

ŠEST ZÁSAD ZDRAVOTNÍ PÉČE PODPORUJÍCÍCH NORMÁLNÍ POROD

Zásada zdravotní péče #4: Nepřístupovat rutinně k zákrokům

Těhotná žena na kurzu Lamaze se ptá lektorky: „V televizi to vypadá, že většina žen rodí v posteli, připojená k přístrojům, jako je třeba ten, který hlídá tep miminka. Není teď porod bezpečnější, když máme k dispozici nové technologie?“

Pokroky ve zdravotní péči učinily porod bezpečnějším, obzvláště pro ženy s rizikovým těhotenstvím a předčasně narozené děti. V mnoha nemocnicích jsou ale rutinou porodnické zákroky jako omezení příjmu jídla nebo pití, infuze, elektronické fetální monitorování (EFM), urychlování porodu a epidurální analgezie, které se provádějí u všech žen, i když k nim není zvláštní zdravotní důvod. Výsledky výzkumů však ukazují, že rutinní přístup k zákrokům nečiní porod pro ženy ani děti bezpečnějším. Dokonce platí, že pokud neexistuje pro zákrok jasný zdravotní důvod, zasahování do přirozeného průběhu porodu pravděpodobně nebude prospěšné a ve skutečnosti bude spíše škodlivé.

Omezení příjmu jídla a pití

Je-li ženám dána možnost pít a jíst v průběhu porodu, většina žen ji využije. V nedávné studii amerických žen, které porodily v roce 2005, pouze 40 % při porodu pilo a pouze 15 % v průběhu porodu něco jedlo.¹²

Nemocnice začaly příjem jídla a tekutin omezovat asi před padesáti lety, kdy ženy často rodily pod celkovou anestezií bez ochrany dýchacích cest. V té době lékaři věřili, že hladovění snižuje pravděpodobnost, že se obsah žaludku dostane do plic (dojde k aspiraci), pokud žena pod celkovou anestezií zvrací. Metody anestezie se za posledních padesát let velice změnily. V moderním porodnictví je celková anestezie vzácná, v moderní anestezii je aspirace vzácná, libovolně dlouhé období hladovění nezaručuje prázdný žaludek a čiré tekutiny opouštějí žaludek prakticky okamžitě. Navzdory těmto skutečnostem mnoho poskytovatelů zdravotní péče i nadále omezuje příjem jídla a pití v průběhu normálního porodu.

Klíčové body

- Jakýkoli zákrok v průběhu porodu má možné přínosy i rizika.
- Jsou-li zákroky užívány v průběhu normálního porodu, jsou ženy i jejich děti vystaveny zbytečnému riziku.
- Měla byste si zvolit poskytovatele péče a místo porodu, kde je dostupná plná škála možností péče a kde přistupují k zákrokům pouze ze zdravotních důvodů.

Nedávný přehled studií na toto téma přinesl informaci, že neexistuje důkaz, že by omezení příjmu jídla a tekutin v průběhu normálního porodu bylo prospěšné.¹⁵ Nedávné výzkumné studie ukazují, že jíst a pít v průběhu normálního porodu je bezpečné.^{15,20,26,29}

Na základě nejlepších dostupných důkazů by proto neměl být příjem jídla a tekutin při porodu rutinně omezován.

Americká společnost anesteziologů (*American Society of Anesthesiologists*) a Americké kolegium porodníků a gynekologů (*American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG*) doporučují, aby byly ženám s nízkým rizikem v průběhu porodu podávány čiré tekutiny.³ Americké kolegium sester-porodních asistentek (*American College of Nurse-Midwives*) doporučuje, aby zdravé ženy mohly v průběhu normálního porodu samy určit, zda a co si přejí jíst či pít.¹ Pracovní skupina pro těhotenství a porod Cochrane (*Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*) doporučuje při porodu přijímat snadno stravitelnou potravu a tekutiny.¹³

Použití infuzí

Zavedení nitrožilních tekutin (infuze) je rutinně využíváno k prevenci dehydratace u žen, které nesmějí jíst ani pít, a k umožnění rychlého přístupu do žíly v případě nutnosti. Vědci však zpochybňují potřebu infuzí u všech žen.^{8,15} Život ohrožující situace jsou u rodících žen s nízkým rizikem vzácné. Infuze také nejsou bez rizika: neposkytují ideálně vyváženou výživu či energii, kterou poskytuje jídlo a pití, pro některé ženy jsou infuze bolestivé a stresující a infuze ztěžují ženám změnu pozice a volný pohyb. Podle Pracovní skupiny pro těhotenství a porod Cochrane, respektovaného celosvětového zdroje poznatků o péči založené na výsledcích vědeckých výzkumů, rutinní použití infuzí není ve většině případů prospěšné.¹³ Neexistují studie, které by dokázaly, že rutinní připojení rodících žen s nízkým rizikem k infuzi je prevencí špatných výsledků porodu.^{13,15}

Pokud je váš porod vyvoláván nebo urychlován, máte epidurál, potřebujete nitrožilně podávané léky jako například antibiotika nebo z různých dalších důvodů nemůžete jíst či pít, budete potřebovat infuzi.

Kontinuální elektronické fetální monitorování

Tepová frekvence srdce vašeho miminka může být monitorována buď poslechem pomocí Dopplerova přístroje nebo stetoskopu (auskultace), nebo elektronickým fetálním monitorováním (EFM). Elektronické fetální monitorování může být prováděno buď intermitentně (v předem stanovených intervalech) nebo kontinuálně (nepřetržitě). Příkladem intermitentního EFM je, máte-li monitor připojen každou hodinu během porodu po dvacet minut, a po zbývajících dvacet minut odpojen. Když je monitor odpojen, můžete se volně pohybovat a využívat úlevových opatření jako pobyt ve vaně nebo ve sprše. Kontinuální EFM omezuje vaši možnost pohybovat se a měnit pozice a v mnoha nemocnicích bude vyžadováno, abyste zůstala na lůžku. Široká škála úlevových prostředků, jako například využití sprchy, vany či gymnastického míče, může být při kontinuálním monitorování dostupná jen omezeně.

Intermitentní auskultace (naslouchání) Dopplerovým přístrojem je nejméně omezující a při normálním porodu bezpečná metoda. Při intermitentní auskultaci můžete být v průběhu porodu obvykle v jakékoli vám pohodlné pozici, zatímco sestra či porodní asistentka naslouchá srdečnímu tepu miminka – každých patnáct minut v aktivní fázi první doby porodní a každých pět minut v druhé době porodní.⁴

Studie porovnávající intermitentní auskultaci s EFM říkají, že kontinuální EFM zvyšuje počet intervencí při porodu a zvyšuje riziko císařského řezu a instrumentálního vaginálního porodu (s použitím kleští či vakuového extraktoru). Výsledky výzkumů ale naznačují, že děti narozené po porodu, který byl kontinuálně monitorován, nejsou o nic zdravější než ty narozené po porodu, kde byla použita intermitentní auskultace.^{15,27} Z těchto důvodů říkají ACOG a Sdružení zdravotních sester působících v gynekologii, porodnictví a neonatologii (*Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*), že zdravé ženy bez zdravotních komplikací mohou být monitorovány intermitentní auskultací nebo EFM.^{4,7} ACOG dokonce doporučuje používání intermitentní auskultace namísto EFM jako způsob, jak bezpečně snížit počet císařských řezů.²

Promluvte si se svým poskytovatelem zdravotní péče o možnosti využití auskultace nebo intermitentního EFM namísto kontinuálního EFM. Pokud však máte zdravotní komplikace, váš porod je uměle vyvoláván nebo urychlován, máte epidurál anebo dojde v průběhu porodu ke komplikacím, budete potřebovat kontinuální EFM.

Urychlování porodu: Umělé protržení vaku blan a medikamentózní urychlování porodu

Urychlení porodu zní zajímavě, ale zasahování do tempa a délky porodu bez opodstatnění většinou nebývá prospěšné.¹³ Každý porod je jedinečný a zasahuje do něj řada faktorů, včetně velikosti a polohy miminka, možnosti rodící ženy volně se pohybovat, ženiny sebedůvěry a podpory, které se jí během porodu dostane. Protržení vaku blan může porod zkrátit, ale má svá rizika.^{13,15} Vak blan, který obklopuje miminko, jej chrání před infekcí a tlakem, kterému je při průchodu porodním kanálem vystaveno. Pokud zdravotník protře vaku blan na začátku porodu, má žena podle toho, co naznačuje výzkum, zvýšené riziko císařského řezu.¹⁴ Protože delší doba od protržení vaku blan se spojuje se zvýšeným rizikem infekce pro matku i dítě, po prasknutí plodové vody začnou doslova odtíkat hodiny. Pokud porod po protržení vaku blan nepostupuje, poskytovatel zdravotní péče může navrhnout použití umělého oxytocinu, aby se porod uspil.

Při normálním porodu je oxytocin uvolňován v mozku. Když je jeho hladina vysoká, začnou se uvolňovat endorfíny. Endorfíny, hormony přirozeně snižující vnímání bolesti, pomáhají ženě snášet bolest spojenou s porodem. Oxytocin uměle podávaný infuzí ale nedosáhne mozku, takže se endorfíny, jež zmenšují bolest, nemohou uvolňovat.

Umělý oxytocin mění porod i v jiných ohledech. Kontrakce jsou silnější, delší a často i bolestivější. Při užití umělého oxytocinu potřebuje žena i další zákroky, včetně infuze a kontinuálního EFM. Dostanou-li ženy oxytocin v podobě infuze, musejí obvykle ležet na lůžku a nemohou využít úlevy plynoucí z volného pohybu, vany s teplou vodou nebo sprchy. Silnější kontrakce, absence endorfinů a nemožnost využít úlevových opatření zvyšují pravděpodobnost, že bude žena potřebovat epidurál.

Pracovní skupina pro porod a těhotenství Cochrane uvádí, že „pro značnou část žen, jejichž porod je podle názoru lékařů nezbytné urychlit, může být přinejmenším stejně efektivní a zcela jistě příjemnější možnost volně se pohybovat a jíst a pít, jak se jim zachce“.¹³ Výzkum naznačuje, že protržení vaku blan a použití oxytocinu pro urychlení porodu by mělo být vyhrazeno pro ženy, jejichž porod skutečně postupuje abnormálně.¹⁴ Žádný z těchto zákroků by neměl být použit rutinně anebo bez zdravotních důvodů.

Epidurální analgezie

Většina žen se obává porodních bolestí a s úlevou sáhnou po prostředcích na tišení bolesti, zvláště jsou-li tak účinné jako epidurály, anebo pokud omezení daná nemocnicí znemožňují zvládnout bolest při kontrakcích bez medikace. V některých nemocnicích využívá epidurál při porodu více než 90 % žen. V nedávné studii rodičích žen ve Spojených státech uvedlo 76 % žen, které rodily vaginálně, že měly epidurál.¹² V předchozí studii si až 41 % žen, které měly při porodu zaveden epidurál, nebylo vědomo možných vedlejších účinků této metody.¹¹

Protože epidurál vede k uvolnění svalového dna pánevního, může miminku trvat déle, než správně dorotuje a sestoupí porodními cestami, a stoupá riziko, že dítě uvízne v pozici (v tzv. zadním postavení), která výrazně zvyšuje pravděpodobnost císařského řezu.²¹ Chybějící pocit bolesti může ovlivnit přirozené uvolňování oxytocinu a může vést k tomu, že bude nutné zavést oxytocinovou infuzi. Látky zaváděné epidurálem mohou vést k poklesu krevního tlaku, takže budete potřebovat infuzi před zavedením epidurálu i v jeho průběhu. Nižší krevní tlak může způsobit pokles v přívodu krve (a kyslíku) k miminku, takže máte-li epidurál, potřebujete kontinuální EFM. Některé ženy necítí se zavedeným epidurálem, kdy potřebují močit, takže je možnost, že vám bude třeba k vyprázdnění močového měchýře zavést cévku.

Změny v tom, jak porod probíhá, a intervence nezbytné ke sledování, prevenci a zvládnutí vedlejších účinků epidurálu připravují půdu pro řadu možných komplikací. Studie ukazují, že epidurály jsou spojeny s nižším výskytem spontánních vaginálních porodů, vyšším výskytem operativních porodů (vakuovou extrakcí nebo kleštěmi) a delšími porody, obzvláště u prvorodiček. Studie také říkají, že ženy s epidurály mají větší pravděpodobnost, že se u nich v průběhu porodu objeví horečka, takže pak jejich narozené děti musejí být vyšetřovány a léčeny z důvodu možné infekce, a proto jsou po

porodu odděleny od svých matek.²² Existují důkazy, že použití epidurálu, obzvláště u pak prvorodiček, může zvýšit pravděpodobnost císařského řezu.²²

Léky podávané epidurálem mají vliv na dítě. Novorozené děti žen, které mají určitý typ epidurálů (kdy jim jsou podána i narkotika), mají v prvních hodinách, dnech a týdnech po porodu více problémů s kojením.^{9,17,22,23,24,28}

Je rozumné pečlivě zvážit rizika a přínosy použití epidurálu, ještě než se sama rozhodnete. Každý porod je jedinečný. Pokud je váš porod obzvláště dlouhý a jste příliš unavená, epidurál vám poskytne chvíli na oddech, která vám může pomoci. K epidurálu může existovat zdravotní důvod (například pokud potřebujete císařský řez). Pokud se můžete volně pohybovat a máte podporu k tomu, abyste mohla najít úlevu různými způsoby, je menší pravděpodobnost, že budete potřebovat epidurál, že ho budete potřebovat v rané fázi porodu anebo že budete potřebovat medikaci. Malá dávka epidurálu nebo jeho využití v pozdější fázi porodu může snížit pravděpodobnost vedlejších účinků.

Epiziotomie

Až donedávna se epiziotomie (nástřih hráze, oblasti mezi pochvou a konečníkem, za účelem zvětšení poševního východu během tlačení) prováděla ve Spojených státech rutinně. Z žen rodících v USA v roce 2005 bylo nastřiženo 25 %, což je značný pokles ve srovnání s dobou před deseti lety.¹² Tento pokles podnítily výsledky studií, které naznačovaly, že rutinní nebo časté užívání epiziotomie je škodlivé. Procento provedených epiziotomií je však stále příliš vysoké, zvláště u žen, které rodí poprvé.

Neexistují důkazy o tom, že epiziotomie může snížit riziko poranění hráze, usnadnit hojení hráze, zabránit porodním poranění dětí nebo snížit riziko inkontinence v budoucnosti (inkontinence je nechtěný únik moči či stolice). Zato se však epiziotomie dává do spojení s *častějším* výskytem bolesti, problémů v sexuální sféře a inkontinence po porodu.^{15,16,18,25} Kromě toho provedení epiziotomie pro „prevenci“ natržení, které podle zdravotníka hrozí, způsobí ve skutečnosti natržení větší.¹⁰ Procento epiziotomií lze bezpečně snížit na 10 % či ještě méně.¹⁵

Doporučení Lamaze International

Lamaze International doporučuje, aby se k omezením příjmu jídla a pití a zákrokům jako infuze, kontinuální EFM, umělé protržení vaku blan, urychlování porodu, epidurály a pak epiziotomie, přistupovalo pouze ze zdravotních důvodů. Pokud zdravotník zasahuje do normálního postupu porodu, měly by vždy existovat důkazy, že jím prováděný zákrok bude s větší pravděpodobností prospěšný, spíše než škodlivý. Lamaze International vám radí, abyste důvěřovala své schopnosti porodit bez rutinních zákroků či omezení. Lamaze International vám také doporučuje, abyste si zvolila poskytovatele zdravotní péče a místo

porodu, kde budete moci vybírat z plné škály možností péče a kde přistupují k zákrokům pouze ze zdravotních důvodů.

Autoři

Šest zásad zdravotní péče bylo původně vypracováno v roce 2003 organizací Lamaze International. Hlavními autorkami první verze *Zásady zdravotní péče #4* byly Judith Lothian, PhD, RN, LCCE, FACCE, Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE, a Jeannette Crenshaw, RN, MSN, IBCLC, LCCE, FACCE. K první verzi *Zásady zdravotní péče #4* přispěly či ji revidovaly tyto členky Vzdělávací rady Lamaze International:

- Diana Chiaverini, RN, MEd, LCCE, FACCE
- Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE
- Caroline Donahue, RN, MA, LCCE, FACCE
- Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE

Verzi *Zásady zdravotní péče #4* z května 2007 revidovaly a aktualizovaly Judith Lothian, PhD, RN, LCCE, FACCE, Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE, a Jeannette Crenshaw, RN, MSN, IBCLC, LCCE, FACCE, a editovala Amy M. Romano, MSN, CNM.

Literatura

1. American College of Nurse-Midwives. (2000). Intrapartum nutrition. *Clinical Bulletin*, 3. Washington, DC: ACNM.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2000). Evaluation of cesarean delivery. Washington, DC: ACOG.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2002). ACOG practice bulletin: Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstetrics and Gynecology*, 100(1), 177–191.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2005). ACOG practice bulletin: Intrapartum fetal heart rate monitoring. *Obstetrics and Gynecology*, 106(6), 1453–1460.
5. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. (2007). Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*, 104(4), 843–863.
6. Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4: CD000331.
7. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2000). *Fetal heart rate monitoring principles and practices*. Washington, DC: AWHONN.
8. Begum, M. Sengupta, B., Chattopadhyay, S., Thornton, J., & Sengupta, P. (1999). Fluid management in labour. In P. Sengupta (Ed.), *Obstetrics for postgraduates and practitioners* (pp. 442–451). New Delhi, India: BI Churchill Livingstone Pvt. Ltd.

9. Beilin, Y., Bodian, C., Weiser, J., Hossain, S., Arnold, I., Feirman, D., et al. (2005). Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. *Anesthesiology*, *103*(6), 1211–1217.
10. Dannecker, C., Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Hepp, H., & Anthuber, C. (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: Randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *83*(4), 364–368.
11. Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association (now, Childbirth Connection).
12. Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.
13. Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
14. Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (1999). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*: CD000015.F
15. Goer, H., Leslie, M. S., & Romano, A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education*, *16*(Suppl. 1), 32S–64S.
16. Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, *293*(17), 2141–2148.
17. Jordan, S., Emery, S., Bradshaw, C., Watkins, A., & Friswell, W. (2005). The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *112*(7), 927–934.
18. Klein, M. C. (2006). Epidural analgesia: Does it or doesn't it? *Birth*, *33*(1), 74–76.
19. Klein, M., Gauthier, R., Robbins, J., Kaczorowski, J., Jorgensen, S., Franco, E., et al. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *171*(3), 591–598.
20. Kubli, M., Scrutton, M. J., Seed, P. T., & O'Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic "sports drinks" during labor. *Anesthesia and Analgesia*, *94*(2), 404–408.
21. Lieberman, E., Davidson, K., Lee-Parritz, A., & Shearer, E. (2005). Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstetrics & Gynecology*, *105*(5, Part 1), 974–982.
22. Lieberman, E., & O'Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *186*(Suppl. 5), S31–S68.

23. Radzyminski, S. (2003). The effect of ultra low dose epidural analgesia on newborn breastfeeding behaviors. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(3), 322–331.
24. Radzyminski, S. (2005). Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 335–341.
25. Renfrew, M., Hannah, W., Albers, L., & Floyd, E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth*, 25(3), 143–160.
26. Scrutton, M. J., Metcalfe, G. A., Lowy, C., Seed, P., & O’Sullivan, G. (1999). Eating in labour: A randomized controlled trial assessing the risk and benefits. *Anesthesia*, 54(4), 329–334.
27. Thacker, S. B., & Stroup, D. F. (2001). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database Systematic Review* (2): CD000063.
28. Torvaldsen, S., Roberts, C., Simpson, J., Thompson, J., & Ellwood, D. (2006). Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 1:24. Retrieved May 31, 2007, from www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/24
29. Tranmer, J. E., Hodnett, E. D., Hannah, M. E., & Stevens, B. J. (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 319–328.

Překlad do českého jazyka zajistilo na základě minigrantu poskytnutého Lamaze Institute for Normal Birth občanské sdružení **Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství**; www.aperio.cz