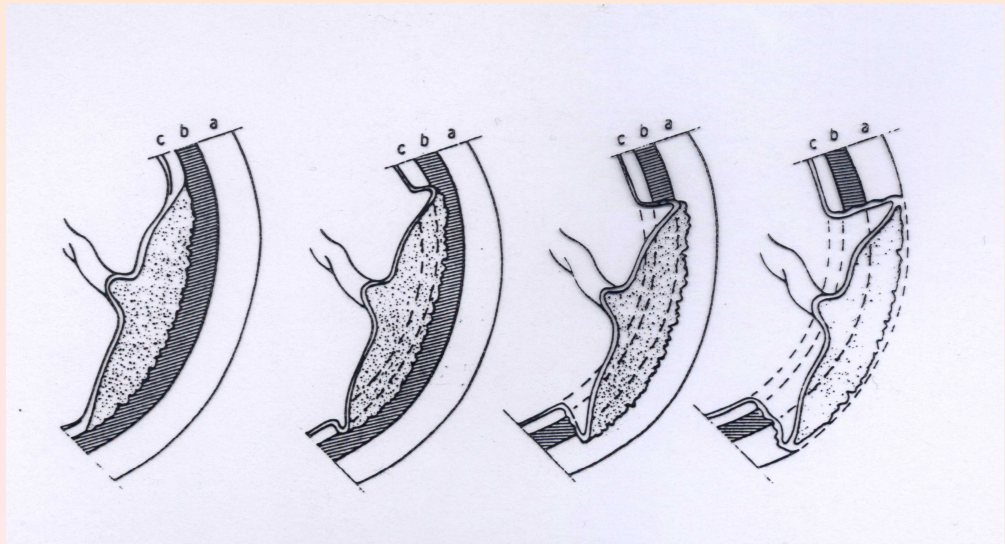


Kazuistika (1)

- Ordinace - příjem na operační sál k akutní sc, STATIM kompletní odběry včetně rozšířené koagulace
- Příjem v 10:50, porod v 11:10
- Dítě 2060/42, APG: 5,8,9; pH -7,28; BE -6,37
- Krevní ztráta – 2800 ml
-  **proč tak velká ztráta**

Kazuistika (1)

Při císařském řezu nález **placentae precreta**
– indikována peripartální hysterectomie



Kazuistika (1)

Překlad pacientky na ARO – tam hospitalizována 12 – 14.10
(na ARO pooperačně hypertenze, nespec. změny na EKG,
hrazeny krevní ztráta)

15.10. překlad na pooperační oddělení, které cca ve 19:45
opouští bez uvědomění personálu

Hlavní principy managementu řešení akutních stavů

Čas

Rychlost odborného rozhodnutí

Správný postup při zahájení těch nejjednodušších a přitom nejzákladnějších úkonech (určují jednoznačně prognózu)

- soustředěnost

- systematický nácvik dovedností až dril = **úspěch v akutní medicíně.**

Existují rizikové faktory postpartálního krvácení

Antenatální:

věk,
parita,
BMI,
diabetes II.typu,
trombofilie,
hypertenze matky

Intrapartální:

retence placenty,
prodloužená II. d.porodní,
placenta accreta,
lacerace (trhliny, hematomy),
vaginální porodní operace,
indukce porodu,
vysoké dávky uterotonik za
porodu
distenze děložní,
polyhydramnion

2/3 žen nemají žádné riziko



Příčiny velkého krvácení

- **před porodem:** abrupce placenty, placenta praevia, vasa praevia, ruptura jater nebo sleziny;

během porodu: císařský řez, ruptura dělohy;

- **po porodu:** atonie dělohy, retence placenty, poranění porodních cest, inverze dělohy, placenta accreta, increta, percreta.

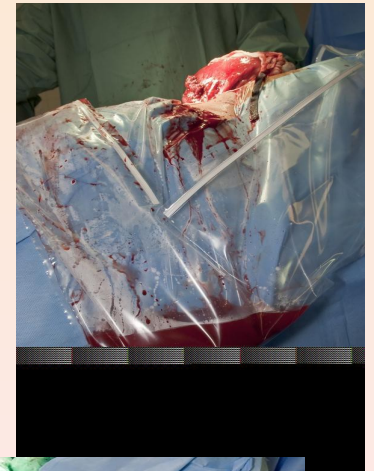
Množství versus rychlost krevní ztráty

Dynamika a rychlost ztráty krve – bere se v potaz spíše než absolutní množství

- 50 % během 3 hodin
- 150ml / hodinu
- progresivní ztráta více než 1500ml

Často k ní dojde za 10 – 15 minut po porodu!!

Zásadní problém je odhad - je lepší krevní ztrátu **přecenit**



Základní otázky u ŽOK

- Odkud pacientka krvácí ?
- Je možná kontrola zdroje krvácení ?
- Má pacientka jiné onemocnění, které může ovlivnit koagulační systém ?
- Užívá farmaka ovlivňující koagulaci ?
- Jsou přítomny laboratorní známky koagulopatie ?

Nutné předpoklady pro zvládnutí velkého porodnického krvácení

preventivní opatření

zkušenost

schopnost rychle se rozhodnout

dostatečné vybavení pracoviště

Léčba ŽOK - ČAS

„ukolébaný tým“ – časová prodleva, pak chaos a panika

krizový plán

krizový tým

60 -70% je ŽOK neočekávané (u 30% žen jsme schopni říci, že u této ženy je riziko)

Pro krevní ztráty v těhotenství je charakteristické

krevní ztráta je často prudká, velká, náhlá (průtok dělohou představuje 20 %

srdečního výdeje na konci těhotenství),

- **krevní ztrátu lze jen špatně odhadnout**

Objektivně až zvážením tamponů, roušek, vše je pouze subjektivní odhad, založený na zkušenosti ...

Personál porodního sálu by měl být veden k systému objektivizace krevních ztrát, odhady matou. (PV, zadržaná krev v děložní nebo břišní dutině, ztráta vznikající postupně)

Fyziologická ztráta u vag.porodu – 400 ml

kazuistika

I/I, vietnamka, nemluví česky, nerozumí. Komunikace přes přítele.

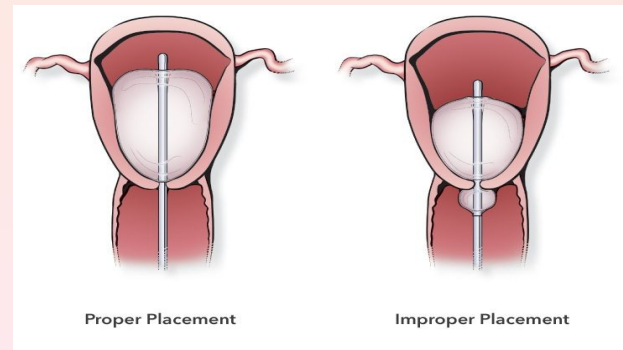
Gr.h. 39+5, fetus magnus, dnes preindukce. Odpoledne kontrakce, dirupce

Branka 4cm, decelerace 60-70/min, tokolýza, indikace k sectio caesarea v CA

Plod 4150/53

Při sutuře břišních svalů hlášen anesteziologem prudký pokles TK 70/50, následně zjištěno prudké vaginální krvácení. Rozpuštěna sutura peritonea, nález atonické dělohy charakteru Couvelerovy. Aplikace uterotonik, neúspěšný pokus o zatamponování dělohy

KZ 4000ml



Supracervicální amputace dělohy

6x mražená plazma, 6x plná krev, 4g Fibrinogenu, ATIII
1000 TU, Novoseven 8,4g iv. Centrálním přístupem

Ve fázi sutury břišních svalů difuzní krvácení charakteru
DIC. Redonův dren vyveden vpravo