



ZBORNICA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKI SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev

NUJNA STANJA V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU TER POROD NA TERENU



ZBORNIK
Gorišnica, 12. april 2003

NUJNA STANJA V GINEKOLOGIJI IN
PORODNIŠTVU TER POROD NA TERENU

ZBORNICA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE
Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev



**ZBORNICA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE**



Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev

strokovni seminar

**NUJNA STANJA V
GINEKOLOGIJI IN
PORODNIŠTVU
TER POROD NA TERENU**

Zbornik predavanj

Urednik
Anton Posavec

Gorišnica, 12. april 2003

NUJNA STANJA V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU TER POROD NA TERENU

Elektronska izdaja

Založnik elektronske izdaje:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,
Sekcija reševalcev v zdravstvu
Ob železnici 30 a, 1000 Ljubljana

Urednik: Anton Posavec

Oblikovanje in priprava za spletno izdajo: Jože Prestor

Tiskana izdaja je izšla leta 2003

Leto spletne izdaje je 2017

Elektronska izdaja zbornika predavanj je dosegljiva na

<http://www.zbornica-zveza.si/sl/e-knjiznica/zborniki-strokovnih-sekcij>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

618.2/.5-083.98(082)(0.034.2)

STROKOVNI seminar Nujna stanja v ginekologiji in porodništvu ter porod na terenu (2003 ; Gorišnica) Zbornik predavanj [Elektronski vir] / Strokovni seminar Nujna stanja v ginekologiji in porodništvu ter porod na terenu, Gorišnica, 12. april 2003 ; [organizator strokovnega srečanja] Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev [v sodelovanju z JZ Zdravstveni dom Ptuj] ; urednik Anton Posavec. - Elektronska izd. - El. knjiga. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, 2017

Način dostopa (URL): <http://www.zbornica-zveza.si/sl/e-knjiznica/zborniki-strokovnih-sekcij>

ISBN 978-961-7021-08-0 (pdf)

1. Dodat. nasl. 2. Posavec, Anton 3. Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev 4. Zdravstveni dom (Ptuj)

289014272

Organizator strokovnega srečanja

Zbornica zdravstvene nege Slovenije –
Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev

v sodelovanju z

JZ Zdravstveni dom Ptuj

Programski odbor

Anton Posavec (predsednik)

Živa Antolič Novak

Tatjana Drolc

Anita Prelec

Organizacijski odbor

Dušan Janžekovič (predsednik)

Karmen Panikvar Žlahtič

Aleksander Cvitanič

Miran Tuš

Boštjan Vogrin

VSEBINA

| | |
|---|-----------|
| Uvodnik | 7 |
| <i>Anton Posavec</i> | |
| Predstavitev JZ Zdravstvenega doma Ptuj in PHE Ptuj | 9 |
| <i>Karmen Panikvar Žlahtič, Ivan Horvat</i> | |
| Šokirana nosečnica in grozeče raztrganje maternice | 21 |
| <i>Veselin Šučur</i> | |
| Ginekološka krvavitev in izvenmaternična nosečnost ter spontan splav | 25 |
| <i>Vladimir Jolić</i> | |
| Preeklampsija in eklampsija | 35 |
| <i>Slavenka Beljanski Rogan</i> | |
| Porod na terenu | 45 |
| <i>Denis Gorjup, Tatjana Drolc</i> | |
| Oskrba novorojenčka po porodu | 59 |
| <i>Anita Prelec</i> | |
| Nepravilna lega ploda | 65 |
| <i>Lili Steblovnik</i> | |
| Krvavitve v pozni nosečnosti | 71 |
| <i>Stanko Pušenjak</i> | |
| Prevoz nosečnice z reševalnim vozilom | 77 |
| <i>Aleksander Matjašič</i> | |
| Obravnavna poškodovane nosečnice | 83 |
| <i>Zuhdija Hajdarević</i> | |
| Posebnosti pri imobilizaciji poškodovane nosečnice | 89 |
| <i>Branko Kešpert</i> | |
| Dokumentacija | 95 |
| <i>Primož Velikonja</i> | |

| | |
|--|------------|
| Prikazi primerov iz prakse: | 103 |
| • Porod na terenu, oskrba ter transport novorojenca in porodnice z vidika 1B ekipe nujne medicinske pomoči <i>Mira Frangež</i> | |
| Oglasi | 107 |

Za vsebino prispevkov odgovarjajo avtorji, prispevki niso lektorirani.

UVODNIK

Zopet je pred nami nova tema in nov zbornik. Tokrat smo se lotili nujnih stanj v ginekologiji in porodništvu ter vodenja poroda na terenu. Zadnje naše strokovno srečanje, ki je obravnavalo enako temo, je bilo leta 1995. Torej imamo zares dober razlog, da znanje na tem področju našega dela zopet obnovimo.

Z urgentnimi stanji v ginekologiji se v predbolnišničnem okolju ne srečujemo zelo pogosto. Kljub temu so redno del dela reševalcev. Največkrat obravnavamo različne oblike krvavitev.

Tudi porodov danes ni več toliko kot jih je bilo pred leti. Še manj je tistih, ki jih je potrebno obravnavati izven porodnišnice. Vsako leto jih je le toliko, da bi jih lahko prešteli že na prste ene roke. Verjetno je glavni razlog za to upadanje števila rojstev. K manjšemu številu otrok rojenih na terenu pa je zagotovo pripomogla dobra zdravstvena vzgoja, ki jo prejmejo bodoče mamice in očetje, predvsem v šolah za starše. V porodnišnico se odpravijo pravočasno in otroci se rojevajo v bolj varnem okolju porodnišnice. Tudi prometne povezave so veliko boljše kot so bile pred leti. Kljub vsemu pa moramo biti kos tudi takšnim intervencijam. Temu je namenjen današnji seminar in zbornik, ki je pred vami.

Dovolite mi, da se na koncu zahvalim vsem, ki ste kakorkoli sodelovali pri pripravi današnjega strokovnega srečanja. Posebno zahvalo bi rad izrekel prof.dr. Živi Novak Antolič, dr.med., ki nas je vodila pri izbiri tem in oblikovanju programa današnjega srečanja. Hvala ji tudi za vse strokovne nasvete v zvezi z izvedbo seminarja.

Zahvalil bi se rad tudi vsem vam, ki ste se srečanja udeležili. S svojo udeležbo in interesom za seminarje naše sekcije, nam dajete najboljšo vzpodbudo za tovrstno delo tudi v prihodnje. Želim vam lep dan tu v Gorišnici!

Predsednik programskega odbora
Anton Posavec

PREDSTAVITEV SLUŽBE NUJNE MEDICINSKE POMOČI V JAVNEM ZAVODU ZDRAVSTVENI DOM PTUJ

Karmen Panikvar Žlahtič, dipl.m.s.

Ivan Horvat, ZT

Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj, Služba nujne medicinske pomoči

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljen kratek zgodovinski pregled, organizacija, kadrovska zasedba in opremljenost Službe nujne medicinske pomoči v Javnem zavodu Zdravstveni dom Ptuj.

UVOD

Služba za nujno medicinsko pomoč je sestavni del javne zdravstvene službe. Organizirana je za zagotavljanje neprekinjene nujne medicinske pomoči obolelim in poškodovanim. Naloga službe nujne medicinske pomoči na primarni ravni je obravnavati urgentna in nujna stanja, tj. s prihodom ekipe nujne medicinske pomoči na mesto dogodka in med prevozom do ustrezne zdravstvene ustanove.

Na ravni države, je mreža službe nujne medicinske pomoči organizirana na osnovi določenih kriterijev kot so število prebivalstva, zemljepisne razmere, prometne zveze in oddaljenost bolnišnic.

ZGODOVINA

Pisnih podatkov o nastanku Zdravstvenega doma v Ptujju je zelo malo in segajo v leto 1952, ko je bil takratni Zdravstveni dom v Ptujju tudi ustanovljen.

Tekom let je doživljal številne oblike organiziranosti vse do leta 1991, ko je bil ustanovljen Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj (slika 1).



Slika 1: Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj.

Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj je sestavljen iz dveh organizacijskih enot, in sicer iz:

- organizacijske enote **Osnovno zdravstveno varstvo** in
- organizacijske enote **Zobozdravstvo**.

V okviru Organizacijske enote Osnovno zdravstveno varstvo je bila z letom 1999 organizirana Strokovna Služba nujne medicinske pomoči. S tako reorganizacijo je bila »ukinjena« dotedanja Reševalna služba, ki se je razdelila v samostojno Enoto sanitetnih prevozov in v Enoto nujnih reševalnih prevozov v sklopu Službe nujne medicinske pomoči. Ker tak način organiziranosti ni omogočal nemotenega izvajanja reševalnih prevozov, je od aprila 2001 organizirana skupna Enota nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov.

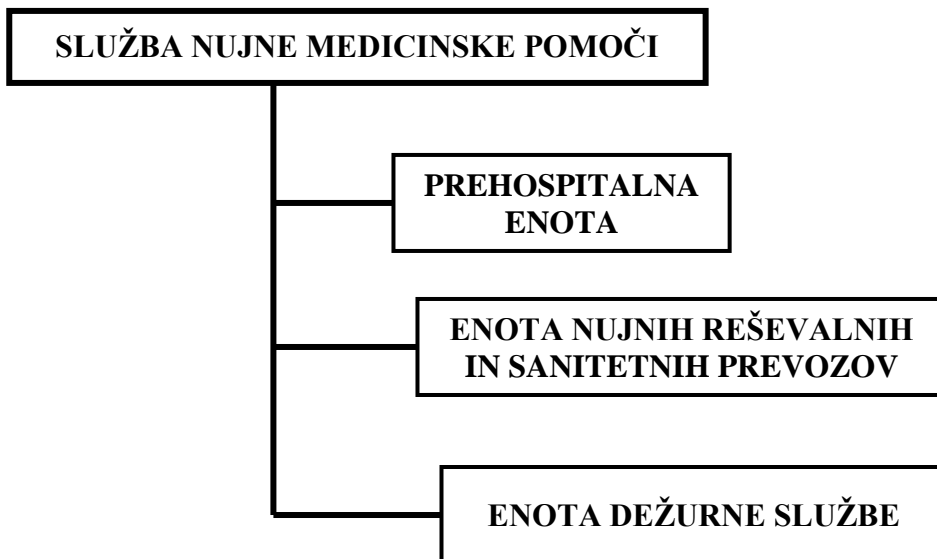
SLUŽBA NUJNE MEDICINSKE POMOČI

Službo nujne medicinske pomoči (slika 2), sestavljajo naslednje enote:

- Prehospitalna enota (PHE),
- Enota nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov (NRP) in
- Enota dežurne službe (DS).

Služba za nujno medicinsko pomoč v Javnem zavodu Zdravstveni dom Ptuj, pokriva področje bivše ptujske občine na 645 km² s pribl. 70.000 prebivalci. Najbolj oddaljen kraj tega območja je oddaljen 23 km (Stoperce).

Cestno omrežje je v bližnji okolici Ptuja na splošno dobro urejeno. Na področju Slovenskih goric, predvsem pa na območju Haloz, so ceste slabše. Včasih so nevozne oz. z dovozom na lastno odgovornost, kar nam otežuje dostop in podaljšuje odzivni čas.



Slika 2: Organogram Službe nujne medicinske pomoči v JZ ZD Ptuj.

ORGANIZACIJA

Kadrovska zasedba:

V Službi nujne medicinske pomoči je skupaj redno zaposlenih 28 delavcev, in sicer :

Prehospitalna enota (PHE):

- 1 stalni zdravnik- predstojnik službe - dopoldan,

- 1 diplomirana medicinska sestra (odgovorna medicinska sestra službe NMP),
- 1 medicinska sestra,
- 4 zdravstveni tehniki.

V delo PHE se vključujejo zdravniki Javnega zavoda Zdravstveni dom Ptuj, zdravniki zasebniki ter zdravniki iz drugih zavodov (Bolnišnica Ptuj, ZD Maribor).

Enota nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov (NRP):

- 1 zdravstveni tehnik - odgovoren za Enoto nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov,
- 12 zdravstvenih tehnikov (vozniki, spremljevalci),
- 1 zdravstveni tehnik - dispečer,
- 1 dispečer,
- 6 voznikov reševalnih vozil.

Dežurna služba vključuje:

- 27 zdravnikov,
- 11 zdravstvenih tehnikov,
- 1 višja medicinska sestra.

Dežurna pediatrična ambulanta:

- 10 zdravnikov,
- 10 zdravstvenih tehnikov,
- 2 višji medicinski sestri in
- 1 diplomirana medicinska sestra.

Prehospitalna enota (PHE)

Deluje od ponedeljka do petka med 06.00 in 20.00, v nočnem času, ob sobotah, nedeljah in praznikih se v ekipo PHE vključuje zdravnik, ki dela v dežurni ambulanti.

- a) sestava ekipe dopoldan od 06.00 do 14.00:
- 1 zdravnik (dela v ambulanti + izhod na teren),
 - 1 dipl.m.s (dela v ambulanti + po potrebi izhod na teren),
 - 1 zdravstveni tehnik - spremljevalec (dela v amb. + izhod na teren).

- b) sestava ekipe popoldan od 14.00 do 20.00:
- 1 zdravnik za izhod na teren,
 - 1 zdravstveni tehnik (dela v ambulanti),
 - 1 zdravstveni tehnik - spremljevalec (dela v amb. + izhod na teren).

Enota nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov (NRP)

Sestava ekip: 24 ur 365 dni v letu:

- 1 zdravstveni tehnik voznik reševalnega vozila »A«,
- 1 zdravstveni tehnik voznik reševalnega vozila »B« ali voznik reševalnega vozila »B«,
- 1 zdravstveni tehnik spremljevalec za vozilo »B« v dopoldanskem in vozilo »A« v popoldanskem času,
- 1 dispečer od 07.00 do 19.00 ure,
- vozniki sanitetnih prevozov - po razporedu.

Narava službe je taka, da se je izkazalo dvo-izmensko delo kot najbolj primerno. Zdravstveni tehniki v celotni službi pokrivajo dnevno izmeno od 06.00 do 18.00 ure, nato jih zamenja nočna izmena, ki pokriva službo naslednjih dvanajst ur.

Ob izhodu ekipe na teren pon.-pet.:

Dopoldan:

Ekipa »A«: zdravnik, ZT spremljevalec iz amb. in ZT voznik iz NRP.

Ekipa »B«: voznik reševalnega vozila, ZT spremljevalec, oba iz NRP.

Ob izhodu obeh ekip na teren ostane v ambulanti za nujno medicinsko pomoč medicinska sestra, ki v primeru sočasne intervencije v ambulanti in na terenu, pokliče zdravnika iz splošnih ambulant.

Popoldan:

Ekipa »A«: zdravnik, ZT spremljevalec iz NRP in ZT voznik reševalnega vozila iz NRP.

Ekipa »B«: voznik reševalnega vozila iz NRP, ZT- spremljevalec iz amb. (izjemoma).

Ob izhodu obeh ekip na teren ostane v ambulanti zdravstveni tehnik in zdravnik za neprekinjeno zdravstveno varstvo.

Dežurna služba

Delavnik od 20.00 do 06.00.

Sestava ekipe - ambulanta:

1 zdravnik in 1 ZT.

Ob izhodu ekipe na teren:

Ekipa »A«: zdravnik in ZT voznik reševalnega vozila.

Ekipa »B«: voznik reševalnega vozila.

ZT spremljevalec je za obe ekipi.

Ob izhodu obeh ekip na teren, ostane v ambulanti le ZT. Drugi zdravnik je doma v pripravljenosti med 20.00 in 24.00.

Ob sobotah, nedeljah in praznikih dela od 08.00 do 20.00 še 1 ZT v dežurni ambulanti in od 09.00 do 21.00 še dežurna pediatrična ambulanta.

DISPEČERSTVO

H kvaliteti dela prispeva dispečerska služba pomemben del. Povezani smo s Centrom za obveščanje, ki nam posreduje nujne klice. Dispečer upravlja z naslednjimi telefonskimi in radijskimi zvezami:

- ☎ telefonska linija 112,
- ☎ telefonska linija za JZ ZD Ptuj, za naročanje hišnih obiskov,
- ☎ telefonska linija za naročanje sanitetnih prevozov,
- ☎ mobilni telefoni v reanimobilu in nujnem reševalnem vozilu,
- ☎ UKV zveza.

Zaradi pogostih netočnih informacij in z namenom, da skrajšamo odzivni čas ter dvignemo kvaliteto sprejema nujnega klica, smo uredili linijo 112 s prenosno slušalko, tako da zdravnik v ambulanti za nujno medicinsko pomoč ali dežurni zdravnik (ki je lahko kasneje tudi izvajalec nujne intervencije) istočasno, prav tako kot dispečer sprejema nujni klic. Zdravnik odloča o posredovanju in zasedbi ustrezne ekipe. Dispečer je dolžan zdravnika obvestiti o vseh izvozih reševalnih vozil.

Zaradi boljše kvalitete in krajšega prihoda do mesta nujnega stanja na terenu, smo kupili tudi računalniško opremo za natančno opredelitev mesta klica.

OPREMA

Prostorska razporeditev v Službi nujne medicinske pomoči

- vpisna soba,
- ordinacija,
- prevezovalnica 1,
- prevezovalnica 2 - soba za opazovanje,
- skupni prostor - sestrski prostor,
- soba dežurnega zdravnika,
- čakalnica.
- dispečerska soba in
- soba za reševalce (slika 3).



Slika 3: Čakalnica pred ambulanto nujne medicinske pomoči.

Medicinska oprema ambulante (PHE) in reanimobila

a) Ambulanta

- defibrilator,
- polavtomatski defibrilator,
- EKG aparat,
- jeklenke s kisikom,

- prenosna jeklenka s kisikom,
- prenosni aspirator,
- reanimacijski voziček v obeh prevezovalnicah,
- pulzni oksimeter...

Od oktobra leta 2000 imamo še en prostor z dvema ležiščema, ki nam omogočata opazovanje bolnikov, katerih zdravstveno stanje ne zahteva bolnišničnega zdravljenja, hkrati pa delo poteka nemoteno.



Slika 4: Prostor za opazovanje bolnikov.

b) Reanimobil - vozilo za urgentna stanja (ekipa zdravnik, ZT in ZT voznik) - »A«:

- monitor / defibrilator LP 12,
- prenosni aspirator,
- pulzni oksimeter,
- prenosni ventilator,
- kapnometer,
- reanimacijski kovček,
- perfuzor,
- zajemalna nosila,
- komplet ekstremitetnih vakuumskih opornic,

- vratne opornice,
- vakuumska blazina,
- deska za imobilizacijo otrok Pedi-Pac,
- steznik za imobilizacijo hrbtenice pri sedečem poškodovancu K.E.D.,
- prenosna jeklenka s kisikom,
- jeklenke s kisikom,
- GSM aparat, UKV radijska zveza...



Slika 5: Vhod v Službo nujne medicinske pomoči.

c) Nujno reševalno vozilo - »B«:

- defibrilator,
- reanimacijski kovček,
- jeklenke s kisikom,
- prenosni aspirator,
- zajemalna nosila,
- komplet ekstremitetnih vakuumskih opornic,
- vratne opornice,
- vakuumska blazina,
- steznik za imobilizacijo hrbtenice pri sedečem poškodovancu K.E.D.,
- GSM aparat, UKV radijska zveza...



Slika 6: Del opreme v reanimobilu.

IZOBRAŽEVANJE

V Službi za nujno medicinsko pomoč, se redno udeležujemo seminarjev s področja urgentne medicine in zdravstvene nege urgentnega bolnika. Skoraj vsakodnevno izvajamo praktične vaje iz TPO in DPO za zdravnike in zdravstvene tehnike. Za izvajanje vaj smo kupili dve lutki za vadbo (odraslega in otroka), ki nam omogočata tudi vaje iz intubacije in defibrilacije.

SODELOVANJE Z DRUGIMI SLUŽBAMI

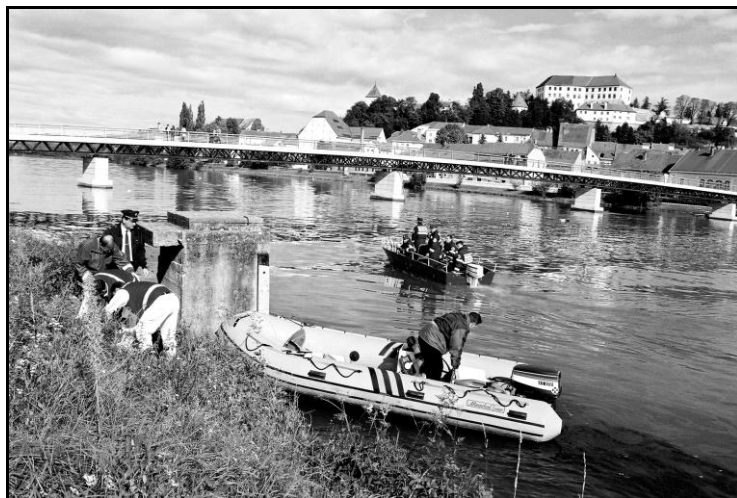
S centrom za obveščanje smo se dogovorili, da istočasno, ko obvesti o prometni nesreči PHE, obvesti tudi gasilce, razen v primerih, ko gre za poškodovanega pešca, kolesarja ali mopedista.

S PGD Ptuj smo v letu 2002 izvedli skupni trening s simulacijo prometne nesreče, s tehniko reševanja v prometni nesreči oziroma ukrepanja PHE ekipe na mestu dogodka (slika 7). Na vaji smo prvič sodelovali že leta 2000.



Slika 7: Skupna vaja z gasilci PGD Ptuj (foto M. Goznik).

V letu 2002, smo s Potapljaškim društvom Ptuj - Podvodno reševalno službo Slovenije - Reševalno postajo Ptuj za Podravje, prikazali praktični prikaz reševanja na vodi in iz vode.



Slika 8: Reševanje utopljenca iz reke Drave (foto M. Ozmec).

DOKUMENTIRANJE

Dokumentiranje je pomemben člen v organizaciji službe. Je pomemben kazalec kakovosti in služi analizi dela.

V Službi za nujno medicinsko pomoč izpolnjujemo predpisano dokumentacijo:

- Protokol sprejem nujnega klica,
- Protokol nujne intervencije in
- Protokol predbolnišničnega oživljanja.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki v ambulanti za nujno medicinsko pomoč in zdravstveni tehniki v Enoti nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov, ob prihodu dnevne in nočne ekipe opravimo pregled opreme v vozilu in predajo vozila, ter pregled opreme in predajo v ambulanti, kar se opravi v pisni obliki.

ZAKLJUČEK

Iz navedenega je razvidno, da se po svojih močeh trudimo, da bi ta dejavnost vsakodnevno pridobivala na kvaliteti in imela večjo učinkovitost. V bodoče si bomo prizadevali za še intenzivnejše izobraževanje. Naš cilj je izvajati delo v PHE s stalnimi ekipami in zagotoviti kvalitetne storitve bolniku, ki se znajde v kritični situaciji, ne glede na mesto in čas v katerem nas potrebuje. Naša velika želja pa je izgradnja novih prostorov za Enoto nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov, ki ima dolgo pot do cilja, saj se uresničuje že dolgo, dolgo let.

LITERATURA

1. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št.77/96).

ŠOKIRANA NOSEČNICA IN GROZEČE RAZTRGANJE MATERNICE

Veselin Šučur, dr.med.

Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj, Dispanzer za zdravstveno varstvo žena

Raztrganina maternice je pojav pretrganja vseh ali posameznih plasti maternice v času poroda ali redkeje v času nosečnosti, ki se običajno konča s smrtjo ploda in ima za posledico izrazito visoko umrljivost mater.

Običajno nastajajo na mestu brazgotine po prejšnjem operativnem posegu (telo maternice) ali v spodnjem materinem segmentu, kadar na maternici ni brazgotin.

VZROKI ZA RAZTRGANJE MATERNICE

1. Zaradi nepremagljive porodne ovire (obstruiran porod) in sicer:

- zaradi nesorazmerja med vodilnim plodovim delom in malo medenico npr. pri hidrocefalusu (vodena glava), velik plod, ozka medenica, nepravilna vstava in lega ploda (pri zanemarjeni prečni legi ploda in podobno);
- zaradi prisotnih tumorjev v mali medenici, ki onemogočajo pravilen porod (tumorji maternice - miomi, ali tumorji jajčnikov).
- zaradi sprememb na materničnem vratu (stanja po operacijah - konizacijah ali nezrel maternični vrat).

2. Zaradi slabe kakovosti tkiva maternice:

- stanja po klasičnih operativnih korekturah materničnih nepravilnosti (plastica). Sem ne sodijo novejša histeroskopske tehnike,
- stanja po carskem rezu,
- stanja po večkratnih ali grobih abrazijah (brazgotine),
- stanja po priraščenih posteljicah v prejšnjih nosečnostih (placenta accreta).

3. Zaradi ostalih vzrokov (violenta ruptura):

- posegi znotraj maternice (notranji obrat ploda, kleščni porod in podobno),
- ročno luščenje zaostale posteljice v maternici,
- premočni popadki (nepravilno doziranje Syntocinona ali prostaglandinov),
- močno »fundusiranje« maternice v času rojevanja,
- travmatske poškodbe trebuha v nosečnosti,
- umetne prekinitve nosečnosti, abrazije, grobi vaginalni ginekološki pregled in podobno.

Pred pravim raztrganjem maternice se običajno pojavijo določena znamenja. Govorimo o znakih **grozečega raztrganja maternice**:

- močni, krčeviti in zelo boleči popadki (tetanus uteri),
- pojav mejnega obroča med skrčevalnim in razteznim delom maternice od simfize proti popku (Bandlova brazda). Pazi: ne zamenjati s polnim sečnim mehurjem!,
- raztezni del maternice je zelo občutljiv na dotik (napete okrogle maternične vezi),
- plod se nejasno tiplje, prisotni znaki fetalnega distressa,
- pri vaginalni preiskavi: maternično ustje oteklo (edematozno) in prisotna velika porodna oteklina na glavici otroka.
- porodnica je zelo nemirna, prisotna tahikardija, strah, omotica, žeja.

Ko **raztrganje že nastopi** se pojavijo naslednji znaki:

- nastane nenadna huda bolečina (»kot vbod z nožem«) ob samem raztrganju,
- močni popadki naenkrat prenehajo (»porodnici je boljše«),
- nosečnica je lahko mirna, letargična, blede s potno in hladno kožo,
- pulz je komaj tipen,
- plod v trebuhu se jasno tipa, je zelo premakljiv, utripi ploda se več ne slišijo,
- nastopi večja ali manjša zunanja krvavitve,
- razvijejo se znaki šoka zaradi krvavitve.

Raztrganje maternice lahko nastane v nosečnosti nenadoma ali na samem začetku poroda po nekaj popadkih, brez značilne simptomatike, katera nakazuje možno dramatično klinično sliko (**tiha ruptura**) na mestu prejšnje brazgotine (po operacijah na maternici ali carskem rezu). Ko se razvije popolna klinična slika (kolaps, krvavitev, šok) se v operacijski sobi pri odprtem trebuhu retrogradno postavi pravilna diagnoza.

UKREPI

Na terenu je potrebno **nosečnici s grozečim raztrganjem maternice** narediti naslednje:

- pomiriti jo, zahtevati materinsko knjižico z vsemi izvidi, ki jih ima pri sebi,
- izmeriti krvni pritisk,
- izmeriti pulz,
- nastaviti venski kanal,
- infuzija 500 - 1000 ml Ringer laktata (v 30 minutah),
- močan analgetik: petidin 50 - 100 mg i.v. (Dolantin ½ ali 1 amp. i.v.) ali tramadol 100 mg. i.v. (Tramal, Tadol 1 amp.),
- paziti na znake šoka. Ta lahko nastane tudi zaradi močne bolečine (nevrogeni vzrok šoka), zato je potrebno dati analgetik (v tej fazi so vratne vene še dobro polnjene),
- **NUJNI PREVOZ NA PORODNIŠKI ODDELEK** (po možnosti najaviti prihod, da se pripravi ekipa za nujni operativni poseg).

Če je **že prišlo do raztrganja maternice** je potrebno:

- nastaviti venski kanal,
- infuzija HAES 6% 500 - 1000ml ali 1000 - 2000 ml Ringer laktata (hitro v 15 minutah),
- dovajati 100 % kisik prek OHIO maske,
- izmeriti krvni pritisk, pulz,
- nadzorovati življenjske funkcije,
- z analgetiki ravnamo zelo previdno in v majhnih dozah, ker lahko dodatno znižajo krvni tlak. V ospredju ni več bolečina, ampak razvijajoči se šok, zaradi izgube krvi (vratne vene so slabo polnjene),

- **NUJNI PREVOZ NA PORODNIŠKI ODDELEK** (najaviti prihod, da se pripravi ekipa za nujni operativni poseg. Od svojcev poskušamo dobiti materinsko knjižico z vsemi izvidi).

TERAPIJA

V **bolnišnici** je terapija kirurška in jo opravimo kljub temu, da je porodnica v šoku, dobiva transfuzijo. Kaj bomo naredili je odvisno od stanja, ki ga najdemo pri operaciji. Možno je, da zašijemo raztrganino ali da odstranimo maternico. Če se krvavitev še ne ustavi, moramo ligirati eno ali obe interni iliakalni arteriji. Smrtnost porodnic je visoka zaradi razvoja DIK-a. Smrtnost novorojencev je izrazito visoka (95%).

LITERATURA

1. Chamberlain, Geoffrey. Obstetrics by ten teachers. Arnold London (etc) 1996; 16th-ed.
2. Dražančić A. Porodništvo. Školska knjiga Zagreb 1994; str. 252-253.
3. Kavčič S. Nujna stanja: priročnik (4. izdaja) - Ljubljana. Zbirka pravočasno in pravilno. Letnik 2000.
4. Lavrič V. Porodništvo in ginekologija. Ljubljana, 1966.
5. Pajntar M, Novak-Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Cankarjeva založba - Ljubljana 1994; 233-234.
6. Pschyrembel W. Praktische geburtshilfe mit geburtshiflichen Operationen.
7. Šimić S. Urgentna stanja u ginekologiji i opstetriciji. 2. dop.izd. Svjetlost - Sarajevo, 1985.
8. Williams, Whitridge J. Williams obstetrics, 21st-ed. New-York etc. Mc Graw - Hill, cap - 2001.

Zahvaljujem se ekipi Dispanzerja za zdravstveno varstvo žena JZ ZD Ptuj za pomoč pri pripravi članka.

GINEKOLOŠKA KRVAVITEV IN IZVENMATERIČNA NOSEČNOST TER SPONTAN SPLAV

prim.asist.mag. Vladimir Jolić, dr.med.
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča, Ptuj

Ko govorimo o krvavitvah v ginekologiji ne mislimo na normalne menstruacije. Ločimo zunanje krvavitve (skozi nožnico) od notranjih (v trebuh, ob maternici ali v maternico), nekatere so lahko kombinirane. Hujšo ginekološko krvavitev spremlja:

- bledica kože in vidljivih sluznic,
- koža je mrzla in potna,
- vratne vene so slabo polnjene,
- bolečina (enakomerna ali boleči krči),
- sistolni krvni tlak je pod 90 mm Hg. (meritev RR leže ni dovolj objektivna!!!),
- tahipneja (pospešeno dihanje - 25x /min),
- hiter, slabo polnjen pulz (ne tipa se ga dobro),
- motena zavest - počasno odgovarja, zaspana je, odsotna.

OPOZORILO: MLADE OSEBE DOBRO PRENAŠAJO (KOMPENZIRAJO) IZGUBO VEČJE KOLIČINE KRVI. PULS IN TLAK SO, KLJUB VELIKI IZGUBI KRVI (CELO NAD 1 L), LEŽE RELATIVNO DOLGO V REDU. TAKŠNI SO DOKLER JIH NE PREMİKAMO, ALI DVIKUJEMO. ČE SE TO NAREDI, PRIDE LAHKO DO HITREGA IN ZELO HUDEGA PADCA TLAKA, CELO DO SMRTI ZARADI ZASTOJA SRCA (FIBRILACIJA). OB SUMU NA HUDO KRVAVITEV BOLNIKA NAJ LEŽI RAVNO, GLAVA BLAGO NAVZDOL, NOGE PA NAVZGOR!!!

Če gre za zunanjo krvavitev, bolnici prekrižamo noge, med noge pa ji damo vložek (pomembno za oceno količine izgubljene krvi), pomirimo jo, damo ji sredstva proti bolečinam. Obvezen je i.v. kanal in infuzija.

Med prevozom kontroliramo vitalne funkcije (RR, pulz, dihanje), bolnico dobro pokrijemo in ji damo čisti kisik na nazalno masko.

Posamezna urgentna stanja, povzročena z nenormalno krvavitvijo iz spolnih organov ženske, se pogosteje javljajo v določenem življenjskem obdobju.

KRVAVITVE V OTROŠTVU IN PUBERTETI

- **Poškodbe zunanjega spolovila;** večinoma gre za poškodbo spolovila med igro (padec na spolovilo - na kolo, neko ograjo in podobno). Pojavi se hematoma in manjša krvavitev, le nekatere poškodbe pa so lahko zelo globoke in segajo v nožnico, spodnji del trebuha, črevo, kosti male medenice.
- **Močne menstruacije pri mladih dekletih;** kri je večinoma strjena, "kepe" krvi so velike, deklica je večinoma slabotna, bleda, ker je anemična že od prej, ni pa šokirana.
- **Defloracija;** krvavitev iz raztrganega himena, presredka ali nožnice. Krvavitev le izjemoma ogroža življenje. Ustavlja se sama, včasih s šivanjem raztrganega tkiva.
- **Tujek v nožnici;** slaba krvavitev, prisotna je bolečina in gnojen izcedek. To stanje ni nujno, ker ne ogroža življenje.

NUJNA STANJA V OTROŠTVU, KATERA NE SPREMLJA KRVAVITEV

Vzrok je lahko torzija (zavihanje) adneksalnih, cističnih ali solidnih tumorjev ter ruptura ovarijalnih cist ali gnojnih tumorjev. Prisotni so znaki draženja peritoneja:

- bolečina, ki se naglo pojavi in stopnjuje,
- slabost - »sili pacientko na bruhanje«,
- bledica kože,
- mrzla pot,
- trebuh je občutljiv, včasih zelo trd - napet (»defence«).

URGENTNE GINEKOLOŠKE KRVAVITVE V FERTILNEM OBDOBJU - KRVAVITVE VEZANE NA RANO NOSEČNOST

Nosečnost je lahko normalna (poteka v maternici, plod je eden, lega je glavična, posteljica ni predležea) ali patološka. Patološka nosečnost je maternična ali izven maternična.

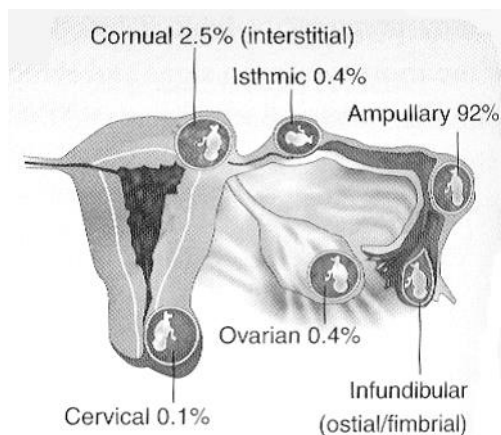
Patološko maternično nosečnost pogosto spremlja krvavitev. Če gre za rano nosečnost (prva polovica nosečnosti), so urgentna stanja:

Splav; Krvavitev je vedno prisotna, vendar je lahko povsem blaga (govorimo o grozečem splavu, kateri sodi v bolnico, prevoz ni nujen) ali močna. O močni krvavitvi, ki jo spremljajo krči maternice govorimo kot o spontanem splavu, ali splavu, ki ta čas poteka. Od pomoči je, če ženska z roko potegne in odstrani tkivo, ki moli iz nožnice, ker se krvavitev iz spraznjene maternice zmanjša, a bolečina poneha. Pacientka sodi v bolnico, ker se maternica mora popolnoma sprazniti. Med transportom naj bo založena z ustrezno velikim vložkom. Čeprav marsikatera izgleda precej slabo, te ženske večinoma niso šokirane.

Molla hydatidosa; tudi to je splav do katerega prihaja zaradi degeneracije posteljice. Ploda ni, maternica je večja kot bi to ustrezalo mesecu nosečnosti od začetka zadnjega rednega perila. Ženska bruha, bleda je, ima bolečine v trebuhu zaradi povečanih jajčnikov. Krvavitev je dokaj močna. Če traja dlje časa, lahko pride do precejšnje izgube krvi navzven.

EKTOPIČNA NOSEČNOST

To je vsaka nosečnost pri kateri je plod in posteljica zunaj »pravega mesta«, kar pomeni, da niso v prostornini materničnega telesa. Govorimo o izven maternični in intrauterini ektopični nosečnosti. Zelo hudi so redki primeri maternične ektopične nosečnosti, ko plod vraste v maternični kot (»kornualna« nosečnost), ali vrat maternice (»cervikalna« nosečnost). Na sliki št. 1 sta prikazana možnost in pogostost nastanka ektopične nosečnosti.

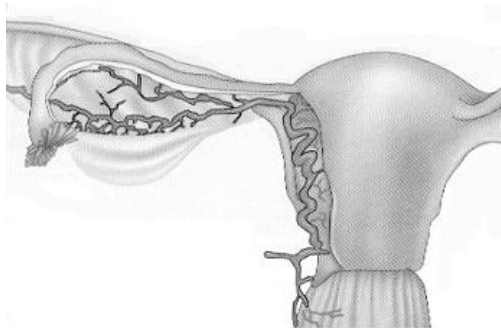


Slika 1: Možne lokalizacije in pogostost ektopične vsaditve zarodka.

Velika večina žensk pové, da jim je izostalo perilo, da so prsi napete in da krvavijo iz nožnice.

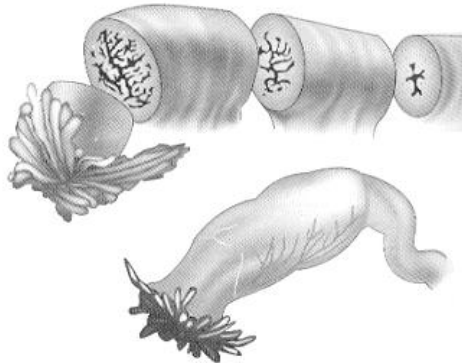
IZVENMATERNIČNA NOSEČNOST je nosečnost v jajcevodu, na površini jajčnika, izjemoma na notranji strani stene male medenice, črevesju ali pečici (omentum). Plod se razvija do mere, ki jo določa prostor in prekrvavljenost tkiva v/na katerem raste.

Na sliki št. 2 je prikazana prekrvavljenost maternice in jajcevoda. Moramo se zavedati, da v nosečnosti lumen žil in pretok krvi skozi njih narašča.



Slika 2: Prekrvavljenost jajcevoda in maternice.

Na sliki št. 3 je prikazan jajcevod. Vidi se, da je del v bližini maternice ozek, stena je debela. V srednjem delu je lumen »srednje« širok in je stena jajcevoda »srednje« debela. V distalnem delu je jajcevod razširjen, stena je tanka.



Slika 3: Širina lumna in debelost stene jajcevoda.

- V **zoženem delu jajcevoda**, kateri je v bližini maternice, plod nima prostora ter hitro (po 4 – 5 tednov) pride do pokanja stene jajcevoda in zelo hude krvavitve, ki ogroža življenje ter zahteva hiter prevoz in infuzijo med prevozom. Bolnica lahko pové, da jo je naenkrat nekaj "zaštihalo" v spodnjem delu trebuha, levo ali desno in da jo zdaj boli rama. Bolečina je potem popustila. Nekatere znajo povedati, da so čutile nekaj topllega v trebuhu. Izostanek perila je kratek (komaj par dni, ali nič) krvavitev iz nožnice je zmerna, ali je prisotna močna krvavitev v trebušno votlino. Bolnica je počasna, blede, tlak je nizek, prisotne so bolečine spontano in na dotik.
- V **razširjenem delu jajcevoda (ampula)** se plod razvija 6, 7 in več tednov. Prisotna je ves čas krvavitev iz nožnice (malenkost goste, črne krvi - kot ter) in v trebuh. V trebuhu se redko najde več kot 50 do 250 ml krvi in koagulov. Prizadeti del jajcevoda je povečan in težak zaradi nakopičenih koagulov ter leži za maternico. Stanje ni tako akutno, da bi ogrožalo življenje, razen če jajcevod počí.

- Nosečnost na **črevesju ali pečici** lahko traja še dlje časa. Posteljica postaja velika kot dlan in čvrsto vraščena v ta tkiva, ker išče hrano za plod. Opisani so redki primeri, da se plod razvije do časa, ko je postal sposoben za življenje. Iz trebuha se ga dobi operativno. Posteljica, ki je močno vraščena, pa je hud problem. Poskus njenega ločevanja spremlja zelo močna krvavitev. Tovrstne ektopične nosečnosti se zdravijo na poseben način ravno zaradi problemov, ki jih povzroča vraščena posteljica.

INTRAMATERNIČNA EKTOPIČNA NOSEČNOST

Gre za nosečnost v materničnem vratu in rogu maternice. V obeh primerih je krvavitev močna, vendar, če je nosečnost **v vratu maternice** bolnica hudo krvavi iz nožnice in ima krče. Večinoma ni tkiva v nožnici, ker je placenta močno vraščena v steno materničnega vratu.

Nosečnost **v rogu maternice** (del jajcevoda, ki je v steni maternice ter povezuje votlino maternice in zunajmaternični del jajcevoda, ki je dolg do 7 - 9 cm) ne traja dolgo (do 2 meseca izostanka perila), vendar poteka zelo dramatično - močna bolečina zaradi pokanja materničnega roga in huda krvavitev v trebuh. Krvavitev navzven ni močna.

URGENTNE GINEKOLOŠKE KRVAVITVE V FERTILNEM OBDOBJU

- KRVAVITVE KATERE NISO VEZANE ZA NOSEČNOST

- **NORMALNA, VENDAR MOČNO BOLEČA MENSTRUACIJA** se pri nekaterih ženskah pojavlja pogosto, pri nekaterih pa občasno. Takrat so te zaskrbljene in iščejo pomoč. Opravičeno je žensko takrat pripeljati v bolnišnico, ker so v tem času precej prizadete.
- **POŠKODBE SPOLOVILA.** Do poškodb zunanjega spolovila ženske lahko pride med spolnim odnosom, predvsem če je ta grob (posilstvo), ali pa v prometu, športu in podobno. Hude krvavitve lahko spremlja poškodba vagine in globljih tkiv. Nekatero poškodbo so obsežne in zahtevajo velike operacije. To so redke poškodbe in bolnice večinoma niso hudo prizadete, vendar sodijo v bolnišnico.

Prisotna je močna bolečina in med prevozom jim je potrebno dati sredstvo proti bolečinam. Mislimo moramo na poškodbe kosti male medenice!!! Danes, na srečo, ni poškodb maternice med opravljanjem kriminalnega splava (zunaj bolnišnice). Te poškodbe spremlja različno močna zunanja krvavitev in dokaj močna krvavitev ob maternici, lahko pa tudi v trebuh. Življenje je močno ogroženo - infuzija in transport!!!

- **Endometritis** - vnetje maternične sluznice. Krvavitev ni močna. Ženska pové, da je imela normalno perilo po katerem se še »vleče« nekakšen krvavkast izcedek. Vročine ni, prisotne so le rahle bolečine v spodnjem delu trebuha. Vprašati jo je potrebno ali ima mogoče spiralo in ali je pred tem imela močan izcedek iz nožnice. Ni indikacije za nujni prevoz.
- **Krvavitev po ginekoloških operacijah.** Ko se govori o operirani ženski v fertilnem obdobju, gre večinoma za krvavitev po konizaciji. Konizacija je manjši poseg, vendar nekaj odstotkov teh bolnic prične krvaveti med 7. in 15. dnevom po operaciji. Vzrokov je več. Krvavitev, ki je od začetka rahla, pa se lahko hitro poslabša in postane huda, včasih zelo huda. Bolnici moramo nastaviti infuzijo in jo čim prej peljati v bolnišnico, ker nikoli ne vemo, kako bo krvavela čez uro ali dve. Tem bolnicam maternico redko odstranjujemo, ker so še mlade. Pri njih lahko pride do krvavitve iz še nezaceljenega slepega konca nožnice. Čeprav krvavitev večinoma ni huda, sodi takšna ženska nemudoma v bolnišnico.

NEKATERA NUJNA GINEKOLOŠKA STANJA ŽENA V FERTILNEM OBDOBJU, KI NISO POVEZANA Z KRVAVITVIJO

Te bolnice so prizadete. Sodijo v bolnišnico, čeprav ne krvavijo.

- **Vnetje Bartholini-jeve žleze.** Žleza je v zunanjem spolovilu. Zaradi vnetja se je izvodni kanal močno razširil (kot marelica) in je poln gnoja. Koža je gladka, sijajna, vrela, na nekaterih mestih beličasto proseva. Bolečina je huda. Ženska ne more ne sedeti, ne hoditi. Lahko ima lahko vročino.

- **Vnetje jajcevoda (pogosteje oba). Lahko se razširi na jajčnik in takrat govorimo o tuboovarijskem abscesu.** Ženska je prizadeta. Lahko je bleda, ker je zastrupljena zaradi vnetja in ima draženje peritoneja. Ne glede na bledico je koža suha in vrela (visoka temperatura). Večina jih ima močne bolečine v spodnjem trebuhu. Nekatere bruhamo ali imajo drisko.
- **Vnetje trebušne ovojnice male medenice.** Govorimo o pelveoperitonitisu, ki se od difuznega peritonitisa loči po vzroku, načinu nastajanja, poteku, prognozi in načinu zdravljenja (operiramo le izjemoma, difuzni peritonitis pa skoraj obvezno). Ženska je febrilna. Trebuh je od popka navzgor mehak. Prizadeta je enako kot bolnice, ki imajo vnetje jajcevodov / jajčnikov.
- **Torzija adneksov** (že opisano),
- **Ruptura ciste** (že opisano).

URGENTNE KRVAVITVE PRED IN V MENOPAVZI

- **Preklimakterične metroragije** so pogoste pri ženskah, ki so starejše od 45 let. Krvavitev traja več dni. Kri je tekoča in v kosih. Ženska je lahko bleda in izguba krvi je lahko precej močna, vendar ni šokirana in njeno življenje ni neposredno ogroženo. Večina jih po nepotrebnem čaka 7, 10 in več dni, potem pa ob polnoči pokliče reševalno vozilo, ker se je »zdaj ustrašila«.
- **Krvavitve zaradi raka materničnega vratu** so možne tudi pri mlajših ženskah, vendar »sodijo« v obdobje po 50. letu starosti. Krvavitve so lahko rahle, po spolnih odnosih (t.im. »kontaktne krvavitve«). Ko razjeda poškoduje močnejšo žilo, pride nenadoma do močne krvavitve. Krvavitve so vedno samo v nožnico.
- **Krvavitve zaradi raka maternice** so podobne preklimakterični metroragiji. Večinoma niso hude in ne ogrožajo življenja ženske.

Vzrok za **KRVAVITVE PRI STAREJŠIH ŽENSKAH** so poškodbe suhe in neelastične nožnice, poškodbe sluznice, ki moli iz sečevoda ter krvavitve zaradi raka zunanjega spolovila, nožnice (redko), materničnega

vratu (tudi bolj redko v starosti) in maternice. Večinoma je to slaba krvavitev, ki ni neposredno življenjsko nevarna.

LITERATURA:

1. Šimić S. Urgentna stanja u ginekologiji i opstetriciji. II dopunsko izdanje. »Svjetlost« OOUR Zavod za udžbenike i nastavna sredstva ed. Sarajevo, 1985: 9-26.
2. Drobjak P, Berić B, Šulović V i sur. Ginekologija, udžbenik za studente medicine. III, preštampano izdanje. Medicinska knjiga Beograd-Zagreb ed., 1985: 24-7, 56-9, 97-8, 136-157, 390.
3. Pschyrembel W. Praktička ginekologija, za studente i lekare. III preštapano izdanje. Medicinska knjiga Beograd - Zagreb ed. 1977: 8, 44, 68-88, 16-206, 232-252, 440-558.
4. Pschyrembel W, Bretscher J, Hofmann D. Praktička opstetricija i opstetričke operacije. 14. izdanje. Medicinska knjiga Beograd - Zagreb ed. 1975: 468-481.
5. Parsons L, Sommers S. Gynecology. 2-end edition. W.B. Saunders company /Philadelphia/London/Toronto/ ed. 1978: 221-250, 367-567, 933-956, 1253-1276, 1470-1570, 1645-1659.
6. Hill CE. Ginekologija. V: Dunphy JE, Way WL. Hirurgija, savremena dijagnostika i liječenje. II izdanje. "Savremena administracija" izdavačko-štamgarsko preduzeće, Beograd ed. 1977: 1101-1137.
7. Kovač S, Pretnar Darovec A, Beljanski Rogan S. Ginekologija in porodništvo. V: Sašo Kavčič: Nujna stanja. Priročnik, 4. izdaja. Združenje za splošno / družinsko medicino Slovenskega zdravniškega društva. Zbirka: Pravočasno in pravilno. Ljubljana, 2000: 101-112.

PREEKLAMPSIJA IN EKLAMPSIJA

asist. Slavenka Beljanski - Rogan, dr.med.
Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

IZVLEČEK

V članku pojasnujem hipotetično patofiziologijo obolenja, klinično sliko sindroma preeklampsije-eklampsije in priporočam navodila za primarno ukrepanje na terenu, če se s preeklamptično-eklamptično nosečnico sreča zdravstveni delavec. To ukrepanje obsega preprečevanje, prekinitvev krčev, preprečevanje hipoksije matere, akutno znižanje visokega krvnega pritiska in čim prejšnji transport primerno oskrbljene nosečnice v porodnišnicov spremstvu izurjenega zdravstvenega tima - sestre, reševalca in zdravnika.

UVOD

Preeklampsija je obolenje nosečnice, ki se klinično manifestno izrazi po 20 tednu nosečnosti in ostaja eden temeljnih vzrokov umrljivosti mater po svetu.

Preeklampsija je sindrom, katerega klinična slika je variabilna glede na dominantno prizadetost posameznega organskega sistema; njene skrajne oblike pa lahko povzroči smrt matere zaradi: možganske krvavitve, akutne ledvične odpovedi, raztrganje hematoma jeter, pljučnega edema, edema zgornje dihalne poti, aspiracijske pljučnice ali kombinacije naštetih dejavnikov.

Kljub vsem novim spoznanjem o etiopatogenezi in patofiziologiji ter raziskavam o možnosti za zgodnjo detekcijo obolenja ter poskusom preprečevanja le-tega, so možnosti za preventivno ukrepanje danes še omejene. Pri enem odstotku bolnic s preeklampsijo se razvije eden najresnejših zapletov nosečnosti z eklamptičnimi krči - eklampsija.

PREEKLAMPSIJA

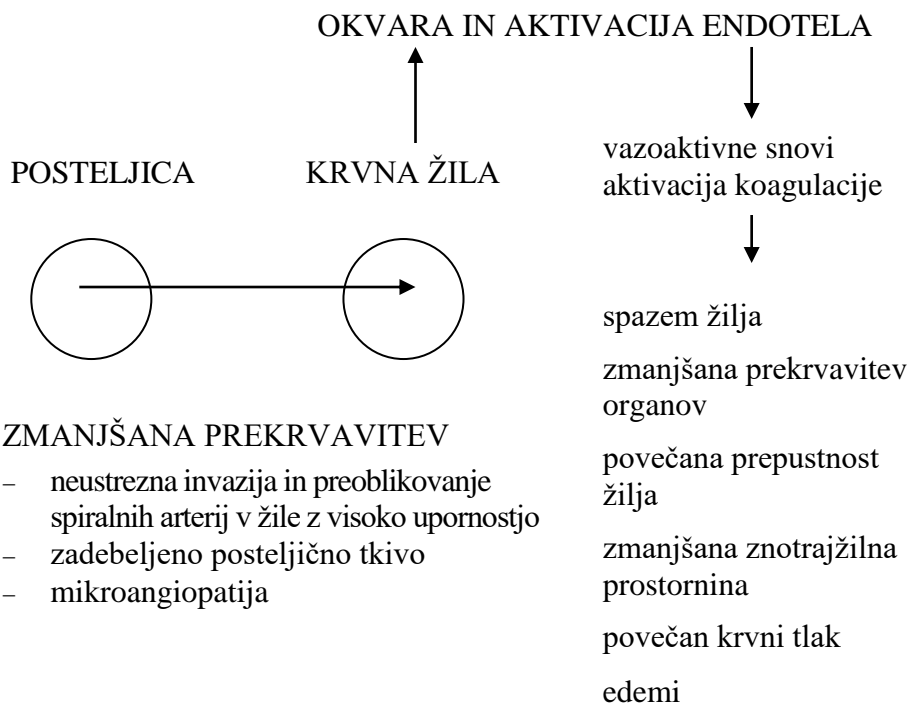
Definicija: stara, nova

- a) klasični sindrom: hipertenzija, proteinurija, edemi po 20 tednu nosečnosti;
- b) novejši koncept: multiorgansko obolenje z endotelno funkcijsko motnjo kot etiološkim in patogenetskim substratom, ki se klinično izraža z nezadostno prekrvitvijo organov-z nekrozami in krvavitvami vsled sproščanja vazoaktivnih snovi in povečane občutljivosti na njih ter aktivirano koagulacijsko kaskado.

Prizadeti organski sistemi so: obtočila, srce, ledvica, posteljica, jetra, možgani, pljuča, sistem strjevanja krvi in fibrinoliza.

Hipotetična patofiziologija preeklampsije

Shema 1



Spazem žilja in zmanjšana prekrvitev organov ter povečana prepustnost žilja se izražajo na organskih sistemih:

a) *Obtočilih in srcu:*

Hipertenzija, povečansistemski žilni upor, poškodba endotela, s tem povezana povečana prepustnost žilja, zmanjšana znotrajžilna prostornina, znižan onkotski tlak; povečan srčni Indeks z normalno ali hiperdinamično funkcijo levega prekata.

b) *Ledvicah:*

Zmanjšan pretok skozi ledvica, oligurija, proteinurija, glomerularna endotelioza, ki privede do zmanjšanja glomerularne filtracije, zmanjšan očistek kreatinina in urične kisline.

c) *Posteljici:*

Zmanjšan maternično posteljnični krvni pretok, odlučenje posteljice, zastoj plodove rasti, hipoksija ploda.

d) *Jetrih:*

HELLP sindrom.

e) *Sistemu strjevanja krvi:*

Hemoliza, trombocitopenija, kvalitativna funkcijska motnja krvne ploščice, redkeje znižana raven fibrinogena in podaljšana vrednost PTT in PT.

f) *Na pljučih:*

Pljučni edem.

g) *Možganih:*

Hipertenzivna encefalopatija, možganski edem, eklampsija.

KLINIČNA SLIKA SINDROMA PREEKLAMPSIJE - EKLAMPSIJE

| | BLAGA OBLIKA | HUDA OBLIKA | EKLAMPSIJA |
|--|---|----------------------|--|
| KRVNI TLAK | >140/90 mm Hg ali zvišanje diastolnega za 15 mm Hg ali sistolnega za 30 mm Hg | >160/110 mm Hg | najmanj tisti, ki ustreza kriterijem za blago obliko |
| PROTEINURIJA | 1-2 + ali >300 mg v 24 h urinu | 3-4 + ali >5g/24 ur | najmanj tista kot pri blagi obliki |
| EDEM OBRAZA, OKONČIN | lahko izražen ali ne | lahko izražen ali ne | lahko izražen ali ne |
| KRČI | / | / | DA |
| GLAVOBOL, MOTNJE VIDA, EPIGASTRIČNA BOLEČINA | / | lahko | lahko |
| ZNAKI DIK-a | / | lahko | lahko |
| HEMOKONCENTRACIJA | blaga | znatna | znatna |
| OLIGURIJA, PLJUČNI EDEM | / | lahko | lahko |

Opomba:

pri 20% eklampsij:

- diastolni tlak < 90 mmHg,
- ni proteinurije,
- ni glavobola,
- ni hiperrefleksije.

EKLAMPSIJA

Pojav krčev grandmal tipa pri nosečnici po 20 tednu nosečnosti pri kateri so klinični znaki blage ali hude preeklampsije ponavadi izraženi, ne pa vselej.

Približno 25% eklamptičnih napadov se zgodi pred porodom, 50% med porodom in 25% običajno v 24 - 48 urah po porodu. Težko je oceniti, pri kateri nosečnici se bo eklampsija razvila.

Eklamptični napad ima 4 stopnje:

- auro ali vsaj vznemirjenost in hiperefleksijo - po nekaterih avtorjih;
- krik - zaradi spazma dihalnih mišic in mišic grla;
- tonično fazo - med le-to nosečnica izgubi zavest, izrazi se generaliziran spazem mišic in cianoza (plod kaže znake hipoksije);
- klonična faza - nosečnico stresejo krči, lahko se ugrizne v jezik, lahko bruha in aspirira želodčno vsebino.

Pri eklamptičnem statusu, kjer si napadi tonično kloničnih krčev sledijo v hitrem zaporedju, ostaja nosečnica med posameznimi napadi globoko nezavestna. Ogroža jo hipoksija, aspiracija želodčne vsebine, možganska krvavitev zaradi znatnega dviga krvnega tlaka med napadi. Grozi ji odlusčenje posteljice, razvoj diseminirane intravaskularne koagulacije, tubularne narkoze.

Etiologija krčev ni pojasnjena, patološke preiskave pa kažejo, da gre za številne majhne krvavitve, tromboze kapilar in majhne infarkte v možganih.

Zdravljenje preeklampsije je domena porodničarjev, ki se ukvarjajo s patologijo nosečnosti in anesteziologov in je usmerjeno v preprečevanje vazospazmov, povečanje pretoka skozi materinco, posteljico, ledvici, preprečevanju krčev, zdravljenja zapletov in nadzorovanje stanja ploda. Kadar pa se splošni zdravnik, zdravstveni tehnik, reševalec sreča z nosečnico, pri kateri ugotovi:

- hipertenzijo, ki se stopnjuje,
- naraščajoče edeme obraza in okončin,
- hiperrefleksijo,
- proteinurijo,
- oligurijo,
- glavobol,
- motnje vida,
- epigastrično bolečino,
- bruhanje,

pomeni, da gre za URGENTNO STANJE stopnjujoče se preeklampsije - grozeče eklampsije, ko je potrebno:

- preprečiti krče,
- znižati krvni tlak,
- pospešiti diurezo,
- omogočiti čimprejšen porod - čimprejšnji transport primerno oskrbljene nosečnice v porodnišnico.

Zavedati se moramo, da je velikokrat pomemben pogoj pri zdravljenju preeklampsije – eklampsije porod.

UKREPANJE

1. Intravenska pot in hidracija - infuzija kristaloidov,

2. Urinski kateter - merjenje diureze,

3. Preprečevanje krčev:

MAGNEZIJEV SULFAT

4 g i.v. bolus počasi v 20 minutah

sledi infuzija 1 - 2 g/h

Magnezijev sulfat je varen za mater in za plod. Je sredstvo izbora za preprečevanje eklamptičnih krčev, deluje sedativno, sprošča skeletne mišice, blago razširja arterije in vene, a materično posteljčni pretok in plodov pa nista prizadeta. Izloča se skozi ledvice, razpolovna doba je ob normalnem delovanju ledvic 4 ure.

Normalna raven magnezija v plazmi je 1,2 - 2 mEq/l, terapijska raven od 4 - 6 mEq/l, prenehanje dihanja pri 12 mEq/l. Prehaja skozi posteljico in ima enake učinke pri plodu.

Ob rabi magnezijevega sulfata moramo opazovati diurezo, reflekse in dihanje ter vedeti, da je njegov antidot kalcij, ki ga uporabimo ob znakih toksičnosti (Ca glukonat ali drugi Ca pripravki - Calcihept).

4. Prekinitev krčev:

Če pa se je pri nosečnosti že razvila eklampsija (prvi napad krčev) je prvi ukrep:

- **VZDRŽEVANJE PROSTE DIHALNE POTI** za preprečitev hipoksije matere in ploda. Vendar nikakor ne z medzobnimi tamponi, žrelnimi tubusi (airway-i)! Nosečnico položimo na levi bok, dobiva naj kisik preko maske, skrbno jo opazujemo, da ne bi spregledali zapore zgornje dihalne poti.
- Za prekinitev eklamptičnega napada lahko uporabimo majhen odmerek **THIOPENTALA** (Nesdonal) 50 - 100 mg, katerega učinek hitro izzveni, da je možna ocena nevrološkega statusa, za razliko od diazepama, katerega delovanje je bistveno daljše in je po rabi le-tega nevrološka ocena netočna. Kljub temu nekateri angleški anesteziologi in porodničarji za razliko od ameriških še vedno priporočajo uporabo diazepama, celo v visokih odmerkih. Za **preprečevanje** nadaljnjih krčev pa uporabimo magnezijev sulfat po shemi.
- Če je nosečnica nezavestna in ne more vzdržati proste dihalne poti, ko ji grozita regurgitacija in aspiracija želodčne vsebine ali če se krči ponavljajo, jo **INTUBIRAMO** in **VENTILIRAMO** s kisikom.

Hipoksija in acidoza matere zaradi krčev ogroža oba, mater in plod. Tudi plod se bo hitro popravil ob oksigenaciji matere in preprečitvi sindroma aortokavalne zapore. Če se krči kljub rabi magnezijevega sulfata ponavljajo je verjetno substrakt strukturna nevrološka lezija, najverjetneje možganska krvavitev.

5. Akutno znižanje visokega krvnega tlaka.

Zakaj?

Da preprečimo možgansko krvavitev in slabo prekrvavitev posteljice.

Kdaj?

Tlak znižujemo samo, če sta vrednosti:

- diastolnega tlaka > 110 mmHg ali
- sistolnega tlaka > 180 mmHg

Cilj?

Znižanje diastolnega tlaka na vrednost 90-108 mmHg.

Nikakor ne nižje saj bi se ob hipotenziji zmanjšala maternično posteljična prekrvitev (bradikardija ploda). Potreben je neprekinjen monitoring krvnega tlaka.

Kaj uporabimo za znižanje krvnega tlaka?

1. DIHYDRALAZINE, dilatator arteriol

- 5 – 10 mg i.v., bolus;
- titrirana infuzija 25 mg v 250 ml 0,9 % NaCl (ob željenem znižanju krvnega tlaka jo ustavimo).

Ob znižanju krvnega tlaka zasledimo kompenzatorno zvečanje frekvence srca. Zdravilo prehaja v maternično posteljični obtok. Plod je izpostavljen enaki količini zdravila kot mati.

2. NIFEDIPINE, sublingvalno 10 - 20mg

Sočasna raba magnezijevega sulfata in nifedipina lahko povzroči znaten padec vrednosti krvnega tlaka. To dejstvo pravzaprav omejuje sicer enostavno rabo nifedipina.

3. LABETALOL

V angloameriškem svetu in tudi pri nas uporabljamo za zdravljenje hipertenzivnih kriz pri preeklampsiji - eklampsiji ta neselektivni zaviralec beta receptorjev in selektivni zaviralec alfa ena receptorjev.

Začetni i.v. odmerek: 10 mg, lahko mu sledijo večji odmerki - 20, 40, 80 mg.

Neprekinjena infuzija: 1 - 2 mg/min; hitrost prilagajamo do terapevtskega cilja.

Labetalol učinkovito zmanjša velik krvni tlak, nima pa ob prilagojenem odmerjanju neugodnih učinkov na maternično posteljični pretok. Še posebej smiselno ga je uporabiti pri nosečnicah s prekatno tahikardijo v sled povečane koncentracije kateholaminov v krvnem obtoku, pri tistih z ishemijo srčne mišice.

Zaželjeno bi bilo, da bi bila preeklampsija - eklampsija nosečnica tako oskrbljena že pred prihodom v bolnišnico. Na poti v bolnišnico naj bi jo spremljalo zdravstveno osebje, ki naj bi imelo dokumentirane vse dotedanje dogodke in postopke: kdaj eklampsija napad, koliko le-teh,

stanje zavesti, vrednosti krvnega tlaka, po možnosti saturacijo HbO₂, diurezo, dane odmerke zdravil in infuzijskih raztopin ter čas, ko so bili dani, kdaj intubacija, drugi možni zapleti.

Ekipa v bolnišnici v takem primeru le nadaljuje dobro začeto zdravljenje, kar ima vsekakor za posledico tudi boljše rezultate zdravljenja.

LITERATURA

1. Khan S.K., Seizure prophylaxis in hypertensive pregnancies: a framework for making clinical decisions, *British Journal of Obst. & Gynecol.*, October 1997, vol 104, pp. 1173-1179.
2. Linton DM.: Critical care Management of severe preeclampsia. *Intensive Care Med* 1997 23:248-255, Springer Verlag 1997.
3. Redman, CWG & JM. Roberts: Management of preeclampsia, *Lancet* 1993 341: 1451- 54.
4. Roberts, JM. Etal: Preeclampsia: An endothelial cell disorder *Am J.Obstet. Gynecol.* 1989, 161: 1200-4.
5. Sakala EP.: Hypertensive disorders *Obstetrics & Gynecology*, 107-112. Williams & Wilkins 1997.
6. Sibai, BM., Frangieh AY: Managemant of severe preeclampsia *Current Opinion in Obstetrics ang Gynecology* 1996; 110-113.
7. Sibai, BM.: Magnesium sulfate is the ideal anticonvulsant in preeclampsia - eclampsia. *Am J Obstet. Gynecol.* 1990; 162, 1141-5.
8. Sibai, BM.: Hypertension in pregnancy *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1992; 35: 315-436.
9. Knappe KG, Noorily SH. Preeclampsia and eclampsia. In: Bready LL, Mullins RM, Noorily SH, Smith RB eds. *Decision making in anesthesiology - an algorithmic approach.* 3rd ed. St. Louis: Mosby Inc., 2000: 412-5.

10. Kilpatrick SJ. Preeclampsia: The obstetrician's perspective. Book of abstracts: Obstetrical anesthesia: 1998, Obstetrical Anesthesia Meeting, San Francisco, March 19-22, 1998: 38-64.
11. Paruk F, Moodley J. Untoward effects of rapid-acting antihypertensive agents. *Bailliere's Clin Obstetr Gynaecol* 2001; 4: 491-506.
12. Rout CC. Anaesthesia and analgesia for the critically ill parturient. *Bailliere's Clin Obstetr Gynaecol* 2001; 4: 507-22.
13. Pridjian G, Puschett JB. Preeclampsia. Part 1: Clinical and pathophysiologic considerations. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2002; 57-9: 598-618.

POROD NA TERENU

Denis Gorjup, dipl.bab.¹

Tatjana Drolc, viš.med.ses.²

¹Klinični center Ljubljana, Reševalna postaja

²Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

IZVLEČEK

Članek predstavlja konkretne smernice, kako porod vodimo na terenu, na kaj moramo biti pozorni in kako ukrepamo v primeru nekaterih zapletov. Drugače pa je članek posvečen pretežno normalnemu porodu brez komplikacij.

UVOD

Porod je proces, med katerim se plod, plodovi ovoji in posteljica iztisnejo - porodijo iz maternice. Razdeli se na štiri porodne dobe. Prva porodna doba se šteje od prvih rednih popadkov na deset minut in traja do popolnega odprtja materničnega ustja. Druga porodna doba se začne z popolnim odprtjem materničnega ustja in traja do rojstva ploda. Tretja porodna doba traja od rojstva ploda pa do rojstva posteljice, četrta porodna doba pa traja od rojstva posteljice in še tri ure po tem. Danes ga v porodnišnicah vodijo izkušene babice in porodničarji, na terenu pa se s tem srečujemo tudi reševalci. Čeprav je porod nekaj normalnega in v večini primerov poteka brez komplikacij, tako za porodnico, kot za otroka, se ga veliko reševalcev boji. Po obdelavi podatkov porodov na terenu od 01.01.1999 do 14.03.2003, na ljubljanskem področju, je bilo na terenu sedemnajst porodov od skupno 22648 porodov v tem času. Od teh sedemnajstih jih je doma s strokovno pomočjo rodilo pet, doma brez strokovne pomoči osem in v reševalnem vozilu štiri. Spontani porodi so bili trije, pri devetih je prišlo do ruptуре perinei I, pri dveh pa do ruptуре perinei II. Samo pri treh pa je bila izvedena episiotomija. Poporodnih krvavitev ni bilo.

Strah je verjetno prisoten zaradi nezaupanja v svoje znanje, ker se reševalec le redko sreča s porodom na terenu, poleg tega pa ima opraviti kar z dvema osebama naenkrat. Zavedati se moramo, da je tudi porodnica prestrašena in da ji lahko pomagamo le z našim zaupanjem v svoje delo in pomirjajočim odnosom. Voznik in spremljevalec v reševalnem vozilu si morata zaupati in sodelovati, saj sta za dobro opravljeno delo potrebna oba.

Na kaj moramo biti pozorni, kaj naj naredimo in kako, bi rada predstavila v tem članku.

PORODNI SET

V vsakem nujnem reševalnem vozilu / reanimobilu naj bi bil porodni set.



Slika 1: Porodni set.

Vsebina porodnega seta se naj ne bi preveč razlikovala po regijah in mora vsebovati naslednje stvari:

1. 4 - 6 ginekoloških plenik,
2. 1 operacijska podloga 90 × 90 cm,

3. 4 tamponi št. 6,
4. 2 peana ravna 160 mm,
5. 3 sponke ali trakovi za podvezovanje popkovine,
6. 1 škarje topo - tope 140 mm,
7. 2 vatiranca 25 × 15 cm.

Ad a) Plenic ni nikoli preveč. Potrebujemo jih, da otroka dobro obrišemo in ga v plenice potem tudi zavijemo. Minimalno potrebujemo od 4 - 6 plenice.

Ad b) Operacijski zaščitni zeleni prt potrebujete, da ga podložite pod porodnico, tako, da se otrok rodi na sterilno polje. Zamenjajo ga lahko plenice, vendar je koristen, ker ne prepušča vode in nam zaščiti ležišče.

Ad c) Tampone potrebujemo, da obrišemo otroku oči in usta. Pomagajo nam tudi pri pregledu raztrganin porodne poti.

Ad d) Mali pean je v nepogrešljivo pomoč, pri morebitni krvavitvi, zaradi pretrgane žile. To se lahko zgodi pri epiziotomijah, pa tudi rupturah perineja. Žilo, ki krvavi, enostavno stisnemo. Prav tako lahko s peanom stisnemo popkovnico, če nam sponke zatajijo.

Ad e) S sponkami »zaklemamo« popkovnico in med njima s škarjami prerežemo. Sponk naj bo več, vsaj tri, ker se lahko zgodi, da se kakšna sponka ne stisne dobro in tako k tej dodamo še eno. Dobro je, če imamo poleg sponk v setu še prevezo, če je popkovnica zelo debela ali želatinasta.

Ad f) Škarje za prerez popkovine.

Ad g) Vatirance potrebujemo za varovanje presredka.

Prav bi bilo, da bi v setu bila še vrečka, rumene barve, za posteljico, da nam je ne bi bilo treba iskati pri porodnici.

K tej standardni opremi spada še več parov sterilnih rokavic in zaščitni komplet za osebno zaščito, če ga seveda imamo čas obleči. V zaščitnem kompletu so plašč, kapa in maska.

Seveda je vse sterilno in moramo paziti, da delamo po sterilnem postopku.

ZNAKI PORODA:

Verjetno se predvsem tisti, ki še niso imeli poroda sprašujejo, kako naj vem, kdaj se je porod začel, oz. koliko časa je še do začetka poroda. To je zelo pomembno vprašanje, ki si ga mora postaviti vsak reševalec na terenu. Pomembno je zato, da se lahko odločimo ali porod opraviti na terenu ali porodnico transportirati v porodnišnico. Do pravilnega odgovora bomo prišli z vprašanji, kot so:

- 1. Ali je plodovnica odtekla?** Če je: **Kdaj?, Kakšne barve je bila?** Zelena, mekonijska plodovnica, je znak, da se otroku ne godi najbolje in je potreben takojšen transport v porodnišnico.
- 2. Ali imate popadke? Č so: Na koliko časa si sledijo in kako dolgo trajajo?, Ali se je moč popadkov povečala?** Popadki se proti koncu poroda podaljšajo, so pogostejši in močnejši.
- 3. Ali imate občutek, da vas tišči na blato?** To pomeni, da je glavica že zelo nizko v porodnem kanalu, saj pritiska na črevo. **Ali imate občutek, da ne morete, da ne bi pritiskali?** To je znak spontanega trebušnega pritiska, ki se pojavi proti koncu poroda.
- 4. Ali krvavite?** Če da: **Kako močno?, Kakšna je ta krvavitev?** Krvava sluz je znak skorajšnjega poroda, večja krvavitev pa alarm, ki pomeni takojšen transport v porodnišnico, saj je možnost placente previae ali abrupcije placente.
- 5. Kateri porod je to?** Mnogorodnice rodijo hitreje. **Kako so prejšnji porodi potekali?** Če so vsi porodi potekali zelo hitro, je velika verjetnost, da bo tudi ta.
- 6. Ali ste imeli kakšne težave v nosečnosti?**
- 7. Ali imate kakšne bolezni?, Ali je kaj posebnega?**

Poleg vprašanj, moramo porodnico tudi opazovati. O moči, dolžini in frekvenci popadkov se najlažje prepričamo tako, da roko položimo na porodničin trebuh. O krvavitvi, krvavi sluzi pa seveda, če pogledamo.

Iz teh vprašanj in opazovanja izluščimo, kako se mudi.

Znaki skorajšnjega poroda, kar pomeni, da porod opravimo na terenu, so:

- spontani razpok mehurja,

- krvav sluzast čep,
- popadki, ki trajajo od 45 do 60 sekund v 1 do 2 minutnih presledkih,
- porodnica ima občutek, da mora na blato oz. občutek močnega pritiska navzdol, ki ga ne more zadržati,
- vidimo glavico v vulvi.

Nikoli naj se nam ne zdi škoda časa narediti dobro anamnezo, saj se na podlagi le te odločamo za nadaljnje ukrepe.

POROD NA TERENU

Priprava na porod

Porod je torej neizogiben in opraviti ga moramo doma ali v reševalnem vozilu. Naši ukrepi so odvisni tudi od časa, ki ga imamo. Več časa je do poroda, več stvari lahko naredimo. Nikakor pa ne smemo opustiti stvari, ki bi lahko ogrožale porodnico oz. otroka.

Najprej segrejemo prostor, bodisi avto ali sobo in pazimo, da se prostor ne odpira po nepotrebnem. Če je to v javnosti, poskrbimo za zasebnost porodnice, saj nam to ne vzame veliko časa.

Potem poskrbimo za pravilen položaj porodnice. Porodnica naj leži na hrbtu, vzglavje naj ima vzdignjeno, skoraj do polsedečega položaja. Če smo v reševalnem vozilu, jo na posteljo namestimo tako, da je z nogami obrnjena naprej proti vozniku, saj bomo tako imeli več prostora za delo, ko bo morala pritiskati, pa bo lahko noge tudi uprla v sedež. Obvezno pa podložimo pod trtico nekaj rjuh ali kaj podobnega, tako da bo porodnica od podlage malo dvignjena. To nam bo v veliko pomoč pri porajanju ramen.

Če imamo čas, porodnici uvedemo tudi intravenozno kanilo, velikosti vsaj G 18 (zelena kanila), in namestimo kisik preko OHIO maske. Kanila nam bo v pomoč pri raznih krvavitvah, ki se lahko pojavijo po porodu in zaradi katerih lahko porodnica hitro pade v hipovolemični šok, kisik pa bo dobro del otroku.

Ko porodnico namestimo si oblečemo zaščitni plašč, nadenemo kapo in masko, ter odpremo sterilni porodni set. Sedaj oblečemo še sterilne rokavice. Med vsem tem si vzemimo nekaj časa še za to, da porodnico

poučimo kako bo morala pritiskati in dihati, ko bo to potrebno. Povemo ji, da ko bo pritiskala naj močno zajame sapo in na dolgo pritisne koliko časa gre, ko pa ji bomo rekli naj diha, mora odpreti usta in počasi dihati.

Porod

Če porodnica ne more več zadržati pritiska, ji rečemo naj se prime pod kolena, zapre oči in na dolgo pritisne. Zrak naj zajame vsaj trikrat v popadku.



Slika 2: Varovanje presredka.

Ko začne glavica prodirati, moramo z desno roko, v katero primemo plenico ali gazo, varovati presredek. Ženske, ki jih dobimo na terenu niso klistirane, kot v porodnišnici. Zaradi tega jim navadno med pritiskanjem uhaja tudi blato. Zato roko postavimo tako, da pokrijemo anus in s tem zaščitimo otroka pred blatom. To naredimo tako, da še vedno vidimo presredek, katerega varujemo in opazujemo, da se preveč ne pretrga. Z desno roko presredek varujemo vse dokler se otrok ne popolnoma rodi. V porodnišnici opravljajo babice tudi episiotomije. To je prerez presredka in je pomemben takrat, ko babica vidi, da se bo presredek porodnice

preveč pretrgal. Na terenu prereza presredka ne izvajamo, saj nimamo dovolj dobrih pogojev ob nastanku morebitnih komplikacij.

Glavica se mora počasi porajati. S tem bomo dosegli, da se perinej ne bo preveč raztrgal. Ko se glavica poraja preko perineja, moramo porodnici reči, da odpre usta in počasi diha.



Slika 3: Porajanje glavice.

Z levo roko, ki jo položimo na porajajočo glavico pazimo, da se glavica počasi premika naprej, po milimetrih. Porodnici rečemo naj odpre usta in mirno diha. **Nikoli ne smemo glavice potiskati nazaj!**

Ko je glavica porojena, ji pustimo čas, da se rotira. To pomeni, da se rotirajo tudi ramena, da se bodo lažje porodila. Najpogosteje se glavica porodi tako, da otrok gleda navzdol. Ko pa rotira, otrok pogleda v levo oz. v desno materino nogo.



Slika 4: Rotiranje glavice.

Med tem časom, moramo s prsti desne roke nežno pregledati otrokov vrat, da ugotovimo, če je okoli njega ovita popkovnica. Če je in je dovolj dolga, jo potisnemo preko glavice. Če pa je ovita zelo na tesno in je ne moremo potisniti preko glave, jo moramo na dveh mestih zažmeti s sponkami in vmes prerezati s škarijami za prerez popkovine.



Slika 5: Preverjanje otrokovega vratu.

Ko smo preverili otrokov vrat, vzamemo sterilni tampon in obrišemo otrokove oči, nosk in usta. Če se je glavica že rotirala, rečemo porodnici, naj se ob popadku še enkrat prime pod kolena in pritisne.



Slika 6: Porod sprednje rame.

Desno roko plosko položimo na glavico in jo z občutkom najprej potisnemo navzdol, da se porodi sprednja rama in nato navzgor, da se porodi še zadnja.



Slika 7: Porod otroka na porodničin trebuh.

Tako otroka porodimo na mamin trebuh. Sedaj lahko nehamo varovati presredek.

V tujini mora paramedik takoj po rojstvu otroka, ko se seveda predhodno prepriča, da ni v maternici še en otrok, porodnici nastaviti infuzijo 10 enot oxytocina v 1000 ml Ringerjeve raztopine in jo točiti s hitrostjo 20 - 30 kapljic na minuto. S tem dosežejo hitrejšo in učinkovitejšo krčenje maternice in posledično manjše krvavitve iz maternice. S pooblastili reševalca, v Sloveniji tega seveda ne smemo izvajati.

Paziti moramo, ker je otrok zelo spolzek! Ko ga dvigujemo, ga moramo dobro in zanesljivo prijeti ter stisniti v naročje.

Zapomnimo si uro rojstva in naj jo pomočnik takoj vpiše. Otroka si tudi dobro oglejmo, saj moramo v porodnišnici znati povedati oceno po Apgarju. Otroka ocenjujemo v 1., 5. in tudi v 10. minuti po rojstvu, če je ocena v 5. minuti pod 7. Ocenjujemo bitje srca, dihanje, barvo kože, mišični tonus in vzdraženost. Optimum je 10 točk, najmanj pa 0.

Otrok je zaradi mokrote in tudi drugih dejavnikov podvržen k podhladitvi. Zaradi tega ga moramo takoj po porodu skrbno obrisati. Tako ga bomo tudi stimulirali, da zajoče in začne lepo dihati. Položimo ga tudi na suhe, po možnosti tople pleničke.

Prerez popkovnice

Ko popkavnica preneha utripati jo prerežemo. Prvo sponko namestimo približno 8 cm od otroka, drugo pa 12 cm od prve. Preden namestimo drugo sponko, s prsti »pomolzemo« popkovnico od otroka v stran in zaklemamo drugo sponko. S tem, ko smo pomolzli kri med sponkama, smo dosegli, da nam med prerezom popkovnice kri ne bo brizgnila na vse strani.

Ko so sponke nameščene, še enkrat preverimo, da so dobro stisnjene in nato s škarjami med njima prerežemo. Večkrat moramo preveriti, da otrok iz popkovnice ne krvavi.

Popka nam ni potrebno sterilno pokrivati ali razkuževati, saj ga bodo dokončno uredili v porodnišnici.



Slika 8: Prerez popkovnice.

Rojstvo posteljice

Ko otroka uredimo, se spet posvetimo materi, saj se mora poroditi še posteljica. Posteljica se porodi v roku 30-ih minut, navadno že nekaj minut po rojstvu otoka. Materi rečemo, da naj, ko začuti blage krče, spet pritisne. Za popkovnico ne smemo vleči, lahko pa posteljico usmerjamo s tem, da držimo za popkovnico. Zapomnimo si čas rojstva posteljice in jo pospravimo v plastično vrečko, ter transportiramo v porodnišnico. **Takoj**, ko je posteljica porojena, damo eno roko na maternico in jo nekaj minut masiramo. S tem bomo dosegli hitrejše krčenje maternice in krvavitev bo manjša. Sedaj je najbolje, če otroka položimo materi na trebuh in ga s plenici pokrijemo.

Pripravimo se za transport v porodnišnico. Pod mater namestimo suhe rjuhe, saj je zelo neprijetno ležati na mokrih in krvavih rjuhah. Leži naj na hrbtu, noge naj ima iztegnjene in prekrižane. Med noge ji damo velik zloženec, saj bomo tako lažje nadzorovali krvavitev.

Ves čas transporta kontroliramo materi vitalne znake in trdoto maternice, ki mora biti trda.

Če maternica postane mehka in skoraj neotipljiva pomeni, da se maternica ne krči. Govorimo o atoniji uterusa. Mati lahko v kratkem času izgubi veliko količino krvi in pade v hipovolemični šok. Najbolje bi bilo, če damo na maternico hladne obkladke. Če teh nimamo, pa maternico ves čas masiramo. Potrebno je obvestiti porodnišnico, kakšno je stanje porodnice.

Ko ugotovimo, da se maternica ne krči, se povežemo s porodnišnico in po navodilu porodničarja ukrepamo naprej. V takih primerih je doktrina, da se aplicira oksitocinski pripravek Ergotyl i.m. in zaradi tega bi bilo pametno, da ga imamo v reševalnem vozilu. Zopet se moramo tu ponovno zavedati svojih pristojnosti in včasih ukrepati po svoji vesti.

DOKUMENTIRANJE

Večkrat med prevozom kontroliramo maternico in tudi popkovnico. Vse kar se dogaja skrbno beležimo. Na reševalni postaji (Reševalna postaja, Klinični center Ljubljana) imamo v ta namen protokole »Poročilo o reševalnem prevozu«, »Protokol reševalnega prevoza nosečnice v porodnišnico« in »Protokol urgentnega poroda«.

ZAKLJUČEK IN RAZPRAVA

Porod je normalna stvar, ki v večini primerov poteka brez težav in posebnosti. Čeprav se reševalci danes s porodom srečamo le nekajkrat v celi delovni dobi, pa ga moramo vseeno poznati in v pravem trenutku pravilno ukrepati. Da bi bilo to možno, je potrebno razmisliti o obnovitvenih izobraževanjih oz. »kroženjih« v porodni sobi. Potrebno bi bilo tudi napisati protokol iz katerega bo razvidno kaj reševalec na terenu v danem trenutku lahko oz. kaj mora narediti in seveda kako naj to naredi.

LITERATURA:

1. Pajntar M., Novak - Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 140-177.

2. J. Sanders M. Mosby`s Paramedic Textbook. New York: Mosby, 1994.
3. L. Caroline N. Emergency care in the streets. Boston, Toronto: Little, Brown and Company, 1987: 481-502.
4. Chamberlain G., Gibbings R., Dewhurst J. Illustrated textbook of obstetrics. London, New York: Gower medical, 1998.
5. Skoberne M. Zdravstvena nega nosečnice, porodnice in otročnice. Ljubljana: Višja šola za zdravstvene delavce, 1984.

OSKRBA NOVOROJENČKA PO PORODU

Anita Prelec, dipl.m.s.
Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

UVOD

Porod je za večino žensk iz različnih socialnih in kulturnih obdobjev eden najbolj bolečih dogodkov v življenju. Porodno bolečino smatramo za tako imenovano pozitivno bolečino, ker pričakujemo pozitivni rezultat - zdravega otroka. Babica ima to prednost, da deli čas poroda s starši.

Večina žensk v Evropi rodi v porodnišnicah in le izjemoma doma. V Evropi sta le dve državi, kjer rodi več kot 5% žensk doma. Prva je Nizozemska, kjer rodi doma 36% vseh porodnic; imajo eno najmanjših umrljivosti mater in otrok ob porodu. Druga država je bila bivša Jugoslavija, kjer je rodilo doma 29% žensk, z eno najvišjih umrljivosti mater in otrok ob porodu (World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985).

Večina porodov v Sloveniji se odvija v osnovnih porodnišnicah sekundarnega nivoja (dvanajst), po številu porodov pa izstopata terciarna centra Ljubljana (5264 porodov leta 2002) in Maribor (2020 porodov leta 2002).

OKOLJE V PORODNI SOBI

Sestavni del vsake porodne sobe je miza ali niša, ki je primerno opremljena (grelna luč, dovod kisika, naprava za aspiracijo z manometrom), dostopna s treh strani, stran od oken in vrat, z možnostjo komolčnega, nožnega ali senzorskega razkuževanja rok. Oprema porodne sobe je iz materialov, ki se lahko čistijo, dezinficirajo ali sterilizirajo. Mesečno (po potrebi pa večkrat) sobo generalno očistimo).

HIGIENA ZAPOSLENIH

- Zdravstveno osebje uporablja filtersko obleko (preskrba!), umivanje in razkuževanje obvezno pred vstopom;
- Rokavice uporabljamo ves čas oskrbe novorojenčka;
- Uporaba zaščitnih mask in kap med porodom in porodniškimi posegi je obvezna;
- Kadar pričakujemo razpršitev okuženih izločkov (plodovnica, slina, kri) je obvezna uporaba zaščitnih očal.

SPREMLJEVALCI

V Porodnišnici Ljubljana vsem spremljevalcem nadenemo zaščitni plašč, čeprav ni jasno dokazanih prednosti glede oblačenja očetov in drugih oseb.

PREKINITEV POPKOVNICE

Popkovnico aseptično prekinemo z dvema peanoma takrat, ko popkovnica ne utripa več. Odložena prekinitev popkovnice je dokazano bolj zaželena kot takojšnja. S popkovničnimi škarjami prekinemo predel popkovnice med obema peanoma (2 - 3 cm). Krn popkovnice stisnemo s plastično sponko približno 0,5 cm od kože. Če je potrebno (izredno tanke ali debele popkovnice, nevarnost krvavitve iz krna), krn popkovnice oskrbimo z ligaturo. Vrh krna premažemo s sterilno palčko, namočeno v 6% raztopino kalijevega permanganata.

Takoj po rojstvu novorojenčku in materi nadenemo na zapestje zaporedno številko poroda (dokler še ni prekinjena popkovnica) . Na porodni zapisnik zabeležimo datum, uro rojstva in spol novorojenčka.

OCENA STANJA NOVOROJENČKA

Prvo in peto minuto po rojstvu babica opravi osnovni pregled novorojenčka in oceni njegovo stanje (Babnik, 1992). Oceni ga po Apgarjevi lestvici (tabela 1) s pregledom petih funkcij. Vsako funkcijo številčno oceni od 0-2: bitje srca, dihanje, vzdražnost, mišični tonus in

barva kože. Najvišja ocena je 10 in se redko doseže v prvi minuti (subjektivna ocena!).

| TOČKE | 2 | 1 | 0 |
|---------------|--------------|----------------|-------------|
| Bitje srca | > 100 | < 100 | odsotno |
| Dihanje | jok, redno | slabotno | odsotno |
| Mišični tonus | aktivni gibi | nekaj fleksije | ohlapnost |
| Vzdraznost | jok, kašelj | grimase | odsotna |
| Barva kože | rožnata | modre akre | modra, bela |

Tabela 1: Ocena po Apgarjevi lestvici.

TOPLOTNA ADAPTACIJA

Novorojenček izgublja ogromno toplote (560 kalorij na milimeter) (Rutter,1992). V prvi minuti telesna temperatura pade za 3 - 4,5°C. Njegova glava predstavlja 25% telesne površine, zato največ toplote izgublja prav tukaj. Tanek sloj podkožnega maščevja je slab izolator, toploto pa izgublja z evaporacijo, radiacijo, konvekcijo in kondukcijo (Thomas, 1994). Zato poskrbimo za ustrezno topel prostor (21 - 25°C) in ga osušimo s toplimi plenjami (čistimi ali sterilnimi). Toploto vzdržujemo tako, da ga pristavimo materi na prsa. Takoj po rojstvu je kopanje nepotrebno. Postopek lahko preložimo za nekaj ur, ko je otrok že prilagojen na izvenmaternično življenje. Če je otrok krvav ali prekrit z mekonijem, ga umijemo z v toplo vodo namočenimi plenjami in ga osušimo S tem zmanjšamo možnost okužbe s krvjo prenosnimi virusi (hepatitis B, herpes simpleks virus, virus pridobljene imunske pomanjkljivosti).

ZAŠČITA (OSKRBA) OČI

Oči vsakega novorojenčka po porodu zaščitimo pred gonokokno oftalmijo. Za ta namen uporabljamo kapljice srebrovega nitrata. Ponekod uporabljajo antibiotične kapljice (0,5% eritromicin, 1% tetraciklin). V

vsako oko kanemo po eno kapljico in porazdelimo po celi konjunktivalni vreči. Odvečno tekočino obrišemo s sterilnim zložencem. Če ima nedonošenček še zlepljene oči, mu jih ne razpiramo na silo (Babnik, 1994).

ASPIRACIJA

Če plodovnica ni mekonijsko ali krvavo obarvana, aspiracija dihalnih poti ni potrebna. Nekateri učbeniki priporočajo takoj po porodu glavice sukucijo nosu in ust z De Leejevim ustnim aspiratorjem. V Porodnišnici Ljubljana babica po rojstvu glavice obriše z nosu in ust sluz (drenažni položaj). Intenzivna sukucija žrela pa lahko pri novorojenčku povzroči vagalni refleks in apnejo.

Popolnoma drugače je, kadar je plodovnica gosta mekonijska ali krvava. K takemu porodu pokličemo pediatra, saj je potrebna čimprejšnja aspiracija na reanimacijski mizi z uporabo aspiratorjev na vakuum ali zrak. Vedno aspiriramo najprej usta in nato nosnice. Pod kontrolo laringoskopa uvedemo aspiracijsko cevko in aspiriramo še sapnico. Poskušamo aspirirati čim več mekonijske plodovnice še pred prvim vdihom novorojenčka (Babnik, 1994). Za nadaljnje temeljne postopke oživljanja uporabljamo opremo in zdravila na razpoložljivem vozičku za reanimacijo novorojenčka. Sledi premestitev novorojenčka v enoto intenzivne nege in terapije.

VITAMIN K

Hemoragična bolezen novorojenčka je posledica pomanjkanja od vitamina K odvisnih faktorjev strjevanja. Kaže se s krvavitvijo v črevo ali pljuča. Da bi to preprečili, vsem novorojenčkom takoj po porodu intramuskularno apliciramo 1 mg vitamina K (konakion) (Babnik, 1994). Nekateri centri v Evropi dajejo K vitamin per os, vendar se moramo zavedati tudi možnosti izbruhanja želodčne vsebine (predvsem plodovnice) (Tyler, 1996).

VZPODBUJANJE OBRAMBE NOVOROJENČKA

Vsakega novorojenčka takoj po rojstvu damo materi na prsa (koža do kože), saj s tem vzpodbudimo kolonizacijo novorojenčka z materinimi klicami.

LITERATURA

1. Babnik J. Oskrba novorojenčka v porodni sobi. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 340-2.
2. Rutter N. Temperature control and its disorders. In: Robertson NRC (ed). Textbook of neonatology. Churchill Livingstone, Edinburg, 1992.
3. Thomas K. Thermoregulation in neonates. Neonatal Network 13(2): 15-22.
4. Tyler S. Catching up with vitamin K. Midwives 109 (1305)3.
5. World Health Organization: Regional Office for Europe. Having a baby in Europe. Report on a study. Public health in Europe 26. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe 1985: 101-57.

NEPRAVILNA LEGA PLODA

mag. Lili Steblovnik, dr.med.
Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

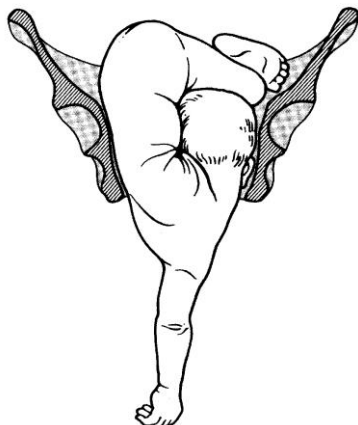
Normalna lega ploda je vzdolžna. Vsaka lega pri kateri vzdolžna otrokova os seka vzdolžno os matere je nepravilna. Nepravilna lega je prečna ali poševna. Pri ohranjenih plodovih ovojih govorimo o spremenljivi legi. V tem primeru je lahko plod zelo mobilan. Po razpoku plodovih ovojev pa govorimo o zanemarjeni prečni legi.

NEVARNOSTI NEPRAVILNE LEGE PLODA

Zanemarjena prečna lega ploda je lahko vzrok smrti nosečnice in ploda. Spontani porod donošenega ploda, ki vztraja v prečni legi, namreč ni možen. Po razpoku plodovih ovojev se v medenični vhod vstavi ramica ploda, roka lahko izpade skozi nožnico. Glava in trup ploda hkrati ne moreta vstopiti v porodni kanal, močno krčenje maternice, ki skuša plod izriniti, pa vodi v raztrganje stanjšanega spodnjega dela maternice kar privede do smrti nosečnice in ploda.

Pri zanemarjeni prečni legi grozi tudi izpad popkovnice in posledično hipoksija, nato pa smrt ploda. Plod je pri nepravilni legi ogrožen že med nosečnostjo, ker mu grozi hipoksija in smrt v maternici zaradi prelomljenosti posteljice in slabšega pretoka krvi.

Spontani porod kljub vztrajajoči nepravilni legi je možen pri zelo majhnih plodovih, običajno lažjih od 800 g. To imenujemo porod v duplikaciji (Slika 1).



Slika 1: Porod v duplikaciji.

Izjemoma je pri nepravilni (spremenljivi) legi ploda možen spontani obrat ploda, ki mu sledi porod.

Nevarnost nepravilne lege ploda razvrstimo v tri stopnje:

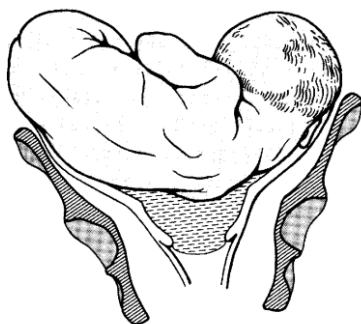
1. OPOZORILO

Ugotovimo nepravilno lego ploda. Plodovi ovoji so ohranjeni (Slika 2).

Nosečnica ni neposredno ogrožena.

Plod je neposredno ogrožen zaradi možne prelomljenosti posteljice in s tem slabe prekrvavitve, hipoksije.

!!! Izogibaj se možnemu razpoku plodovih ovojev, zato ne pregleduj vaginalno.



Slika 2: Nepravilna (prečna) lega ploda z ohranjenimi plodovimi ovoji.

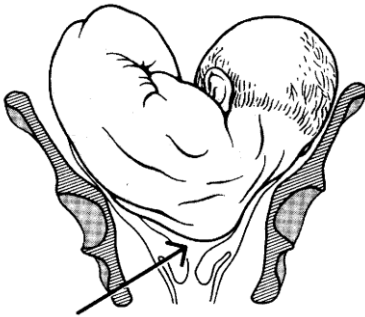
2. OGROŽENOST

Začne se ob razpoku plodovih ovojev. Nastane zanemarjena prečna lega (Slika 3).

Plodu grozi hipoksija, če pride do prepogiba posteljice in motenega pretoka krvi. Ob izpadli plodovi ročici je za plod smrtno nevaren izpad popkovnice.

Plodu in nosečnici grozi tudi okužba zaradi razpoka ovojev.

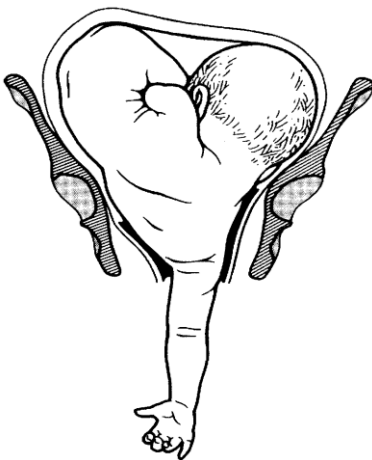
!!! Vaginalni pregled je nujen, da ugotovimo odprtost materničnega ustja in morebiten izpad popkovnice.



Slika 3. Zanemarjena prečna lega.

3. KATASTROFA

Začne se pri popolnoma odprtem materničnem ustju in vodi v raztrganje maternice ter smrt nosečnice in ploda (Slika 4).



Slika 4: Izpad ročice pri zanemarljeni prečni legi in popolnoma odprtem materničnem ustju.

VZROKI

Na nepravilno lego ploda moramo pomisliti pri **mnogorodnicah**. Zaradi preraztegnjenosti trebušne stene je to najpogostejši vzrok nepravilne lege ploda. Po štirih porodih je incidenca za nepravilno lego 10× večja kot pri prvesnicah.

Na nepravilno lego pomislimo tudi pri grozečem **prezgodnjem porodu**, ko je plod še majhen in zelo mobilan. Plod je lahko zelo mobilan in leži nepravilno tudi pri preveliki količini plodovnice (**polihidramnij**). Pri dvo- ali večplodni nosečnosti lahko leži nepravilno, oziroma prečno ali poševno drugi dvojček (trojček...).

Pravilno lego ploda onemogočajo **nepravilnosti maternice** (npr. dvoroga maternica), pa tudi **tumor** v mali medenici (npr. miom maternice) ali **zožena medenica**.

Tudi nizko ležeča ali **predležeča posteljica** preprečuje pravilno vstavev plodovega dela v medenični vhod. Tak položaj posteljice povzroči življenje ogrožujočo krvavitev.

Še posebej pozorni moramo biti pri nosečnicah z nepravilno (spremenljivo) lego ploda pri **zadnjem pregledu** in pri tistih, ki so imele nepravilno ležeč plod v **prejšnji nosečnosti (porodu)**.

Zelo redko pride do nepravilne lege iz začetne vzdolžne med porodom.

DIAGNOZA

Diagnozo moramo postaviti čimprej. Nepravilno lego ugotovimo z zunanjim pregledom. Nanjo nas mora opozoriti že prečno ovalna oblika trebuha nosečnice. Trebuh je nenavadno širok, fundus maternice pa ne doseže pričakovane višine glede na trajanje nosečnosti. Na eni strani trebuha zatipamo trdo, balotirajočo plodovo glavico na drugi pa mehkejšo zadnjico. Nad sramnico je prazen medenični vhod.

Z vaginalnim ali rektalnim pregledom lahko povzročimo razpok plodovih ovojev in ogrozimo življenje nosečnice in ploda. Če plodovnica že odteka, moramo z vaginalnim pregledom ugotoviti odprtost materničnega ustja in morebitni izpad ročice ali popkovnice.

Najzanesljiveje ugotovimo nepravilno lego z ultrazvokom.

UKREPANJE

Nosečnico s plodom v nepravilni legi moramo čimprej pripeljati v porodnišnico. Med prevozom naj bo v levem bočnem položaju, z dvignjeno medenico (preprečevanje razpoka plodovih ovojev ter izpada ročice in popkovnice). Popadke ublažimo z Dolantinom. Spremljamo vitalne znake nosečnice in ploda. Med prevozom obvestimo porodnišnico o prihodu.

Nepravilna lega ploda je indikacija za carski rez. Pri ohranjenih plodovih ovojih lahko v porodnišnici poskusimo z zunanjim obratom ploda. Če ga naredimo prezgodaj, se lahko plod vrne v prečno ali poševno lego.

ZAKLJUČEK

Nepravilna lega ploda na začetku poroda je nujno stanje v porodništvu. Vodi v zanemarjeno prečno lego in smrt nosečnice ter ploda. Nujna je pravočasna prepoznavna in hiter prevoz v porodnišnico.

LITERATURA

1. Pajntar M, Novak Antolič Ž, eds. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1994.
2. Dudenhausen JW, Pschyrembel W, eds. Praktische Geburtshilfe. 19. Auflage. de Gruyter; 2001.
3. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 21st ed. McGraw-Hill; 2001.

Slike povzete po 2.

KRVAVITVE V POZNI NOSEČNOSTI

asist.mag. Stanko Pušenjak, dr.med.
Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

UVOD

Krvavitev iz rodil v nosečnosti je znak, ki ga moramo vedno skrbno preveriti. Kadarkoli nosečnica krvavi, mora to v najkrajšem možnem času sporočiti ginekologu oziroma babici.

Najpogostejši vzrok krvavitvam v nosečnosti so nenevarne spremembe na materničnem vratu. Imenujemo jih ektopija sluznice (eritroplakija). Drugi najpogostejši vzrok je krvavitev ob pričetku poroda, ki se kaže kot krvava sluz (»prvo znamenje«).

Krvavitev v kasni nosečnosti lahko povzroči tudi eden od dveh resnejših zapletov nosečnosti:

- Krvavitvi je lahko vzrok nizek položaj posteljice, ki v nekaterih primerih prekriva izhod iz maternice. (**placenta praevia**);
- Če se pravilno ležeča posteljica predčasno odlušči s podlage (**abrupcija placente**), se praviloma pojavi krvavitev iz nožnice. Hkrati se lahko pojavi močna bolečina in občutljiva, otrdela stena maternice.

Kaj naj stori nosečnica, če prične krvaveti po 28. tednu nosečnosti?

Če se krvavitev pojavi nenadoma, naj se nosečnica uleže in pokliče najbližjo osebo, da uredi takojšnjo premestitev v bolnišnico ali pa naj pokliče reševalno službo sama.

Kaj bomo storili zdravniki?

Nosečnica bo sprejeta na porodniški oddelek in ustrezno pregledana. Če bo nosečnost primerno visoka, kar pomeni relativno zrel plod (po 32. tednu), bodo zdravniki morda nosečnost v interesu ploda in nosečnice takoj prekinili.

V primeru abrupcije posteljice bo zdravnik takoj predrl plodove ovoje in sprožil porod.

Če bo zdravnik ugotovil, da gre za placento praevio bo za porod potreben carski rez.

V primeru, da krvavitev ni ogrožajoča ali, če bi bil porodni termin še oddaljen, kar pomeni za življenje izven maternice relativno nezrel plod, bo verjetno uveden strog nadzor ploda in nosečnice. Takšno postopanje omogoča, da se bo nosečnost lahko nadaljevala in bo omogočilo plodu pridobiti na teži in zrelosti. Po 24. tednu nosečnosti lahko pri ogroženem plodu, za katerega kaže, da se bo moral roditi prezgodaj, dozorevanje pljuč pospešimo z zdravili (deksametazon, betametazon).

Krvavitev v nosečnosti je potrebno vedno jemati resno. V dvomu naj nosečnica vzpostavi stik z zdravnikom ali s strokovnim osebjem najbližje porodnišnice! Nosečnico ki krvavi ne smemo vaginalno pregledati izven porodnišnice, ker lahko krvavitev pospešimo!

Kot krvavitev v kasni nosečnosti velja vsaka krvavitev po dopolnjenem 28. tednu nosečnosti. Razlogi se lahko delijo v dve skupini:

Vezane za nosečnost:

1. placenta previa (nizek sedež posteljice s pričakovano krvavitvijo),
2. abrupcija placente (ločevanje pravilno ležeče posteljice z naključno krvavitvijo),
3. krvavitev iz robnega sinusa pri posteljici,
4. decidualni polip.

Naključne krvavitve:

1. ektopija,
2. vnetje,
3. rak na materničnem vratu.

PLACENTA PRAEVIA

Praviloma je placenta nameščena v zgornjem delu ali vsaj visoko v maternici. Tak sedež placente praviloma ne moti spuščanja ploda v porodni kanal. Včasih pa se placenta namesti v spodnjih delih maternične votline in tam ostane še po 28. tednu nosečnosti. K temu pripomorejo

nekatera stanja nosečnosti, npr. več plodna nosečnost ali stanje po carskem rezu.

Placento previo lahko opišemo z različnimi stopnjami:

1. popolna placenta previa,
2. delna placenta previa,
3. marginalna ali robna placenta previa (rob do notranjega materničnega ustja),
4. nizek sedež posteljice (do 4 cm od notranjega materničnega ustja).

Krvavitev se lahko pojavi kadarkoli. V večini primerov ni očitnega razloga zanjo, med najpogostejšimi razlogi pa je začetek poroda. Ko se porod začne, se maternični vrat in spodnji deli maternice pod vplivom krčenja mišičja maternice prične »vleči preko ploda«, ta pa se s tem »pritiska proti izhodu«. To povzroči odstopanje nizko ležeče posteljice od podlage in s tem krvavitev.

Drugi možen razlog za krvavitev pri placenti previji je spolni odnos.

Najpomembnejši dejavnik v obravnavanju nosečnice s placento previo je čimprejšnja diagnoza z ultrazvočnim pregledom. To je mogoče ob rutinskem UZ v 32. tednu.

Na placento previo moramo pomisliti, če plod v maternici leži nepravilno, večinoma prečno. Ob placenti previi se vodilni plodov del ne more vstaviti v malo medenico in se postavi levo ali desno nad vhodom. Posledica sta poševna ali prečna lega.

Ko se pojavi krvavitev je potrebna takojšnja premestitev v bolnišnico. Tudi blago krvavitev moramo vzeti resno, ker je lahko le opozorilo, da se pripravlja močnejša. Zaradi tega naj bo nosečnica z diagnozo placente previe po 28 tednu hospitalizirana in naj kljub neprijetnemu, dolgemu bivanju tam iz varnostnih razlogov ostane do poroda! Drugačno postopanje je preveč tvegano in lahko privede tudi do smrti nosečnice. Če do krvavitve ne pride, nosečnost običajno zaključimo po 38. tednu s carskim rezom. Pri popolni in delni placenti previi je za porod brezpogojno potreben carski rez, pri robni in nizkem sedežu pa ne vedno. Pri zelo hitrem porodu in blagi krvavitvi je možen naravni vaginalni porod.

ABRUPCIJA PLACENTE

Nastopi, kadar se pravilno ležeča posteljica prične ločevati od podlage. Pogosto za to ni nobenega očitnega sprožilnega dejavnika. Kljub temu poznamo dejavnike, ki lahko pripomorejo k večji incidenci:

- neposredni udarec v trebuh,
- visok krvni tlak, preeklampsija,
- bolezni veziva (lupus, antifosfolipidni sindrom, trombofilija),
- polihidramnij ali oligo / anhidramnij, več plodna nosečnost,
- zaplet pri poskusu zunanjega obrata ploda na glavico pri medenični vstavi ali pri prečni legi.

Krvavitev po odlučenju posteljice je lahko očitna (navzven skozi nožnico) ali skrita. Vsi znaki razen krvavitve so pri slednji enaki ali še bolj izraziti, ker kri za placento povzroči močno povečan pritisk v maternici. Značilna je močna bolečina, občutljivost maternice spremljani z močnimi popadki ali toničnim krčem maternice, nosečnica pa kaže znake prizadetosti zaradi skupnega delovanja bolečine in notranje krvavitve z znaki šoka. Abrupcija placente je nujno stanje! Možnost odmrtja ploda je preko 70%, če ne omogočimo takojšnjega poroda ali carskega reza. Stanje je nevarno tudi za nosečnico, zato je potreben čimprejšnji transport v bolnišnico. Terapija je običajno transfuzija krvi in takojšen porod oziroma carski rez.

NEJASNE KRVAVITVE

V teh primerih je vidna krvavitev iz nožnice, vendar ne moremo identificirati jasnega razloga. Ni mogoče najti ne placente previe niti znakov abrupcije. Krvavitev je običajno blaga ali zmerna ter brez posebnih ukrepov sama preneha brez posledic.

Na splošno velja, naj bi se nosečnicam s takšno krvavitvijo v kasni nosečnosti ne svetovalo podaljševati nosečnost preko porodnega termina. Razlog za takšno prakso je možnost, da bi lahko bila krvavitev posledica manjše abrupcije posteljice, ki se v večjem obsegu lahko kadarkoli ponovi oziroma nadaljuje. Predvideva se tudi, da je funkcija posteljice pri

nosečnicah z abrupcijo manjvredna in posebej po pretečenem porodnem terminu še hitreje odpoveduje kot sicer.

CERVIKALNI POLIP

Cervikalni polip je manjši ali večji izrastek iz kanala materničnega vratu, ki gleda v nožnico in izvira v maternični sluznici. Rašča je praviloma benigna, torej ni rak. Krvavitev se praviloma pojavi ob ali po spolnem odnosu zaradi mehanične poškodbe polipa. Zgodaj v nosečnosti tak polip še lahko odstranimo, če ga pravočasno opazimo, v kasni nosečnosti pa ne več, ker takšna odstranitev lahko povzroči močno in včasih neustavljivo krvavitev. Ob vztrajnem krvavenju, ki povzroča občutno slabokrvnost pa polip lahko odstranimo kadarkoli vendar brezpogojno v bolnišnici.

RAK NA MATERNIČNEM VRATU

Rak na materničnem vratu v nosečnosti je redek, ker se redkeje pojavlja pri mladih. Prej ko se nosečnica pojavi na pregledu zaradi krvavitev, prej ji bo pravilno svetovano. Diagnozo je potrebno potrditi z odščipom tkiva z materničnega vratu in s histološkim pregledom.

V kasni nosečnosti je terapija raka na materničnem vratu nemogoča. Pri odločitvi kako dolgo bomo čakali, moramo biti pripravljeni na kompromis. Pri ugotovljenem raku na materničnem vratu v prvi polovici nosečnost prekinemo v interesu nosečnice, v drugi polovici pa je ukrepanje odvisno od tega, kdaj ga odkrijemo. Če raka odkrijemo pred 24. tednom praviloma ukrepamo podobno kot v prvi polovici, le v primeru izrazite želje po potomstvu ter ob dobrem poznavanju posledic se nosečnica lahko odloči tudi drugače. Po 24. tednu lahko počakamo nekaj tednov ter še pospešimo dozorevanje ploda s kortikosteroidi. Odločitve so od primera do primera individualne. Porod se praviloma opravi s carskim rezom.

LITERATURA

Elektronski vir:

1. Family Practice Notebook.com: <http://www.fpnotebook.com/OB.htm>

Tiskani vir:

1. James R.Scott, Philip J. Disaia, Charles B. Hammond, William N. Spellacy, John D. Gordon: Danforth's Handbook of Obstetrics and Gynecology, Lippincott - Raven, 1996.

PREVOZ NOSEČNICE Z REŠEVALNIM VOZILOM

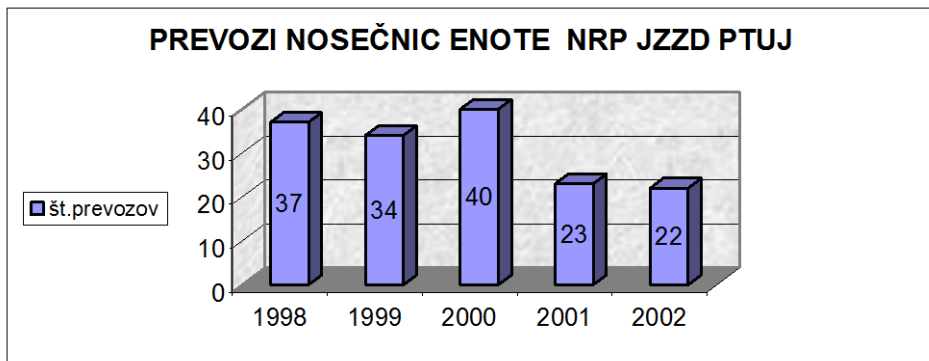
Aleksander Matjašič , ZT
Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj, Služba NMP,
Enota nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov

IZVLEČEK

Prevoz nosečnice oziroma porodnice je prav tako zahteven kot ostali nujni reševalni prevozi. V članku bom prikazal posebnosti prevoza nosečnice z reševalnim vozilom in možne zaplete med samim prevozom. Nosečnost in porod sta dve pomembni obdobji v življenju ženske. Roditi zdravega otroka je želja vsake matere in cilj vsake zdravstvene službe.

UVOD

Iz dokumentacije Službe za nujno medicinsko pomoč, Enote nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov JZ Zdravstvenega doma Ptuj, je razvidno, da v zadnjih letih število prevozov nosečnic oziroma porodnic upada. Izjema je leto 2000, ko je bilo v zadnjem 5-letnem obdobju opravljenih največ prevozov nosečnic.



Graf 1: Prevozi nosečnic v obdobju od 1998 - 2002.

Prevoz nosečnice je poseben prevoz. V primeru nastalih težav rešujemo dve življenji, življenje nosečnice in življenje njenega nerojenega otroka. Zato je zelo pomembno, da smo teoretično in praktično dobro poučeni, saj bomo le tako v primeru zapletov pravilno reagirali.

NAJPOGOSTEJŠE PRIČAKOVANI ZAPLETI IN UKREPI MED PREVOZOM

Preeklampsija

Znamenja preeklampsije so hipertenzija (160/110 in več), edemi, proteinurija, bolečina v epigastriju in glavobol.

Nosečnico s takšnimi simptomi čimprej varno prenesemo v reševalno vozilo. Za prenašanje uporabljamo tako imenovani kardiološki stol ali pa zajemalna nosila.

V vozilu jo položimo na levi bok, pripnemo s pasovi in pokrijemo z odejo. Pomirimo jo in izmerimo vitalne funkcije. Po navodilu zdravnika vzpostavimo I.V. pot in apliciramo kisik. Prevoz naj bo hiter in obziren. Povežemo se s porodnišnico.

Eklampsija ali porodna božjast

Eklampsija je pojav konvulzij (krči) pri nosečnicah, ki niso posledica epilepsije ali možganskega tumorja ali drugega intrakranialnega procesa. Napad se pojavi nenadno in se začne s toničnimi krči. Vse mišičje je močno napeto. Kot se nenadoma začne, se napad tudi nenadoma konča.

Nosečnico položimo na levi bok, jo pripnemo s pasovi in pokrijemo. Ves čas moramo paziti na njeno varnost, da se nebi poškodovala. Po navodilu zdravnika vzpostavimo I.V. pot, dajemo zdravilo in dovajamo kisik. Ves čas smo ob njej in kontroliramo vitalne funkcije.

Prevoz je hiter, vendar obziren. Povežemo se s porodnišnico.

Predčasni razpok mehurja

S svojim umirjenim in strokovnim pristopom si poskušamo pridobiti zaupanje nosečnice in jo pripraviti k sodelovanju.

Zaradi nevarnosti izpada popkovnice, nosečnica ne sme hoditi! V reševalnem vozilu naj leži na levem boku (vena cava!), pripnemo jo z varnostnimi pasovi, pokrijemo in hitro ter varno transportiramo v porodnišnico. Med prevozom jo opazujemo in kontroliramo življenjske funkcije.

Krvavitev iz spolovila

Pri močnejših krvavitvah brez bolečin in če je kri sveža, gre najverjetneje za predležno posteljico (placenta previa). Če pa je trebuh trd, krvavitev v majhnih količinah, kri pa temna, pomislimo na predčasno luščenje posteljice (abrupcija).

Nosečnico pomirimo, leži naj na levem boku z dvignjenim vznožjem. Pred spolovilo ji damo predlogo, noge pa prekrizamo. Po navodilu zdravnika vzpostavimo I.V. pot in dovajamo tekočine (Haes, Haemacel, Fiziološko raztopino, Ringer). Ves čas kontroliramo vitalne funkcije.

Prevoz naj bo hiter. Povežemo se s porodnišnico.

Izpad popkovnice

O izpadu popkovnice govorimo takrat, ko je že počil jajčni mehur in popkovnica izpade mimo vodilnega plodovega dela v porodni kanal. Zaradi tega se lahko prekine cirkulacija, posledica pa je smrt ploda. Do izpada lahko pride pri nepravilni legi ploda, podvržene pa so nosečnice, ki predčasno rodijo in pri večplodni nosečnosti.

Izpadlo popkovicico sterilno narahlo pokrijemo. Nosečnico namestimo v položaj z močno dvignjenim vznožjem (Trendelburgov položaj) ali v kolensko prsni položaj. S tem preprečimo pritisk na izpadlo popkovicico. Po navodilu zdravnika vzpostavimo I.V. pot in apliciramo kisik.

Prevoz je hiter vendar zelo obziren in previden zaradi položaja nosečnice. Povežemo se s porodnišnico, ves čas pa kontroliramo vitalne funkcije.

Patološke lege ploda

Patološke lege ploda opazimo po izpadli nožici ali ročici.

Nosečnico položimo na levi bok, pripnemo s pasovi in čim hitreje transportiramo v porodnišnico s katero se predhodno povežemo. Po navodilu zdravnika vzpostavimo i.v. pot in ves čas merimo vitalne funkcije. Prevoz je nujen.

Nezaželjena nosečnost

To je stanje, ko ima nosečnica zaradi različnih, večkrat nam nepoznanih vzrokov, odklonilen odnos do poroda in otroka. V takšnem primeru je pomembno, da jo s svojim pristopom pomirimo in poskušamo na njo vplivati vzpodbudno.

Prezgodnji in nenaden porod

Ukrepi so predstavljeni že v temi Porod na terenu. Prevoz naj poteka umirjeno in obzirno. Poskrbeti moramo, da je bolniški prostor v reševalnem vozilu dovolj ogret in da sta otrok in mama zavita v toplo odejo. Ves čas prevoza smo z njima. Ker obstaja do poroda posteljice nevarnost krvavitve, ves čas kontroliramo materin trebuh z roko. Povežemo se s porodnišnico.

Prevoz nosečnice poškodovane v prometni nesreči ali po padcu

Tudi v času nosečnosti ali v obdobju tik pred porodom, lahko pride do poškodb nosečnice ali ploda. Najpogostejši vzrok so prometne nesreče ali padci. Reševanje in prevoz pri nosečnicah poteka prav tako, kot pri ostalih poškodovancih. Posebej moramo biti pozorni na položaj nosečnice med prevozom in na stanje šoka, zato nosečnico vedno položimo na levi bok in tako omogočimo boljši pretok krvi v maternico. Zaradi poškodbe se pretok krvi skozi maternico zmanjša prej, kot zaznamo znake šoka pri materi. Zato plod doživi stanje šoka veliko prej. Prav zaradi tega moramo čimprej ukrepati v smislu preprečevanja šoka pri plodu (položaj nosečnice, lajšanje bolečin, dovajanje kisika, nadomeščanje tekočine). Ves čas prevoza spremljamo vitalne funkcije. Prevoz je nujen.

Prevoz in utero

Prevoz in utero je prevoz nosečnice iz porodnišnice sekundarnega nivoja v center terciarnega nivoja. Taka nosečnica potrebuje posebno nego, nadzor in zdravljenje. Lahko pa je pričakovati, da bo njen otrok potreboval intenzivno terapijo in neonatalno nego.

Sam prevoz naj bo varen in hiter, spremstvo pa primerno razlogu za prevoz. Če grozi porod je spremstvo babica, če je ogrožena nosečnica pa porodničar ali anesteziolog. Prevoz je lahko urgenten ali neurgenten, odvisno od ogroženosti.

ZAKLJUČEK

Vsako življenje je dragoceno. Še posebej nas razveseli rojstvo otroka. Zato je hiter in varen prevoz z reševalnim vozilom pomemben dejavnik. Še bolj pomembno pa je, da so reševalci in zdravstveno osebje, ki spremljajo nosečnico, strokovno in praktično usposobljeno. Vsi ti dejavniki pripomorejo k temu, da je rojstvo otroka srečen dogodek.

LITERATURA

1. Pajntar M, Novak - Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana, 1994.
2. Frangež M, Velikonja P. Transport porodnice od doma do porodnišnice. In: Bručan A, Gričar M, eds. Urgentna medicina. Izbrana poglavja 6, Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2000: 567-571.
3. Janžekovič D. Komplikacije v pozni nosečnosti. In: Bručan A, Gričar M, eds. Urgentna medicina. Izbrana poglavja 6, Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2000: 581-586.
4. Velikonja P, Transport porodnice. Transport bolnika /poškodovanca. Zbornik predavanj, september 2000: 33-38.
5. Protokoli prevozov Službe za nujno medicinsko pomoč, enote nujnih reševalnih in sanitetnih prevozov JZ Zdravstvenega doma Ptuj.

Za pomoč in svetovanje pri pisanju prispevka, se zahvaljujem glavni sestri JZ ZD Ptuj Karmen Panikvar Žlahtič, dipl.m.s.

OBRAVNAVA POŠKODOVANE NOSEČNICE

Zuhdija Hajdarević, viš.zdr.teh.
Klinični center Ljubljana, Reševalna postaja

UVOD

Med nosečnostjo nastanejo številne fiziološke, anatomske in biokemične spremembe v organizmu nosečnice, ki zagotavljajo pravilno rast in razvoj ploda, nosečnico pa pripravijo na porod. Spremembe se pojavijo že v petem tednu nosečnosti in popolnoma izzvenijo šele šest mesecev po porodu. Povečana maternica potisne prepono navzgor, zato se zmanjša navpični premer prsnega koša, obseg pa se poveča za 5 - 7 cm. Posledično je izraženo dihanje z prepono. Prekrvavitev tkiv je povečana, tkiva so mehka, edematozna in pordela. Povečani so: dihalni volumen, minutna ventilacija, frekvenca dihanja, poraba kisika ter povečana občutljivost za nenadne motnje delovanja obtočil in dihal.

Najznačilnejša fiziološka sprememba je povečan krvni volumen, ki je najočitnejši med 28 in 34 tednom nosečnosti. Poveča se volumen plazme, volumen eritrocitov, skupno število eritrocitov in količina hemoglobina ter volumen celotne krvi. Hemodilucija in relativna anemija sta posledici povečanega plazemskega volumna. Skladno s trajanjem nosečnosti se povečuje minutni volumen srca, narašča srčna frekvenca in utripni volumen. Sistolični in diastolični krvni tlak se spremenita le minimalno. Povečana maternica pritiska spodnjo veno kavo in aorto ob vretenca hrbtenice. Med 20 in 28 tednom lahko skoraj popolnoma zažme spodnjo veno kavo, če nosečnica leži na hrbtu - »supina položaj«.

Obravnavava poškodovane nosečnice je praviloma enaka kot pri ostalih odraslih poškodovancih, vendar pa zaradi specifičnih anatomske in fizioloških razmer, ki lahko vodijo do drugačnega odziva na poškodbo, zahteva prilagojeno obravnavo.

NAJPOGOSTEJŠI VZROKI POŠKODB V NOSEČNOSTI

- prometne nesreče,
- padci,
- fizično nasilje,
- strelne poškodbe,
- poskus samomora,
- opekline,
- električne poškodbe.

POŠKODBE KI OGROŽAJO NOSEČNICO IN PLOD

- **glava** (zlom lobanjskih kosti, poškodba možganov, intrakranialne krvavitve),
- **prsni koš** (pnevmi in hematotoraks),
- **trebuh** (tope, penetracijske in kompresijske poškodbe),
- **medenica** (zlom medeničnih kosti),
- **hrbtenica** (zlom),
- **stegenica** (zlom).

Poleg poškodb, ki so posledica navedenih vzrokov lahko pri poškodbah pride še do:

- ruptur maternice,
- odlučenja posteljice
- zračne embolije
- embolije z amnijsko tekočino
- poškodbe ploda
- prezgodnjega poroda
- odmrtja ploda

➤ **ruptura maternice**, je posledica poškodbe, ki je skoraj vedno usodna za plod in najpogosteje nastane zaradi naglega zaviranja in direktnega pritiska na trebuh. Klinični znaki so: močna krvavitev, občutljiva asimetrična maternica, tipanje ploda v trebušne votlini skozi trebušno steno, izraženi so znaki šoka.

➤ **odlučenje posteljice** nastane zaradi nenadne deformacije maternice in se kaže kot vaginalna krvavitev, bolečine, krči, otrdela občutljiva

maternica, sprememba plodovih srčnih utripov. Do odmrtnosti ploda prede v 20-35%.

- **poškodbe ploda** najpogosteje nastanejo kot posledica neposrednega udarca v trebuh ali penetrantne poškodbe npr, strelna poškodba, vbodnina. Najpogostejše poškodbe ploda so: glava, intrakranialne krvavitve, zlom dolgih kosti, mehkih tkiv idr.
- **prezgodnji porod**, vendar je plod sposoben preživetja v višji gestacijski dobi (nad 25-26 tednov in teži nad 750 gramov). Nižja gestacijska doba pomeni nižje preživetje.
- **odmrtje ploda** (pri poškodbah z električnim tokom je smrtnost do 73% zaradi velike prevodnosti amnijske tekočine).

Poškodbe ki se pripetijo nosečnici lahko neposredno vplivajo na plod.

PREGLED POŠKODOVANE NOSEČNICE IN UKREPI NA MESTU DOGODKA

Osnovna značilnost predbolnišnične oskrbe je orientacijski pregled in orientacijska ocena stanja poškodovane nosečnice. Ta vključuje tako opazovanje poškodovanke kot opazovanje okoliščin, v kateri je prišlo do nesreče in zajema:

- oceno stanja zavesti;
- oceno dihalne poti in vratne hrbtenice, katere namen je zagotovitev proste dihalne poti in imobilizacijo vratne hrbtenice, kadar narava poškodbe kaže na možnost poškodovanja vratne hrbtenice;
- oceno dihanja, katere namen je zagotoviti zadovoljivo ventilacijo in oksigenacijo. Dajanje kisika je potrebno vsaki poškodovani nosečnici, saj je odločilnega pomena za preprečevanje hipoksije pri nosečnici in plodu;
- oceno krvnega obtoka, ki se izvaja na podlagi kliničnega pregleda, s tipanjem pulza se orientacijsko ocenjuje krvni tlak, če je le mogoče ga je potrebno izmeriti. Hipotenzija pri poškodovanih je navadno posledica krvavitve, zato je pomembno, da izgubo krvnega volumna ocenimo in tudi nadomeščamo. Preprečevanje hipovolemije se pri poškodovani nosečnici mora pričeti še preden je ta očitna, saj

povečan krvni volumen in hemodilucija lahko prikrita pomembno izgubo krvi. Znaki hipovolemičnega šoka se pokažejo lahko šele pri 40% izgubi volumna. V ta namen je potrebno vsaki poškodovani nosečnici vzpostaviti intravensko pot. Od debeline vstavljenе kanile je odvisen pretok tekočine, od pretoka pa čas, ki bo potreben za nadomestitev izgubljenega volumna. Po oskrbi nosečnice se oceni stanje ploda. Ocenjuje se plodove gibe, čvrstost maternice, morebitne kontrakcije, občutljivost maternice, vaginalno krvavitev in plodove srčne utripe.

UČINEK TRAVME NA PLOD

Učinek travme na plod je odvisen od njegove starosti ter tipa in obsega poškodbe. Plod je veliko bolj občutljiv na hipoksijo in hipovolemijo kot nosečnica. Preživetje ploda je odvisno od maternične perfuzije in dovoda kisika. Pri razvitem šokovnem stanju ima plod le 20% možnost preživetja. Prolongirano šokovno stanje je za plod usodno v večini primerov.

PRILAGODITEV POSTOPKOV OSKRBE

Obravnava poškodovane nosečnice, vključno s temeljnimi in dodatnimi postopki oživljanja se razen nekaj prilagoditev v zadnjem trimesečju nosečnosti ne razlikuje od predpisanih ukrepov pri oskrbi odraslih poškodovancev. Osnovni cilj ukrepov je preživetje matere. Da preprečimo vpliv pritiska maternice na zmanjševanje venskega priliva in srčnega minutnega volumna, podložimo nosečnico pod desni bok, tako da se maternica pomakne v levo ali maternico ročno pomikamo v levo. 10% nosečnic razvije znake šoka v supina položaju, vendar je plod ogrožen tudi, če znaki šoka še niso izraženi. Premik maternice popravi cirkulacijo, vendar mora biti vzdrževan ves čas oživljanja in transporta. Ventilacijo in zunanjo srčno masažo ter defibrilacijo izvajamo po običajnih algoritmihi. Kadar se poškodovana nosečnica ne odziva na izvajane temeljne in dodatne postopke oživljanje ter ob ugotovitvi, da je plod sposoben preživetja se priporoča **perimortalni carski rez**. Preživetje ploda je odvisno od prisotnosti usposobljenega osebja in tudi

od časa, ki je potekel od nastanka srčnega zastoja. Čeprav je optimalni čas med nastankom srčnega zastoja in porodom 5 minut, poročajo tudi o preživetju ploda po več kot 20 minutah popolnega srčnega zastoja pri nosečnici.

ZAKLJUČEK

Poškodbe v nosečnosti so posledice različnih mehanizmov. Številne fiziološke, anatomske in biokemične spremembe v organizmu nosečnice lahko prikrijejo patofiziološke procese, obstaja pa tudi visoko tveganje prikritih poškodb. Oskrba poškodovane nosečnice zahteva poznavanje in upoštevanje teh dejavnikov, saj to povečuje možnosti preživetja matere in otroka.

Glavno princip pri oskrbi poškodovane nosečnice pa je **»oživljana mati bo oživljala plod!«**

LITERATURA

1. Hajdarević Z. Pristop k poškodovani nosečnici. V: Urgentna medicina - Izbrana poglavja 6. Ljubljana; Slovensko združenje za urgentno medicino; 2000: 587-91.
2. Starc A. Pristop k politravmatizirani nosečnici. V: Politravma v predbolnišničnem in bolnišničnem okolju. Debeli Rtič; Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev; 2001: 209 - 18.
3. Vlahović D. Oživljanje: Priročnik za študente medicine in zdravnike. Ljubljana: Medicinski razgledi; 1999: 17 - 30.
4. Beljanski Rogan S. Oživljanje in intenzivno zdravljenje nujnih primerov v porodništvu. V: Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije - četrti tečaj. Portorož: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino; 1996: 67 - 85.

POSEBNOSTI PRI IMOBILIZACIJI POŠKODOVANE NOSEČNICE

Branko Kešpert, dipl.zn.
Zdravstveni dom Celje, PHE Celje

UVOD

Veliko poškodb hrbtenice nastane zaradi prometnih poškodb. Pravilno ukrepanje reševalcev na mestu dogodka je za poškodovanca življenjskega pomena. Izbrati je potrebno način, ki je praktičen, enostaven in ne povzroča nepotrebnega spreminjanja lege poškodovanca. Metode, ki jih uporabimo morajo ustrezati vsem vrstam poškodovancev od otrok do odraslih, od poškodovancev s prekomerno telesno težo do nosečnic. Vse poškodovance s sumom na poškodbo hrbtenice je potrebno ustrezno oskrbeti. To pomeni, da najprej s pomočjo primarne ocene stanja poškodovanca identificiramo probleme, ki ogrožajo ali bi lahko ogrozili življenje poškodovanca in jih skušamo odpraviti. Nato poškodovanca v celoti imobiliziramo z ustreznimi pripomočki in v skladu z veljavnimi standardi.

POŠKODBE HRBTENICE V NOSEČNOSTI

Poškodbe v času nosečnosti lahko povzročijo številne zaplete, zato moramo posebno pozornost zraven optimalne oskrbe poškodovane nosečnice posvetiti tudi njeni nosečnosti. Optimalna oskrba se odraža v dobrem dokončnem izidu zdravstvenega stanja matere in ploda. Pogosti vzroki poškodb nosečnic so prometne nezgode, padci in nasilna dejanja. Prometne poškodbe so najpogostejši vzrok smrti nosečnic v večini urbanih naselij v svetu (Weiss).

Čeprav je lahko poškodba hrbtenice ali celo hrbtenjače za nosečnico zelo huda, ni vedno nujno, da škodljivo vpliva na plod. Dejstvo je, da je plod plavajoč v plodovnici dokaj dobro zaščiten pred poškodbami. Manjši zlomi kosti in lobanje so sicer možni, vendar na srečo redki. Večja nevarnost

grozi plodu zaradi poškodb in odziva materinega telesa na poškodbo. Padeč materinega krvnega pritiska z zmanjšanim krvnim volumnom ali hipoksija lahko v prvem trimesečju povzročijo motnje v razvoju ploda in nevrološke okvare v drugem in tretjem tromesečju (Shift). Če je poškodba matere tako težka, da povzroči odlučenje placente, plod običajno umre. Na srečo se večina otrok po poškodbah mater rodi zdravih in brez posledic.

V Sloveniji imamo na voljo veliko dobrih pripomočkov za imobilizacijo hrbtenice, kot so vakuumska blazina, vratne opornice, zajemalna nosila z oporo za glavo, dolga deska in steznik za imobilizacijo hrbtenice pri sedečem poškodovancu in jih lahko s pridom uporabimo tudi pri imobilizaciji nosečnice, pri čemer moramo upoštevati fiziološke in anatomske posebnosti njenega telesa.

IMOBILIZACIJA Z VAKUUMSKO BLAZINO

Poškodovano nosečnico imobiliziramo z vakuumsko blazino po standardnem postopku, ki velja tudi za druge poškodovance. Vakuumska blazina se dobro prilagodi njenemu telesu, nudi tudi dobro stransko oporo in udobnost. Pri nameščanju poškodovanke v vakuumsko blazino pazimo, da zgornji pas na prsnem košu ne pritegnemo premočno. Imobilizacijo zaključimo z nameščanjem imobilizirane nosečnice v položaj z rahlo dvignjeno desno bočno stranjo.

IMOBILIZACIJA Z ZAJEMALNIMI NOSILI IN OPORO ZA GLAVO

Ob sumu na poškodbo hrbtenice pri poškodovanki, ki je visoko noseča so postopki imobilizacije enaki kot pri vseh odraslih poškodovancih. Podobno kot pri poškodbi trebuha namestijo reševalci pasove višje na prsni koš in nižje čez trne medenice. Ko je poškodovanka v celoti imobilizirana na zajemalnih nosilih je potrebno poskrbeti za pravilen položaj nosečnice med prevozom ali čakanjem na prevoz. Zajemalna nosila je potrebno dvigniti na desni strani za 15° - 30° in jih podložiti s svitkom rjuh.

IMOBILIZACIJA Z DOLGO DESKO

Imobilizacija z dolgo desko poteka tako, da desko pripravimo bočno ob poškodovano nosečnico, ki smo ji pred tem namestili vratno opornico. Poškodovanko namestimo na desko s pomočjo štirih reševalcev in uporabo tehnike obračanja na bok v eni osi. Ob upoštevanju anatomskih sprememb je potrebno pasova, ki pritrjujeta trup na desko namestiti višje na prsni koš in nižje čez trne medenice podobno, kot pri zajemalnih nosilih. Po dokončni imobilizaciji dvignemo desno stran deske za 15° - 30°.

IMOBILIZACIJA S STEZNIKOM ZA IMOBILIZACIJO HRBTENICE PRI SEDEČI POŠKODOVANKI

Steznik za imobilizacijo je vsestranski pripomoček namenjen za imobilizacijo hrbtenice v sedečem položaju, še posebej v prometnih nesrečah za varen izvek iz avtomobila. Ob upoštevanju specifičnosti, lahko z njim ustrezno imobiliziramo tudi poškodovano nosečnico.

Ko nameščamo steznik za imobilizacijo na nosečnico, se na oporah za trup prepogneta dva razdelka tako, da je področje trebuha lažje dostopno. Pasove je potrebno nameščati tako, da potekajo pod prsmi in nad trebuhom.

Uporabimo lahko naslednje načine nameščanja pasov:

- uporaba dveh pasov: spodnji pas spnemo na nasprotni strani s srednjim pasom, srednji pas pa na nasprotni strani s spodnjim pasom;
- uporaba treh pasov: srednji pas se spne kot običajno, spodnji pas se spne z zgornjim, zgornji pas pa z spodnjim na nasprotni strani.

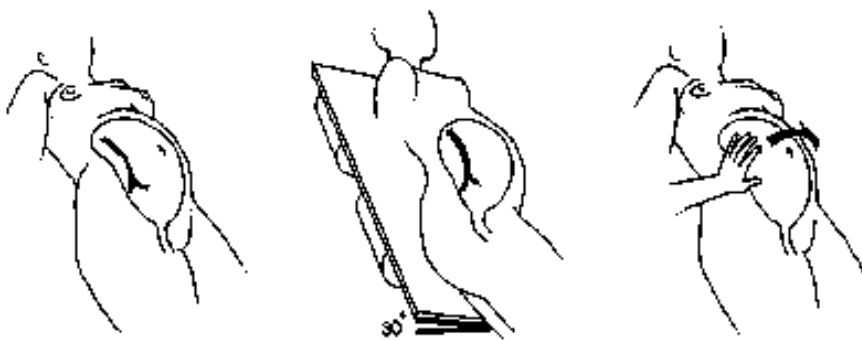
Dokončno imobiliziramo poškodovano nosečnico tako, da jo prenesemo na vakuumsko blazino ali zajemalna nosila.

PRAVILEN POLOŽAJ IMOBILIZIRANE POŠKODOVANE NOSEČNICE

Mehaničen vpliv nosečnosti na hemodinamiko krvnega obtoka je zelo pomemben. V drugi polovici nosečnosti postane maternica osrednja in

delno premakljiva masa, ki lahko zlahka povzroči oviro v obtoku venozne krvi.

Če leži nosečnica na hrbtu povzroči teža povečane maternice s plodom pritisk na spodnjo veno cavo in ovira dotok venske krvi v srce (sindrom spodnje vene cave). Zaradi tega nastane hipotenzija, ki lahko ogrozi normalen dotok krvi k plodu. Najboljša metoda, da odpravimo oz. preprečimo to komplikacijo je, da imobilizirano poškodovano nosečnico obrnemo na levi bok oz. jo skupaj z imobilizacijskim pripomočkom dvignemo in podložimo na desni strani za približno 15° - 30° (Holliman).



Slika 1: Preprečevanje hipotenzivnega sindroma ob hrbtnem položaju nosečnice.

PRIPENJANJE Z VARNOSTNIM PASOM IN NOSEČNOST

Pripenjanje z varnostnim pasom je zakonsko predpisano za vse osebe v osebni vozilu. Veliko vprašanj je glede privezovanja nosečnic. Dokazano je, da lahko uporaba varnostnega pasu v času nosečnosti pomembno zaščiti oba, nosečnico in plod. Raziskave kažejo močno povezanost med uporabo varnostnega pasu ob hujših in lažjih prometnih nezgodah, vrsti poškodb nosečnic in vplivom poškodb na plod (nizka porodna teža, prezgodnji porod)(Wolf). Nosečnice, ki uporabljajo varnostni pas doživijo bistveno manj poškodb na sebi in plodu. Zato se nosečnicam kljub fiziološkim oviram priporoča uporabo varnostnega pasu, ki ga je potrebno primerno prilagoditi in namestiti na njeno telo.



Slika 2: Pravilno pripenjanje nosečnice z varnostnim pasom.

ZAKLJUČEK

Imobilizacija hrbtenice je nepogrešljiva metoda oskrbe poškodovancev s sumom na poškodbo hrbtenice. Čeprav so nam na voljo najsodobnejši pripomočki za njeno izvajanje, pa se doktrine glede indikacij in načina izvedbe med nekaterimi področji v Sloveniji še vedno razlikujejo. Upam, da nam bo kmalu uspelo pridobiti državne standarde o imobilizaciji, katerih temelji so že izoblikovani in s katerimi bodo odpravljene tudi vse dileme o pravilnosti izvedbe postopkov.

LITERATURA

1. Holliman JC. Management of trauma in pregnant patient. V: Urgentna medicina - izbrana poglavja 2. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 1996: 91-96.
2. Kramar J. Steznik za imobilizacijo hrbtenice pri sedečem poškodovancu. V: Uporaba pripomočkov za imobilizacijo in tehnično reševanje v predbolnišničnem okolju. Ig pri Ljubljani: Zbornica zdravstvene nege, Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev, 2002: 115-130.
3. Prestor J. Zajemalna nosila z oporo za glavo. V: Uporaba pripomočkov za imobilizacijo in tehnično reševanje v predbolnišničnem okolju. Ig pri Ljubljani: Zbornica zdravstvene

nege, Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev, 2002: 65-86.

4. Shiff M, Holt V, Daling J. Pregnancy - associated injury hospitalization: maternal and fetal outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol 2001;15(4): A29.
5. Weiss H. Causes of traumatic death during pregnancy. JAMA 2001; 285: 2854-5.
6. Wolf ME, Aleksander BH, Rivara FP. A retrospective cohort study of seatbelt use and pregnancy outcome after a motor vehicle crash. J Trauma 1999 February; 46(2): 241-245.

DOKUMENTACIJA

Primož Velikonja, ZT
Klinični center Ljubljana, Reševalna postaja

UVOD

Kar ni napisano ni storjeno! Ta kratka misel bi lahko bila rdeča nit mojega prispevka.

V ta namen smo na Reševalni postaji Kliničnega centra v Ljubljani s skupnimi močmi oblikovali obrazce (protokole), ki nam služijo za vpisovanje pomembnih podatkov o stanju bolnika / poškodovanca oziroma nosečnice in novorojenčka.

S tem smo izboljšali kvaliteto oskrbe bolnika. V obrazcih so vpisani vsi osnovni podatki o pacientu, opis stanja pacienta in pomembni podatki o opravljenih medicinskih posegih. Iz njih je razviden potek celotne intervencije. Uporabni so v različne statistične in učne namene. Lahko so v veliko pomoč pri nadaljnjem zdravljenju bolnika / poškodovanca v ustrezni ambulanti ali bolnišnici. Danes se večkrat srečamo z različnimi upravičenimi in neupravičenimi pritožbami pacientov ali njihovih svojcev. Takrat ima še tako skromen podatek, ki je vpisan v obrazec, ogromen pomen.

Osnovni obrazec za službo nujne medicinske pomoči, ki ga v Republiki Sloveniji izpolnjujejo zdravniki je »**Protokol nujne intervencije**« (slika 1). Izdalo ga je Ministrstvo za zdravje v okviru projekta nujne medicinske pomoči in velja v celotni Sloveniji. V okviru istega projekta obstajata še druga dva obrazca in sicer »**Protokol predbolnišničnega oživljanja**« in »**Sprejem nujnih intervencij**«. Omenjene obrazce vsi dobro poznamo.

Kljub temu smo na Reševalni postaji Kliničnega centra v Ljubljani razvili še nekatere dodatne obrazce, ki jih uporabljamo za dokumentiranje lastnega dela.

ZAKAJ NOVI PROTOKOLI?

Novi obrazci, ki jih uporabljamo na Reševalni postaji Kliničnega centra v Ljubljani, je bilo potrebno pripraviti, ker obrazci izdani v okviru Projekta NMP v Sloveniji ne zajemajo vseh podatkov, ki so za nas reševalce nujno potrebni in uporabni ali pa jih obravnavajo premalo natančno (npr. časi intervencije, pogoji vožnje, način vožnje...). V omenjenih obrazcih so tudi rubrike, ki jih reševalci ne smemo (ne moremo) izpolnjevati, ker za to nismo pristojni (npr. glavna in ostale diagnoze...).

Vsi protokoli, obravnavani v tem prispevku so potrjeni s strani Strokovnega kolegija zdravstvene nege Kliničnega centra Ljubljana.

POROČILO O REŠEVALNEM PREVOZU

Poročilo o reševalnem prevozu je osnovni in temeljni dokument s katerim na Reševalni postaji Kliničnega centra v Ljubljani evidentiramo naše delo (slika 2). Potrebno ga je izpolniti za vsak reševalni prevoz, razen kadar z reševalnim vozilom vozimo kri ipd.

Kadar gre za nenujni prevoz izpolnimo samo rubrike, ki so osenčene. V primeru poslabšanja stanja bolnika, ali če pri nenujnem prevozu opravljamo dodatne medicinske posege, je protokol potrebno izpolniti v celoti, tako da je vsak naš poseg oziroma intervencija evidentirana.

Izpolnimo ga tudi v primeru odklonitve oskrbe oziroma reševalnega prevoza s predhodnim dogovorom z dispečerjem in z dežurnim zdravnikom iz Splošne nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Ljubljana (zadnja stran protokola, slika 3).

Obrazec vsebuje osnovne podatke o bolniku, opis okoliščin, meritve vitalnih funkcij, opis poškodb (slikovno), stanje zavesti, GCS, medicinsko tehnične posege (oskrba rane, venska pot,..), podatke o ekipi, ki je prevoz opravila, intervencijske čase in še mnogo drugih podatkov.

Na spodnjem delu protokola je prostor kjer vpišemo sprejemno ustanovo, kdo in ob kateri uri je bolnika prevzel. Zabeležimo lahko tudi komentar (opombe) ter na koncu s podpisom potrdimo verodostojnost podatkov.

ODKLONITEV OSKRBE / REŠEVALNEGA PREVOZA

1. O odklonitvi obveščen:

- dispečer Reševalne postaje Kliničnega centra v Ljubljani,
- zdravnik SNMP Ljubljana _____
(ime in priimek)

Navodila zdravnika SNMP:

2. Priče:

1. _____, _____, _____
(ime in priimek) (naslov) (podpis)
2. _____, _____, _____
(ime in priimek) (naslov) (podpis)

3. Izjava:

Spodaj podpisani _____, rojen _____,
(ime in priimek) (datum)
stanujoč _____, pri polni zavesti izjavljam,
(ulica, hišna številka, pošta in kraj)
da sem bil s strani delavcev Reševalne postaje Kliničnega centra v Ljubljani pregledan
na kraju dogodka in seznanjen z vsemi možnimi posledicami za moje zdravje in stroški
v zvezi z intervencijo, ki se lahko pojavijo zaradi moje:

- a) odklonitve prve in nujne medicinske pomoči,
- b) odklonitve reševalnega prevoza.

_____ (kraj in datum) _____ (ura) _____ (podpis)

PROSIMO, PRIPNITE POSNETI EKG NA HRBTNO STRAN PROTOKOLA

Slika 3: Poročilo o reševalnem prevozu (druga stran).

PROTOKOL REŠEVALNEGA PREVOZA NOSEČNICE V PORODNIŠNICO IN PROTOKOL URGENTNEGA PORODA

Na področju dokumentacije prevoza nosečnice, do sedaj v Sloveniji nismo imeli nobenih obrazcev. Obstajata obrazca »Protokol nujne intervencije« ter »Poročilo o reševalnem prevozu«, ki pa za te vrste intervencij nista najbolj primerna.


Prav zato smo se odločili, da naredimo korak naprej in skupaj z prof. Živo Novak Antolič, sva pripravila osnutke iz katerih sta nato nastala obrazca, ki nam služita za vpisovanje podatkov o stanju nosečnice med prevozom in o morebitnem porodu na terenu.

Prvi obrazec, sva poimenovala »**Protokol reševalnega prevoza nosečnice v porodnišnico**« (slika 4). Izpolni se vedno kadar opravljamo reševalni prevoz nosečnice v porodnišnico. Poleg njega moramo vedno izpolniti tudi »**Poročilo o reševalnem prevozu**«.

Zajema osnovne podatke, kot so ime nosečnice, priimek in datum rojstva. V nadaljevanju zabeležimo za katero nosečnost pacientke gre (prva, druga,...), gestacijsko starost, število plodov, ali je bil opravljen UZ med nosečnostjo... Sledi rubrika, kjer vpišemo, ali je prišlo do razpoka mehurja, podatke o plodovih srčnih utripih, popadkih, trajanju popadka, času med popadki in krvavitvi (količinsko). V spodnjem delu protokola je prostor za komentar, podatke o transportnem položaju nosečnice, komplikacijah, ki so se pojavile med prevozom ter ime in priimek sprejemnega zdravnika in babice. Zabeležimo tudi porodnišnico, kamor smo nosečnico odpeljali. Verodostojnost podatkov potrdimo s podpisom.

»**Protokol urgentnega poroda**« (slika 5), izpolnjujemo, kadar je prišlo do poroda na terenu (že pred našim prihodom ali pa v primeru, da smo mi vodili porod na terenu), v predbolnišničnem okolju. Tudi tu moramo vedno izpolniti osnovni protokol »**Poročilo o reševalnem prevozu**«.

Vsebuje osnovne podatke o materi in natančne podatke o otroku (ime in priimek, spol, datum rojstva, čas rojstva. V nadaljevanju si sledijo rubrike način poroda, ocene po Apgarjevi, podatke o morebitnem oživljanju otroka, posegih med oživljanjem, stanju otroka po rojstvu ter podatke o stanju matere. Spodnji del protokola je identičen »**Protokolu reševalnega prevoza nosečnice v porodnišnico**«.

|  PROTOKOL URGENTNEGA PORODA št.: Nº 000962 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|-------|---|---|---|----------------|---------|-------------|-------------|---------|---------|------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|-----------------------------|------------------------------------|---------------|------------|--------------------|--------------------|-------|------------|-------------------------|---------|
| ŠTEVILKA POROČILA O REŠEVALNEM PREVOZU | | DATUM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIIMEK IN IME MATERE | | DATUM ROJSTVA MATERE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDIKACIJA ZA POROD NA TERENU <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da (zakaj? - opiši) | | KRAJ PORODA <input type="checkbox"/> doma <input type="checkbox"/> v reševalnem vozilu <input type="checkbox"/> drugo (opiši) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRISOTNOST OČETA <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da | NAČIN PORODA <input type="checkbox"/> spontani porod <input type="checkbox"/> nenormalni porod | NENORMALNI POROD <input type="checkbox"/> medenična vstava <input type="checkbox"/> ob glavicu zdrknjen ud <input type="checkbox"/> izpadla popkavnica <input type="checkbox"/> večplodna nosečnost | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTROK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIIMEK IN IME OTROKA | | SPOL <input type="checkbox"/> deček <input type="checkbox"/> deklica | DATUM IN ČAS PORODA dan: _____ mesec: _____ leto: _____ ura: _____ min: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ROJSTVO OTROKA <input type="checkbox"/> živorojen <input type="checkbox"/> mrtvorojen <input type="checkbox"/> umre med porodom <input type="checkbox"/> drugo (opiši) | OŽIVLJANJE OTROKA <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da | POSEGI MED OŽIVLJANJEM <input type="checkbox"/> aspiracija <input type="checkbox"/> kisik <input type="checkbox"/> intubacija <input type="checkbox"/> srčna masaža <input type="checkbox"/> defibrilacija | OCENA OTROKA PO APGARJU <input type="checkbox"/> 1 min _____ <input type="checkbox"/> 5 min _____ <input type="checkbox"/> 10 min _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MATI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POSTELJICA <input type="checkbox"/> rojena v celoti <input type="checkbox"/> nejasno <input type="checkbox"/> ni rojena | UTERUS <input type="checkbox"/> dobro kontrahiran <input type="checkbox"/> slabo kontrahiran | KRVAVITEV <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da (opiši) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IME SPREJEMNE USTANOVE | ČAS PRIHODA V USTANOVO ura: _____ min: _____ | SPREJEMNI ZDRAVNIK: _____ SPREJEMNA BABICA: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KOMPLIKACIJE MED PORODOM | | TOČKOVNI SISTEM PO APGARJEVI LESTVICI <table border="1"> <thead> <tr> <th>TOČKE</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FREKVENCA SRCA</td> <td>odsotna</td> <td>< 100 / min</td> <td>> 100 / min</td> </tr> <tr> <td>DIHANJE</td> <td>odsotno</td> <td>posamezni neredni vdih</td> <td>jok, redni vdih</td> </tr> <tr> <td>REFLEKSNA VZDRAŽENOST</td> <td>ni odziva</td> <td>slaba reakcija na dražljaje</td> <td>jok, novorojenček se brani, kašlja</td> </tr> <tr> <td>MISIČNI TONUS</td> <td>ohlapanost</td> <td>slabo krčenje udov</td> <td>dobro krčenje udov</td> </tr> <tr> <td>BARVA</td> <td>modrolebda</td> <td>telo rožnato, udi modri</td> <td>rožnata</td> </tr> </tbody> </table> | | TOČKE | 0 | 1 | 2 | FREKVENCA SRCA | odsotna | < 100 / min | > 100 / min | DIHANJE | odsotno | posamezni neredni vdih | jok, redni vdih | REFLEKSNA VZDRAŽENOST | ni odziva | slaba reakcija na dražljaje | jok, novorojenček se brani, kašlja | MISIČNI TONUS | ohlapanost | slabo krčenje udov | dobro krčenje udov | BARVA | modrolebda | telo rožnato, udi modri | rožnata |
| TOČKE | 0 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FREKVENCA SRCA | odsotna | < 100 / min | > 100 / min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIHANJE | odsotno | posamezni neredni vdih | jok, redni vdih | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFLEKSNA VZDRAŽENOST | ni odziva | slaba reakcija na dražljaje | jok, novorojenček se brani, kašlja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MISIČNI TONUS | ohlapanost | slabo krčenje udov | dobro krčenje udov | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BARVA | modrolebda | telo rožnato, udi modri | rožnata | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KOMENTAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IZPOLNIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

KC št. identa 5503035

Slika 5: Protokol urgentnega poroda.

PRIKAZI PRIMEROV IZ PRAKSE

Porod na terenu, oskrba ter transport novorojenca in porodnice z vidika 1B ekipe nujne medicinske pomoči

Mira Frangež, viš.med.ses.
Zdravstveni dom Ormož

IZVLEČEK

Ne glede na število, je v življenju ženske porod največji dogodek in nanj se je treba pripraviti. Na žalost je pri nas še vedno preveč žensk, ki se na porod ne pripravljajo. Mnogokrat so nepoučene ali pa imajo o nosečnosti in porodu napačno predstavo. Zadrege so neupravičene, saj imamo pri nas že dolgo dobro organizirano službo za varstvo žena, patronažno službo in šolo za starše, kjer se ima vsaka ženska možnost pripraviti se za varno materinstvo.

PRIKAZ PRIMERA

V zdravstvenem domu Ormož, imamo organizirano 1b ekipo nujne medicinske pomoči.

V zasneženem decembrskem dopoldnevu je ob 11.00 uri medicinska sestra v dispečerski službi prejela zelo kratek nujni klic: »Žena rodi, pridite hitro, stanujemo...« Ekipa NMP, zdravnik, zdravstveni tehnik in voznik reševalec, ki je bila za ta dan razpisana v urgenco, je bila takoj obveščena. Sledil je kratek posvet in pregled potrebnega materiala za porod, oskrbo novorojenca in porodnice. Ker pa imamo v isti hiši dispanzer za žene, je v hipu padla odločitev, da zdravnika v ekipo zamenja ginekologinja.

Ob 11.04 se je ekipa z reanimobilom odpravila na teren. Med potjo so sledili ponoven pregled potrebnega materiala, navodila ginekologinje o samem poteku poroda, delitvi dela in intenzivno ogrevanje avtomobila.

Zaradi prisotnosti ginekologinje v ekipi ni bilo čutiti prevelike obremenjenosti ali strahu.

Ekipa je imela podatek, da porodnica rojeva že šestič in da je ob njej mož. Predvidevali so, da se bo porod najverjetneje odvijal zelo hitro zato so se zaradi slabih vremenskih razmer bali, da bodo prispeli prepozno.

Ob 11.25 so kljub zelo slabim vremenskim razmeram prispeli v 12 km oddaljeno vas.

Ob prihodu so našli porodnico na spodnjem ležišču nadstropne postelje, v popolnoma neogreti sobi z eno mizo, kjer so na hitro pripravili prostor za oskrbo novorojenčka. Novorojenček je že ležal materi med nogami v luži krvi, zavrt v »odejico«. Ob dodatni razsvetljavi iz avtomobila, so ob 11.27 v sterilnih pogojih namestili na popkovnico sponke. Sledil je prerez popkovnice, sterilna zaščita obeh delov popkovnice in hitro ogrevanje novorojenčka z ogretim pleničkami. Zdravnica je opravila še oceno po Apgarjevi, ki je bila med 8 in 9. Novorojenček je takoj po ogrevanju postal živahen, lepo rožnat. Dihal je normalno, pulz je bil 130 v minuti. Ovitega v odejico je voznik reševalec prenesel v ogreti avto, kjer je bilo mnogo topleje kot v samem prostoru.

Med tem sta zdravnica in zdravstveni tehnik oskrbela porodnico, ki je bila podhlajena. Ob 11.30 je zdravnica pomagala pri iztisu posteljice, ki se še nekaj časa ni ločila, zato je bila potrebna zunanja masaža maternice. Kmalu nato se je posteljica izločila. Zaradi rahle atonije uterusa, je zdravnica ordinirala Ergothyl amp. 0,2 mg i.m. Posteljica je bila natančno pregledana in spravljena v sterilno kompreso. Porodnici so med noge položili sterilno predlogo, jo ovili v rjuho in odejoter jo leže na hrbtu, s prekrižanimi nogami in z dvignjenim vzglavjem namestili na nosila, zaščitili z varnostnimi pasovi in prenesli v reševalni avto. Zaradi podhladitve so ji vzpostavili še i.v. pot in aplicirali ogreto raztopino NaCl.

Med transportom so ji kontrolirali krvni pritisk, ki je bil 130/90, oksigenacijo, ki je bila 98%, pulz, ki je bil 91 udarcev v minuti, ter krvavitev iz spolovila, ki se je normalizirala.

Med potjo je ves čas močno snežilo, zato so bile razmere na cesti zelo slabe. Zaradi tega je iz varnostnih razlogov novorojenčka večino časa

držal v naročju zdravstveni tehnik, ki je sedel na sedežu, s hrbtom obrnjen v smeri vožnje, ter otroku nudil varno zavetje. Za dobro počutje obeh je pestovala otroka tudi mama. Z vidika varnosti to ni najboljše, ker lahko otrok pri nenadnem zaviranju zdrzne materi iz rok.

Na poti v porodnišnico v Ptuj, jim je voznik reševalec sporočil, da prihajajo. Ob prihodu jih je pričakala ekipa v sestavi zdravnik ginekolog, medicinska sestra babica in medicinska sestra z oddelka za novorojenčke.

Ekipa NMP je, zadovoljna, da se je intervencija dobro končala. Ob 12.25 je ekipi porodnišnice s kratkim poročilom predala porodnico, novorojenčka in v kompresno zavito posteljico.

KOMENTAR

Opisani primer je sicer redek, a zanimiv zaradi ugodnega razpleta v danih okoliščinah, ki so bile zelo zapletene.

Ves čas dogodka je bil prisoten porodničar mož.. Tako sta bili prva in druga porodna doba v njegovih rokah, v zelo neugodnih razmerah. Ker se tudi posteljica še ni porodila in je žena krvavela, je poklical NMP. Zaradi zapletov je ekipa ukrepala v tretji in četrti porodni dobi. Da se je vse dobro končalo, je prav gotovo pripomogla ekipa s svojim strokovnim znanjem in primernim odnosom do porodnice in njenih svojcev.

ZAKLJUČEK

Tako kot v opisanem primeru nas bodo svojci ali nosečnica sama najverjetneje klicali, ko bo prišlo do zapletov. Zato moramo ob klicu biti še posebej pozorni na:

- vsakršno krvavitev iz nožnice ne glede na to kako dolgo traja in kako močna je,
- močne ponavljajoče se glavobole,
- zatekanje obraza, očesnih vek, prstov in stopal,
- zamegljen in nejasen vid ali pikice pred očmi,
- na bolečine v trebuhu ali hrbtu,
- nenehen občutek slabosti ali bruhanje,
- mrzlico in vročino,

- nenadno odtekanje plodovnice,
- zmanjšano izločanje urina,
- občutno zmanjšanje gibanje ploda,
- nenehno boleč, trd občutek v trebuhu ob vaginalni krvavitvi ali brez nje,
- poškodbe doma ali v prometu,
- odklonilni odnos do nosečnosti in poroda.

Naštela sem nekaj najpogostejših zapletov, ki jih lahko pričakujemo v času nosečnosti ali pred porodom. Zato moramo biti o njih dobro poučeni, da bomo, kadar bo potrebno, nosečnico oziroma porodnico in novorojenčka, strokovno, hitro, čustveno in ljubeče oskrbeli ter prepeljali do varnega materinstva.

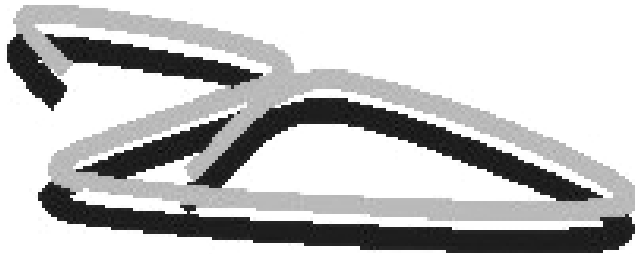
LITERATURA

1. Gričar M., Kavčič S., Kersnik J., Mohor M., Turk K., Vidmar I., Žmavc A., Nujna stanja. Združenje za splošno/družinsko medicino Slovenskega zdravniškega društva. Ljubljana, 2000.
2. Pajtnar M., Novak - Antolič Ž., s sodelavci. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana, 1993.

Za sodelovanje pri pisanju mojega prispevka, se iskreno zahvaljujem sodelavcem iz ekipe NMP, ki je obravnavala opisani primer.

OGLASI


**GLAVNI POKROVITELJ
STROKOVNEGA SEMINARJA
ZDRAVSTVENI DOM PTUJ**



JZ ZDRAVSTVENI DOM PTUJ



Ecolab d.o.o., p.p.1007, Vajngerlova 4, SI-2001 Maribor
www.ecolab.com



*»SREDIŠKO« olje, naravno, zdravo, takšno,
kot ga pomnijo očanci.
Teh pa je v naših krajih, tudi po zaslugi
bučnega olja - precej!*

OLJARNA • Središče ob Dravi

JERUZALEM
ORMOŽ
smehlaj narave

KISLINA



učinkovitejši: zavira izločanje kisline
dolgotrajnejši: zadostuje ena tableta dnevno
enostavnejši: majhno tableto enostavno pogoltnemo



www.lek.si, Lek d. d., Verovškova 57, 1026 Ljubljana

LOWE AVANTA

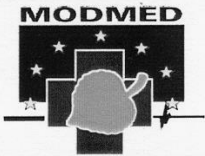
RANITAL® 75
Ustavi kislino in umiri želodec.



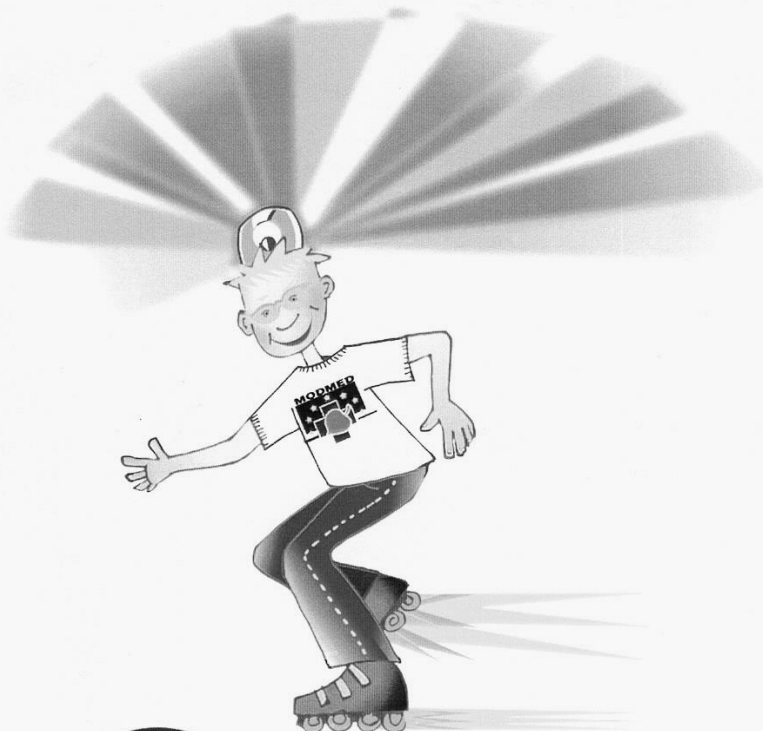
RANITAL 75 vsebuje ranitidin. Pred uporabo natančno preberite navodilo!
O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom.

REŠEVALNA SLUŽBA

MODMED



MODMED d.o.o.
Zagojči 7, 2272 Gorišnica



☎ 743 - 6030

REŠEVALNA SLUŽBA

OBČINA GORIŠNICA



BURNSHIELD®

sterilni obkladki za prvo pomoč pri opeklinah

BURNSHIELD® sterilni obkladki se uporabljajo za **prvo pomoč pri opeklinah 1., 2., in 3. stopnje**. Prepojeni so z gelom na vodni osnovi, so netoksični, ne dražijo rane in ne vsebujejo maščob in olj. Opekline **hladijo, vlažijo, pomirjajo kožo in jo ščitijo pred zunanjo infekcijo**, ponesrečencu pa daje občutek splošnega olajšanja, kar zmanjšuje možnost šoka.

Uporabljajo se pri opeklinah z ognjem, vročino, paro, kemikalijami, elektriko, plinom ter sončnih opeklinah.



Kako BURNSHIELD® zagotovi zaščito?

BURNSHIELD® obkladki so enostavni za uporabo. Položimo jih na opekline, izhlapevanje vode iz obkladka pa **opekline hladi** ter tako **zaustavi njeno prodiranje v globino** ter možnost šoka.

V primeru, da smo **ujeti v ognju**, se pokrijemo z **BURNSHIELD® odejo** preko glave in telesa. Tako smo zaščiteni proti plamenom, vročini in dimu. Z **BURNSHIELD®** odejo pokrijemo gorečo ali opečeno osebo.

Sestava BURNSHIELD® -a:

- 96 % vode
- melaleuca, 1,03 % izvlečka čajevca
- emulzija in konzervansi

Izdelki so registrirani na Ministrstvu za zdravje, skladno z zakonom o zdravilih in medicinskih pripomočkih.

Uvoznik:

Sanolabor, d. d., Leskoškova 4, 1000 Ljubljana

Za dodatne informacije pokličite na tel. št.: 01/585 42 11

ZDRAVSTVENI DOM ORMOŽ





JZ ZDRAVSTVENI DOM PTUJ



OPOMBA: STANOVANJE NI JEKVA STANOVANJE
Ampa določa: potrebne so tudi za obsežnejši izvidni slovesi
Za bolj obsežnejši izvidni so potrebni vsi: informacije

**NUJNA STANJA V GINEKOLOGIJI IN
PORODNIŠTVU TER POROD NA TERENU**

ISBN 961-4424-06-8



9 789610 424066