1.6. Organizacja opieki medycznej nad kobietą w ciąży

Bogdan Chazan

Opieka medyczna nad kobietami w ciąży powinna być odpowiednio zorganizowana. Prowadzą ją, współpracując ze sobą, szpital i otwarta opieka zdrowotna.

Ciąża w życiu kobiety i rodziny

Celem tej opieki jest: zapewnienie kobiecie zdrowia i dobrego samopoczucia podczas ciąży, prawidłowego przebiegu i rozwoju ciąży – od zapłodnienia do urodzenia zdrowego dziecka – oraz pomoc rodzinie w przystosowaniu się do zmian związanych z ciążą, porodem i okresem poporodowym. Zadaniem medycznej opieki przedporodowej jest wczesne rozpoznanie wszelkich zagrożeń, usuwanie czynników ryzyka oraz zmniejszanie częstości powikłań i ich następstw dla matki i dziecka.

Cele opieki prenatalnej

Cele opieki prenatalnej w odniesieniu do kobiety:

- zapewnienie dobrego samopoczucia przed ciążą, podczas i po ciąży oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego w czasie ciąży, porodu i połogu;
- zachęcenie do czynnej troski o zdrowie swoje i dziecka, przekazanie informacji o przebiegu procesów fizjologicznych okresu prokreacji;
- zmniejszenie ryzyka utraty zdrowia, życia i zmniejszenie częstości niepotrzebnych interwencji medycznych;
- rozwijanie umiejętności rodzicielskich i wiary we własne siły, która pomaga sprostać wyzwaniom, jakie stawia przed kobietą rodzicielstwo.

Cele opieki prenatalnej w odniesieniu do dziecka przed porodem i po porodzie:

- zwiększenie szansy prawidłowego wzrostu i rozwoju;
- zmniejszenie ryzyka poronienia, porodu przedwczesnego i opóźnienia rozwoju wewnątrzmacicznego;
- zmniejszenie częstości anomalii rozwojowych;
- zmniejszenie częstości niedotlenienia płodu;
- zmniejszenie ryzyka nieprawidłowego rozwoju dziecka.

Cele opieki prenatalnej w odniesieniu do rodziny:

- prawidłowy rozwój rodziny;
- promocja właściwych relacji rodzice–dziecko.

Opieka przedporodowa (w okresie prekoncepcyjnym i podczas ciąży) obejmuje następujące działania:

1. Wykrywanie chorób istniejących przed ciążą i ich prawidłowe leczenie, zwłaszcza w tych przypadkach, w których choroba może wpływać na przebieg i wynik ciąży.
2. Zapobieganie powikłaniom ciąży dotyczącym matki i dziecka, wczesne ich wykrywanie i odpowiednie leczenie.
3. Edukacja matek i promocja zdrowia.
4. Zaplanowanie miejsca i warunków porodu.

Im wcześniej ciąża zostanie rozpoznana, a ciężarna będzie objęta opieką medyczną, tym wcześniej ustali się, jakie problemy należy rozwiązać, i wcześniej rozpocznie odpowiednie postępowanie profilaktyczno-lecznicze. Czasem już w trakcie pierwszej wizyty można określić, które kobiety będą wymagały szczególnej opieki medycznej. U części kobiet problemy mogą pojawić się później.

1.6.1. Elementy opieki medycznej nad kobietą w ciąży

Opieka medyczna nad kobietą ciężarną powinna być zindywidualizowana, a jej treść i forma dostosowane do oczekiwań kobiety i jej rodziny, do rodzaju i wielkości problemów zdrowotnych oraz do okresu ciąży. Zawsze powinna ona składać się z trzech elementów:

1. Ciągłej oceny ryzyka.
2. Interwencji profilaktycznych i leczniczych – medycznych i natury psychospołecznej.
3. Promocji zdrowia.

Ryzyko okołoporodowe

Stopień ryzyka okołoporodowego oznacza większą lub mniejszą możliwość wystąpienia u kobiety w ciąży powikłania ciąży lub porodu. Identyfikacja pacjentki lub grupy pacjentek ze zwiększonym ryzykiem określonego stanu lub komplikacji zdrowotnej umożliwia objęcie jej wcześniej szczególną opieką.

Trafność oceny ryzyka może decydować o skuteczności opieki medycznej. Można jednak stwierdzić, że ocena ryzyka podczas ciąży zwykle nie jest pewna. W rezultacie nieprecyzyjnego określenia ryzyka u kobiety w ciąży stosuje się środki nieadekwatne do rzeczywistego zagrożenia. Ciąża u większości kobiet przebiega prawidłowo, w związku z tym przypisywanie każdej z nich mniejszego lub większego ryzyka nie wydaje się słuszne i może być powodem wystąpienia nadmiernego stresu u pacjentki i jej rodziny.

Wczesnej i ciągłej oceny ryzyka dokonuje się na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego ogólnego i ginekologicznego (położniczego) i badań dodatkowych (biofizycznych i biochemicznych). Ryzyko dla zdrowia matki i dziecka może wynikać z istniejących chorób, niezdrowego stylu życia (palenie papierosów, picie alkoholu,

narkotyki), ubóstwa i zaniedbań higienicznych. Jego przyczyną może być też silny niepokój i lęk. Ryzyko może istnieć przed ciążą, może też pojawić się w każdym momencie ciąży. Dlatego ocena ryzyka oraz jego jakościowe i ilościowe monitorowanie odbywa się przez cały okres ciąży, podczas każdej wizyty, natychmiast po wykryciu tego ryzyka.

Procedury profilaktyczne, diagnostyczne i lecznicze

Profilaktyka, diagnostyka i leczenie to następny element opieki nad kobietą w ciąży. Dzięki edukacji zdrowotnej można uniknąć wielu powikłań ciąży i porodu. Najważniejszym możliwym do uniknięcia czynnikiem ryzyka wynikającym ze stylu życia jest palenie papierosów. Nieprawidłowe odżywianie się, picie alkoholu i brak ćwiczeń fizycznych to kolejne możliwe do wyeliminowania czynniki ryzyka. U niektórych kobiet konieczna może się okazać porada psychologa lub pomoc w uzyskaniu pomocy finansowej. Leczenie kobiet w ciąży obejmuje wiele działań lekarskich, takich jak: farmakoterapia, leczenie operacyjne i psychoterapia. Planując leczenie, uwzględniać należy jego wpływ na organizm matki i na dziecko i oddzielnie określać dla obojga płynące z niego korzyści i związane z nim ryzyko.

Promocja zdrowia

Promocja zdrowia w odniesieniu do kobiet ciężarnych jest niedoceniana i czasem pomijana, a przecież powinna ona być integralną częścią opieki medycznej indywidualnej i zorganizowanej, np. w formie szkół dla rodziców. Istotne części promocji zdrowia to: poradnictwo przedmałżeńskie, edukacja rodziców, edukacja przedporodowa, poradnictwo genetyczne, żywieniowe, socjalne i prawne. Kobieta w ciąży powinna być zmotywowana do dbania o zdrowie własne i dziecka i do wzięcia za nie pełnej odpowiedzialności. Zadaniem lekarza i położnej jest promowanie zachowań prozdrowotnych: zachęcanie kobiet, które nie mają dolegliwości, do utrzymywania dobrego stanu zdrowia, a kobiet chorych do odpowiedniego zachowywania się w celu minimalizowania zagrożeń.

1.6.2. Opieka prekoncepcyjna

Cel opieki prekoncepcyjnej

Integralną częścią opieki przedporodowej jest opieka medyczna nad kobietą (rodziną) przed zajściem w ciążę. W ostatnich latach wykazano, że odpowiednie przygotowanie do ciąży zwiększa szansę na jej prawidłowy przebieg i urodzenie zdrowego dziecka – zdrowa kobieta ma większe szanse urodzić zdrowe dziecko niż kobieta chora. Opieka prekoncepcyjna (przedciążowa), tak jak opieka nad kobietą w ciąży, obejmuje wiele działań, w tym: ocenę ryzyka, interwencje diagnostyczne i lecznicze oraz promocję zdrowia. Ich celem jest wczesne wykrycie potencjalnych zagrożeń dla zdrowia matki, a w przyszłości dziecka oraz ich wyeliminowanie lub zmniejszenie przed zapłodnieniem.

Opieka prekoncepcyjna dotyczy wszystkich kobiet, które mogą zajść w ciążę, i ich mężów (partnerów) – niekoniecznie tylko tych osób, które chcą w najbliższym czasie powiększyć rodzinę.

Sprawdzenie stanu odporności przeciwko wirusowi różyczki stwarza możliwości zaszczepienia się przed zajściem w ciążę. Zapewnienie prawidłowego stężenia glukozy we krwi przed zajściem w ciążę u kobiet chorych na cukrzycę zmniejszy częstość wad wrodzonych u ich dzieci. Regularne przyjmowanie kwasu foliowego pozwoli zmniejszyć ryzyko wad ośrodkowego układu nerwowego. Zaprzestanie palenia tytoniu przed poczęciem dziecka wpłynie korzystnie na jej przebieg i prawidłowy rozwój.

1.6.3. Opieka medyczna nad kobietą w ciąży

Wizyty u lekarza w okresie ciąży

Treść wizyt u lekarza oraz ich częstość w okresie ciąży powinny być indywidualnie dostosowane do potrzeb matki i stopnia ryzyka w odniesieniu do matki i dziecka. Uważa się, że kobieta powinna odwiedzić lekarza 10–14 razy w czasie trwania ciąży. Liczba wizyt w przypadku ciąży fizjologicznej nie powinna być mniejsza niż 8. Liczba ta jest używana do oceny jakości opieki nad kobietą w ciąży jako tzw. wskaźnik ciągłości opieki. Ważne jest, aby opieka nad ciężarną rozpoczynała się wcześnie, ponieważ daje to szansę zapobiegania powikłaniom już we wczesnym okresie ciąży. „Wskaźnik wczesnego objęcia opieką" w danej populacji jest to odsetek kobiet ciężarnych, które pierwszą wizytę u lekarza odbyły w I trymestrze ciąży (do 12. tygodnia).

Pierwsza wizyta

Pierwsze badanie powinno odbyć się w możliwie najwcześniejszym okresie ciąży. W czasie pierwszej wizyty zakładana jest odpowiednia dokumentacja przebiegu ciąży. Pierwsze badanie, które jest bardzo istotne dla dalszego przebiegu opieki przedporodowej, jest także ważnym wydarzeniem w życiu kobiety. Oczekuje ona od lekarza profesjonalnej porady i wsparcia psychicznego oraz pomocy w wydaniu na świat zdrowego dziecka. Zadaniem lekarza podczas pierwszej rozmowy jest:

- wzmocnić pozytywne nastawienie oczekujących dziecka rodziców;
- przedstawić plan opieki zapewniającej oprócz nadzoru medycznego także poradnictwo i edukację;
- przedstawić system opieki sprawowanej nad kobietą podczas ciąży i porodu oraz sposoby korzystania z istniejących możliwości;
- zdobyć zaufanie pacjentki i jej męża;
- przeprowadzić wywiad, wykonać badanie ogólne i ginekologiczne;

- ustalić stopień ryzyka;
- założyć dokumentację medyczną;
- przekazać materiały edukacyjne.

Pierwsza wizyta u lekarza, oprócz celów czysto medycznych, ma też cele psychologiczne: nawiązanie z pacjentką relacji wzajemnego zaufania, zmniejszenie poziomu lęku u pacjentki, potwierdzenie jej statusu jako matki i afirmację związanych z tym faktem nowych, nieznanych przedtem emocji. Podczas pierwszej wizyty na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i wyników badań dodatkowych określa się stopień ryzyka, uzgadnia częstość następnych wizyt i udziela rad dotyczących stylu życia. Schemat pierwszej wizyty ciężarnej u lekarza powinien być następujący:

Wywiad

1. Wiek ciężarnej.
2. Dotychczasowy przebieg ciąży.
3. Przeszłość położnicza.
4. Przeszłość ginekologiczna.
5. Przebyte i(lub) obecnie istniejące schorzenia.
6. Stosowane leczenie.
7. Wywiad rodzinny.
8. Warunki socjalno-bytowe, styl życia.

Badanie przedmiotowe

1. Masa ciała (wskaźnik masy ciała).
2. Ciśnienie tętnicze.
3. Badanie ogólne.
4. Badanie położnicze.

Badania dodatkowe

1. Morfologia krwi, badanie moczu.
2. WR, ewentualnie przeciwciała anty-HIV.
3. Badanie w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.
4. Grupa krwi, przeciwciała odpornościowe.
5. Stężenie glukozy we krwi na czczo.
6. Przeciwciała różyczki i toksoplazmozy.
7. Ewentualnie badania przesiewowe w celu wykrycia nieprawidłowości genetycznych.
8. Badanie ultrasonograficzne.
9. Badanie cytologiczne.

Promocja zdrowia

1. Przyjmowane leki – ocena szkodliwości.
2. Dieta, suplementacja kwasu foliowego.
3. Sprawdzenie stanu zębów.
4. Wysiłek fizyczny, ćwiczenia, podróże.
5. Współżycie płciowe.
6. Poradnictwo przeciwtytoniowe i przeciwalkoholowe.

1.6.3.1. Plan opieki medycznej nad kobietą w ciąży

W I i II trymestrze prawidłowo przebiegającej ciąży wizyty lekarskie powinny się odbywać co 3–4 tygodnie, w III trymestrze do 38. tygodnia ciąży co 2 tygodnie, a później co tydzień. Wizyta u lekarza powinna być dla kobiety w ciąży źródłem koniecznej wiedzy. Lekarz i położna mają również zadania edukacyjne. Promocja zdrowia musi być integralną częścią każdej wizyty. Podczas kolejnych spotkań ustala się częstotliwość badań lekarskich i laboratoryjnych, przewiduje dalszy przebieg ciąży i stopień występującego ryzyka. Należy poinformować kobietę o objawach, które mogą świadczyć o zagrożeniu ciąży i o których trzeba zawiadomić lekarza. Szczególne znaczenie ma poinformowanie o objawach zagrożenia porodem przedwczesnym. Tematem rozmów w końcowym okresie ciąży jest zazwyczaj miejsce i plan porodu.

W ostatnim czasie pojawiają się opinie, że w przypadku ciąży prawidłowo przebiegającej wystarczy w zupełności 8–10 wizyt u lekarza (dotyczy to zwłaszcza zdrowych wieloródek), natomiast zasadą powinno być nieograniczanie zbytnio czasu wizyty, tak aby wszystkie ważne sprawy mogły zostać w jej trakcie omówione.

1.6.3.2. Opieka medyczna nad kobietą w ciąży w systemie opieki okołoporodowej

Opieka okołoporodowa, w tym także przedporodowa, wymaga współdziałania wszystkich zaangażowanych w nią osób i instytucji oraz precyzyjnego działania systemu wymiany informacji (komunikowania się) w danym regionie.

Trójstopniowy system opieki położniczej zapewnia racjonalne wykorzystanie możliwości w zakresie bazy (szpitale, przychodnie), personelu (lekarze, położne) oraz sprzętu i aparatury (szpitale, przychodnie, lekarze, aparatura) (ryc. 1.12).

Na poziomie I (podstawowym) funkcjonują przychodnie i szpitale, które opiekują się kobietami zdrowymi lub z niewielkiego stopnia ryzykiem powikłań.

Poziom II obejmuje duże szpitale i poradnie przyszpitalne, gdzie opiekę znajdują kobiety oraz ich nienarodzone i urodzone dzieci z poważniejszymi problemami zdrowotnymi.

Poziomy opiek

4. Poród

4.1. Anatomia położnicza

Wiesław Markwitz, Mariola Ropacka

Dla pełnego zrozumienia mechanizmu porodowego potrzebna jest znajomość budowy i topografii narządów ciężarnej związanych z porodem oraz części ciała płodu odgrywających rolę w porodzie.

4.1.1. Miednica kostna

Kości miednicy

Miednica zbudowana jest z dwóch kości miednicznych (składających się z kości: biodrowej, łonowej i kulszowej) oraz kości krzyżowej. Kość krzyżowa swymi powierzchniami uchowatymi łączy się z równoimiennymi powierzchniami obu kości miednicznych, tworząc połączenia stawowe półścisłe o nieznacznej ruchomości – stawy krzyżowo-biodrowe. Podstawa kości krzyżowej zwrócona jest do V kręgu lędźwiowego. Z wierzchołkiem kości krzyżowej łączy się za pomocą chrząstkozrostu kość guziczna. To ścisłe połączenie pozwala jednak w trakcie porodu, wskutek rozpulchnienia chrząstki, na odchylenie kości guzicznej. Kości miedniczne zespolone są w przedniej części chrząstkozrostem, nazywanym spojeniem łonowym. Stanowi ono szczyt łuku utworzonego przez odpowiednie brzegi kości miednicznych (kąt podłonowy). Otwór górny miednicy mniejszej, ograniczony kresą graniczną, jest nazywany wchodem miednicy. Otwór dolny,

Otwór górny i dolny

czyli wychód miednicy, ograniczają dolne gałęzie kości kulszowych, więzadła krzyżowo-guzowe oraz wierzchołek kości guzicznej.

4.1.2. Budowa kanału rodnego

Kanał rodny tworzą ściany kostne miednicy mniejszej oraz części miękkie (mięśnie trzonu macicy, szyjka macicy i pochwa). Kanał kostny określa kształt, szerokość, kierunek dróg rodnych oraz jest miejscem przyczepu części miękkich. Kości obręczy miednicznej ograniczają przestrzeń, którą kresa graniczna dzieli na dwie jamy nazywane miednicą większą i mniejszą.

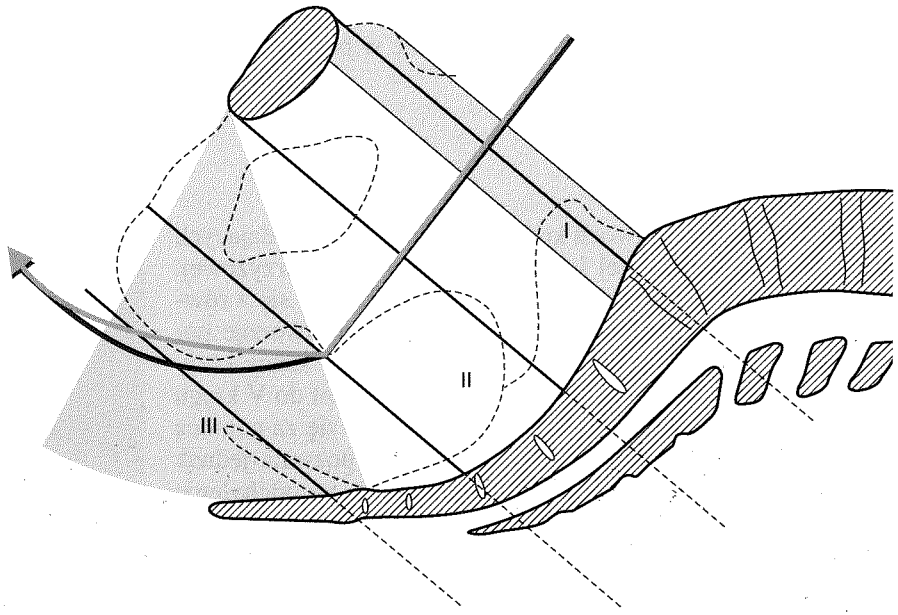
Miednica mniejsza i większa

Miednica mniejsza tworzy kanał rodny, który można podzielić na cztery przestrzenie, poprzez wyznaczenie charakterystycznych płaszczyzn (ryc. 4.1).

Przestrzenie kanału rodnego:

Przestrzeń wchodu

Przestrzeń wchodu (wchód miednicy) – jest ograniczona przez dwie równoległe płaszczyzny, z których górna biegnie przez guzki łonowe i wzgórek kości krzyżowej (górna płaszczyzna wchodu), a dolna przez kresę graniczną (dolna płaszczyzna wchodu).



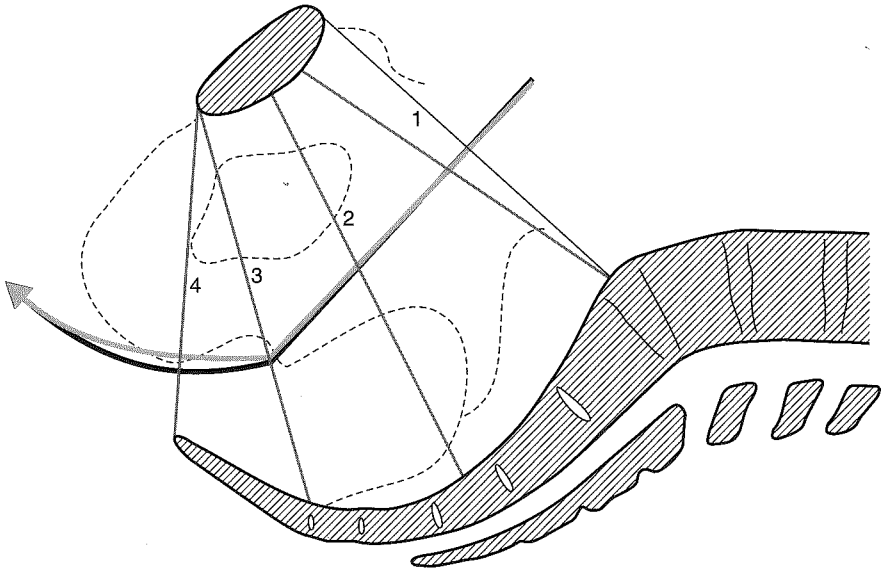
Ryc. 4.1. Przestrzenie miednicy: I – przestrzeń wchodu, II – przestrzeń próżni, III – przestrzeń wychodu.

Przestrzeń próżni

Przestrzeń próżni – jej dolne ograniczenie stanowi płaszczyzna próżni, która biegnie przez wewnętrzną powierzchnię spojenia łonowego, środek III kręgu krzyżowego i przechodzi przez panewkę stawu biodrowego.

Przestrzeń cieśni

Przestrzeń cieśni – poniżej przestrzeni próżni znajduje się cieśń ograniczona od dołu przez płaszczyznę cieśni wyznaczoną przez dolny brzeg spojenia łonowego, kolce kulszowe i wierzchołek kości krzyżowej (ryc. 4.2).



Ryc. 4.2. Wymiary miednicy: 1 – wchód, 2 – próżnia, 3 – cieśń, 4 – wychód.

Przestrzeń wychodu

Przestrzeń wychodu (wychód miednicy) – składa się z dwóch trójkątnych, prawie do siebie prostopadłych płaszczyzn; przedni trójkąt wyznaczają guzy kulszowe i łuk podłonowy, a tylny więzadła krzyżowo-guzowe i wierzchołek kości guzicznej; podstawę obu trójkątów stanowi linia międzykolcowa.

Sprzężna prawdziwa

Oprócz wymiarów płaszczyzn miednicy (tab. 4.1) istotne znaczenie z położniczego punktu widzenia ma sprzężna prawdziwa (*coniugata vera*) (ryc. 4.3). Jest to najkrótsza odległość między wewnętrzną powierzchnią spojenia łonowego a środkiem *promontorium*. W praktyce pomiar jej jest bardzo trudny, dlatego korzysta się zazwyczaj ze sprzężnej przekątnej (*coniugata diagonalis*), którą stanowi odległość między dolnym brzegiem spojenia łonowego a *promontorium*. Wy-

- ciemiączko tylne w kształcie trójkąta, którego podstawę stanowi kość potyliczna, a wierzchołek koniec szwu strzałkowego.

W praktyce położniczej przydatna jest również znajomość gładzizny na czole, bródki, guzów ciemieniowych, ramion szwu wieńcowego oraz topografii okolicy podpotylicznej (ryc. 4.8).

Wszystkie wyżej wymienione elementy przydatne są do określania wymiarów i obwodów główki (ryc. 4.9). Wyróżnia się:
- płaszczyznę potyliczno-ciemieniową przebiegającą od okolicy podpotylicznej do środka ciemiączka przedniego; jej obwód wynosi 32 cm, a wymiar strzałkowy 9,5 cm;
- płaszczyznę czołowo-potyliczną przebiegającą od gładzizny na czole do guzowatości potylicznej o obwodzie 34 cm i wymiarze 12 cm;
- płaszczyznę bródkowo-potyliczną przebiegającą od bródki do guzowatości potylicznej o obwodzie 35 cm i wymiarze 13,5 cm.

4.2. Poród prawidłowy

Mariola Ropacka, Grzegorz H. Bręborowicz

Definicja porodu prawidłowego

Poród to szereg kolejno po sobie następujących procesów, które powodują wydalenie z macicy wszystkich elementów jaja płodowego, tj. płodu, płynu owodniowego i popłodu.

Poród prawidłowy to najczęściej poród dokonujący się drogami naturalnymi lub przy niewielkim udziale położnika.

Poród nieprawidłowy to poród, w którym występuje stan zagrożenia matki i(lub) płodu.

4.2.1. Badanie i postępowanie wstępne

Badanie i postępowanie wstępne obejmuje:

Wywiad

- ustalenie tożsamości pacjentki i odnotowanie niezbędnych danych w dokumentacji szpitalnej;
- dokładna ocena czasu trwania ciąży;
- przeprowadzenie dokładnego wywiadu ze szczególnym uwzględnieniem:
  - przebytych chorób;
  - poprzednich ciąż i porodów, ewentualnych powikłań;
  - stanu zdrowia dzieci bezpośrednio po porodzie oraz później;
  - pęknięcia błon płodowych;
  - czasu wystąpienia regularnej czynności skurczowej macicy;
  - przebiegu ciąży podczas ostatnich tygodni przed rozwiązaniem (krwawienia, bóle głowy, obrzęki, zaburzenia widzenia);
- ocena stanu ogólnego rodzącej: pomiar temperatury ciała, tętna, częstotliwości oddechów, ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała i wzrostu, ocena ogólnej kondycji fizycznej;
- badanie położnicze:

Badanie położnicze

  - zewnętrzne (ocena wielkości płodu, napięcia mięśnia macicy, położenia, ustawienia płodu, zaangażowania części przodującej w kanale rodnym);
  - wewnętrzne (ocena odpływania płynu owodniowego, krwawienia, kanału rodnego, wstawiania się części przodującej i jej zaawansowania w kanale rodnym, ocena możliwości adaptacyjnych główki płodu, określenie stanu szyjki macicy – długości, kształtu, konsystencji, kierunku, rozwarcia);
- wstępna rejestracja kardiotokograficzna w celu oceny czynności serca płodu oraz czynności skurczowej macicy;
- uzupełniające badania dodatkowe (laboratoryjne, ultrasonograficzne itp.).

4.2.1.1. Czynniki zwiastujące poród

Czynniki zwiastujące poród to:
- obniżenie dna macicy – 3–4 tygodnie przed porodem dochodzi do obniżenia dna macicy do wysokości z końca 32 tygodnia ciąży;
- wstawianie się główki do wchodu miednicy u pierwiastek – główka przyjmuje ułożenie silnie przygięte i wstawia się potylicą mniej lub bardziej głęboko we wchód miednicy;
- centralizacja szyjki macicy – przemieszczanie się długiej osi szyjki w oś kanału rodnego;
- dojrzewanie szyjki – szyjka macicy w ostatnich tygodniach przed porodem staje się miękka, bardziej podatna i rozciągliwa; stwierdza się mniejszego lub większego stopnia zgładzenie i rozwieranie szyjki;
- skurcze przepowiadające – nieregularne skurcze macicy występujące na kilka dni przed porodem, najczęściej niebolesne;
- odejście podbarwionego krwiście czopa śluzowego.

4.2.1.2. Elementy wpływające na przebieg porodu

Aby dobrze ocenić sytuację położniczą, należy zawsze przeanalizować wszystkie dane dotyczące czterech podstawowych czynników wpływających w istotny sposób na przebieg porodu. Do tych czynni-