

Kristellerova exprese během porodu

Alena Šenkeříková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Šenkeříková**

Osobní číslo: **H12711**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kristellerova exprese během porodu**

Zásady pro vypracování:

Přípravná fáze bakalářské práce, stanovení cílů a formulace cílů, vyhledávání a studium odborné literatury a zdrojů.

Výběr vhodné výzkumné metody a výběr respondentů.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Realizace výzkumného šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Prezentace výsledků, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DOLEŽAL, Antonín. Porodnické operace. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Zdeněk. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2014. 579 s. ISBN 978-802-4745-299.

PAŘÍZEK, Antonín. Analgezie a anestezie v porodnictví. 2., rozš. a přeprac. vyd. Kamenice: Galén, 2012. 427 s. ISBN 978-807-2628-933.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 17.2.2016

..... Štefánek

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávatečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předmětem bakalářské práce „Kristellerova exprese během porodu“ je seznámit zdravotnický personál s porodnickou operační metodou, která je non lege artis a přesto se v České republice používá. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na historii a podmínky, které matka musí splňovat. Je zde popsáno, jak se Kristellerova exprese provádí a jaké důsledky může mít na matku i plod. V praktické části jsou využity informace od šestinedělek. Zde jsou rozhovory s ženami, u kterých byla tato porodnická metoda použita.

Klíčová slova: exprese, Kristeller, poškození expresí

ABSTRACT

The aim of bachelor thesis called "Kristeller Expression during Labour" is to inform medical staff with surgical method which is non lege artis, nevertheless still used in the Czech Republic. Bachelor thesis is composed from theoretical and practical part. The theoretical part is focused on the history and conditions that a mother-to-be must fulfil. You can also learn how the Kristeller Expression is carried out and which consequences this may bring to the mother and the foetus. There are used information from puerperal women in the practical part. There are interviews with the women who underwent this obstetric method.

Keywords: expression, Kristeller, damage expression

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D. za odborné vedení, připomínky, cenné rady, trpělivost a pomoc při zpracování bakalářské práce.

Zároveň bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které byly velmi vstřícné, ochotné a poskytly mi rozhovor.

A na závěr bych chtěla také poděkovat rodině a blízkým za podporu při mém studiu.

„Očekávané štěstí je motorem lidského života.“

Anton Semjonovič Makarenko

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 HISTORIE | 12 |
| 2 PROVEDENÍ EXPRESE | 15 |
| 2.1 INDIKACE | 15 |
| 2.1.1 Insuficience břišního lisu | 15 |
| 2.1.2 Nedostatečné děložní kontrakce..... | 16 |
| 2.1.3 Intrapartální hypoxie plodu | 17 |
| 2.1.4 Prolaps pupečníku | 18 |
| 2.1.5 Dystokie ramének..... | 19 |
| 2.2 PODMÍNKY PROVEDENÍ..... | 19 |
| 2.2.1 Poloha plodu..... | 19 |
| 2.2.2 Donošený plod | 20 |
| 2.2.3 Zašlá branka | 20 |
| 2.2.4 Děložní kontrakce | 20 |
| 2.2.5 Kefalopelvický poměr | 21 |
| 2.2.6 Odteklá plodová voda | 22 |
| 2.2.7 Vstouplá hlavička..... | 22 |
| 2.2.8 Multipara | 23 |
| 2.3 KONTRAINDIKACE..... | 23 |
| 2.3.1 Kefalopelvický nepoměr | 23 |
| 2.3.2 Děložní hypertonus | 23 |
| 2.3.3 Děložní kontrakce | 23 |
| 2.3.4 Děloha s jizvou..... | 24 |
| 2.3.5 Vrozené vývojové vady dělohy..... | 24 |
| 2.3.6 Děložní myomy | 24 |
| 2.3.7 Ruptura děložní | 25 |
| 2.3.8 Rigidní porodní cesty | 25 |
| 2.3.9 Nevhodná poloha | 26 |
| 2.3.10 Mrtvý plod..... | 26 |
| 2.3.11 Intrapartální hypoxie plodu | 27 |
| 2.3.12 Nezašlá branka | 27 |
| 2.4 TECHNIKA | 27 |
| 3 DŮSLEDKY EXPRESE NA MATKU | 29 |
| 4 DŮSLEDKY EXPRESE NA DÍTĚ | 32 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 34 |
| 5 METODOLOGIE PRÁCE | 35 |
| 5.1 CÍLE PRÁCE | 35 |
| 5.2 CÍLOVÁ SKUPINA | 35 |
| 6 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM | 36 |
| 6.1 POLOSTRUKTUROVANÉ ROZHOVORY RESPONDENTEK | 36 |
| 6.1.1 Respondentka A | 36 |
| 6.1.2 Respondentka B | 38 |
| 6.1.3 Respondentka C | 40 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6.1.4 | Respondentka D | 43 |
| 6.1.5 | Respondentka E..... | 45 |
| 6.1.6 | Respondentka F..... | 47 |
| 6.1.7 | Respondentka G | 50 |
| 7 | SHRNUTÍ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 53 |
| 7.1 | DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE | 53 |
| 7.2 | ANAMNÉZA | 54 |
| 7.3 | POROD..... | 55 |
| 7.4 | PRŮBĚH KRISTELLEROVY EXPRESE | 56 |
| 7.5 | NOVOROZENEC..... | 57 |
| | DISKUZE | 58 |
| | ZÁVĚR | 61 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 62 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK..... | 65 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 67 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 68 |

ÚVOD

Porod je pro každou ženu velmi důležitý okamžik v životě a taky vzpomínka, kterou si bude pamatovat až do konce života, a proto se porodní asistentky snaží, aby porod probíhal co nejpřirozeněji. Někdy to situace nedovoluje a prioritou zdravotnického personálu je dovézt porod co nejdříve do úspěšného konce.

Kristellerova exprese, kterou popisuje tato bakalářská práce, patří mezi nefarmakologické metody. Kristellerova exprese, neboli „Přidržení fundu v druhé době porodní“, byla zakázána po druhé světové válce, a přesto se v dnešní době používá.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je uveden stručný životopis Samuela Kristellera, který se zasloužil o zařazení exprese mezi porodnické operace. Jelikož je velmi důležité znát, kdy a jak se má správně používat tato metoda, jsou zde popsány různé indikace, kontraindikace a podmínky, které musí rodička splňovat, aby mohla být exprese použita. Pak je zde popsána technika Kristellerovy exprese a její správné provedení. V závěru teoretické části jsou popsány různé důsledky, které mohou vzniknout při nesprávné technice provedení, ať už u rodičky nebo dítěte. V praktické části jsou zpracovány polostrukturované rozhovory s rodičkami, u kterých byla užita Kristellerova exprese. Výsledky z rozhovorů jsou stručně shrnuty v tabulkách. V přílohách se nachází zpracovaný informační materiál, který je vytvořen v podobě letáku.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

Kristellerova exprese je jednou z nejstarších porodnických operací, při níž se využívá tlak k zesílení přirozených vypuzovacích sil. „*Porodnickou operací nazýváme každý léčebný výkon, kdy porodník rukou nebo nástrojem zasahuje do průběhu těhotenství, porodu nebo šestinedělí*“ (Bouda, 1983, s. 340). Exprese je prastará babská metoda, která se užívala jak k vypuzení celého plodu, tak i k vypuzení částí plodu, který se nachází v podélné poloze. Expresi využívaly necivilizované národy, divoké kmeny, ale i kulturní národy, přestože nebyla tato porodnická operace uzákoněna. V roce 1867 se zasloužil židovský lékař Samuel Kristeller o zařazení Kristellerovy exprese mezi uznávané porodnické operace. Důkladně popsal tuto metodu téhož roku v publikaci *Berliner Klinische Wochenschrift* (Unzeitig, Janků, 2000, s. 308). V této publikaci určil podmínky a indikace, kdy může být tento výkon prováděn. Byl zastáncem názoru, že se tato metoda může užívat již v první době porodní. Tento názor byl později zamítnut. V dalších letech se objevují v publikacích různé citace této metody. (Klaus, 1942, s. 169)

Postupem času docházelo v porodnictví k vývoji, a tím pádem i ke změně provedení Kristellerovy exprese. Zdravotnický personál prováděl tuto porodnickou operaci pomocí dlaní nebo předloktí (Čepický, 2009, s. 344). Během vývoje došlo ke změnám v podmínkách užití exprese a důsledkem byla i změna názoru na ni. Porodníci ji využívali až do konce druhé světové války, přestože měli různé výhrady k jejímu užití. V roce 1945 u nás byla Kristellerova exprese zamítnuta a od roku 1952 je považována za postup *non lege artis*. Německy mluvící země tuto metodu podporují, ale angloameričané se o ní vyjadřují minimálně. (Unzeitig, Janků, 2000, s. 308)

Jedni ze zastánců této metody v České republice jsou gynekologové a porodníci Vít Unzeitig a Petr Janků. V květnu 2004 byla Celostátní gynekologická konference České gynekologické a porodnické společnosti, České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Soukromého sdružení gynekologů České Republiky v Českém Krumlově. Na této konferenci bylo hlavním cílem vymezit hranice postupů *lege artis*, včetně různých alternativ a významných menšinových názorů. Byla zde opět otevřena diskuze na téma využívání Kristellerovy exprese v porodnické praxi. Cca 600 porodníkům byla položena otázka, zda je mezi účastníky někdo, kdo nikdy nepoužil tuto metodu. Z dotazovaných se přihlásil pouze jeden porodník (Čepický, Unzeitig, 2007, s. 61). Šetná exprese byla tedy odsouhlasena. Z diskuze vyplynulo, že Kristellerova exprese u nás není obvykle používanou techni-

kou a proto byl místo ní navržen termín „přidržení fundu“. Bylo povoleno expresi aplikovat pomocí dlaní nebo předloktí a zcela zakázaný v praxi byl tlak loktem. Na závěr bylo řečeno, že přednost by měla mít extrakční operace (forceps, vakuumextraktor) před expresí. (Čepický, 2009, s. 344 – 345)

V dnešní době, je Kristellerova exprese v mnoha publikacích tabuizována, a proto nejsou materiály, kde bychom si o ní mohli přečíst. Tato porodnická operace není ani uváděna ve zdravotnické dokumentaci, tzn., že neexistuje doklad o jejím použití při porodu. Helen Hurst (2009, s. 333) popisuje, jak by mohl takový dokument vypadat. V tomto dokumentu by mělo být uvedeno: kdo expresi nařídil, kdo ji provedl, jak byla aplikována (stálá nebo přerušovaná) a délka její aplikace. (Čepický, Unzeitig, 2007, s. 61)

V roce 2013 v Doporučených postupech v perinatologii popsal Čepický (2013, s. 60) „Doporučení k pomoci rodičce při tlačení ve 2. době porodní“. Toto doporučení nahrazuje Kristellerovu expresi a ustanovuje indikace, kontraindikace a techniku použití. (Příloha P I)

Samuel Kristeller

Samuel Kristeller (Příloha P II: Obr. 1) se narodil 26. 5. 1820 v městě Xions, které leží na území dnešního Polska a zemřel 15. července v roce 1900 v Berlíně. Byl to německo – židovský lékař. Medicínu studoval na Univerzitě v Berlíně, kde v roce 1844 získal diplom „doktor medicíny“. Poté se usadil v Gneses a tam vykonával svou lékařskou praxi. V tomto městě byl jako první pruský Žid v roce 1850 jmenován tzv. Kreisphysikusem (okresní lékař). V roce 1851 se přestěhoval zpět do Berlína, kde pokračoval ve své praxi až do konce svého života. V roce 1854 Kristeller založil společnost pro lékaře. Na to si v roce 1855 otevřel soukromou gynekologickou nemocnici. Roku 1860 se stal soukromým docentem v gynekologii na Lékařské fakultě Univerzity v Berlíně a také vedoucím na gynekologickém oddělení v Charité. V roce 1866 se stal lékařem pro chudé bez nároku na honorář a byl chirurgem při pruských válkách. Titul Sanitätsrath (lékařský důstojník) získal v roce 1867 a o šest let později, tedy v roce 1873, získal titul Geheimers Sanitätsrath (tajný lékařský důstojník). Byl spoluzakladatelem Lékařské a gynekologické společnosti v Berlíně. Kristeller nezahálel a napsal i několik článků do lékařských časopisů. Mezi jeho neznámější objev patří již zmíněný Kristellerův manévr. (Menges, 1982, s. 52; Pagel, ©2002-2011)

Kristeller se nezabýval jen lékařstvím, ale podílel se aktivně na židovských záležitostech. V roce 1878 byl předsedou Výboru Rumunů na kongresu v Berlíně, kde došlo k uznání plné nezávislosti Rumunska. V této době zasáhl ve prospěch židovské rovnosti v této zemi. Stal se členem německo – židovské obce a v roce 1882 se stal jejím představitelem a byl jím do roku 1896. Dále byl i členem výboru Společnosti pro propagaci řemesel mezi Židy a velkým zastáncem židovské emancipace. (Menges, 1982, s. 52; Pagel, ©2002-2011)

2 PROVEDENÍ EXPRESE

2.1 Indikace

V porodnictví je důležité znát indikace k expresi, abychom ji mohli využít v praxi. V jiných případech dochází k poškození jak rodičky, tak dítěte, ale také k fatálním následkům, kterým se vyhneme znalostmi indikací k provedení exprese.

2.1.1 Insuficience břišního lisu

Insuficience, neboli nedostatečnost břišního lisu v době vypuzovací, je jednou z indikací k použití exprese na plod (Roztočil, 2008, s. 327). Břišní lis je aktivní proces, jedná se o vůlí ovladatelný, řízený stah příčně pruhovaných svalů břišní stěny a bránice. Zvýšený intraabdominální tlak napomáhá k vypuzení plodu z dutiny děložní. Břišní lis se používá při probíhajících děložních kontrakcích a po zániku děložní branky. (Roztočil, 2008, s. 112)

Nedostatečné využití břišního lisu se většinou vyskytuje u multipar s diastasou (rozestup) přímých břišních svalů, u žen unavených nebo s ochablou břišní stěnou až venter pendulus (výrazné ochabnutí břišní stěny, kdy dochází k převisu břišní stěny přes os pubis). Problém s břišním lisem mohou mít také ženy, které mají hernii, např. inquinální nebo v jizvě. (Roztočil, 2008, s. 112, 223, 327; Kotásek, 1976, s. 101)

Nedostatečný břišní lis způsobuje prodloužení druhé doby porodní nebo také úplnou neschopnost spontánního porodu. Poruchy břišního lisu můžeme rozdělit na primární a sekundární.

- *Primárně slabý břišní lis* je nejčastěji způsobený anatomickou nebo funkční insuficiencí přední stěny břicha a dna pánevního. Mezi příčiny patří diastasa přímých břišních svalů, hernie a venter pendulus. Primární nedostatečnost břišního lisu může být zapříčiněna také nadměrnou obezitou anebo i velkou distenzí (roztažení) přední stěny břišní při polyhydramniu (zvýšené množství plodové vody), při vícečetné graviditě a také při neurologických onemocněních (ojediněle může dojít k ochrnutí břišního svalstva). Léčba je obtížná, např. při diastase musí už před vlastním otěhotněním dojít k chirurgické úpravě. (Roztočil, 2008, s. 275; Roztočil, 1996, s. 66)
- *Sekundárně slabý břišní lis* se nejčastěji objevuje u rodiček, které jsou vysílené dlouhodobým porodem nebo také dlouhým tlačáním v druhé době porodní. Další příčiny

vzniku břišní nedostatečnosti mohou být i různá onemocnění rodičky, např. některé formy srdečních vad, plicní emfyzém, těžší struma, onemocnění pohrudnice (rodička není schopna zadržet dech), ale také cholelithiáza a cholecystitida, které nedovolí rodičce vyvinout dostatečný tlak k vypuzení plodu z dutiny děložní. K tomuto stavu by mohlo dojít i u rodiček, které neumí břišní lis používat, většinou se jedná o rodičky, které nenavštěvovaly kurzy psychosomatické přípravy těhotných žen a jejich partnerů k porodu a péči o dítě. Dále se může jednat o rodičky ustrašené, psychicky labilní, rodičky mající sklony k hysterickým reakcím, a u kterých strach a bolest vyvolávají nepřiměřené reakce. (Roztočil, 1996, s. 66)

2.1.2 Nedostatečné děložní kontrakce

Jednou z dalších indikací k provedení exprese jsou nedostatečné děložní kontrakce, které mohou být způsobené nesprávnou reakcí na uterotonika (Roztočil, 2008, s. 327). Co to vlastně děložní kontrakce jsou, jak vznikají a jak je lze snímat viz 2.2.4 Děložní kontrakce.

Nedostatečné děložní kontrakce mohou být rozděleny podle Roztočila (1996, s. 62) na dva typy:

- *Primárně slabé děložní kontrakce* se nejčastěji vyskytují u primipar. Kontrakce se šíří správným směrem, koordinace kontrakcí je správná, ale problém se nachází v intenzitě. Děložní kontrakce jsou slabé od začátku porodu, trvají krátkou dobu a jsou mezi nimi dlouhé pauzy. Rodička je unavená, porod trvá dlouho a nijak nepostupuje. Pokud se zjistí, že za tím není žádná organická příčina, zkouší se intenzita a frekvence kontrakcí podpořit uterotoniky společně s kardiografickým záznamem.
- *Sekundárně slabé děložní kontrakce* nastupují až v průběhu porodu. Na začátku porodu jsou stahy dělohy normální intenzity a frekvence až do doby, kdy dojde k jejich útlumu. Mezi nejčastější příčiny patří vyčerpaná děloha při nedostatečné energetické zásobě, prolongovaný porod, nevhodně indikovaná indukce porodu při nepřipravené děloze nebo děloha vyčerpaná nadměrnou stimulací uterotonik atd. Tento stav se může vyskytnout jak v první, ve druhé tak i ve třetí době porodní. Pokud není příčinou slabých kontrakcí vyčerpaná děloha po stimulaci uterotonik, jako prvním řešením může být podání regulované infuze s uterotoniky. Jestliže ro-

dička ve druhé době porodní nedokáže nahradit slabé děložní stahy použitím břišního lisu, je na porodníkovi, aby porod ukončil forcepsem nebo vauumextraktorem.

Uterotonika se řadí do skupiny léčiv, která vyvolávají kontrakce těhotné dělohy. Nejznámější látkou je oxytocin, který se za fyziologických podmínek do organismu vyplavuje v průběhu porodu. Způsobuje rytmické kontrakce dělohy a také ejakci mateřského mléka. Další látkou je karbetocin, který se používá k prevenci poporodního krvácení. Posledním zástupcem je ergometrin a jeho derivát methylergometrin, který slouží k prevenci a k léčbě poporodního krvácení v důsledku hypotonie dělohy. (Martínková, 2007, s. 184 – 185)

2.1.3 Intrapartální hypoxie plodu

Další indikací k provedení exprese je hrozící nebo probíhající intrapartální hypoxie plodu (Roztočil, 2008, s. 327). Ovšem Pavel Čepický (2009, s. 346) popisuje, že již probíhající hypoxie plodu je kontraindikací k použití této porodnické operace.

Intrapartální hypoxie vzniká při porodu, tzv. akutní hypoxie, ale může vzniknout také před porodem, tzv. chronická hypoxie. Chronická hypoxie bývá nejčastěji na straně matky. Její příčinou je hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění ledvin, anémie, kardiovaskulární onemocnění, apod. (Roztočil, 1996, s. 160). Hodně často chronická hypoxie přechází v průběhu porodu v akutní hypoxii. (Hájek, 2004, s. 339)

Hypoxie je stav, kdy dojde k omezení nebo k úplné zástavě výměny krevních plynů prostřednictvím placenty a pupečníku mezi matkou a plodem. Při takové situaci dojde k poklesu pH a vznikne respirační acidóza. Počáteční stádium intrapartální hypoxie je tzv. hypoxémie. V tomto stádiu se snižuje okysličení plodu. Na tento stav plod odpovídá obrannými mechanismy, kterými sníží spotřebu kyslíku, jedná se např. o omezení pohybové aktivity nebo omezení dýchacích pohybů. Hypoxémii plod dokáže zvládat několik dnů až týdnů. Dalším stádiem je hypoxie, při které dochází k prohlubování poklesu kyslíkové saturace plodu. V této fázi plod začne vyplavovat stresové hormony a snižuje prokrvení periferní tkáň, aby zůstaly kyslíkem zásobené centrální orgány, jako jsou srdce, mozek a nadledviny. Tento stav plod dokáže kompenzovat pouze několik hodin. Poslední fází je asfyxie, což je úplná zástava přenosu krevních plynů z a do organismu plodu, dochází k selhání centrálních orgánů, a pokud se tento stav diagnostikuje, je potřeba porodit plod do několika minut. (Hájek, 2004, s. 339 – 340)

Podle Roztočila (2008, s. 76 – 81) můžeme intrapartální hypoxii diagnostikovat několika způsoby:

- *Stetoskop*, ten se používal dříve zejména ve druhé době porodní. V dnešní době dává zdravotnický personál přednost modernějším přístrojům.
- *Kardiotokografie* (dále jen „KTG“), která se během porodu provádí ve 20 – 30 minutových záznamech, a to každé 2 – 3 hodiny, v případě pravidelných kontrakcí. KTG je elektronický záznam akce srdeční (dále je „AS“) plodu a děložních kontrakcí. (Příloha P II: Obr. 2)
- *Stanovení Astrupu*, které se provádí odběrem krve z naléhající části hlavičky plodu. Jedná se o invazivní zákrok, který může způsobit infekční komplikace u novorozence.
- *Intrapartální fetální pulzní oxymetrie*, ta se provádí zavedením senzoru vaginálně, nejlépe na tváře plodu, které jsou dobře prokrvené nebo také na hýždě plodu při poloze koncem pánevním (Hájek, 2004, s. 345). (Příloha P II: Obr. 3)
- *Analýza ST – úseku EKG – křivky plodu*, která se provádí vždy za současné monitorace KTG. Používají se tzv. skalповé elektrody, které se fixují na hlavičku nebo oblast hýždí při poloze koncem pánevním. Dochází k záznamu AS plodu, který je zobrazována ve formě EKG křivky.

Pokud dochází v průběhu porodu k hypoxémii nebo k hypoxii, můžeme v době poporodní vyhodnotit stupeň poškození pomocí Apgar score. Jedná se o bodové hodnocení novorozence v první, páté a desáté minutě života. Zde hodnotíme srdeční frekvenci, dechovou činnost, barvu prokrvené kůže, svalový tonus a jeho reakci na podráždění. (Roztočil, 2008, s. 352 – 353)

2.1.4 Prolaps pupečníku

Prolaps, neboli výhřez, pupečníku u multipar je také jednou z indikací k expresi (Roztočil, 2008, s. 327). Prolaps pupečníku vzniká při odteklé plodové vodě tehdy, kdy naléhající část plodu tlačí pupečník před sebou v porodních cestách. Ve většině případů se tento stav ukončuje akutním císařským řezem. V případě, že u multipar zjistíme, že vedle pupečníku rychle prostupuje hlavička plodu do pánve a děložní hrdlo i branka jsou zašlé, můžeme použít Kristellerovu expresi. Při prolapsu, podle profesora Karla Klause (1942, s. 170), můžeme extrakci hlavičky forcepsem nahradit užitím exprese. (Kotásek, 1976, s. 76 – 77) (Příloha P II: Obr. 4)

2.1.5 Dystokie ramének

Dystokie ramének může být považována za indikaci k provedení exprese (Roztočil, 2008, s. 327). Dystokii ramének můžeme řadit mezi akutní stavy v druhé době porodní. Při dystokii dochází po porodu hlavičky k zadržení předního raménka za symfýzou, kdy nedojde k rotaci raménka do příčného nebo šikmého průměru pánevního vchodu. Tím se zabrání vstupu těla plodu do porodního kanálu. Nejčastěji je tento stav způsoben velkou hmotností plodu, mikrocefalií, obezitou matky, ale také předčasnou a silnou Kristellerovou expresí. Diagnostika spočívá v tom, že po porodu hlavičky nedojde při mírném dorzálním tahu za hlavičku k porodu předního raménka. Nastane retrakce hlavičky, tlak okolních tkání utlačuje cévy zásobující hlavičku a dojde k rozvoji cyanózy hlavičky. (Roztočil, 2008, s. 291 – 292) (Příloha P II: Obr. 5)

V článku porodníků Víta Unzeitiga a Petra Janků (2000, s. 309) si můžeme přečíst, že jestliže chceme využít expresi při dystokii ramének, musíme si uvědomit, že dutina děložní obsahuje plod a eventuálně zadní plodovou vodu. Plod je umístěn v dolní části dělohy, a tím pádem vytvořený tlak při expresi nemusí dosáhnout takového efektu, jaký potřebujeme.

2.2 Podmínky provedení

Podmínek, které rozhodují o tom, zda je vhodné použít Kristellerovu expresi, je spousta a je velmi důležité, aby se dodržovaly. Pokud dojde k tomu, že je lékař nebo porodní asistentka nedodrží, mohlo by dojít k poškození rodičky, plodu nebo i obou.

2.2.1 Poloha plodu

Nejdůležitější podmínkou je správná poloha plodu při porodu (Pitřha, 1911, s. 231). Plod by měl být uložen v poloze podélné, to znamená, že podélná osa plodu, je rovnoběžná s podélnou osou dělohy. Tuto polohu zaujímá přibližně 99,5 % plodů. (Roztočil, 2008, s. 106)

Rozeznáváme dva typy, kdy plod je uložen v podélné poloze. První typ je podélná poloha plodu hlavičkou (dále jen „PPH“). Tuto polohu na konci těhotenství zaujímá asi 95,5 % plodů. Můžeme o ní mluvit tehdy, když naléhající částí na pánevní vchod je hlavička. Druhý typ je podélná poloha koncem pánevním (dále je „PPKP“). Tato poloha není tak častá a na konci těhotenství ji zaujímají asi jen 4 % plodů. O této poloze mluvíme tehdy, když naléhající částí na pánevní vchod je konec pánevní. PPKP můžeme dělit podle

toho, která část konce pánevního naléhá na pánevní vchod, a to úplný a neúplný konec pánevní, poloha řitní, poloha jednou nebo oběma nožkami a poloha kolínkem. (Roztočil, 2008, s. 106; Zwinger, 2004, s. 299) (Příloha P II: Obr. 6,7)

Z článku Pavla Čepického (2009, s. 346), Exprese plodu přidržení fundu děložního, se dozvíme, že udává polohu podélnou koncem pánevním jako relativní kontraindikaci. Zde tedy dochází ke sporu, v jaké poloze může být plod při provedení Kristellerovy exprese.

2.2.2 Donošený plod

Jedna z dalších podmínek je, aby byl plod donošený (Unzeitig, Janků, 2000, s. 308). Tímto se rozumí plod, jehož gestační věk je 260 – 293 dnů, což v přepočtu znamená 37. – 41. týden gestace. Dalším důležitým kritériem je hmotnost, která nám určuje donošenost plodu. Optimální hmotnost plodu při narození by se měla pohybovat v rozmezí 2500 – 3999 gramů, toto rozmezí je označováno jako normální porodní hmotnost. Pokud porodní hmotnost odpovídá délce těhotenství, můžeme novorozence označovat jako eutrofického neboli donošeného. (Zwinger, 2004, s. 483)

2.2.3 Zašlá branka

Aleš Roztočil (2008, s. 327) popisuje, že jednou z důležitých podmínek je, aby byla branka zašlá. Pokud se podíváme do knihy Karla Klause (1942, s. 169), dočteme se, že Kristeller byl toho názoru, že exprese se může používat již v první době porodní a tím se může napomoci k rychlejšímu rozvinutí děložního hrdla a později děložní branky. Dnes víme, že tomu tak není. Cesta k zašlé brance je zdlouhavá, ale nezbytná k vlastnímu porodu plodu. Zašlou brankou se rozumí stav, kdy je děložní hrdlo dilatováno na 10 centimetrů, dochází k jeho zániku a není již bariéra mezi dutinou děložní a pochvou. Zašlá branka ukončuje první dobu porodní a zároveň zahajuje druhou dobu porodní. V první době porodní dochází k postupnému rozvíjení dolního děložního segmentu, což se někdy nazývá doba otevírací (Příloha P II: Obr. 8). V druhé době porodní dochází k samotnému porodu plodu, proto se nazývá dobou vypuzovací. (Roztočil, 2008, s. 114 – 115)

2.2.4 Děložní kontrakce

Důležitou podmínkou je přítomnost děložních kontrakcí (Čepický, 2009, s. 345). Děložní kontrakce je mimovolní stah hladké svaloviny děložní a jejím hlavním úkolem je vypudit plod z těla matky. Kontrakční vzruchy vznikají zpravidla v levých rozích dělohy a odtud

se šíří k dolnímu děložnímu segmentu. Aby byly tyto stahy efektivní, je důležitá koordinovanost horního a dolního segmentu dělohy. Stahy dělohy můžeme snímat přímými intrauterinními sondami, anebo je můžeme zaznamenávat nepřímo pomocí tokografického přístroje (Binder, 2011, s. 66). Kontrakce dělohy rodička vnímá velmi bolestivě, a proto je známe pod názvem porodní bolesti. (Roztočil, 2008, s. 111)

2.2.5 Kefalopelvický poměr

Kefalopelvický poměr je poměr největšího tvrdého obvodu hlavičky plodu a kostěné pánve rodičky. Při aplikaci exprese musíme vědět, že u rodičky nejsou známky kefalopelvického nepoměru a ani jeho podezření (Čepický, Unzeitig, 2009, s. 345). Znamky nepoměru zjistíme lehce pomocí vnějších pánevních rozměrů, a to změřením pánve rodičky, změřením velikosti obvodu hlavičky a hmotnosti plodu, nebo také funkčním vyšetřením (Roztočil, 2008, s. 275). Podezření na kefalopelvický nepoměr můžeme mít u rodiček, jejichž výška je menší než 150 cm, proto je důležité při odebrání anamnézy zjišťovat výšku rodičky. (Roztočil, 1996, s. 68)

Určení kefalopelvického poměru zjistíme tak, že změříme čtyři vnější pánevní rozměry rodičky pomocí pelvimetru. Nejčastěji se jako první měří distantia bispinalis, jejíž délka by měla být asi 26 cm, jedná se o vzdálenost mezi spinae iliacae anterior superior. Poté se měří distantia bicristalis, jejíž vzdálenost je asi 29 cm a je to vzdálenost mezi cristae iliacae. Následuje měření největší vzdálenosti a tou je distantia bitrochanterica, která je dlouhá asi 32 cm, tento rozměr se měří mezi trochantery major. Na závěr se měří nejdůležitější rozměr conjugata externa, což je nejkratší vzdálenost (asi 20 cm) a to vzdálenost mezi pátým bederním obrátem a středem horního okraje symfýzy. (Zwinger, 2004, s. 81) (Příloha P II: Obr. 9)

Poté probíhá měření u plodu: velikost obvodu hlavičky a hmotnost pomocí ultrazvuku (dále jen „USG“). Nejčastěji se měří velký příčný průměr, neboli odborně můžeme říct diameter biparietalis, který má mít vzdálenost přibližně 9 cm. Některé publikace uvádějí i vzdálenost 9,5 cm. (Hájek, 2014, s. 421) (Příloha P II: Obr. 10)

Poslední možností pro odhalení kefalopelvického nepoměru je funkční vyšetření. Provádí se u neobězních žen hmatem podle Zagenmeistra. Porodník položí ukazovák a prostředník pravé ruky na symfýzu a ukazovák a prostředník levé ruky položí na hlavičku plodu. Jestliže prsty levé ruky jsou pod úrovní prstů pravé ruky, o nepoměr by se jednat nemělo. Pokud budou prsty levé i pravé ruky ve stejné úrovni, mělo by se jednat o hraniční poměr

a tady je velmi důležité zhodnotit, zda se bude pokračovat ve vaginálním porodu nebo se porod ukončí císařským řezem. Poslední možností je, že prsty levé ruky jsou nad úroveň prstů pravé ruky a v tomto případě se pravděpodobně bude jednat o kefalopelvický nepoměr. Pokud provedeme vaginální vyšetření, můžeme hmatat začínající konformaci (podsování lebečních kostí pod sebe) hlavičky. (Roztočil, 2008, s. 275)

2.2.6 Odteklá plodová voda

Odteklá plodová voda je jednou z mnoha podmínek k provedení Kristellerovy exprese. Množství plodové vody v závěru těhotenství je 700 – 800 ml. Plodová voda má zejména dvě funkce, a to mechanickou ochranu plodu před tlaky zvenčí a vytváření optimálního prostředí pro správný vývoj plodu. (Roztočil, 2008, s. 116 – 117, 327)

Ke spontánnímu odtoku plodové vody, jiným názvem také liquor amnii, dochází nejčastěji během aktivní fáze první doby porodní. Zda došlo k odtoku, či nikoli můžeme zjistit několika způsoby, např. vaginálním vyšetřením v zrcadlech, bromtymolovou zkouškou (Temesvaryho činidlo), lakmusovými papírky, ultrazvukovým vyšetřením anebo cytologií. Pokud nedojde ke spontánní ruptuře vaku blan v první době porodní, může se provést tzv. dirupce vaku blan (Příloha P II: Obr. 11). Tento proces se provádí při dilataci branky, která musí být nejméně 3 – 5 cm. Dirupci zpravidla provádí lékař jednou branží amerických kleští. (Roztočil, 2008, s. 116 – 117, 120 – 121)

2.2.7 Vstoupá hlavička

Další z podmínek k provedení exprese je hlavička vstoupá velkým oddílem (Roztočil, 2008, s. 327). Tento stav můžeme zjistit pomocí vnitřních a zevních hmatů. (Příloha P II: Obr. 12)

- Zevními hmaty můžeme hlavičku kontrolovat tak, že přiložíme dva prsty nad sponu stydkou a hmatáme krční rýhu plodu. Hlavička by měla být pevně fixovaná, neměla by být pohyblivá a již by se neměla dát vysunout. (Roztočil, 2008, s. 121)
- Pokud chceme využít vnitřní hmaty, je důležité, abychom nahmatali vedoucí bod, kterým je oblast malé fontanely (tvar trojúhelníku). Vedoucí bod bychom měli hmatat na spojnici trnů kostí sedacích. Hlavička se už nedá vysunout zpět a prsty bychom neměli dostat mezi hlavičku plodu a horní okraj spony stydké neboli promontorium. (Roztočil, 2008, s. 121)

2.2.8 Multipara

Mezi jednu z posledních podmínek pro aplikaci exprese je, že rodička musí být multipara (Kotásek, 1976, s. 102). Parita ženy je pojem, kterým se vyjadřuje, kolikátý v pořadí je nynější porod. Multiparou se rozumí žena, která má za sebou dva a více porodů. Klaus (1942, s. 170) ve své publikaci popisuje, že výhodou u multipar oproti primiparám nebo sekundiparám je poddajné pánevní dno a poddajná hráz. (Roztočil, 2008, s. 110).

2.3 Kontraindikace

2.3.1 Kefalopelvický nepoměr

Mezi jednu z prvních kontraindikací patří kefalopelvický nepoměr (Roztočil, 2008, s. 327). Jedná se o opak kefalopelvického poměru, viz 2.2.5 Kefalopelvický poměr.

2.3.2 Děložní hypertonus

Další kontraindikací je děložní hypertonus (Roztočil, 2008, s. 327). Děložní hypertonii můžeme popsat jako dlouhodobý stah děložního svalstva. Nejčastěji vznikne při poklesu klidové schopnosti svaloviny dělohy nebo při rychlém zkracování doby mezi děložními kontrakcemi. Během mírného stupně hypertonie dochází k poklesu umbilikálního průtoku ve vénách. Postupně se u plodu začíná rozvíjet hypoxémie a následná hypoxie. Je zde také vyšší riziko abrupce placenty. Nejčastější příčinou děložní hypertonie je nadměrné rozpětí děložní stěny (např. vícečetná gravidita, velký plod, polyhydramnion, atd.). U léčby můžeme použít menší dávky uterotonik. Výjimka nastává u hypertonu při abrupci placenty, kdy slouží jako ochranný mechanismus a snižuje krvácení. Při tomto stavu je rodička ohrožena diseminovanou intravaskulární koagulací (dále jen „DIC“). Většinou se tato situace ukončuje akutním císařským řezem. (Hájek, 2014, s. 429)

2.3.3 Děložní kontrakce

Také přítomnost nebo nepřítomnost děložních kontrakcí je rozhodující k provedení Kristellerovy exprese (Roztočil, 2008, s. 327). Expres na plod se nemůže provádět, jestliže nejsou přítomny děložní kontrakce. Co jsou to děložní kontrakce a jak vznikají, viz 2.2.4 Děložní kontrakce.

2.3.4 Děloha s jizvou

Jednou z kontraindikací je i jizva na děloze. Nejčastěji dochází k jizvě na děloze při zákrocích, kdy dojde k protěti děložní stěny. Poté se děložní stěna zhojí jizvou. V dnešní době by se mělo již nepatrné poškození stěny děložní označovat kontraindikací k použití exprese. Při odebrání anamnézy se zajímáme, zda rodička absolvovala nějakou operaci, např. císařský řez, myomektomie, metroplastika, odstranění nádoru, atd. (Roztočil, 2008, s. 327, 335).

2.3.5 Vrozené vývojové vady dělohy

Možností, proč se exprese nemůže použít, jsou různé vrozené vývojové vady dělohy (Roztočil, 2008, s. 327). Vrozené vývojové vady (dále je „VVV“) jsou často podmíněné geneticky, anebo jsou způsobené poruchou při vývoji organismu. Některé VVV dělohy můžeme diagnostikovat již po narození, některé v pubertě a některé až při neschopnosti otěhotnět. (Citterbart, 2001, s. 51)

Mezi nejčastější VVV dělohy patří její zdvojení. Zdvojení dělohy můžeme rozdělit na jednoplášťové (ze zevnějšku je děloha jednotná a děložní dutina je částečně nebo úplně zdvojená) a dvouplášťové (patrné rozdvojení ze zevnějšku). Mezi jednoplášťové vady můžeme zařadit uterus subseptus (neúplné rozdělení dutiny děložní) a uterus septus (úplné rozdělení dutiny děložní). Mezi dvouplášťové vady patří uterus arcuatus (obrys děložního hrdla a dutiny je vhloubený), uterus bicornis (tělo rozštěpené na dva rohy a z každého odstupuje jeden vejcovod), uterus bicornis unicollis (zdvojené tělo dělohy, které ústí do jednoho hrdla), uterus duplex (úplné zdvojení dělohy) a uterus didelphys (zdvojení dělohy a částečné nebo úplné zdvojení pochvy). (Citterbart, 2001, s. 54) (Příloha P II: Obr. 13)

2.3.6 Děložní myomy

Kontraindikací k užití exprese jsou i děložní myomy (Roztočil, 2008, s. 327). Myomy jsou benigní nádory, které vznikají z hladkého svalstva myometria. Přesné příčiny nejsou prozatím jasné. Předpokládá se, že příčinou mohou být hormony (estrogen, progesteron) a genetické faktory. Máme i několik rizikových faktorů, které mohou způsobit vznik děložních myomů. Patří zde např. výskyt myomů v rodině, obezita, věk kolem 40 let, atd. Není zde jasné, jestli je vznik myomů způsobený sekundárními hormonálními změnami. Další jsou endogenní hormonální faktory, kde bylo zjištěno, že menarché dříve než v 10 letech zvyšuje riziko, avšak menarché později než v 16 letech snižuje riziko vzniku

děložních myomů. Také bylo zjištěno, že bělošské ženy mají nižší riziko vzniku myomů než afro – americké ženy. Naopak, ale bylo prokázáno, že kouření nebo zvýšená parita, může být prevencí vzniku děložních myomů. Myomy se můžou projevat: bolestí, nadměrným krvácením nebo močovými infekcemi. (Parker, 2007, s. 725 – 729)

Výzkumem bylo zjištěno, že nejčastěji se děložní myomy diagnostikují ve druhém trimestru těhotenství. Ve většině případů, kdy byly myomy prokázány v průběhu těhotenství, nedošlo ke zvětšení jejich objemu ani k nějakému výraznému ovlivnění těhotenství. Vzácně k děložní ruptuře po abdominální myomektomii dochází během těhotenství nebo při porodu. (Parker, 2007, s. 731 – 733)

2.3.7 Ruptura děložní

Roztočil (2008, s. 327) uvádí, že mezi kontraindikace patří hrozící ruptura dělohy při použití epxrese. Rupturu dělohy můžeme charakterizovat jako porušení celistvosti děložní stěny. Ruptury nejčastěji vznikají v průběhu porodu, ale vzácně vznikají i v těhotenství. Nejčastější příčinou hrozící ruptury je oslabená děložní stěna (např. jizvou, myomem). Rodička náhle začne pociťovat silné a častěji se objevující kontrakce, dolní děložní segment (dále jen „DDS“) je bolestivý na pohmat, ligamenta teretia jsou hmatná, bolestivá a natažená. Dochází ke ztenčení DDS a děložní tělo se zesiluje. Dojde ke vzniku tzv. Bandlovy rýhy (Příloha P II: Obr. 14), což je prohlubeň mezi DDS a děložním tělem, která je patrná na břicho a postupně stoupá nad pupek. Pokud se nadále DDS ztenčuje, vznikne ruptura dělohy. Rodička ucítí prudkou bolest a dojde k vymizení kontrakcí. K ruptuře nejčastěji dochází v děložní hraně. Abychom tomuto stavu předcházeli, je důležité znát podrobnou anamnézu rodičky. (Hájek, 2014, s. 443 – 445)

2.3.8 Rigidní porodní cesty

Expese na plod se nesmí provést, jestliže jsou rigidní, neboli ztuhlé, porodní cesty (Roztočil, 2008, s. 327). Rigidita u děložního hrdla se projeví jeho ztuhlostí, nezkracuje se a nedochází k jeho postupnému otvírání. Může to být způsobené anatomickým nebo funkčním poškozením hrdla u starších rodiček, po ruptuře hrdla nebo operaci na hrdle děložním, kdy došlo ke vzniku jizvy. Funkční poškození hrdla se dá ovlivnit spasmolytiky nebo epidurální analgezií. Součástí rigidních porodních cest je i spasmus děložní branky, který vzniká spazmem hladkého svalstva. To způsobuje neotvírání branky. Spasmus branky se dá farmakologicky ovlivnit, a to je velká výhoda. (Zwinger, 2004, s. 287, 289)

2.3.9 Nevhodná poloha

Kontraindikací exprese je šikmá, příčná poloha a poloha koncem pánevním (Roztočil, 2008, s. 327). Avšak podle Piřhy (1911, s. 231) je poloha koncem pánevním indikací k expresi.

Poloha příčná patří mezi polohy patologické. Vyskytuje se asi v 0,5 % těhotenství. O této poloze můžeme mluvit tehdy, když je hlavička plodu na levé nebo pravé straně v lopatě kosti kyčelní a děložní osa společně s podélnou osou plodu jsou kolmé. (Hájek, 2014, s. 52) (Příloha P II: Obr. 15)

Polohu šikmou můžeme označit jako polohu přechodnou. Mluvíme o ní, když hlavička naléhá mimo pánevní vchod a přesahuje linea terminalis. Tuto polohu můžeme rozdělit na příznivou a nepříznivou. O příznivé poloze mluvíme tehdy, jestliže je hřbet plodu převrácen ke vchodu pánevním (Příloha P II: Obr. 16). Při pravidelných děložních kontrakcích dochází k vzpřímení plodu, hlavička se začne flektovat a výsledkem je poloha podélná. O nepříznivou polohu se jedná tehdy, když je hrudník plodu převrácen k pánevnímu vchodu (Příloha P II: Obr. 17). Při pravidelných kontrakcích se plod vzpřímí, ale hlavička je v deflexi. (Hájek, 2014, s. 52)

O poloze koncem pánevním mluvíme tehdy, kdy naléhající částí plodu je konec pánevní. Viz 2.2.1 Poloha plodu

2.3.10 Mrtvý plod

Provedení exprese je kontraindikováno u mrtvého plodu (Roztočil, 2008, s. 327). O mrtvě narozeném plodu mluvíme tehdy, kdy je narozené dítě bez známek života a váží 1000 g a více (Zwinger, 2004, s. 275). Mezi nejčastější příčiny úmrtí v těhotenství patří intraamniální infekce (GBS, Chlamydie, Mykoplazmata), abrupce placenty a různé orgánové malformace (nejčastěji malformace CNS). Mrtvý plod můžeme diagnostikovat podle subjektivních příznaků ženy nebo objektivní diagnózou. Žena si většinou stěžuje na snížené napětí v prsou, sníženou nebo úplnou absencí pohybů, krvácení, subfebrilie, atd. Mezi objektivní příznaky můžeme zařadit nepřítomnost AS. Jestliže je plod mrtvý déle než 7 dnů, při USG vyšetření můžeme vidět střechovité překrývání lebečních kostí, tzv. Spaldingovo znamení. (Hájek, 2004, s. 373 – 374)

2.3.11 Intrapartální hypoxie plodu

Intrapartální hypoxie plodu je kontraindikací k použití exprese. Výjimka nastává tehdy, kdy předpokládáme, že nedojde ke zhoršení hypoxie plodu při expresi. Také lze předpokládat, že ukončení porodu pomocí exprese bude rychlejší než ukončení forcepsem nebo vakuumextraktorem. (Roztočil, 2008, s. 327) Viz 2.1.3 Intrapartální hypoxie plodu

2.3.12 Nezašlá branka

Poslední kontraindikací je nezašlá děložní branka (Kotásek, 1976, s. 102). Nezašlou porodní brankou se rozumí stav, kdy není branka plně dilatována na 10 cm. Cervix se postupně spotřebovává, hrdlo dělohy se postupně zkracuje a vzniká tenká porodnická branka. (Roztočil, 2008, s. 114) Viz. 2.2.3 Zašlá branka

2.4 Technika

Pro porodníka, který se rozhodl dát přednost Kristellerově expresi před užitím forcepsu nebo vakuumextraktoru, je důležité znát, jak ji správně provést.

První důležitou informací je, že Kristellerova exprese se zásadně provádí vždy během děložní kontrakce. Porodník nebo porodní asistentka (dále jen „PA“) zaujme pozici na straně rodičky a postaví se zády k její hlavě. Rodička by měla být uložena na zádech, poté co jsou všichni na svém místě, lékař nebo PA pohmatem ohraničí tvar a polohu dělohy a oddálí ji od okolních orgánů, hlavně od střevních kliček. Po oddálení dělohy od okolních orgánů, se pokusí narovnat dělohu, aby byla souběžná s osou pánevního vchodu. Poté nastane okamžik, kdy si lékař nebo PA položí ruce na dělohu tak, že malíkové hrany budou směřovat k záďům rodičky, dlaně budou objímat fundus nebo děložní hrany. Na přední stěnu dělohy položí palce a ostatními prsty se snaží dostat co nejvíce k zadní stěně dělohy. Je důležité, aby byly ruce vždy ve stejné úrovni. Pokud se objeví spontánní děložní kontrakce, začne lékař nebo PA tlačit oběma rukama směrem k pánevnímu vchodu (Kotásek, 1976, s. 102). Jestliže se děložní kontrakce neobjeví během následujících minut, může se navodit jemným třením děložních rohů. Následně vznikne kontrakce, která bude podpořena tlakem rukou. Poté setrváme s tlakem rukou na vrcholu společně s děložní kontrakcí. Pokud ucítíme postupný útlum děložní kontrakce, začneme pomalu snižovat tlak rukou. Pak můžeme pokračovat s další expresí. Hraniční počet expresí je pět. Maximální doba tlaku na dělohu by neměla přesáhnout 5 – 8 sekund. Při užití exprese nedochází

k postupnému rozvíjení hráze a ve většině případů se provádí episiotomie. (Roztočil, 2008, s. 327; Unzeitig, Janků, 2000, s. 308) (Příloha P II: Obr. 18)

Někdy se můžeme setkat s tím, že výše popsaná exprese není pro lékaře nebo PA dosti účinná a tak užití způsoby, které jsou drastičtější. Gynekologové a porodníci Vít Unzeitig a Petr Janků (2000, s. 308) ve svém článku popisují jinou techniku Kristellerovy exprese: *„Porodní asistentka nebo lékař tlačí v druhé době porodní v období kontrakce předloktím ruky na fundus proti páteři těhotné. Pro zesílení účinku bývá použita plenu, která je přivázaná k porodnímu stolu ze strany vedle těla pacientky v úrovni fundu děložního. Ruka uchopí přivázanou plenu a vytvoří se jakási páka, která velmi intenzivní silou tlačí na fundus děložní“*.

3 DŮSLEDKY EXPRESE NA MATKU

Co všechno se může stát, když zdravotnický personál nedodrží podmínky exprese? Někdy může nastat situace, že podmínky Kristellerovy exprese jsou splněné, ale je provedena tak nešetrně, že u matky způsobí spoustu následků.

Abrupce placenty

Jedním z následků exprese na matku je abrupce placenty (Roztočil, 2008, s. 328). Abrupci se rozumí předčasné odloučení placenty od děložní stěny. Jsou různé typy abrupcí placenty (kompletní, částečná, marginální). Kompletní abrupce je stav, kdy se odloučí celá placenta a částečná abrupce nastane v případě, že se odloučí jen část placenty od děložní stěny. Poslední typ je marginální abrupce, která nastane, když se odloučí pouze okraj placenty. Ve většině případů dochází při odloučení placenty ke krvácení. U některých rodiček může dojít ke skrytému krvácení, jedná se o stav, kdy se začne placenta odlučovat od středu, tím nedojde k odtoku krve a ta se začne hromadit mezi placentou a děložní stěnou. Rodička začne pociťovat bolestivé kontrakce, plod začne mít tachykardii a může dojít až k fetálnímu úmrtí. Rizikové faktory abrupce jsou chronická hypertenze, preeklampsie, vícečetná gravidita, pokročilý věk matky, kouření, chorioamnitidy, atd. Abrupci nejčastěji diagnostikujeme pomocí ultrazvukového vyšetření. Může vzniknout i Couvelairovo děloha, jedná se o stav, kdy děloha nasákne krví a její barva je modro – fialová. Nejzávažnější a vzácnou komplikací je DIC. (Beckmann, 2010, s. 209 – 210) (Příloha P II: Obr. 19)

Zhmoždění děložní stěny

Důsledkem nepřiměřené exprese na fundus je i zhmoždění děložní stěny. Může nastat situace, kdy děložní stěnu poškodíme natolik, že vznikne ruptura dělohy. Je důležité volit vhodnou sílu exprese na děložní fundus. (Roztočil, 2008, s. 328) Viz. 2.3.7 Ruptura dělohy

Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC)

Nebezpečnou komplikací je diseminovaná intravaskulární koagulace (Pařízek, 2012, s. 91). Je to syndrom, který se projevuje nezastavitelným krvácením. U porodu může být vyvolávající příčinou např. preeklampsie, abrupce placenty, HELLP syndrom, ale také traumatizace dělohy v důsledku exprese na fundus. (Hájek, 2014, s. 414)

DIC má dvě důležité fáze. První fází je hyperkoagulace, kdy dojde k nadměrné produkci fibrinu, poté dochází k fibrinolýze, která následně vede k postupné spotřebě koagulačních faktorů. Tato fáze většinou probíhá bez viditelných příznaků. Pokud se zjistí tento syndrom

ještě v první fázi, prevencí může být aplikace heparinu, avšak v druhé fázi už je kontraindikací. Druhou fází je nezastavitelné krvácení, které nastává při úplné spotřebě koagulačních faktorů. Při diagnostice je důležité vyloučit atonii děložní nebo porodní poranění, které může být důsledkem krvácení. Nejčastěji zjistíme, že se krev nesráží a rodička upadá do šoku. Postupně také dochází k poškození důležitých orgánů z důvodů nedostatečného prokrvení a poté k jejich selhání. Preferované je vyšetření tzv. bed-side (vyšetření u lůžka), které je rychlejší, než vyšetření krve v laboratoři. Odeberou se 2 ml krve do zkumavky s trombinem. Při přítomnosti fibrinogenu se krev ve zkumavce srazí do 1 minuty, v opačném případě se krev nesrazí. Pokud prokážeme, že se jedná o DIC, cílem je zjistit příčinu a odstranit ji. Poté musíme u rodičky doplnit tělní oběh koagulačními faktory, které byly spotřebované a zajistit tak stabilizaci hemostázy. Nakonec musíme zajistit prokrvení tkání tak, aby nedošlo k poškození orgánů. (Hájek, 2014, s. 414 – 415)

Ruptura porodního kanálu

Dalším možným důsledkem exprese je ruptura porodního kanálu (Roztočil, 1996, s. 210). Malé trhliny a lacerace děložního hrdla způsobují krvácení. Silné krvácení se objevuje u rozsáhlých ruptur, které mohou vést až do klenby poševní. Je důležité, aby všechny ruptury byly ošetřeny, a pokud by krvácení nadále přetrvávalo, musíme zjistit, zda nejsou ruptury až do DDS. Při diagnostice musíme vyloučit děložní hypotonii a to tím, že hmatáme staženou dělohu. Z pochvy vidíme vytékat krev jasné barvy. Ruptury děložního kanálu se ošetřují vstřebatelným materiálem. (Zwinger, 2004, s. 317; Hájek, 2004, s. 369)

Pokud dojde k ruptuře pochvy, krev je většinou tmavá. Ruptury se nejčastěji objevují v postranních poševních klenbách. Vzácně se pochva odtrhne od hrdla dělohy v celém obvodu, sutura se provádí vstřebatelným materiálem. Cílem je, co nejdříve zastavit krvácení z paravaginálního vaziva, aby nevznikaly hematomy, které by se mohly rozšířit do parametria. Pokud dojde k rozšíření, rodička začne pociťovat tlaky v pochvě a na konečník. (Zwinger, 2004, s. 317 – 318)

Poranění vulvy se nejčastěji objevuje na malých stydkých pyscích a projevuje se slabým krvácením. Silnějším krvácením se projevují ruptury kolem klitorisu. Mezi nejběžnější porodní poranění patří trhliny hráze. Občas se ruptura hráze rozšíří do pochvy a nejnebezpečnější je ruptura hráze, která dosahuje až k rektu. Opět je důležité všechny ruptury správně ošetřit a zajistit, aby k sobě byly jednotlivé části přesně přišity. Pokud došlo k poškození rekta, je důležité, aby se předcházelo obstipaci a tím i resutuře. Prevencí rup-

tury hráze je preventivní provedení episiotomie v druhé době porodní. (Zwinger, 2004, s. 316 – 317)

Traumatizace extragenitálních tkání

Komplikací při užití Kristellerovy exprese může být traumatizace extragenitálních tkání (Pařízek, 2012, s. 91). Nejčastěji se jedná o poškození jater, sleziny a ledvin, kdy je použit nepřiměřený tlak na fundus děložní. Většinou dojde ke krvácení s postupným rozvojem hemoragického šoku. U ruptury jater se vytvoří hematoma, a pokud dojde k jeho perforaci, rodička začne krváčet do dutiny břišní. V těchto případech bývá využita spolupráce s chirurgickým oddělením, které přebírá ošetření této komplikace. (Hájek, 2004, s. 129)

Poporodní hypotonie/atonie dělohy

Po expresi často dochází k poporodní hypotonii/atonii dělohy (Čepický, 2009, s. 344). Poporodní hypotonie/atonie děložní znamená, že děloha má sníženou schopnost/úplnou neschopnost po porodu uzavřít cévy v místě, kde byla placenta a dochází ke krvácení z dělohy. Rizikovými faktory je indukovaný, prolongovaný nebo překotný porod, velký plod, vícečetné těhotenství, multipara, rezidua v děloze, atd. Děloha se začne plnit koaguly a dojde k vzestupu fundu dělohy. Když zatlačíme na fundus děložní, dojde k vyloučení koagul a krvácení nadále přetrvává. První pomocí je zevní masáž dělohy společně s aplikací oxytocinu a methylergometrinu. Pokud ale krvácení přetrvává, pátráme po jiných příčinách (ruptury, rezidua v děloze, DIC). Téměř vždy se přistupuje k chirurgickému řešení, protože hrozí vykrvácení rodičky. (Cunningham, 2010, s. 774; Hájek, 2004, s. 366 – 367)

Rh izoimunizace

Dalším důsledkem Kristellerovy exprese může být vznik Rh izoimunizace v následující graviditě. Díky nepřiměřenému tlaku dojde k transplacentárnímu průniku Rh pozitivních erytrocytů plodu do oběhu matky, která je Rh negativní. Již malé množství fetálních erytrocytů stačí k produkci protilátek v matčině krevním oběhu. Při následující graviditě může dojít k hemolytickému onemocnění plodu (pokud je Rh pozitivní), kdy matka produkuje protilátky proti vlastnímu plodu. Plod je ohrožen anémií a bilirubinémií, hydropsem a v poslední řadě intrauterinním úmrtím. Prevencí Rh izoimunizace je aplikace anti – D globulinu. Látka by se měla aplikovat Rh negativní rodičce preventivně ve 28 týdnu gravidity a poté nejpozději do 72 hodin po porodu Rh pozitivního plodu. (Roztočil, 2008, s. 204 – 207, 328; Hájek, 2014, s. 267)

4 DŮSLEDKY EXPRESE NA DÍTĚ

Při spontánním vaginálním porodu může dojít k poškození dítěte, ale riziko poškození se může zvýšit při užití Kristellerovy exprese. Často dochází k poškození nejen rodičky, ale také k poškození ještě nenarozeného plodu. A právě toto se stává předmětem soudního řízení, kdy si rodiče stěžují na poškození svého dítěte zdravotnickým personálem.

Fraktura skeletu plodu

Jedním z důsledků exprese je fraktura skeletu plodu (Roztočil, 1996, s. 210). Nejčastěji dochází k frakturám klíční kosti nebo dlouhých kostí končetin. K fraktuře klíční kosti může dojít při těžkém porodu raménka u makrosomních plodů nebo u konce pánevního při vybavení vztyčené ručky. Frakturu diagnostikujeme při asymetrii pohybů horních končetin, asymetrii Moorova reflexu a na pohmat můžeme cítit poruchu celistvosti kosti. S odstupem času se v místě fraktury může objevit edém. V některých případech u fraktury dochází k paréze brachiálního plexu, která je často způsobena edémem okolních tkání. Obvykle není využita speciální léčba, pouze je nutné dodržet opatrnou manipulaci s končetinou. (Doležal, 2007, s. 310)

U dlouhých kostí dochází většinou k frakturám humeru a femuru. U těchto fraktur pozorujeme asymetrii pohybů, bolestivý edém, citlivost na pohmat, krepitaci, atd. Tento stav nemusíme zjistit hned při prvním vyšetření novorozence, ale až v prvních dnech života, kdy dojde ke zkrácení končetiny tahem svalů. Při diagnostice se spoléháme na rentgenové vyšetření. Pokud se potvrdí fraktura dlouhých kostí končetin, je důležité informovat dětského ortopeda, který nastaví léčbu. Základním pravidlem léčby je imobilizace, kdy se končetina dává do dlahy. V ojedinělých případech se používá tzv. trakce, kdy je končetina natahována pomocí kladky. (Doležal, 2007, s. 310 – 311)

Poškození měkkých tkání plodu

Důsledkem nevhodného tlaku na fundus je i poškození měkkých tkání u plodu. Nejčastěji dochází k poranění jater a ke krvácení do nadledvinek. (Roztočil, 1996, s. 210; Kotásek, 1976, s. 103)

Poranění jater se častěji vyskytuje u hypertrofických novorozenců, koagulopatie, těžké nezralosti a asfyxie. Pokud dojde k ruptuře jater, vznikne tzv. subkapsulární hematom, který může působit jako zátka pro další krvácení. Toto poškození se u novorozence projevuje zhoršeným sáním, bledostí, žloutenkou nebo hepatomegalií. Pokud je hematom větší-

ho rozsahu, můžeme ho nahmatat v pravém horním kvadrantu, kde vidíme promodrávání břišní stěny. Vzácně může dojít k protržení pouzdra jater a hematoma se tak dostane do peritoneální dutiny. Následně většinou dochází k masivnímu krvácení do dutiny břišní, k rozvoji hemoragického šoku a ve většině případů to končí úmrtím. Jako pozdní příznak se objevuje promodrávání skrota u chlapců. Poranění jater diagnostikujeme pomocí sonografického vyšetření. Pokud poranění zachytíme včas, je důležité doplnit krevní oběh dostatečným objemem roztoků a krví, které mohou snížit mortalitu. (Zwinger, 2004, s. 496 – 497; Doležal, 2007, s. 311)

Krvácení do nadledvinek není ve většině případů způsobeno jen expresí, ale má na vzniku krvácení svůj podíl. Tento stav je nebezpečný drobným krvácením, které se nemusí navěnek nijak projevit. Diagnostikuje se náhodně a později. Většinou (asi 90%) se objevuje jednostranné krvácení. Krvácení do pravé nadledvinky (asi 75%) je častější než do levé nadledvinky. K diagnostice se využívá sonografické vyšetření nebo rentgenové vyšetření. Jestliže dojde k závažnějšímu krvácení do nadledvinek, novorozenec je anemický a můžeme u něho hmatat rezistenci v blízkosti poškozené nadledvinky. Mezi nespecifické příznaky řadíme apatii, zvracení, poruchy s příjmem potravy, atd. Nejhorším stavem je hemoragický šok s následnou adrenální nedostatečností. Zde je důležitá dlouhodobá kortikoidní náhrada. (Zwinger, 2004, s. 497; Doležal, 2007, s. 311)

Intrapartální hypoxie plodu

Jednou z významných komplikací při užití Kristellerovy exprese je intrapartální hypoxie plodu. Nejčastěji k ní dochází, při nadměrném tlaku na fundus děložní. Při nepřiměřeném tlaku dojde k poškození placenty a k následné hypoxii plodu. (Roztočil, 1996, s. 210)

Viz 2.1.3 Intrapartální hypoxie plodu

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE PRÁCE

V praktické části bakalářské práce byla zvolena kvalitativní forma průzkumu. Jedním z nejvhodnějších typů kvalitativního průzkumu ke zpracování práce se jevil polostrukturovaný rozhovor.

5.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Pomocí rozhovoru zjistit průběh porodu a následky respondentek, u kterých byla použita Kristellerova exprese.

Cíl č. 2: Zpracovat informace, které poskytly respondetky v rozhovoru a informace, které byly získány z ošetrovatelské dokumentace.

Cíl č. 3: Vytvořit informační leták pro zdravotnický personál o Kristellerově expresi.

5.2 Cílová skupina

Respondentkami se staly šestinedělky, u kterých byla během porodu použita Kristellerova exprese. Respondetky souhlasily se zveřejněním jejich anamnézy a průběhu porodu. Veškeré uvedené informace jsou zpracovány s ohledem na zachování anonymity. Polostrukturované rozhovory s ženami probíhaly elektronickou nebo osobní formou.

Rozhovory probíhaly se sedmi ženami, které byly hospitalizované na oddělení šestinedělí nebo na porodním sále.

6 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM

6.1 Polostrukturované rozhovory respondentek

6.1.1 Respondentka A

Respondentka A byla oslovena na oddělení šestinedělí, kde jí bylo nastíněno téma bakalářské práce a záměr praktické části. Poté komunikace s respondentkou probíhala elektronickou formou. Touto formou proběhl i rozhovor dne 13. 3. 2015, což byl 20. den po porodu. Respondentka byla velmi ochotná a všechny dotazy zodpověděla. Souhlasila se zveřejněním svých zkušeností při porodu.

Demografické údaje

- Rok narození: **1989**
- Nejvyšší dosažené vzdělání: **vysokoškolské**
- Rodinný stav: **vdaná**

Anamnéza

- Osobní: **apendektomie**
- Rodinná: **bezvýznamná**
- Gynekologická: **běžné mykózy, kyretáž (RCUI) po porodu**
- Sociální: **bezvýznamná**
- Gravidita / parita: **I. / I.**
- Nynější těhotenství: **nachlazení – Stodal, Jitrocelový sirup, atd.**

Porod

- Týden gravidity: **41. t. g.**
- Průběh porodu: **porod záhlavím, sekundárně slabé KD, alterace ozev plodu (OP) v II. době porodní, tuhá branka**
- Farmakologie během porodu: **Buscopan, inf. G5% + 2j. oxytocinu (OXY), inf. G5% + 10j. OXY, po porodu 20j. OXY do pupku**
- Porodní poranění: **episiotomie mdl., rpt. labii minor I. sin.**
- Krevní ztráta: **400 ml**

Novorozenec

- Pohlaví: **mužské**

- Tělesná hmotnost / míra: **4040 / 53**
- Apgar score: **4 / 9 / 10**

Rozhovor o průběhu Kristellerovy exprese

Měla jste možnost tlačení na břicho odmítnout?

Ne.

Byla jste předem informována, že Vám bude porodní asistentka nebo lékař tláčit na břicho?

Ne.

Věděla jste předem, jak bude tlačení na břicho probíhat? Pokud ano, kdo Vám tuto informaci poskytl?

Nevěděla.

Proč Vám tlačili na břicho?

Ani nevím, až bylo po všem, tak jsme se teprve ptali a říkali, že plodu se začínalo špatně dařit, tak že ho už museli dostat rychle ven. Asi jsem špatně tlačila, nevím...

Kdo Vám tlačil na břicho?

To jsem ani nezjišťovala. Co jsem v závěru porodu postřehla, tak tam bylo moc lidí, tak jsem radši zavřela oči. ☺ Z obou stran vedle mě stáli nějaké paní...takže asi nějaké sestřičky, asistentky,...

Čím Vám na břicho tlačili?

Křížili mi přes břicho celé ruce.

Jak dlouho Vám na břicho tlačili – zhruba kolik kontrakcí?

Byl to už závěr, řekla bych takových cca 5 kontrakcí max.

Byl Vám proveden preventivní nástřih hráze?

Ano.

Bylo tlačení na břicho účinné? (0 = neúčinné, 10 = nejvíce účinné)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – **10** Asi účinné, malý vyšel ven ☺

Měla jste nějaké poporodní komplikace po tlačení na břicho?

Nevím, jestli to bylo díky tlačení, ale musela jsem před propuštěním na revizi dělohy.

Mělo Vaše dítě nějaké komplikace po porodu?

Ne.

Souhlasila byste s tlačáním na břicho i u dalšího porodu?

Ano.

Když na tlačení spojené s porodem Vašeho dítěte vzpomínáte, jaké z toho máte pocity?

Absolutně žádné, ani nevím, že se to dělo. Při porodu jsem cítila úplně jiné místa a ne, že mi někdo tlačil na břicho. Spíš mě to jen na okamžik překvapilo (ne vyděsilo), když jsem v tom všem dění otevřela oči a uviděla, co se bude dít. Nikdo nic neřekl, ale i kdyby řekli, tak bych neprotestovala.

Existují nějaké okolnosti, které byste mi chtěla v souvislosti Vaším porodem sdělit nebo co bylo v dotazníku opomenuto?

Ne.

6.1.2 Respondentka B

Respondentka B byla taktéž oslovena na oddělení šestinedělí, kde jí byl ve zkratce popsán obsah teoretické části bakalářské práce a záměr praktické části. Po propuštění do domácí péče, komunikace s respondentkou pokračovala elektronickou formou. Touto formou byl i poskytnut rozhovor dne 25. 3. 2015, což bylo 7 dnů po porodu. Respondentka byla velmi milá a ochotná, všechny dotazy zodpověděla. Souhlasila se zveřejněním svých zkušeností při porodu.

Demografické údaje

- Rok narození: **1984**
- Nejvyšší dosažené vzdělání: **vyšší odborné**
- Rodinný stav: **svobodná**

Anamnéza

- Osobní: **toxoplazmóza, mononukleóza**
- Rodinná: **roztroušená skleróza**

- Gynekologická: **bezvýznamná**
- Sociální: **bezvýznamná**
- Gravidita / parita: **I. / I.**
- Nynější těhotenství: **bez potíží**

Porod

- Týden gravidity: **40 t. g.**
- Průběh porodu: **porod záhlavím, Streptococcus agalactiae (GBS) pozitivní, sekundárně slabé KD v II. době porodní**
- Farmakologie během porodu: **inf. G5% + 2j. OXY, 2j. OXY, Penicilin (PNC)**
- Porodní poranění: **episiotomie mdl.**
- Krevní ztráta: **200 ml**

Novorozenec

- Pohlaví: **mužské**
- Tělesná hmotnost / míra: **3290 / 50**
- Apgar score: **10 / 10 / 10**

Rozhovor o průběhu Kristellerovy exprese

Měla jste možnost tlačení na břicho odmítnout?

Spiš asi ne.

Byla jste předem informována, že Vám bude porodní asistentka nebo lékař tláčit na břicho?

Nejsem si vědoma, spíše jsem nebyla informovaná.

Proč Vám tlačili na břicho?

V posledních minutách jsem ztrácela kontrakce a nebyly tak silné, proto mi taky poslední kontrakce vyvolali (něco mi píchli 😊).

Kdo Vám tlačil na břicho?

Myslím, že to byla porodní asistentka.

Čím Vám na břicho tlačili?

Byla to ruka.

Jak dlouho Vám na břicho tlačili – zhruba kolik kontrakcí?

Jestli si dobře pamatuji, tlačili mi na břicho při posledních dvou nebo třech kontrakcích.

Byl Vám proveden preventivní nástřih hráze?

Ano.

Bylo tlačení na břicho účinné? (0 = neúčinné, 10 = nejvíce účinné)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Měla jste nějaké poporodní komplikace po tlačení na břicho?

Nevím o žádných komplikacích.

Mělo Vaše dítě nějaké komplikace po porodu?

Doktorce, která ho kontrolovala, se nezdálo jeho dýchání, ale byl sledován sestřičkami během noci a bylo to v pořádku. Jinak, nevím, jestli to s tím souvisí, ale malý se trošku napil plodové vody.

Souhlasila byste s tlačáním na břicho i u dalšího porodu?

Hodně mi to pomohlo, ale příjemný to nebylo. Takže bych souhlasila jen v případě nutnosti.

Když na tlačení spojené s porodem Vašeho dítěte vzpomínáte, jaké z toho máte pocity?

Po porodu jsem mluvila se svou kamarádkou a ta byla hodně překvapena, že mi tlačili na břicho. Od ní jsem se dověděla, že je to nebezpečné. Před tím jsem o této technice vůbec nevěděla. Takže jak už jsem zmínila, cítila jsem velikou pomoc díky tlačení na břicho, ale v tu chvíli mi to příjemný nebylo.

Existují nějaké okolnosti, které byste mi chtěla v souvislosti Vaším porodem sdělit nebo co bylo v dotazníku opomenuto?

Ne.

6.1.3 Respondentka C

Na oddělení šestinedělí byla oslovena i respondentka C. Zde jí bylo popsáno téma a obsah bakalářské práce. Komunikace s respondentkou po propuštění do domácí péče probíhala elektronickou formou. Touto formou proběhl i rozhovor dne 9. 3. 2015, což byl 6. den po

porodu. Respondentka byla velmi vstřícná a na všechny dotazy odpověděla. Souhlasila se zveřejněním svých zkušeností při porodu.

Demografické údaje

- Rok narození: **1988**
- Nejvyšší dosažené vzdělání: **střední s maturitou**
- Rodinný stav: **vdaná**

Anamnéza

- Osobní: **adenotomie**
- Rodinná: **bezvýznamná**
- Gynekologická: **ojediněle kvasinková infekce**
- Sociální: **bezvýznamná**
- Gravidita / parita: **I. / I.**
- Nynější těhotenství: **anémie - Tardyferon**

Porod

- Týden gravidity: **39. t. g.**
- Průběh porodu: **porod záhlavím, salutující pravá ručka**
- Farmakologie během porodu: **2j. OXY**
- Porodní poranění: **rpt. labii bilat. + vaginae**
- Krevní ztráta: **200 ml**

Novorozenec

- Pohlaví: **ženské**
- Tělesná hmotnost / míra: **3360 / 51**
- Apgar score: **10 / 10 / 10**

Rozhovor o průběhu Kristellerovy exprese

Měla jste možnost tlačení na břicho odmítnout?

Určitě měla, ale v tu chvíli mi to bylo opravdu jedno, byla jsem ráda, že to budu mít brzy za sebou.

Byla jste předem informována, že Vám bude porodní asistentka nebo lékař tláčit na břicho?

Ano, byla, předem mě na to upozornili.

Věděla jste předem, jak bude tlačení na břicho probíhat? Pokud ano, kdo Vám tuto informaci poskytl?

Tuhle informaci jsem neměla.

Proč Vám tlačili na břicho?

Nebyla jsem schopná vyvinout dostatečný břišní tlak.

Kdo Vám tlačil na břicho?

Porodní asistentka

Čím Vám na břicho tlačili?

Nejspíš ruka, ale nejsem si jistá, moc jsem to nevnímala.

Jak dlouho Vám na břicho tlačili – zhruba kolik kontrakcí?

Myslím, že dvě kontrakce.

Byl Vám proveden preventivní nástřih hráze?

Ne nebyl mi proveden.

Bylo tlačení na břicho účinné? (0 = neúčinné, 10 = nejvíce účinné)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Měla jste nějaké poporodní komplikace po tlačení na břicho?

Neměla jsem žádné komplikace.

Mělo Vaše dítě nějaké komplikace po porodu?

Nemělo žádné.

Souhlasila byste s tlačáním na břicho i u dalšího porodu?

Určitě, pokud by mi to zase pomohlo.

Když na tlačení spojené s porodem Vašeho dítěte vzpomínáte, jaké z toho máte pocity?

Tlačení už mi nepřišlo tak hrozné jako kontrakce, věděla jsem, že už se blíží závěr porodu.

Existují nějaké okolnosti, které byste mi chtěla v souvislosti Vaším porodem sdělit nebo co bylo v dotazníku opomenuto?

Opomenuto nejspíš nebylo nic, snad jen, že jsem byla s přístupem personálu velmi spokojená.

6.1.4 Respondentka D

Respondentka D byla také oslovena na oddělení šestinedělí, kde jí bylo naznačeno téma bakalářské práce a cíl praktické části. Poté komunikace s respondentkou probíhala elektronickou formou. Touto formou proběhl i rozhovor dne 10. 3. 2015, což bylo 13 dnů po porodu. Respondentka byla velmi ochotná a na všechny otázky měla vždy odpověď. Souhlasila se zveřejněním svých zkušeností při porodu.

Demografické údaje

- Rok narození: **1983**
- Nejvyšší dosažené vzdělání: **vysokoškolské**
- Rodinný stav: **vdaná**

Anamnéza

- Osobní: **fibroadenom prsu**
- Rodinná: **karcinom žlučníku, diabetes mellitus (DM), hypertenze**
- Gynekologická: **2013 missed abort (AB)**
- Sociální: **bezvýznamná**
- Gravidita / parita: **II. / I.**
- Nynější těhotenství: **bez potíží**

Porod

- Týden gravidity: **40 t. g.**
- Průběh porodu: **porod záhlavím, slabé KD v závěru II. doby porodní**
- Farmakologie během porodu: **inf. G5% + 2j. OXY**
- Porodní poranění: **episiotomie mdl.**
- Krevní ztráta: **300 ml**

Novorozenec

- Pohlaví: **mužské**

- Tělesná hmotnost / míra: **3720 / 50**
- Apgar score: **10 / 10 / 10**

Rozhovor o průběhu Kristellerovy exprese

Měla jste možnost tlačení na břicho odmítnout?

Nikdo se mě neptal, ale byla jsem vysílená a myslím, že moc na výběr jsem neměla.

Byla jste předem informována, že Vám bude porodní asistentka nebo lékař tlačit na břicho?

Ano.

Věděla jste předem, jak bude tlačení na břicho probíhat? Pokud ano, kdo Vám tuto informaci poskytl?

Ano, porodní asistentka.

Pokud ano, byla jste s informacemi spokojená? (0 = velmi nespokojená, 10 = velmi spokojená)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Proč Vám tlačili na břicho?

Nejspíš jsem nebyla schopná vyvinout dostatečný břišní tlak v kombinaci s nedostatečnými děložními kontrakcemi.

Kdo Vám tlačil na břicho?

Dvě porodní asistentky.

Čím Vám na břicho tlačili?

Myslím, že to bylo předloktím.

Jak dlouho Vám na břicho tlačili – zhruba kolik kontrakcí?

Odhadem asi 10 kontrakcí.

Byl Vám proveden preventivní nástřih hráze?

Ano.

Bylo tlačení na břicho účinné? (0 = neúčinné, 10 = nejvíce účinné)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Měla jste nějaké poporodní komplikace po tlačení na břicho?

Ne.

Mělo Vaše dítě nějaké komplikace po porodu?

Ne.

Souhlasila byste s tlačáním na břicho i u dalšího porodu?

Ano.

Když na tlačení spojené s porodem Vašeho dítěte vzpomínáte, jaké z toho máte pocity?

Žádné, brala jsem to jako nutnou součást, která mi měla pomoci urychlit vytlačení mého dítěte, aby nebylo ohroženo jeho zdraví.

Existují nějaké okolnosti, které byste mi chtěla v souvislosti Vaším porodem sdělit nebo co bylo v dotazníku opomenuto?

Ne.

6.1.5 Respondentka E

Respondentka E byla taktéž oslovena na oddělení šestinedělí, kde jí byl ve zkratce sdělen obsah teoretické části bakalářské práce a záměr praktické části. Na oddělení šestinedělí s ní proběhl i rozhovor 25. 3. 2015, což bylo 1. den po porodu. Respondentka byla velmi vstřícná a milá a na všechny dotazy odpověděla. Souhlasila se zveřejněním svých zkušeností při porodu.

Demografické údaje

- Rok narození: **1982**
- Nejvyšší dosažené vzdělání: **vysokoškolské**
- Rodinný stav: **vdaná**

Anamnéza

- Osobní: **bezvýznamná**
- Rodinná: **bezvýznamná**
- Gynekologická: **graviditas extrauterina (GEU) - salpingektomie**
- Sociální: **bezvýznamná**

- Gravidita / parita: **II. / I.**
- Nynější těhotenství: **anémie - Aktiferin**

Porod

- Týden gravidity: **40 t. g.**
- Průběh porodu: **obrácená rotace – vakuumextraktor (VEX), předčasný odtok plodové vody (PROM), sekundárně slabé KD, alterace OP, pupečník 6x kolem krčku, extrémně dlouhý pupečník**
- Farmakologie během porodu: **PNC, inf. G5% + 2j. OXY + 4j. OXY**
- Porodní poranění: **rpt. vaginae + perinei**
- Krevní ztráta: **200 ml**

Novorozenec

- Pohlaví: **mužské**
- Tělesná hmotnost / míra: **2670 / 46**
- Apgar score: **8 / 10 / 10**

Rozhovor o průběhu Kristellerovy exprese

Měla jste možnost tlačení na břicho odmítnout?

Spíše ne.

Byla jste předem informována, že Vám bude porodní asistentka nebo lékař tláčit na břicho?

Ano, porodní asistentka mě předem informovala.

Věděla jste předem, jak bude tlačení na břicho probíhat? Pokud ano, kdo Vám tuto informaci poskytl?

Ne, nikdo mi tuto informaci neposkytl.

Proč Vám tlačili na břicho?

Bylo mi řečeno, že to bylo kvůli nedostatečným děložním kontrakcím společně s poklesem ozev u miminka.

Kdo Vám tlačil na břicho?

Byla to porodní asistentka.

Čím Vám na břicho tlačili?

Zdá se mi, že to bylo předloktí.

Jak dlouho Vám na břicho tlačili – zhruba kolik kontrakcí?

Na tuhle otázku Vám nedokážu přesně odpovědět.

Byl Vám proveden preventivní nástřih hráze?

Ano, provedli mi nástřih.

Bylo tlačení na břicho účinné? (0 = neúčinné, 10 = nejvíce účinné)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Pokud ne, jak byl Váš porod ukončen?

Můj porod byl nakonec ukončen, nevím, jaký je odborný název, ale pomocí tzv. „zvonu“.

Měla jste nějaké poporodní komplikace po tlačení na břicho?

Neměla jsem žádné komplikace.

Mělo Vaše dítě nějaké komplikace po porodu?

Moje dítě také nemělo žádné následky.

Souhlasila byste s tlačáním na břicho i u dalšího porodu?

Pokud by to bylo potřeba, tak ano.

Když na tlačení spojené s porodem Vašeho dítěte vzpomínáte, jaké z toho máte pocity?

Nejspíš se k tomu stavím neutrálně.

Existují nějaké okolnosti, které byste mi chtěla v souvislosti Vaším porodem sdělit nebo co bylo v dotazníku opomenuto?

Ne.

6.1.6 Respondentka F

Na oddělení šestinedělí byla oslovena i respondentka F. Zde jí bylo popsáno téma a obsah bakalářské práce. Komunikace s respondentkou po propuštění do domácí péče probíhala elektronickou formou. Touto formou proběhl i rozhovor dne 2. 4. 2015, což byl 9. den

po porodu. Respondentka byla velmi vstřícná, ochotná a na všechny otázky odpovídala. Souhlasila se zveřejněním svých zkušeností při porodu.

Demografické údaje

- Rok narození: **1987**
- Nejvyšší dosažené vzdělání: **vysokoškolské**
- Rodinný stav: **vdaná**

Anamnéza

- Osobní: **bezvýznamná**
- Rodinná: **bezvýznamná**
- Gynekologická: **bezvýznamná**
- Sociální: **bezvýznamná**
- Gravidita / Parita: **I. / I.**
- Nynější těhotenství: **anémie - Aktiferin**

Porod

- Týden gravidity: **41 t. g.**
- Průběh porodu: **porod záhlavím - forceps, spastická branka, smolková plodová voda (PV), GBS pozitivní, sekundárně slabé KD, suspektní KTG**
- Farmakologie během porodu: **Buscopan, Nubain, PNC, 1. inf G5% + 2j. OXY + 2j. OXY, 2. inf. G5% + 4j. OXY, 20j. OXY do pupku**
- Porodní poranění: **episiotomie mdl., rpt. vaginae l. dx do klenby**
- Krevní ztráta: **400 ml**

Novorozenec

- Pohlaví: **mužské**
- Tělesná hmotnost / míra: **3860 / 50**
- Apgar score: **9 / 10 / 10**

Rozhovor o průběhu Kristellerovy exprese

Měla jste možnost tlačení na břicho odmítnout?

Ano, byla mi tato možnost nabídnuta.

Byla jste předem informována, že Vám bude porodní asistentka nebo lékař tláčit na břicho?

Ano, věděla jsem to.

Věděla jste předem, jak bude tlačení na břicho probíhat? Pokud ano, kdo Vám tuto informaci poskytl?

Nikdo mi tuto informaci nedal.

Proč Vám tlačili na břicho?

Bylo to hlavně kvůli nedostatečnému tlačení. Také se začal zhoršovat stav miminka, prý mu klesaly ozvy srdíčka a hlavně už jsem byla za celý den hodně vyčerpaná. Předchozí noc mi začalo nějaké pobolívání, tak už jsem se ani pořádně nevyspala.

Kdo Vám tlačil na břicho?

Myslím, že to byl lékař.

Čím Vám na břicho tlačili?

Já si to moc nepamatuji, ale manžel říkal, že to bylo předloktí.

Jak dlouho Vám na břicho tlačili – zhruba kolik kontrakcí?

Tak to vůbec netuším, jak dlouho to asi bylo.

Byl Vám proveden preventivní nástřih hráze?

Ano.

Bylo tlačení na břicho účinné? (0 = neúčinné, 10 = nejvíce účinné)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Pokud ne, jak byl Váš porod ukončen?

Bohužel, můj porod byl nakonec ukončen pomocí kleští.

Měla jste nějaké poporodní komplikace po tlačení na břicho?

Kromě většího porodního poranění ne.

Mělo Vaše dítě nějaké komplikace po porodu?

Ano, při prvním vyšetření zjistili, že má zlomenou klíční kost a taky měl nějaké hematomy na hlavičce. Teď už je všechno v pořádku.

Souhlasila byste s tlačáním na břicho i u dalšího porodu?

Pokud by to pomohlo, tak určitě ano.

Když na tlačení spojené s porodem Vašeho dítěte vzpomínáte, jaké z toho máte pocity?

Měla jsem hlavně strach z komplikací a bylo to hodně bolestivé.

Existují nějaké okolnosti, které byste mi chtěla v souvislosti Vaším porodem sdělit nebo co bylo v dotazníku opomenuto?

Respondentka na tuto otázku neodpověděla.

6.1.7 Respondentka G

Respondentka G byla taky oslovena na oddělení šestinedělí, kde jí bylo nastíněno téma bakalářské práce a záměr praktické části. Poté komunikace s respondentkou probíhala elektronickou formou. Touto formou proběhl i rozhovor dne 2. 4. 2015, což bylo 16 dnů po porodu. Respondentka byla velmi milá, vstřícná a na všechny otázky odpověděla. Souhlasila se zveřejněním svých zkušeností při porodu.

Demografické údaje

- Rok narození: **1983**
- Nejvyšší dosažené vzdělání: **vysokoškolské**
- Rodinný stav: **vdaná**

Anamnéza

- Osobní: **bezvýznamná**
- Rodinná: **bratr manžela kombinovaná VVV srdce**
- Gynekologická: **bezvýznamná**
- Sociální: **bezvýznamná**
- Gravidita / parita: **II. / II.**
- Nynější těhotenství: **hospitalizace pro hrozící předčasný porod (PPI) v 33. t. g., suspektní odtok PV, Th: Diprophos 14mg, ATB (Azithromycin), Duphaston**

Porod

- Týden gravidity: **40 t. g.**
- Průběh porodu: **porod záhlavím, alterace OP v II. době porodní**

- Farmakologie během porodu: G5% + 2j. OXY, 2j. OXY
- Porodní poranění: **episiotomie mdl., rpt. vaginae bilat.**
- Krevní ztráta: **200 ml**

Novorozenec

- Pohlaví: **ženské**
- Tělesná hmotnost / míra: **2830 / 45**
- Apgar score: **10 / 10 / 10**

Rozhovor o průběhu Kristellerovy exprese

Pokud jste rodila víckrát, tlačili Vám na břicho i u předchozích porodů?

Při prvním porodu mi na břicho netlačili.

Měla jste možnost tlačení na břicho odmítnout?

Neměla jsem tu možnost.

Byla jste předem informována, že Vám bude porodní asistentka nebo lékař tláčit na břicho?

Ano, řekli mi to před tím, než to provedli.

Věděla jste předem, jak bude tlačení na břicho probíhat? Pokud ano, kdo Vám tuto informaci poskytl?

Nikdo mně takovou informaci nedal.

Proč Vám tlačili na břicho?

Bylo to kvůli snížené srdeční akci děťátka.

Kdo Vám tlačil na břicho?

Porodní asistentka a lékař.

Čím Vám na břicho tlačili?

Myslím, že použili předloktí.

Jak dlouho Vám na břicho tlačili – zhruba kolik kontrakcí?

Byly to asi zhruba dvě kontrakce.

Byl Vám proveden preventivní nástřih hráze?

Byl mi proveden.

Bylo tlačení na břicho účinné? (0 = neúčinné, 10 = nejvíce účinné)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Měla jste nějaké poporodní komplikace po tlačení na břicho?

Ano, měla jsem větší poranění porodních cest.

Mělo Vaše dítě nějaké komplikace po porodu?

Ne.

Souhlasila byste s tlačáním na břicho i u dalšího porodu?

Nejspíš ano.

Když na tlačení spojené s porodem Vašeho dítěte vzpomínáte, jaké z toho máte pocity?

Nemám žádné negativní pocity. Myslím si, že tlak na břicho byl přiměřený a jsem ráda, že děťátku to pomohlo dostat se rychleji na svět.

Existují nějaké okolnosti, které byste mi chtěla v souvislosti Vaším porodem sdělit nebo co bylo v dotazníku opomenuto?

Respondentka na tuto otázku neodpověděla.

7 SHRUTÍ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Demografické údaje

Tabulka 1: Demografické údaje

| Respondentka | Rok narození | Nejvyšší dosažené vzdělání | Rodinný stav |
|--------------|--------------|----------------------------|--------------|
| A | 1989 | vysokoškolské | vdaná |
| B | 1984 | vyšší odborné | svobodná |
| C | 1988 | střední s maturitou | vdaná |
| D | 1983 | vysokoškolské | vdaná |
| E | 1982 | vysokoškolské | vdaná |
| F | 1987 | vysokoškolské | vdaná |
| G | 1983 | vysokoškolské | vdaná |

[Zdroj: vlastní]

Komentář: věk respondentek se pohybuje v rozmezí od 26 až do 33 let. Ženy A, D, E, F a G mají vysokoškolské vzdělání, pouze respondentka B má vyšší odborné vzdělání a respondentka C udává nejvyšší vzdělání střední s maturitou. Poslední informací je rodinný stav respondentek. Všechny rodičky jsou ve stavu manželském, pouze respondentka B je svobodná.

7.2 Anamnéza

Tabulka 2: Anamnéza

| Respondentka | Osobní anamnéza | Rodinná anamnéza | Gynekologická anamnéza | Sociální anamnéza | Gravidita/parita | Nynější těhotenství |
|--------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| A | apendektomie | bezvýznamná | mykózy, RCUI | bezvýznamná | I. / I. | nachlazení |
| B | toxoplazmóza, mononukleóza | roztroušená skleróza | bezvýznamná | bezvýznamná | I. / I. | bez potíží |
| C | adenotomie | bezvýznamná | kvasinková infekce | bezvýznamná | I. / I. | anémie |
| D | fibroadenom prsu | ca žlučníku, DM, hypertenze | missed AB | bezvýznamná | II. / I. | bez potíží |
| E | bezvýznamná | bezvýznamná | GEU - salpingektomie | bezvýznamná | II. / I. | anémie |
| F | bezvýznamná | bezvýznamná | bezvýznamná | bezvýznamná | I. / I. | anémie |
| G | bezvýznamná | kombinované VVV srdce | bezvýznamná | bezvýznamná | II. / II. | PPI v 33.t.g. |

[Zdroj: vlastní]

Komentář: respondentky E, F a G mají bezvýznamnou osobní anamnézu. Žena A měla apendektomii, respondentka B prodělala toxoplazmózu a mononukleózu, ženě C byla v dětství provedena adenotomie a rodička D má fibroadenom prsu. Bezvýznamnou rodinnou anamnézu uvádí respondentka A, C, E a F. U respondentky B se v rodině vyskytuje roztroušená skleróza, respondentka D udává v rodinné anamnéze karcinom žlučníku, diabetes mellitus a hypertenzi a respondentka G udává v rodině kombinované VVV srdce. Bezvýznamná gynekologická anamnéze se vyskytuje u respondentky B, F a G. Rodička A udává časté mykózy a RCUI po nynějším porodu, respondentka C měla před těhotenstvím častou kvasinkovou infekci, rodička D prodělala zamlklý abort a rodičce E byla provedena salpingektomie z důvodu mimoděložního těhotenství. Sociální anamnéza je u všech žen bezvýznamná. U respondentky A, B, C a F se jednalo o první těhotenství a první porod. Rodičky D a E byly těhotné již po druhé, ale rodily poprvé a pouze žena G byla těhotná již podruhé a podruhé i rodila. Pouze rodička B a D měly těhotenství bez potíží. Respondentka A měla v těhotenství časté nachlazení, u ženy G hrozil předčasný porod v 33. týdnu gravidity a rodičky C, E a F trpěly v těhotenství anémií.

7.3 Porod

Tabulka 3: Porod

| Respondentka | Týden gravidity | Průběh porodu | Délka trvání I. a II. DP | Farmakologie během porodu | Porodní poranění | Krevní ztráta |
|--------------|-----------------|---|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| A | 41. t.g. | sekundárně slabé KD, alterace v II. DP, tuhá branka | 8,25 / 0,26 | Buscopan, Oxytocin | epi. mdl., rpt. lab min. I. sin | 400 ml |
| B | 40. t.g. | sekundárně slabé KD v II. době porodní | 5,40 / 0,44 | Oxytocin, PNC | epi. mdl. | 200 ml |
| C | 39. t.g. | salutující ručka | 5,14 / 0,26 | Oxytocin | rpt. lab. bilat, rpt. vag. | 200 ml |
| D | 40. t.g. | slabé KD v závěru II. DP | 6,30 / 0,51 | Oxytocin | epi. mdl. | 300 ml |
| E | 40. t.g. | obrácená rotace-VEX, sekundárně slabé KD, alterace OP | 2,0 / 0,20 | Oxytocin | rpt. vag., rpt. perinei | 200 ml |
| F | 41. t.g. | porod per forceps, spastická branka, sekundárně slabé KD, suspektní KTG | 8,45 / 0,42 | Buscopan, Nubain, Oxytocin, PNC | epi. mdl., rpt. vag. I. dx. do klenby | 400 ml |
| G | 40. t.g. | alterace OP v II. DP | 3,05 / 0,15 | Oxytocin | epi. mdl, rpt. vag. bilat. | 200 ml |

[Zdroj: vlastní]

Komentář: ve 40. t.g. rodily respondentky B, D, E a G, v 41. t.g. rodily rodička A a F, a pouze probandka C rodila v 39. t.g.. U pěti rodiček v průběhu porodu vznikly slabé KD. Respondentka A měla navíc tuhou děložní branku a alterace OP, respondentka E měla navíc alterace OP, obrácenou rotaci hlavičky plodu a porodila pomocí vakuumextraktoru. U ženy F k tomu přibyla spastická branka, suspektní KTG záznam a nakonec porodila pomocí forcepsu. U rodičky G se v průběhu porodu vyskytly alterace OP. Délka první doby porodní se pohybovala v rozmezí od 2 hodin až po 8 hodin a 45 minut. Délka druhé doby porodní se pohybovala v rozmezí od 15 minut až po 51 minut. V průběhu porodu byl všem respondentkám aplikován Oxytocin. Ženě A aplikovaly navíc Buscopan, probandka B dostala PNC, rodiče F aplikovaly navíc Buscopan, Nubain a PNC. U většiny respondentek byla provedena episiotomie. U respondentky A byla navíc ruptura labii a u ženy F a G byla navíc ruptura vaginae. U rodičky C byla pouze ruptura labii a vaginae a u respondentky E byla ruptura vaginae a perinei. Respondentky B, C, E a G měly krevní ztrátu 200 ml, rodička D měla ztrátu krve 300 ml a ženy A a F měly krevní ztrátu až 400 ml.

7.4 Průběh Kristellerovy exprese

Tabulka 4: Průběh Kristellerovy exprese

| Respondentka | Možnost expresi odmítnout | Důvod exprese | Kdo expresi prováděl | Počet expresí | Účinnost exprese | Exprese u dalšího porodu |
|--------------|---------------------------|--|----------------------|---------------|------------------------------|-------------------------------|
| A | Ne | alterace OP, nedostatečný břišní tlak | PA | 5 | 10 z 10 | Ano |
| B | Spíš ne | sekundárně slabé KD | PA | 2 nebo 3 | 7 z 10 | Ano, pokud by to bylo nutné |
| C | Ano | nedostatečný břišní tlak | PA | 2 | 8 z 10 | Ano, pokud to pomůže |
| D | Nikdo se mě neptal | nedostatečný břišní tlak a KD | PA | 10 | 5 z 10 | Ano |
| E | Spíš ne | nedostatečné KD, alterace OP | PA | Nevím | porod ukončen pomocí VEX | Ano, pokud by to bylo potřeba |
| F | Ano | nedostatečný břišní tlak, alterace OP, vyčerpání rodičky | lékař | Nevím | porod ukončen pomocí forceps | Ano, pokud by mi to pomohlo |
| G | Ne | alterace OP | PA a lékař | 2 | 8 z 10 | Nejspíš ano |

[Zdroj: vlastní]

Komentář: možnost odmítnout expresi měly ženy C a F, ostatní respondentky tuto možnost neměly. Jako důvod exprese uvádí nedostatečný břišní tlak rodičky A, C, D a F. Rodička A uvádí ještě alterace OP, žena D uvádí i nedostatečné děložní kontrakce a respondentka F uvádí ještě alterace OP a vyčerpání. U rodičky B byly důvodem exprese slabé děložní kontrakce, u ženy E nedostatečné děložní kontrakce a alterace OP a u ženy G alterace OP. U pěti rodiček expresi prováděly porodní asistentky, u probandky F to byl lékař a u ženy G to byla porodní asistentka a lékař. Počet expresí se pohyboval mezi 2 až 10. Pouze rodička E a F neví počet expresí. Účinnost exprese počtem 10 hodnotí respondentka A, rodičky C a G ji hodnotí číslem 8, žena B číslem 7 a probandka D číslem 5. Pouze u dvou rodiček exprese nebyla účinná. Všechny respondentky uvedly, že pokud by byla potřeba exprese u dalšího porodu, souhlasily by s ní.

7.5 Novorozenec

Tabulka 5: Novorozenec

| Respondentka | Pohlaví | Tělesná hmotnost / míra | Apgar score | Poporodní komplikace |
|--------------|---------|-------------------------|--------------|---|
| A | mužské | 4040 / 53 | 4 / 9 / 10 | bez potíží |
| B | mužské | 3290 / 50 | 10 / 10 / 10 | potíže s dýcháním |
| C | ženské | 3360 / 51 | 10 / 10 / 10 | bez potíží |
| D | mužské | 3720 / 50 | 10 / 10 / 10 | bez potíží |
| E | mužské | 2670 / 46 | 8 / 10 / 10 | bez potíží |
| F | mužské | 3860 / 50 | 9 / 10 / 10 | fraktura klíční kosti, hematomy na hlavičce |
| G | ženské | 2830 / 45 | 10 / 10 / 10 | bez potíží |

[Zdroj: vlastní]

Komentář: pěti respondentkám se narodili chlapečci a pouze probandce C a G se narodily holčičky. Tělesná hmotnost se pohybovala v rozmezí od 2670 gramů až po 4040 gramů. Míra novorozenců se pohybovala v rozmezí od 45 centimetrů až po 53 centimetrů. Apgar score u čtyř novorozenců bylo hodnoceno nejvyšší počtem 10 / 10 / 10. Novorozenec respondentky A měl Apgar score 4 / 9 / 10, novorozenec rodičky E měl 8 / 10 / 10 a novorozenec probandky F 9 / 10 / 10. Pět novorozenců bylo po porodu bez potíží, jen u novorozence respondentky B se objevily dechové potíže. U novorozence rodičky F byla po porodu zjištěna fraktura klíční kosti a hematomy na hlavičce, avšak zde se přesně neví, zda to bylo způsobeno nešetrnou expresí nebo po užití forcepsu.

DISKUZE

Doposud nebyla zpracována shodná nebo podobná bakalářská nebo diplomová práce na toto téma, proto se v diskuzi budeme zabývat výzkumy, které probíhaly v zahraničí.

První uvedený výzkum probíhal v letech 1954 – 1959. Jednalo se zde o pětiletý výzkum MUDr. Augustína Bárdoše., který probíhal na I. Gynekologicko – pôrodníckej klinice LF UK v Bratislavě. Šetření se účastnilo 215 (2,1% z 10 235 porodů) rodiček, u kterých byla použita Kristellerova exprese. MUDr. Bárdoš zde zkoumal hlavně traumatizmus matky a plodu a komplikace ve třetí době porodní. Při expresi došlo v 35 (15%) případech k traumatizmu plodu, z toho lehký stupeň poškození mělo 28 (13,1%) novorozenců, střední stupeň poškození 5 (2,3%) novorozenců, těžký stupeň se nevyskytoval u žádného novorozence a exitus se objevil ve 2 (0,9%) případech. V těchto případech nebyla prokázána příčinná souvislost mezi exitem a aplikací exprese. U jednoho plodu se zjistil hydrocefalus a v druhém případě se prováděla exprese při těžké intrauterinní asfyxii. U zbytku (180 – 83,7%) nebylo zjištěno poškození novorozence. Dále bylo hodnoceno poškození rodičky. Ruptura perinei I. – II. stupně se vyskytla u 20 (9,3%) rodiček a pouze u 1 (0,5%) rodičky se vyskytla ruptura perinei III. stupně. Mezi nejpočetnější komplikaci třetí doby porodní patřila placenta adherens, která se vyskytla ve 3 (1,4%) případech, rezidua placenty se objevily u 1 (0,5%) rodičky a atonie uteri se vyskytla u 2 (0,9%) rodiček. Dále jsou ve výzkumu uvedeny počty jednotlivých indikací k provedení Kristellerovy exprese. U 95 (44%) rodiček byl indikací k expresi nedostatečný břišní lis, u 67 (31%) rodiček hrozila asfyxie plodu, v 15 (7%) případech indikací byly choroby matky a u 17 (8%) rodiček nebyla indikace přesně určená. Autor tohoto výzkumu zjistil, že při užití exprese je menší traumatizmus rodičky a plodu, menší mortalita dětí a nižší komplikace v třetí době porodní než při užití forcepsu. (Bárdoš, 1961, s. 339 – 341)

Další výzkum probíhal od března 2007 až do září 2008 v Maharishi Markendeshwar Institute of Medical Sciences and Research v Mullana (Indie). Autorem tohoto výzkumu je profesor Rajiv Mahendru. Cílem výzkumu bylo zjistit dobu trvání druhé doby porodní, poškození matky a dítěte. Výzkumu se účastnilo 209 zdravých primigravid mezi 37 – 40 týdnem gravidity. Rodičky byly náhodně rozděleny do dvou skupin. První skupina (101 rodiček – 48,3%) byla ta, u kterých byla provedena Kristellerova exprese a u druhé skupiny (108 rodiček – 51,7%) exprese nebyla provedena. Během porodu ani u jedné ze skupin nebyl aplikován Oxytocin nebo Prostaglandin. U první skupiny druhá

doba porodní trvala 34 – 55 minut (průměr 49 minut) a u druhé skupiny trvala 33 – 53 minut (průměr 48 minut). Délka trvání druhé doby porodní se u obou skupin téměř neliší. Episiotomie byla v první skupině provedena u 5 (5%) rodiček, u druhé skupiny byla provedena pouze u 1 (0,9%) rodičky. Jen v první skupině u 1 (1%) rodičky došlo ke kompletní ruptuře perinea po provedení Kristellerovy exprese. U první skupiny se objevila placenta adherens pouze u 1 (1%) případu, u 1 (1%) rodičky došlo k prolapsu dělohy a u 1 (1%) rodičky došlo k retenci moči v močovém měchýři. Zde se profesor MUDr. Mahendru zabýval i zvýšenou bolestivostí do 36 hodin po porodu. V první skupině si analgetika vyžádalo 21 (20,8%) šestinedělek pouze v jedné dávce, 9 (8,9%) šestinedělek ve dvou dávkách a 4 (4%) šestinedělky ve třech dávkách. U druhé skupiny se jednalo o 5 (4,6%) šestinedělek v jedné dávce a 3 (2,8%) šestinedělky ve dvou dávkách. Ani u jedné skupiny nedošlo k asfyxii novorozence. Apgar score se pohybovalo mezi 7 a 9 v 1 a 5 minutě. Nebylo zaznamenáno žádné poškození novorozence ani úmrtí. Z výzkumu vyplývá, že i když nedošlo k žádnému fatálnímu následku, i tak je užití Kristellerovy exprese nebezpečné a zdravotníci by se měli jejímu užití vyhýbat. (Mahendru, 2010, s. 95 – 98)

A na závěr výzkum, který začal v březnu 2010 a byl ukončen v březnu 2011. Výzkum probíhal v Shatby University Hospital na oddělení gynekologicko – porodnickém ve spolupráci s Faculty of Medicine, Alexandria University, Alexandria (Egypt). Autor tohoto výzkumu je profesor Fady M. Shawky Moiety a MUDr. Amal Z. Azzam. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit rozdíly v trvání druhé doby porodní při použití a absenci exprese a poškození matky a novorozence. Výzkumu se účastnilo celkem 8 097 rodiček mezi 37. a 42. týdnem gravidity. Jak u předchozího výzkumu i zde jsou rodičky rozděleny na dvě skupiny. Kristellerova exprese byla aplikována pouze u žen v první skupině. První skupinu tvoří 1 974 (24,4%) rodiček, z toho 1 792 (90,8%) prvorodiček a 182 (9,2%) vícerodiček. Druhou skupinu tvoří 6 123 (75,6%) rodiček, z toho 1 322 (21,6%) prvorodiček a 4 801 (78,4%) vícerodiček. U žen bylo povoleno aplikovat Oxytocin, ale pouze v první době porodní, poté musela být aplikace zastavena. U první skupiny druhá doba porodní trvala 9 – 36 minut (průměr 21 minut) a u druhé skupiny to bylo 10 – 38 minut (průměr 21,5 minuty). Závažná ruptura perinei se v první skupině vyskytovala u 216 (10,9%) rodiček a u druhé skupiny to bylo 439 (7,2%) rodiček. U obou skupin se vyskytla i ruptura dělohy. V první skupině to bylo u 29 (1,5%) rodiček a ve druhé skupině to bylo u 37 (0,6%) rodiček. U 17 (0,86%) rodiček v první skupině se vyskytla dystokie ramének a u druhé skupiny se vyskytla u 22 (0,36%) rodiček. Autoři se zabývali obtí-

žemi, kterými ženy trpěly 6 – 12 měsíců po porodu. V první skupině trpělo 123 (15,3%) žen dyspareunií a v druhé skupině to bylo 101 (6,3%) žen. U žen se objevila i stresová inkontinence moči. V první skupině se jednalo o 63 (8,1%) žen a z druhé skupiny to bylo 72 (4,5%) žen. Novorozenci se opět hodnotili podle Apgar score. Apgar score nižší než 7 v 5. minutě mělo v první skupině 139 (7%) novorozenců a u druhé skupiny se jednalo o 122 (2%) novorozenců. Také zaznamenávali, kolik novorozenců bylo přijato na novorozeneckou jednotku intenzivní péče. U první skupiny to bylo 102 (5,2%) novorozenců v druhé skupině to bylo 98 (1,6%) novorozenců. Zajímavostí toho výzkumu je zhodnocení poranění podle toho, jakým způsobem byla exprese provedena. Kombinací předloktí, dlaní a pěstí vzniklo nejvíce závažných ruptur perineí a to 100 (46,2%), při použití předloktí to bylo u 75 (34,7%) rodiček, poškození pěstí bylo u 38 (17,5%) rodiček a exprese dlaní způsobila rupturu jen u 3 (1,3%) rodiček. I ruptura dělohy vznikla nejčastěji kombinací předloktí, dlaní a pěstí, bylo to u 12 (41,3%) rodiček, poté bylo předloktí u 9 (31%) rodiček, 7 (24,1%) ruptur vzniklo při expresi pěstí, a dlaní vznikla 1 (3,4%) ruptura dělohy. Dystokie ramének nejčastěji vznikala při použití předloktí, a to u 12 (70,5%) případů, u pěstí se jednalo o 1 (5,8%) případ, při použití dlaně nevznikla žádná dystokie a kombinací vznikly celkem 4 (23,5%) dystokie. V USA bylo dokonce zjištěno, že pouze 11% z 84% lékařů provádí zápis o provedení Kristellerovy exprese do zdravotnické dokumentace. Výzkumem zjistili, že zvýšený intrauterinní tlak pomocí exprese způsobuje hypoxii plodu a může dojít až k poškození mozku plodu. Dále nebyla zjištěna kratší druhá doba porodní u rodiček, u kterých byla užitá exprese než u rodiček, kde byla absence Kristellerovy exprese. Také došlo k většímu poškození prvorodiček na rozdíl od vícerođiček a poškození novorozenců. (Moiety, Azzam, 2014, s. 946 – 952)

Využití v klinické praxi

Ze získaných informací bylo zjištěno o Kristellerově expresi, že toto téma je opět aktuální, a proto bylo zvoleno pro využití v klinické praxi vytvoření informačního letáku. Tento leták by měl využívat hlavně zdravotnický personál. Obsahuje základní informace o této metodě. Leták je rozdělen do 5 částí. V úvodu se dočteme, co to vlastně je Kristellerova exprese. Následující informace určují situace, kdy je přípustné expresi použít a hlavně jaké musí rodička splňovat podmínky. Poté je ve zkratce popsán vlastní průběh Kristellerovy exprese. Na závěr jsou shrnuty nejčastější možné následky, které mohou vzniknout při nesprávném použití exprese jak u rodičky, tak u plodu.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali užíváním Kristellerovy exprese v druhé době porodní. V dnešní době je toto téma opět aktuální, protože za posledních pár let se soudně řešilo několik kauz, kdy rodiče zažalovali nemocnici, kvůli užití zakázané metody. Jednalo se vždy o stav, kdy byla těžce poškozena rodička nebo novorozenec.

Pro splnění prvního cíle bylo potřeba získat informace od žen, u nichž byla při porodu použita Kristellerova exprese. Pro získání informací byla zvolena metoda rozhovoru, informace poskytlo 7 rodiček. Rodičky sdělily informace o průběhu porodu a následcích po použití metody. Z informací bylo zjištěno, že čtyři ze sedmi žen nemohly expresi odmítnout. Ve většině případů prováděly expresi porodní asistentky, ať už pomocí dlaní nebo předloktí. Důvodem exprese byl nejčastěji nedostatečný břišní tlak a alterace ozev plodu. U dvou případů nebyla exprese účinná. I když uvádí rodičky, že exprese nebyla příjemná, souhlasily by s jejím použitím i u dalšího porodu. Mezi nejčastějšími následky byla episiotomie a větší porodní poranění u žen. Dále bylo zjištěno, že u jednoho novorozence vznikla fraktura klíční kosti a hematomy na hlavičce, ale není zde zcela jasné, zda to není způsobené forcepsem.

Cíl 1 byl splněn.

Pro splnění druhého cíle bylo potřeba zpracovat informace, které poskytly respondetky v rozhovoru a informace, které byly získány z ošetrovatelské dokumentace. Získané informace byly zpracovány do pěti kategorií a poté byly jednotlivé kategorie shrnuty v tabulkách.

Cíl 2 byl splněn.

Pro splnění třetího cíle bylo potřeba vytvořit informační leták pro zdravotnický personál. Informační leták obsahuje informace o Kristellerově expresi, které by měl znát zdravotnický personál před jejím použitím. Leták je přiložen v přílohách – Příloha P VI.

Cíl 3 byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRDOŠ, Augustín, 1961. Tri otázky na margo Kristellerovej expresie. *Lekársky obzor*, roč. 10, č. 6, s. 339-343. ISSN: 0457-4214.

BECKMANN, Charles R., 2010. *Obstetrics and gynecology* [online]. 6th ed. / . Baltimore, MD: Lippincott Williams, xiii, 497 p. [cit. 2015-01-22]. ISBN 07-817-8807-2. Dostupné z: http://www.cartercenter.org/documents/ethiopia_health/lecture/plain/nurse/ob_gyn_body.pdf

BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 297 s. ISBN 978-802-4619-071.

BOUDA, Jaromír, 1983. Porodnické operace včera a dnes. *Zdravotnická pracovnice*, Roč. 33, č. 6, S. 340-346. ISSN: 0049-8572.

CITTERBART, Karel, 2001. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, xvi, 278 s. ISBN 80-246-0318-7.

CUNNINGHAM, F. Gary. et al., 2010. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-007-1702-850.

ČEPICKÝ, Pavel, 2009. Expres plodu přidržení fundu děložního. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 18, č. 3, s. 344-346. ISSN: 1211-1058.

ČEPICKÝ, Pavel, 2013. 31. Doporučení k pomoci rodiče při tlačení ve II. době porodní. *Česká gynekologie*, roč. 78, Supplementum, s. 60. ISSN: 1210-7832.

ČEPICKÝ, Pavel, UNZEITIG, Vít, 2007. Expres plodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, Roč. 16, č. 1, s. 61-65. ISSN: 1211-1058.

DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 443 s., čb. obr. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Zdeněk. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 538 s. ISBN 978-802-4745-299.

- HURST, Helen, 2009. Fundal Pressure: Practiced Maneuver, Uncertain Rules. *Nursing for Women's Health*, vol. 13, issue 4, s. 331-334. DOI: 10.1111/j.1751-486X.2009.01443.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1751-486X.2009.01443.x>
- KLAUS, Karel a JERIE, Josef, 1942. *Porodnické operace*. 2. vyd. V Praze: Vesmír, 430 s.
- KOTÁSEK, Alfréd, 1976. *Porodnické operace*. 2., přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 229 s.
- MAHENDRU, Rajiv, 2010. Shortening the second stage of labor?. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* [online]. vol. 11, issue 2, s. 95-98 [cit. 2015-05-07]. DOI: 10.5152/jtgga.2010.07. Dostupné z: http://www.jtgga.org/sayilar/40/buyuk/JTGGA_11_2_95_98.pdf
- MARTÍNKOVÁ, Jiřina, 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 379 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
- MENGES, Franz, 1982. BAYERISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN. *Neue deutsche Biographie* [online]. Berlin: Duncker & Humblot, [cit. 2015-01-07]. ISBN 978342811294425. Dostupné z: <http://daten.digitalesammlungen.de/~db/0001/bsb00016330/images/index.html?id=00016330&fip=193.174.98.30&no=&seite=1>
- MOIETY, Fady M. Shawky a Amal Z. AZZAM, 2014. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* [online]. vol. 40, issue 4, s. 946-953 [cit. 2015-05-07]. DOI: 10.1111/jog.12284. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9d8f3c93-2c10-492b-8f70-e4458a2c2f13%40sessionmgr113&vid=0&hid=107>
- PAGEL, ©2002-2011 Kristeller, Samuel. In: *JewishEncyclopedia.com* [online]. [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.jewishencyclopedia.com/articles/9520-kristeller-samuel>
- PARKER, William H, 2007. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertility and Sterility* [online]. vol. 87, issue 4, s. 725-736 [cit. 2015-01-22]. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2007.01.093. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001502820700221X>
- PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Kamenice: Galén, 427 s. ISBN 978-807-2628-933.
- PÍTHA, Václav, 1911. *Nauka o operacích porodnických*. V Praze: Unie, 1 l., 303, 1 s.

ROZTOČIL, Aleš, 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 274 s. ISBN 80-701-3230-2.

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

UNZEITIG, Vít, JANKŮ, Petr, 2000. Kristellerova exprese v moderním porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*, Roč. 9, č. 1, s. 308-309. ISSN: 1211-1058.

ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, xxiv, 532 s. ISBN 80-726-2257-9.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-----------|--|
| AS | Akce srdeční |
| Bilat. | Bilaterální |
| CNS | Centrální nervová systém |
| DIC | Diseminovaná intravaskulární koagulace |
| DDS | Dolní děložní segment |
| EKG | Elektrokardiograf |
| GBS | Streptococcus agalactiae |
| GEU | Graviditas extrauterina |
| HELLP | Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets |
| KD | Kontrakce děložní |
| KTG | Kardiotokograf |
| Mdl. | Mediolaterální |
| Missed AB | Zamlklý abort |
| OP | Ozvy plodu |
| OXY | Oxytocin |
| PA | Porodní asistentka |
| PNC | Penicilin |
| PPH | Poloha podélná hlavičkou |
| PPI | Hrozící předčasný porod |
| PPKP | Poloha podélná koncem pánevním |
| PROM | Předčasný odtok plodové vody |
| PV | Plodová voda |
| RCUI | Kyretáž (revisio cavi uteri instrumentalis) |
| Rh | Rhesus faktor |

| | |
|-------|-----------------------|
| Rpt. | Trhlina |
| T. g. | Týden gravidity |
| USG | Ultrasonografie |
| VEX | Vakuumextraktor |
| VVV | Vrozená vývojová vada |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1: Demografické údaje..... | 53 |
| Tabulka 2: Anamnéza | 54 |
| Tabulka 3: Porod..... | 55 |
| Tabulka 4: Průběh Kristellerovy exprese..... | 56 |
| Tabulka 5: Novorozenec | 57 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Doporučený postup v perinatologii

Příloha P II: Obrázky

Příloha P III: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P IV: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha P V: Strukturovaný rozhovor

Příloha P VI: Informační leták

PŘÍLOHA P I: DOPORUČENÝ POSTUP V PERINATOLOGII

31. DOPORUČENÍ K POMOCI RODIČCE PŘI TLAČENÍ VE II. DOBĚ PORODNÍ

Autor 2012

P. Čepický

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Pomoc rodičce při tlačení ve II. době porodní

Radíme sem:

- Přidržení hlavy rodičky ve flexi;
- Flexe dolních končetin v kolenních a kyčelních kloubech;
- Přidržení fundu děložního.

Indikace

- Indikací je zkrácení II. doby porodní.
- Obvyklou situací je špatně prováděný břišní lis rodičkou, slabé děložní kontrakce, popřípadě hrozící hypoxie plodu (již nastalá hypoxie je však kontraindikací).
- Přidržení hlavy rodičky ve flexi a flexi v kolenních a kyčelních kloubech lze použít i při normálních děložních kontrakcích a správně prováděném břišním lisu.
- Při hypoxii plodu lze popsané techniky použít pouze v době přípravy extrakční operace (forceps, vakuumextraktor) s cílem zlepšit podmínky při provádění extrakční operace.

Podmínky

Podmínky odpovídají podmínkám pro použití břišního lisu ve II. době porodní.

Kontraindikace

a) Absolutní kontraindikace

- Není splněna kterákoliv z uvedených podmínek.
- Hrozící ruptura dělohy.
- Děložní hypertonie nebo hypotonie.
- Je kontraindikováno použití břišního lisu (např. u kardiopatií, kolostomie apod.).
- Stav po předchozí operaci dělohy a stavy po konzervativně ošetřené ruptuře dělohy (týká se pouze přidržení fundu).

b) Relativní kontraindikace

- Distres plodu. Popsané techniky lze použít pouze tehdy, lze-li očekávat, že ukončení porodu bude rychlejší než příprava extrakční operace, nebo během doby, kdy se extrakční operace připravuje (pro zlepšení podmínek při provádění extrakční operace).
- Poloha podélná koncem pánevním (týká se pouze přidržení fundu).

Technika

a) Přidržení hlavy rodičky ve flexi

- Provádí se během kontrakce.
- Přidržení hlavy rodičky může provádět doprovod rodičky (manžel, dula).
- Přidržení hlavy lze použít u každého porodu.

b) Flexe dolních končetin v kolenech a kyčlích

- Končetiny mohou být přidržovány rodičkou nebo asistencí (porodní asistentka, doprovod rodičky), s výhodou lze použít podpěry pro lýtka („schanty“). Je-li použita manuální podpora asistencí, zaujímá rodička polohu jen při kontrakci. Jsou-li použity podpěry, může v poloze zůstat i mimo kontrakce. Tuto polohu lze použít při každém porodu.

c) Přidržení fundu

- Provádí se tlakem na fundus děložní. Tlak se provádí předloktím nebo oběma dlaněmi. Je nutno se vyhnout bodovému tlaku loktem, pěstí apod. Tlak je veden na fundus děložní. Provádí se během kontrakce děložní a intenzita tlaku kopíruje kontrakční vlnu. Rodička vždy používá současně břišní lis.
- Přidržení fundu provádí pouze porodní asistentka nebo lékař a lze ho provádět pouze v přítomnosti a z indikace lékaře.

[Zdroj: ČEPICKÝ, Pavel, 2013. 31. Doporučení k pomoci rodičce při tlačení ve II. době porodní. *Česká gynekologie*, roč. 78, Supplementum, s. 60. ISSN: 1210-7832.]

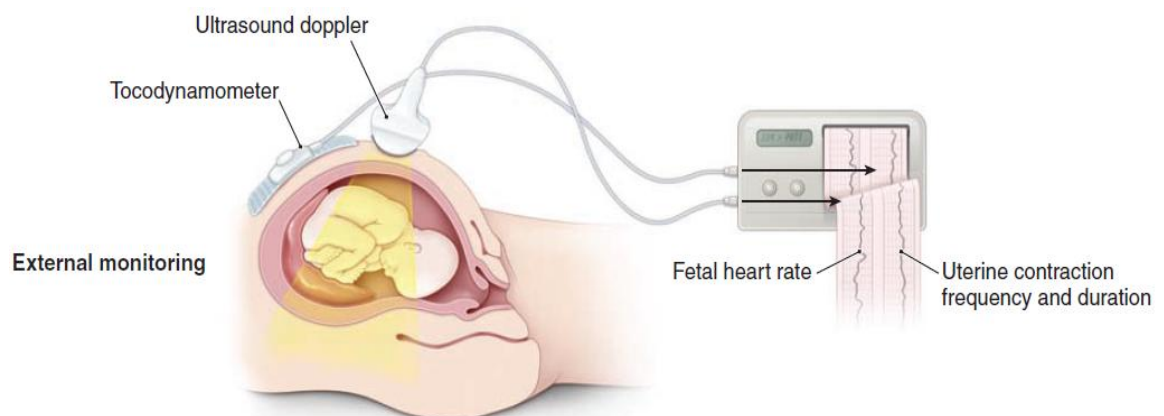
PŘÍLOHA P II: OBRÁZKY

Obrázek 1: Samuel Kristeller



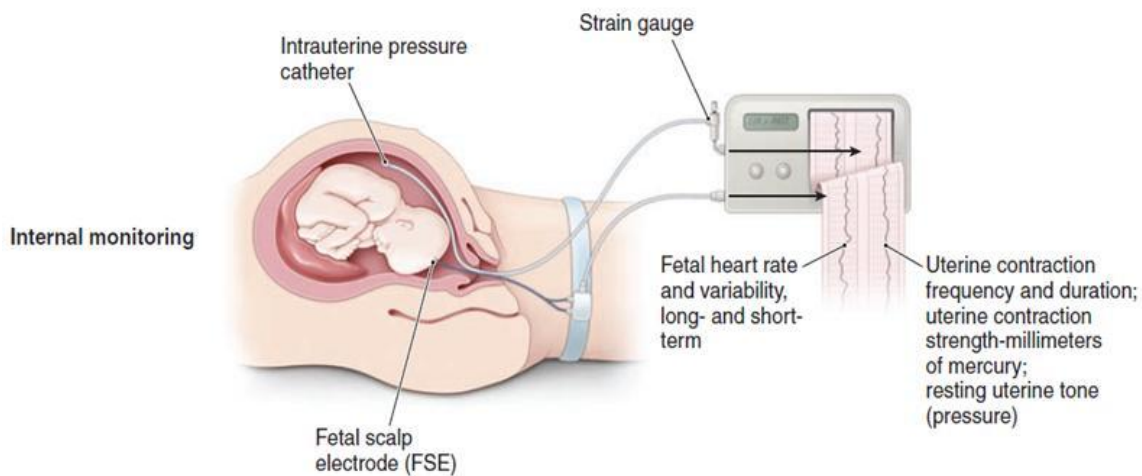
[Zdroj: Samuel Kristeller. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2015-01-30]. Dostupné z: http://de.wikipedia.org/wiki/Samuel_Kristeller]

Obrázek 2: Kardiotokografický záznam



[Zdroj: BECKMANN, Charles R., 2010. *Obstetrics and gynecology* [online]. 6th ed. /. Baltimore, MD: Lippincott Williams, xiii, 497 p. [cit. 2015-01-22]. ISBN 07-817-8807-2. Dostupné z: http://www.cartercenter.org/documents/ethiopia_health/lecture/plain/nurse/ob_gyn_body.pdf]

Obrázek 3: Záznam intrapartální fetální pulzní oxymetrie



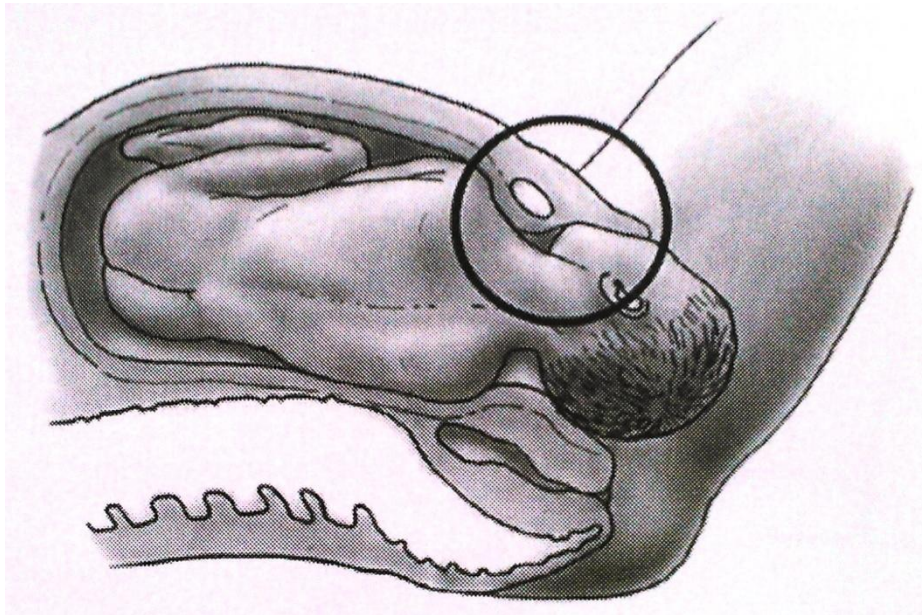
[Zdroj: BECKMANN, Charles R., 2010. *Obstetrics and gynecology* [online]. 6th ed. /. Baltimore, MD: Lippincott Williams, xiii, 497 p. [cit. 2015-01-22]. ISBN 07-817-8807-2. Dostupné z: http://www.cartercenter.org/documents/ethiopia_health/lecture/plain/nurse/ob_gyn_body.pdf]

Obrázek 4: Naléhání na prolaps pupečníku



[Zdroj: ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.]

Obrázek 5: Dystokie ramének



[Zdroj: ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.]

Obrázek 6: Poloha podélná hlavičkou



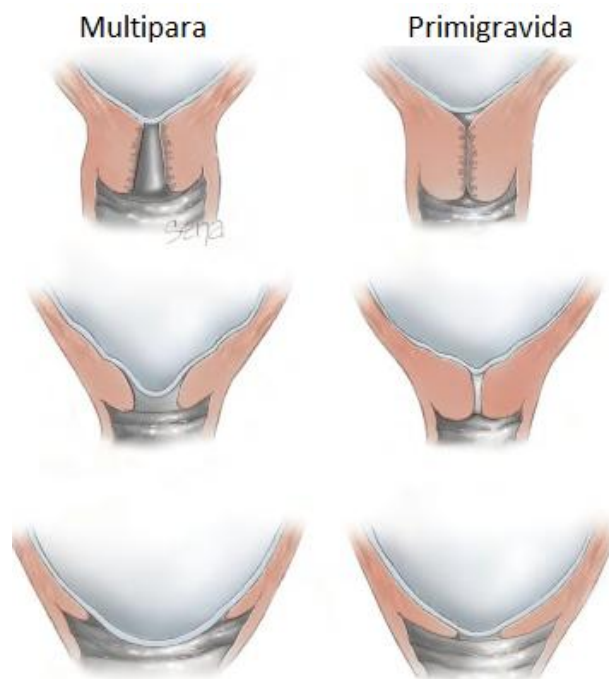
[Zdroj: CUNNINGHAM, F. Gary. et al., 2010. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-007-1702-850.]

Obrázek 7: Poloha podélná koncem pánevním



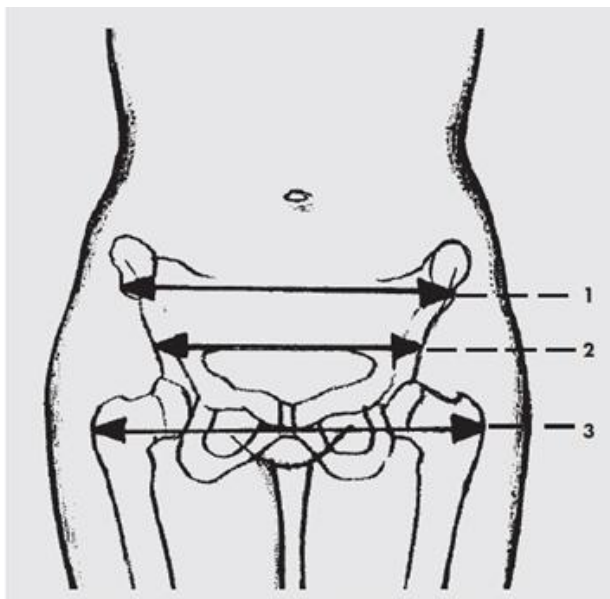
[Zdroj: CUNNINGHAM, F. Gary. et al., 2010. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-007-1702-850.]

Obrázek 8: Dilatace děložního hrdla



[Zdroj: CUNNINGHAM, F. Gary. et al., 2010. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-007-1702-850.]

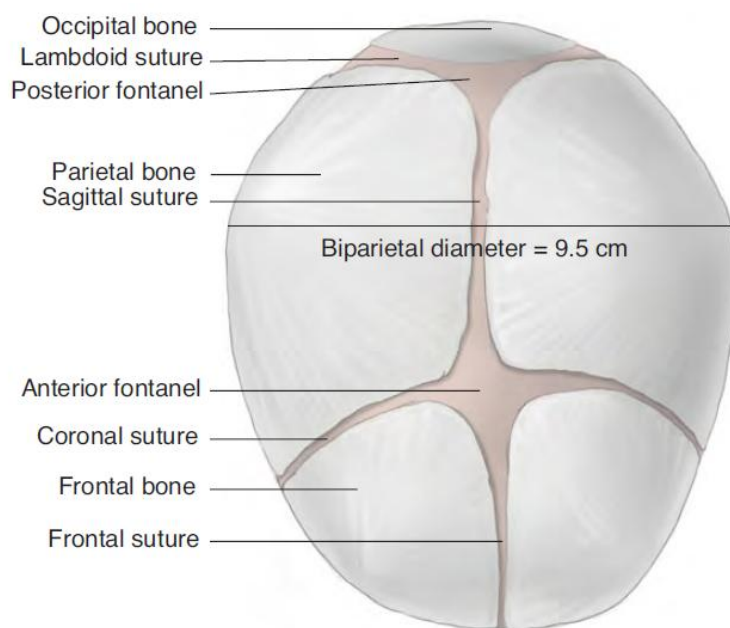
Obrázek 9: Pánevní rozměry



Zevní rozměry pánve: 1 - distantia bicristalis,
2 - bispinalis, 3 - bitrochanterica

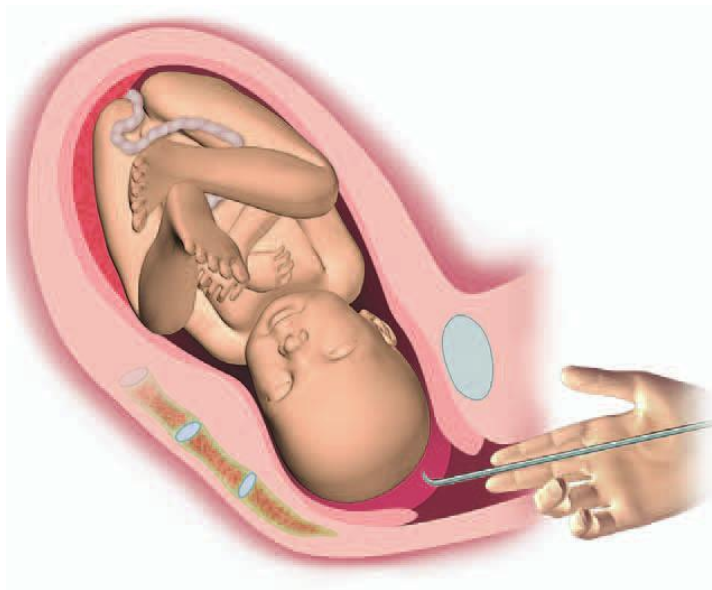
[Zdroj: ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, xxiv, 532 s. ISBN 80-726-2257-9.]

Obrázek 10: Biparietální průměr hlavičky plodu



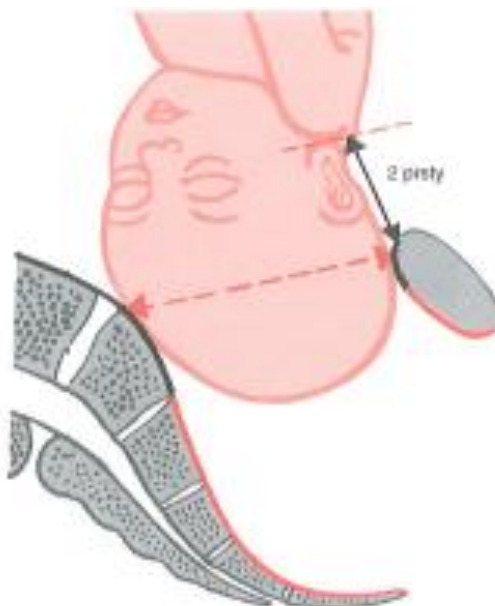
[Zdroj: CUNNINGHAM, F. Gary. et al., 2010. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-007-1702-850.]

Obrázek 11: Dirupce vaku blan



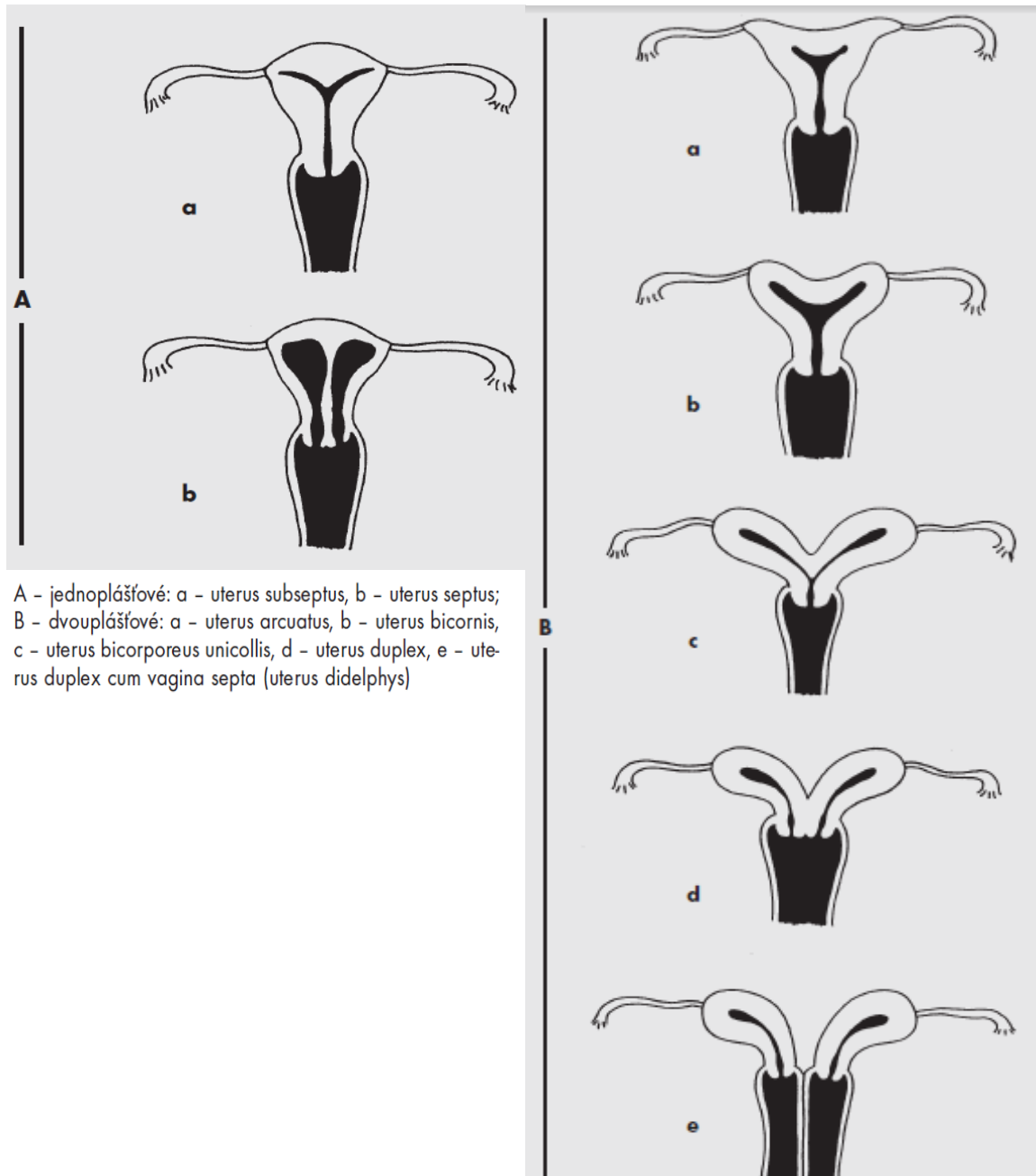
[Zdroj: “May I break your waters?” Information on Artificial Rupture of Membranes. In: *42 weeks* [online]. 2013 [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: <http://42weeks.ie/2013/10/02/may-i-break-your-waters-information-on-artificial-rupture-of-membranes/>]

Obrázek 12: Hlavička vstoupá velkým oddílem



[Zdroj: ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 97880247130382010.]

Obrázek 13: Vrozené vývojové vady dělohy



[Zdroj: CITTERBART, Karel, 2001. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, xvi, 278 s. ISBN 80-246-0318-7.]

Obrázek 14: Bandlova rýha



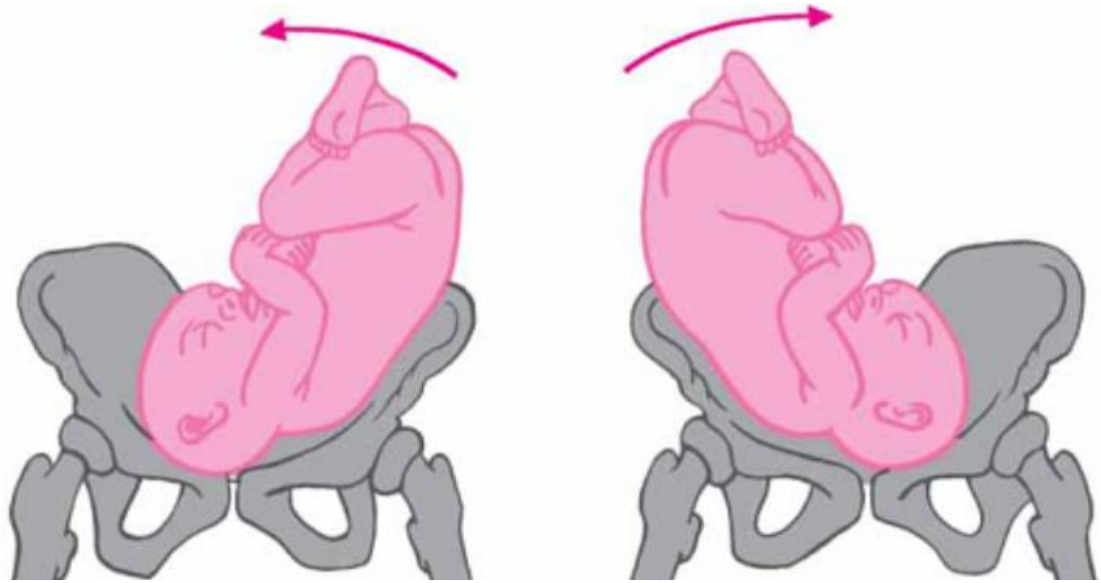
[Zdroj: HÁJEK, Zdeněk. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 538 s. ISBN 978-802-4745-299.]

Obrázek 15: Příčná poloha plodu



[Zdroj: CUNNINGHAM, F. Gary. et al., 2010. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-007-1702-850.]

Obrázek 16: Šikmá poloha plodu – příznivá



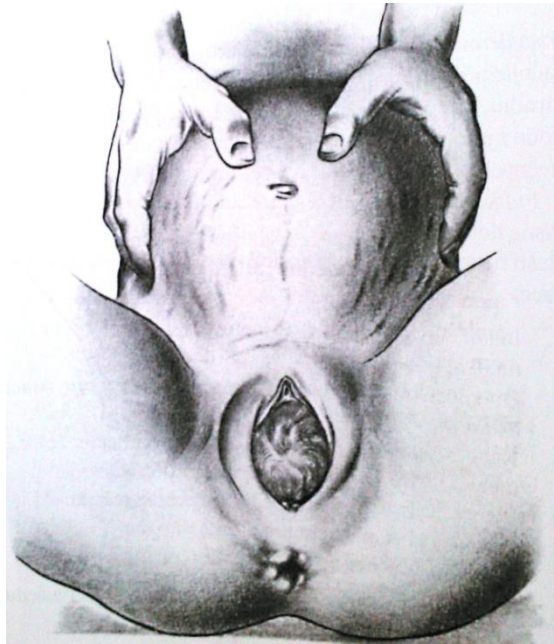
[Zdroj: ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 97880247130382010.]

Obrázek 17: Šikmá poloha plodu – nepříznivá



[Zdroj: ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 97880247130382010.]

Obrázek 18: Provedení Kristellerovy exprese

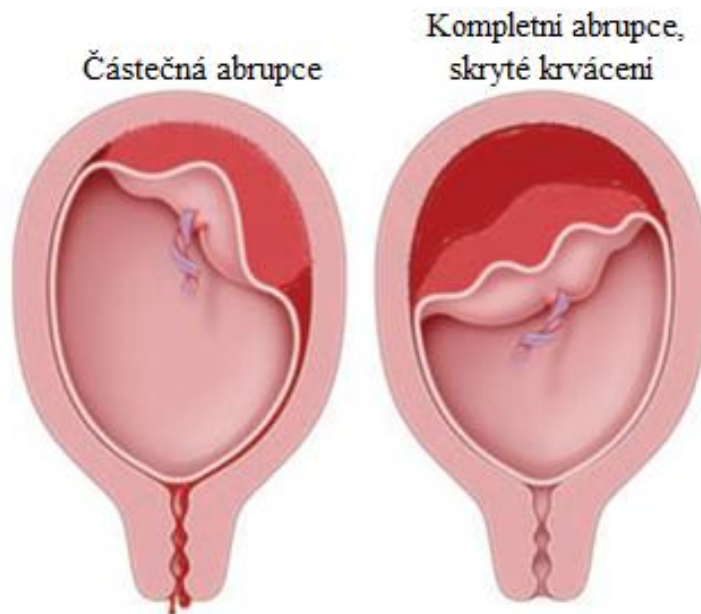


[Zdroj: ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.]




[Zdroj: PAVLÍKOVÁ, Markéta. 2015. O čem se nemluví, to neexistuje – Kristellerova exprese. *Biostatisticka.cz kde se data setkávají se životem* [online]. [cit. 2015-05-06]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/o-cem-se-nemluvi-to-neexistuje-kristellerova-exprese/>]

Obrázek 19: Abrupce placenty



[Zdroj: BECKMANN, Charles R., 2010. *Obstetrics and gynecology* [online]. 6th ed. /. Baltimore, MD: Lippincott Williams, xiii, 497 p. [cit. 2015-01-22]. ISBN 07-817-8807-2. Dostupné z: http://www.cartercenter.org/documents/ethiopia_health/lecture/plain/nurse/ob_gyn_body.pdf]

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti v průběhu realizace odborné praxe pro níže uvedenou studentku. V rámci ukončení studia studenti 3. ročníku zpracovávají bakalářskou práci, jejíž součástí je i empirická část. K realizaci této části studentka potřebuje přístup k informacím z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka.

| | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Téma bakalářské práce | Kristellerova exprese během porodu |
| Termín konání odborné praxe | |
| Pracoviště | KNTB a. s. |
| Metoda výzkumného šetření | Rozhovor |
| Skupina respondentů | Šestinedělky |
| Autor bakalářské práce | Šenkeříková Alena |
| Vedoucí bakalářské práce | Mgr. Ludmila Reslerová, Ph. D. |

Děkujeme za spolupráci.

Ve Zlíně dne 24-03-2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Z. Dorková

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.

Heleň Novotná
Bc. Helena Novotná

Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Novotná,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti KNTB a.s., které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

| | |
|---------------------------|------------------------------------|
| Téma bakalářské práce | Kristellerova exprese během porodu |
| Metoda výzkumného šetření | Rozhovor |
| Skupina respondentů | Šestinedělky |
| Pracoviště | Oddělení šestinedělí, Porodní sál |
| Autor bakalářské práce | Alena Šenkeříková |
| Vedoucí bakalářské práce | Mgr. Ludmila Reslerová, Ph. D. |

17-02-2015

Ve Zlíně dne.....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Z. Dorková

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.
..... Bc. Helena Novotná
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P V: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- 1) Jaký je váš rodinný stav?
- 2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Vyskytuje se ve Vaší rodině nějaké závažné onemocnění?
- 4) Léčíte se s něčím vy sama?
- 5) Prodělala jste někdy nějakou operaci, kdy jste byla uspaná ať už částečně nebo celkově?
- 6) Někaké gynekologické potíže nebo zákroky na děloze nebo děložním čípku před těhotenstvím?
- 7) Požívala jste alkohol, kouřila cigarety nebo brala drogy během těhotenství?
- 8) Kolikrát jste byla těhotná a po kolikáté jste rodila?
- 9) Jak probíhalo Vaše těhotenství?
- 10) Pokud jste rodila víckrát, tlačili Vám na břicho i u předchozích porodů?
- 11) Měla jste možnost tlačení na břicho odmítnout?
- 12) Byla jste předem informována, že Vám bude porodní asistentka nebo lékař tlačit na břicho?
- 13) Věděla jste předem, jak bude tlačení na břicho probíhat? Pokud ano, kdo Vám tuto informaci poskytl?
- 14) Pokud ano, byla jste s informacemi spokojená? (0 = velmi nespokojená, 10 = velmi spokojená)
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- 15) Proč Vám tlačili na břicho?
Např. neschopnost vyvinout dostatečný břišní tlak
nedostatečné děložní kontrakce
snížená srdeční akce plodu
vyhřeznutí části pupečníku
zaseknutí ramének plodu v porodních cestách
vyčerpanost rodičky
- 16) Kdo Vám tlačil na břicho?
- 17) Čím Vám na břicho tlačili (ruka, předloktí, loket, prostěradlo, atd.)?
- 18) Jak dlouho Vám na břicho tlačili – zhruba kolik kontrakcí?
- 19) Byl Vám proveden preventivní nástřih hráze?
- 20) Bylo tlačení na břicho účinné? (0 = neúčinné, 10 = nejvíce účinné)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

21) Pokud ne, jak byl Váš porod ukončen?

Např. porodila jsem sama bez pomoci při tlačení

porodila jsem s pomocí kleští

porodila jsem s pomocí „zvonu“

porodila jsem císařským řezem

22) Měla jste nějaké poporodní komplikace po tlačení na břicho?

Např. předčasné odloučení placenty

hematom na břichu

roztržení dělohy

poranění porodních cest (děložní čípek, pochva, stydké pysky)

poškození ledvin, jater nebo sleziny

snížená schopnost dělohy se stáhnout po porodu

rozsáhlé krvácení

23) Mělo Vaše dítě nějaké komplikace po porodu?

Např. zlomenina kosti (pažní kost, stehenní kost, klíční kost, atd.)

poškození jater nebo nadledvinek

snížená akce srdeční miminka

hematom na těle

24) Souhlasila byste s tlačáním na břicho i u dalšího porodu?

25) Když na tlačení spojené s porodem Vašeho dítěte vzpomínáte, jaké z toho máte pocity?

26) Existují nějaké okolnosti, které byste mi chtěla v souvislosti Vaším porodem sdělit nebo co bylo v dotazníku opomenuto?

PŘÍLOHA P VI: INFORMAČNÍ LETÁK