PRIMALJSKA SKRB KOD HITNIH STANJA U PORODU

Matijaš, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:487246

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Ivana Mimica

PRIMALJSKA SKRB KOD HITNIH STANJA U PORODU

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Ivana Mimica

PRIMALJSKA SKRB KOD HITNIH STANJA U PORODU

Završni rad

Mentor:

Deana Švaljug, prof.

Split, 2014.

SADRŽAJ:

1. UVOD 1

1.1. KRVARENJA U RANOJ TRUDNOĆI 1

1.2. KRVARENJA U KASNOJ TRUDNOĆI 2

1.3. ABRUPCIJA POSTELJICE 3

1.3.1.SUBJEKTIVNI SIMPTOMI 4

1.3.2. OBJEKTIVNI SIMPTOMI 4

1.4. KOMPLIKACIJE KOD MAJKE 5

1.5. KOMPLIKACIJE KOD DJETETA 5

1.6. PLACENTA PREVIJA 6

1.7. ULOGA PRIMALJE U ZBRINJAVANJU TRUDNICE S PLACENTOM PREVIJOM 7

1.8. *PLACENTA ACCRETA, INCRETA, PERCRETA* (PRIRASLA, URASLA, PRORASLA POSTELJICA) 8

1.9. OZLJEDE MEKIH ČESTI 9

2. CILJ RADA 11

3. RASPRAVA 12

4. ZAKLJUČAK 14

5. SAŽETAK 15

6. SUMMARY 16

7. ŽIVOTOPIS 17

8. LITERATURA 18

1. UVOD

Porodništvo je grana medicinske znanosti koja proučava i obavlja zdravstvenu zaštitu majke i djeteta tijekom trudnoće, porođaja i babinja. Hitna stanja u porodništvu podrazumijevaju stanja opasna po život majke i djeteta, počevši od samog početka trudnoće, tijekom trudnoće, u porođaju i u razdoblju babinja. Komplikacije vezane uz trudnoću, porođaj i babinje među značajnim su uzrocima maternalnog i perinatalnog morbiditeta i mortaliteta. Odgovarajuća skrb, pravodobno prepoznavanje i liječenje hitnih stanja mjere su kojima se može utjecati na preživljavanje i kvalitetu života majke i djeteta i stoga su danas od prioritetnog značaja za procjenu sigurnog majčinstva. Uloga primalje kod hitnih stanja u porodu je vrlo važna, jer je upravo primalja ta koja prva dolazi u kontakt s rodiljom te je važno da na vrijeme uoči nepravilnosti, pravilno intervenira i na vrijeme upozori nadležnog liječnika. Simptomi koji karakteriziraju hitna stanja u porodništvu su krvarenje, koje može biti vaginalno, intrauterino i intraabdominalno, zatim bol, poremećaj svijesti i toničko-klonički grčevi. Najčešća hitna stanja kod kojih postoji obilno krvarenje su placenta previja, abrupcija placente i ruptura uterusa (1).

1.1. KRVARENJA U RANOJ TRUDNOĆI

U prvoj polovini trudnoće važno je isključiti izvanmaterničnu trudnoću. S obzirom na slične simptome, diferencijalnodijagnostički treba misliti na apendicitis, salpingitis, endometriozu, rupturu ili torziju ovarijske ciste. Žene s izvanmaterničnom trudnoćom često su nesigurne glede datuma svoje posljednje mjesečnice, opisuju promjene u menstruacijskom ciklusu i obilnost krvarenja posljednja dva do tri mjeseca, pa su zbog toga potrebna precizna pitanja. Detaljna je anamneza važna da bi se identificirali rizični čimbenici za ektopičnu trudnoću. U tablici 1. prikazana je diferencijalna dijagnoza krvarenja u trudnica u prvoj polovini trudnoće (2).

TABLICA 1. Etiologija krvarenja u ranoj trudnoći

Krvarenje u ranoj trudnoći nastaje:
• pri izvanmaterničnoj trudnoći • pri pobačaju • pri trofoblastičnoj bolesti

1.2. KRVARENJA U KASNOJ TRUDNOĆI

Vaginalno krvarenje u drugoj polovini trudnoče ugrožava i trudnicu i čedo, a javlja se u 2 do 5 % trudnoća. Majku ugrožava akutno krvarenje i operacijsko dovršenje porođaja, a čedo je ugroženo uteroplacentnom insuficijencijom i/ili prijevremenim porođajem. Praćenje hemodinamskog stanja trudnice, utvrđivanje uzroka krvarenja i pravovremena intervencija su od vitalnog značaja. Najčešći razlog krvarenja je abrupcija posteljice (30 % trudnoća), zatim placenta previja (20 % trudnoća) te ostali uzroci. Među ostale uzroke spadaju: cervicitis, cervikalni polip, cervikalni karcinom, trauma, ruptura uterusa, vulvovaginalni varikoziteti, genitalne infekcije, hematurija i vaza previja. U oko 45 % slučajeva uzrok je nepoznat. U tablici broj 2. prikazana je etiologija krvarenja u drugoj polovini trudnoće (2).

TABLICA 2. Etiologija krvarenja u drugoj polovini trudnoće

Etiologija krvarenja u kasnoj trudnoći: • nepoznata u 45% slučajeva • abrupcija placente u 30% slučajeva • placenta previja u 20% slučajeva
Drugo, uključujući: • cervikalni polip • karcinom cerviksa • varikse vagine • kolpitis • rupturu uterusa

Abrupcija posteljice je prijevremeno odljuštenje normalnog sijela posteljice nakon 20. tjedna trudnoće, a prije rođenja djeteta. Riječ je o najčešćem uzroku opstetričkih koagulopatija. Što je veća površina abrupcije i retroplacentnoga krvarenja, veća je vjerojatnost nastanka koagulopatije. Procjenjuje se da nastaje u jednom na 200 porođaja. Teško krvarenje je životno ugrožavajuće stanje i za fetus i za majku. Perinatalni mortalitet iznosi 300 na 1 000 trudnoća kompliciranih abrupcijom posteljice, a više od polovine slučajeva fetalne smrti posljedica je smrti ploda in utero, koje nastupa prije dolaska majke u bolnicu (3).

Odvajanje posteljice izaziva krvarenje na rodnicu, u amnijsku šupljinu ili retroplacentno uz stvaranje ugruška. Krvarenje potječe iz maternalnih krvnih žila.Vidljivo krvarenje nije mjerilo ukupnog gubitka krvi i težine opstetričke koagulopatije.

Postoje rizični čimbenici za abrupciju posteljice i mogu biti maternalni ili fetalni. Rizični čimbenici su: hipertenzija, trauma, pušenje, uzimanje droge, alkohola, kratka pupkovina, polihidramnij, prijašnja abrupcija, nagla dekompresija prerastegnutog uterusa, anomalije uterusa i tumori, antifosfolipidni sindrom, manjak folata, neobjašnjivi porast AFP-a i trombofilija.

Klinički se obično prezentira abdominalnom boli kao prvim simptomom, općim lošim stanjem, osjećajem straha, nesvjesticom, mračenjem pred očima, pomanjkanjem zraka i ne osjećanjem pokreta ploda. Tipično simptomi nastupaju naglo, trudnica odaje dojam teško bolesne osobe i obično krvari na vaginu. Uterus je osjetljiv na palpaciju, postaje tvrd i prisutan je hipertonus muskulature trbušne stjenke. Kardiotokografski nalaze se znakovi fetalnog distresa koji nerijetko prethodi intrauterinoj smrti ploda. Bolesnice mogu biti u hipovolemijskom šoku i vitalno ugrožene.

Dijagnoza abrupcije posteljice temelji se na kliničkoj slici, a potvrđuje se ultrazvučnim pregledom. U ranoj trudnoći krvarenje je između ovoja i stjenke maternice, a kasnije se hematom nalazi između posteljice i zida stijenke maternice. Proporcionalno porastu površine hematoma raste i perinatalna smrtnost. Opstetrički postupak kod abrupcije posteljice ovisan je o gestacijskoj dobi i kliničkoj slici trudnice, odnosno nalazu koagulacijskih poremećaja.
Trudnicu s (vaginalnim) krvarenjem ili nejasnom abdominalnom boli treba hospitalizirati te kardiotokografski nadzirati stanje fetusa.

Kod težih kliničkih slika, kada je ugroženo stanje trudnice, nužno je hitno završiti trudnoću, najčešće carskim rezom. Kod lakših kliničkih slika, manjih zona krvarenja i niže gestacijske dobi provodi se intenzivno liječenje, uz intenzivan nadzor majke i djeteta.

Najozbiljnije komplikacije abrupcije posteljice su hemoragični šok, akutno bubrežno zatajenje, apopleksija uterusa i DIK (4).

Dva su moguća smjera krvarenja:

a) KRVARENJE PREMA UNUTRA – krv se nakuplja u prostoru između odljuštenih dijelova posteljice i unutrašnje stjenke uterusa. Stvara se hematom iza posteljice – retoplacentarni hematom.
b) KRVARENJE PREMA UNUTRA I PREMA VAN – kada se ne odljušćuju samo centralni nego i rubni dijelovi posteljice. Krv si pravi put između plodovih ovoja i stjenke uterusa te istječe kroz cervikalni kanal i rodnicu prema van. Većinom su ta krvarenja oskudna i nisu mjerilo za ukupni gubitak krvi. Krvarenje kod abrupcije posteljice je prije svega unutrašnje.

1.2.1. SUBJEKTIVNI SIMPTOMI

- BOL – najčešće prvi simptom. Pacijentice ga opisuju kao naglu, jaku, oštru bol u donjem dijelu trbuha
- OPĆE LOŠE STANJE –vrtoglavica, „mračenje“ pred očima, pomanjkanje zraka, osjećaj straha, nesvjestica, često prisutna punoća i napetost trbuha
- TRUDNICA VIŠE NE OSJEĆA MICANJE DJETETA – trudnice često imaju taj osjećaj, kojem prethode ranije opisani simptomi.

1.2.2. OBJEKTIVNI SIMPTOMI

- KRVARENJE – iz rodnice. U većini je slučajeva oskudno. Jako vaginalno krvarenje kod abrupcije posteljice općenito je rijetko. U 20% - 30% slučajeva trudnice ne krvare prema van, nego samo unutra, između stjenke maternice i posteljice.
- ŠOK – izrazito blijedilo, ubrzan i slabo punjen puls, pad krvnog tlaka
- TVRD I NAPET TRBUH - poput „daske“, stanje trajne kontrakcije (također kada nije bilo nikakvih trudova). Napetost je uzrokovana količinom krvi koja raste između stijenke uterusa i placente.
- NA PRITISAK BOLAN I OSJETLJIV UTERUS – često u tolikoj mjeri da je nemoguća vanjska pretraga. Uzrok tome je jako rastegnuta seroza uterusa
- KČS – ubrzani ili usporeni, često i nečujni.

Ove sve pojave mogu u potpunosti izostati ili su tek naznačene ako je površina odljuštene posteljice mala. Takva će se abrupcija posteljice prepoznati tek nakon poroda posteljice, gdje će na mjestu ranijeg odljuštenja postojati udubljenje s prijanjajućim ugruščima krvi. Opstetrički postupak kod abrupcije posteljice ovisan je o gestacijskoj dobi i kliničkoj slici trudnice, odnosno laboratorijskih nalaza koagulacijskih čimbenika (5).

1.3. KOMPLIKACIJE KOD MAJKE

- Hemoragični šok
- DIK
- Ruptura uterusa
- Ishemična nekroza bubrega i jetre
- Akutna bubrežna insuficijencija

1.4. KOMPLIKACIJE KOD DJETETA

- Hipoksija
- Anemija
- Oštećenje CNS-a
- Smrt

Terapija je usmjerena prema dovršenju trudnoće, borbi protiv šoka, krvarenja i korekciji poremećene koagulacije. Kod težih kliničkih slika, kada je ugroženo stanje trudnice, nužno je hitno, najčešće carsim rezom dovršiti trudnoću bez obzira na stanje djeteta. Kod lakših kliničkih slika, manjih zona krvarenja i niže gestacijske dobi provodi se intezivno liječenje uz intezivan nadzor.

Krvarenje uzrokovano abrupcijom posteljice uzrokuje visoku perinatalnu smrtnost pa je nužna brza i rana dijagnostika uz hitno dovršenje poroda. Nakon abrupcije posteljice nastupa fetomaternalno krvarenje pa sve trudnice trebaju unutar 72 sata dobiti anti-D imunoglobulin (4).

1.5. PLACENTA PREVIJA

Placenta previja ili nasjela posteljica znači nisko sijelo posteljice, kad ona većim ili manjim dijelom, ili u potpunosti prekriva ušće maternice. Učestalost je 0.5 % do 0.8 % u svih porođaja, a ponavlja se u 5 % žena koje su imale nasjelu posteljicu (3).

Takva posteljica djelomice ili posve priječi put fetusu tijekom porođaja. Ljuštenje posteljice obično počinje s prvim trudovima, najčešće u posljednjem tromjesečju trudnoće te nastaje slabije ili jače krvarenje. Režnjevi posteljice se odljušte od bazalne decidue te majka krvari iz velikih uteroplacentnih krvnih žila i otvorenih viloznih prostora posteljice. Krvarnje je jače što je odljušteni dio posteljice veći.

Uzrok nastanka placente previje je najčešće slabo razvijena ili oštećena sluznica maternice koja nije prikladna za implantaciju oplođenog jajašca. Takva posteljica je često nepravilna, prirasla pa i urasla u mišičje maternice. Sve to povećava krvarnje nakon poroda i ugrožava majčino stanje. Incidencija placente previje povećava se s dobi trudnice. Ostali rizični čimbenici su pušenje, multiparitet, višeplodna trudnoća te prijašnji carski rez i kiretaže (5).

Simptomatska placenta previja obično se manifestira kao neočekivano i bezbolno vaginalno krvarenje u kasnom drugom ili trećem tromjesečju, često nakon spolnih odnosa. Prva epizoda krvarenja obično ne uzrokuje hemodinamsku nestabilnost i nije prijetnja fetusu. Kod ponavljanih epizoda, krvarenje je jače.

Sumnja na placentu previju temeljena na kliničkoj slici potvrđuje se ultrazvučno. Osim toga, placenta previja čest je slučajan nalaz na rutinskom ultrazvučnom pregledu u drugom tromjesečju.

Dijagnoza se postavlja ultrazvučno nakon 30.gestacijskog tjedna, jer se smatra da prije tog vremena postoji mogućnost pomicanja posteljice iz distrakcijskog dijela (3).

U trudnica u kojih se pojavljuje često i obilno krvarenje, nužno je hitno carskim rezom završiti porod, bez obzira na gestacijsku dob trudnoće. Hitni carski rez se izvodi i ako postoje znakovi fetalne ugroženosti, abnormalni CTG. U trudnica s placentom previjom u kojih nema krvarenja, postupak je ekspektativan do postizanja fetalne zrelosti, a tada načešće dođe do porođaja izbornim carskim rezom.

Ako se radi o višerotkinji te marginalnoj placenti previji, uz dobru progresiju porođaja i ranu amniotomiju, porođaj se može voditi rodničkim putem. Kod carskog reza treba izbjegavati transplacentarni rez i otvaranje uteroplacentarnih krvnih žila. Ukoliko se napravi transplacentni rez, učestalost prekomjernog gubitka krvi, masivne transfuzije i histerektomije značajno raste (2).

1.6. ULOGA PRIMALJE U ZBRINJAVANJU TRUDNICE S PLACENTOM PREVIJOM

U zbrinjavanju trudnica s placentom previjom je potrebna educirana i iskusna primalja. Intervencije koje se provode kod takvih pacijentica općenito ovise o ugroženosti majke i/ili djeteta.

Odluči li se trudnoća još ne završiti, primalja će uz uobičajene intervencije, kod pregleda, primitka u bolnicu, uzimanja krvi i materijala za pretrage, intenzivnog nadzora trudnice i djeteta, davanja propisane terapije, također:

- Osloboditi trudnicu straha i pomoći joj da pozitivno misli
- Objasniti važnost strogog mirovanja
- Osigurati joj mirnu okolinu
- Omogućiti joj posjete najbližih
- Pomoći joj u vršenju osobne higijene

1.7. *PLACENTA ACCRETA, INCRETA, PERCRETA* (PRIRASLA, URASLA, PRORASLA POSTELJICA)

Iako statistički rijetka komplikacija, abnormalna invazija trofoblasta postala je posljednjih godina čestim uzrokom teške postpartalne hemoragije. Pojavljuje se otprilike jednom na 7000 trudnoća, a značajno češće nakon prethodnog carskog reza. Histopatološki, *placenta accreta* karakterizirana je djelomičnim ili potpunim nedostatkom bazalne decidue što rezultira invazijom posteljičnih resica u miometrij. *Placenta increta* podrazumijeva djelomičnu invaziju korionskih resica u miometrij, a kod *placente percrete* korionske resice u potpunosti prodiru u miometrij. Placenta percreta je daleko najteži oblik jer infiltrira ne samo serozu, nego i susjedne organe poput mokraćnog mjehura i crijeva te potencijalno dovodi do ozbiljnih komplikacija (2).

Rizični faktori su kirurški zahvatina uterusu kao što su carski rez i ponavljane kiretaže. Posljednjih godina *placenta accreta* javlja se kao vodeća indikacija za histerektomiju, vjerojatno kao posljedica povećane učestalosti carskog reza (6).

Neki se slučajevi abnormalne invazije placente mogu otkriti prije poroda. Za otkrivanje *placente accrete* koristan je obojeni dopler. Snimanje magnetskom rezonancijom može biti korisno u postavljanju dijagnoze *placente percrete*. Preoperativno zbrinjavanje suspektne *placente percrete* obuhvaća praćenje stanja fetusa i posebnu pripremu majke. Porođaj treba dovršiti prije nego započnu spontani trudovi i prije jačeg vaginalnog krvarenja. Ponekad se mogu koristiti kortikosteroidi za poticanje sazrijevanja fetalnih pluća, a katkada je opravdana i amniocenteza radi procjene zrelosti fetusa (2).

U slučajevima predviđenog jakog krvarenja treba pripremiti dovoljno krvi za transfuziju i razmišljati i o selektivnoj arterijskoj embolizaciji. U slučajevima *placente percrete* zahtjevi za transfuzijom mogu biti enormni. Histerektomija je terapija izbora za *placentu percretu* s obzirom da konzervativno liječenje izaziva četiri puta veću stopu smrtnosti od histerektomije.

Izbor između konzervativne metode i histerektomije ovisi o težini i tipu dodatnih komplikacija. Komplikacije su teško krvarenje potencijalno opasno po život, invazija susjednih organa, a jedna od najtežih je spontano puknuće maternice s razvojem hematoperitoneuma. Razvoj svih ovih komplikacija konačno iziskuje histerektomiju (6).

1.8. OZLJEDE MEKIH ČESTI

Prema vremenu nastanka, ozljede mekih česti spadaju među uzroke krvarenja trećeg porođajnog doba, ali se njihovo postojanje klinički manifestira tek u četvrtom porođajnom dobu. Teške perinealne (treći ili četvrti stupanj laceracija) i cervikalne laceracije nastale tijekom porođaja mogu ostaviti značajne kratkoročne i dugoročne posljedice. Kratkoročni problemi (odmah nakon porođaja) su gubitak krvi, potreba za kirurškom obradom rane i bol. Također, dugotrajna bol i različiti stupnjevi funkcionalnog oštećenja utječu na mnoge žene. U osmom tjednu babinja, 22% mladih majki i dalje osjeća perinealnu bol, a za neke žene bol može potrajati godinu dana ili duže. Laceracije genitalnog trakta nakon porođaja također oslabljuje mišiće zdjeličnog dna te na taj način negativno utječu na funkciju crijeva, mokraćnog sustava te seksualnu funkciju.

Do razdora mekih česti porođajnog kanala najčešće dolazi zbog brzog prolaza fetalne glavice kroz porođajni kanal, njene poremećene fleksije i/ili rotacije tijekom porođaja i zbog instrumentalnih i/ili manualnih intervencija tijekom porođaja. U tim slučajevima najčešće se radi ili o konstitucionalnoj slabosti ili pak rigidnosti mekih struktura koje pucaju zbog snage uterinih kontrakcija ili vučne sile tijekom ekstrakcije fetusa. Predisponirajući čimbenici su ožiljci u mekom tkivu porođajnog kanala te postojanje venskih varikoziteta vagine i/ili vulve. Rizični čimbenici za teške perinealne laceracije tijekom porođaja uključuju veću životnu dob, azijsku rasu, nuliparitet, veću porođajnu težinu i medijalnu epiziotomiju.Također, neka istraživanja otkrivaju da serklaža cerviksa u trudnoći povisuje rizik laceracije cerviksa pri porođaju.

Ovisno o mjestu razdora i kalibru zahvaćenih krvnih žila ovisit će brzina i ukupni gubitak krvi iz krvotoka. Karakterističan je razvoj hematoma i pojava vaginalnog krvarenja neposredno nakon porođaja djeteta. Krvarenje je kontinuirano, ne ovisi o kontrakcijama uterusa te je prilikom kliničkog pregleda uterus uobičajeno dobro kontrahiran. Sve nabrojeno koristi se u diferencijalnoj dijagnozi uzroka postpartalnog krvarenja i govori protiv atonije uterusa.

Spomenuta krvarenja spadaju u hitna stanja jer se u relativno kratkom vremenu može izgubiti veća količina krvi, osobito ako se radi o razdoru cerviksa koji se proteže prema

unutarnjem ušću i lateralnim svodovima vagine i može zahvatiti silaznu granu uterine arterije. U ozbiljnim slučajevima nužna je abdominalna histerektomija.

Potrebno je brzo nakon porođaja i pregleda posteljice, pristupiti pozornoj reviziji i eksploraciji mekih česti porođajnih kanala, locirati laceracije i korektno ih kirurški zbrinuti. U području klitorisa treba paziti da se ne podveže uretra. Laceracije vagine obično jače krvare i potrebna je brza kirurška intervencija. Poželjno je razmisliti o primjeni anestezije, osobito u slučajevima opsežnijih i slabije pristupačnih ozljeda.

Hematome treba otvoriti i isprazniti te podvezati krvareće krvne žile u slučaju opsežnih laceracija. Rupture III i IV stupnja s razdorom mišića analnog sfinktera i rektuma ne moraju biti praćene jakim krvarenjem, ali ih treba smatrati hitnim stanjemvjer samo pravodobnim, anatomski i kirurški korektnim zbrinjavanjem preveniramo potencijalni nastanak perianalnih apscesa i fistula, struktura i inkontinencije. U slučajevima opsežnijih ozljeda rodnice te potrebe za evakuacijom i drenažom hematoma, preporuča se profilaktička primjena antibiotika.

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati hitna stanja u trudnoći i porodu s naglaskom na krvarenja i ulogu primalje u ranom prepoznavanju te specifičnostima primaljske skrbi.

3. RASPRAVA

Primalje su te koje će prve doći u kontakt s trudnicom po njenom dolasku u bolnicu, a kasnije će i po primitku one stalno biti uz nju. Stoga je potrebno veliko znanje i educiranost primalje kako bi na vrijeme uočila, prepoznala i procijenila nepravilnosti te o tome hitno obavijestila liječnika. Abrupcija posteljice je hitno stanje i svi postupci koji se čine moraju biti brzi, učinkoviti i prije svega pravilno provedeni. Ranije je spomenuto da će vrsta postupka ovisiti o gestacijskoj dobi i kliničkoj slici trudnice. Ako se radi o blažem obliku, što znači da ni trudnica (uredan RR, puls) ni dijete (uredni KČS) nisu vitalno ugroženi, ili je dijete umrlo, pristupit će se brzom „netraumatskom“ vaginalnom porođaju. Amniotomijom će se porod ubrzati, a kod sporog napredovanja (otvaranje ušća manje od 1 cm po satu) treba uključiti oksitocin ili prostaglandin.

Primalja će:

- Pokušati utješiti trudnicu
- Objasniti postupke koji slijede
- Pripremiti trudnicu za opstetrički pregled i UZV
- Smjestiti trudnicu u krevet
- Otvoriti venski put, izvaditi krv za pretrage koje je liječnik odredio (KKS, koagulacija, KG, Rh faktor)
- Primijeniti infuziju i lijekove prema listi ordinirane terapije te voditi listu unosa
- Pratiti opće stanje i vitalne funkcije trudnice (RR, disanje, puls, TT) te sve pravilno bilježiti na listu
- Pratiti količinu i intenzitet krvarenja (ako krvari prema van)
- Pripremiti rodilju za preglede u krevetu
- Asisistirati liječniku (pregled, amniotomija, postavljanje oglavak elektrode)
- Voditi brigu o pristiglim nalazima traženih pretraga
- Po dospijeću krvi pripremiti rodilju za primanje transfuzije (ukoliko je ordinirana)
- Ukoliko uslijedi, voditi vaginalni porod te pritom čuvati međicu, kako bi se izbjeglo dodatno krvarenje nastalo urezom epiziotomije
- Voditi 3. porođajno doba, posteljicu pokazati liječniku, izvagati je, izmjeriti duljinu pupkovine, zamotati i poslati na analizu u Zavod za patologiju

- Kontrolirati krvarenje, opće stanje te vitalne funkcije tijekom 4. porođajnog doba, odnosno do dolaska babinjače iz rađaonice na odjel babinjača

Kod teških abrupcija s vitalno ugroženim trudnicama i djecom, porod je potrebno hitno dovršiti carskim rezom. U vrlo rijetkim situacijama kada je dijete mrtvo, pristupit će se carskom rezu i to onda kada vaginalni porod ne napreduje,a stanje trudnice se pogoršava.

U toj situaciji primalja će:

- Hitno otvoriti bar dva venska puta
- Izvaditi krv za hitne laboratorijske pretrage
- Postaviti trajnu infuziju koju ordinira liječnik, a ako ej stanje šoka jako, započet će s pripremama za davanje transfuzije „0“ neg. (-) krvi ili humanog fibrinogena iz pričuve, dok iz zavoda za transfuziju ne stigne odgovarajuća krv i krvni pripravci
- Istovremeno trudnicu treba pripremati za carski rez (ukoliko situacija dozvoljava dati informirane pristanke za potpisati, skinuti nakit, zubalo, navlake ako se skidaju, obrijati vanjsko spolovilo, postaviti trajni kateter)
- Neprekidno pratiti opće stanje, kontrolirati vitalne funkcije i diurezu do trenutka kada će liječnici odlučiti da je trudnica spremna za carski rez
- Transportirati pacijenticu u operacijsku salu
- Osobne stvari pravilno zapakirati i obilježiti

4. ZAKLJUČAK

Vaginalno krvarenje u drugoj polovini trudnoće ugrožava trudnicu i čedo, a javlja se u 2 do 5 % trudnoća. Majku ugrožava akutno krvarenje i operacijsko dovršenje porođaja, a čedo je ugroženo uteroplacentnom insuficijencijom i/ili prijevremenim porođajem. Praćenje hemodinamskog stanja trudnice, utvrđivanje uzroka krvarenja i pravovremena intervencija su od vitalnog značaja. Najčešća hitna stanja kod kojih postoji obilno krvarenje su placenta previja, ruptura uterusa i abrupcija posteljice.

Najčešći razlog krvarenja je abrupcija posteljice u 31% trudnoća, placenta previja u 22% trudnoća te ostali razlozi krvarenja u 47% trudnoća (1).

Abrupcija placente i placenta previja su ozbiljna hitna stanja u kojem su ugroženi rodilja i dijete. Pri sumnji na jednu od ovih dijagnoza, pacijentice treba odmah hospitalizirati i trudnoće dovršiti u centrima koji posjeduju timove stručnjaka (opstetričar, neonatolog, anesteziolog, dobro educirana primalja).

Kod krvarenja jako je važno da pacijentica bude pravilno zbrinuta i da joj se odmah pruži pomoć koja joj je potrebna. U takvim situacijama je iznimno važna uloga primalje jer je upravo primalja ta koja prva dolazi u kontakt s trudnicom po njenom dolasku u bolnicu. Uloga primalje podrazumijeva rano prepoznavanje subjektivnih i objektivnih simptoma hitnih stanja kako bi se na vrijeme spriječile moguće komplikacije i kod majke i kod djeteta.

5. SAŽETAK

Hitna stanja u porodu karakteriziraju krvarenje, koje može biti vaginalno, intrauterino i intraabdominalno, zatim bol, poremećaj svijesti i toničko-klonički grčevi. Najčešća hitna stanja kod kojih postoji obilno krvarenje su placenta praevia, abrupcija placente i ruptura uterusa. Drugi važan simptom koji se javlja kod hitnih stanja u porodu je bol u području abdomena, čiji uzrok može biti abrupcija posteljice i ruptura uterusa. Mnogo je hitnih stanja koja mogu ugroziti život trudnice i djeteta, stoga je uloga primalje kod hitnih stanja u porodu od velike važnosti. Primalje su te koje će prve doći u kontakt s trudnicom po njenom dolasku u bolnicu, a kasnije će po njenom primitku stalno biti uz nju i vršiti nadzor vitalnih funkcija. Potrebno je veliko znanje i iskustvo primalje, kako bi uočila nepravilnosti, na vrijeme reagirala i na vrijeme obavijestila nadležnog liječnika.

6. SUMMARY

Emergencies in childbirth are characterized by bleeding, which can be vaginally, intra-uterine and abdominal, followed by pain and loss of consciousness and seizures. The most common emergency situations where there is profuse bleeding are placenta praevia, placental abruption and uterine rupture. Another important symptom that occurs in emergencies in childbirth is a pain in the abdominal area, which may be due placental abruption and uterine rupture. There are many emergencies that can endanger the life of a pregnant woman and a child, so the role of midwives in emergencies birth is of great importance. Midwives are the ones who will first come into contact with a pregnant woman upon her arrival at the hospital, and later after it was submitted to constantly be with her and monitor vital functions. It takes a lot of knowledge and experience of midwives in order to detect abnormalities on responsiveness and timely inform the prescribing physician.

7. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Ivana Mimica

Datum i mjesto rođenja: 08.01.1987., Trogir

Adresa: Vukovarska 13, Split

Mobitel: +385917252547

E-mail: ivana.mimica87@gmail.com

OBRAZOVANJE I POSTIGNUĆA

2011. – 2014.	Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija, smjer: Primaljstvo
2001. - 2004.	Opća gimnazija, Ivan Lucić, Trogir

VJEŠTINE

Vozačka dozvola:	B kategorija
Rad na računalu:	Aktivno korištenje računala, poznavanje rada na MS Office paketu
Stani jezici:	Engleski jezik – aktivno u govoru i u pismu Španjolski jezik – aktivno u govoru, pasivno u pismu

8. LITERATURA

1. Dražančić A. i suradnici: PORODNIŠTVO, Školaska knjiga, Zagreb, 1994.
2. Đelmiš J. i suradnici: HITNA STANJA U GINEKOLOGIJI, PORODNIŠTVU, NEONATOLOGIJI I ANESTEZIJI, vlastita naklada, Zagreb, 2008.
3. Grgić G. i suradnici: PLACENTA PREVIJA I ISHOD POROĐAJA, Gynaccol Perinatol 2004. ; 13 (2): 86-88.
4. Ilijić M., Đelmiš J., Ivanišević M. i suradnici: HITNO STANJE – ABRUPCIJA PLACENTE - RIZIČNI ČIMBENICI, MATERNALNI I PERINATALNI ISHOD, XIX perinatalni dani: knjiga predavanja i sažetaka, Zagreb, 2002.
5. Kurjak A., Kuvačić I., Đelmiš J. i suradnici: PORODNIŠTVO, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
6. Pschyrembel W. PRAKTIČKA OPSTETRICIJA, Medicinska knjiga, Beograd – Zagreb, 1975.
7. http://www.midwifery.org.uk/ PLACENTA PRAEVIA, zadnji pristup 14.09.2014.
8. http://www.midwiferytoday.com/ ABRUPTIO PLACENTAE, zadnji pristup 16.09.2014.