

PORÓD PRAWIDŁOWY

PORÓD



PORÓD (PARTUS)

JEST TO SZEREG PROCESÓW, KOLEJNO PO SOBIE NASTĘPUJĄCYCH, KTÓRE POWODUJĄ WYDALENIE Z MACICY WSZYSTKICH ELEMENTÓW JAJA PŁODOWEGO TJ. PŁODU, PŁYNU OWODNIOWEGO I POPŁODU

ZWIASTUNY PORODU

- OBNIŻENIE DNA MACICY (NA 3-4 TYGODNIE PRZED PORODEM)
- WSTAWIANIE SIĘ GŁÓWKI PŁODU DO WCHODU MIEDNICY U PIERWIASTEK (NA 3-4 TYGODNIE PRZED PORODEM GŁÓWKA PŁODU PRZYGINA SIĘ I POTYLICĄ WSTAWIA DO WCHODU MIEDNICY – I ZWROT)
- SKURCZE PRZEPOWIADAJĄCE – W CIĄGU OSTATNICH DNI PRZED PORODEM

ZWIASTUNY PORODU

- PRZEMIESZCZENIE SIĘ DŁUGIEJ OSI SZYJKI MACICY DO OSI KANAŁU RODNEGO
- DOJRZEWANIE SZYJKI MACICY – W OSTATNICH TYGODNIACH CIĄŻY SZYJKA MACICY STAJE SIĘ MIĘKKA, BARDZIEJ PODATNA I ROZCIĄGLIWA
- ODEJŚCIE CZOPA ŚLUZOWEGO
- PARCIE NA PĘCHERZ MOCZOWY

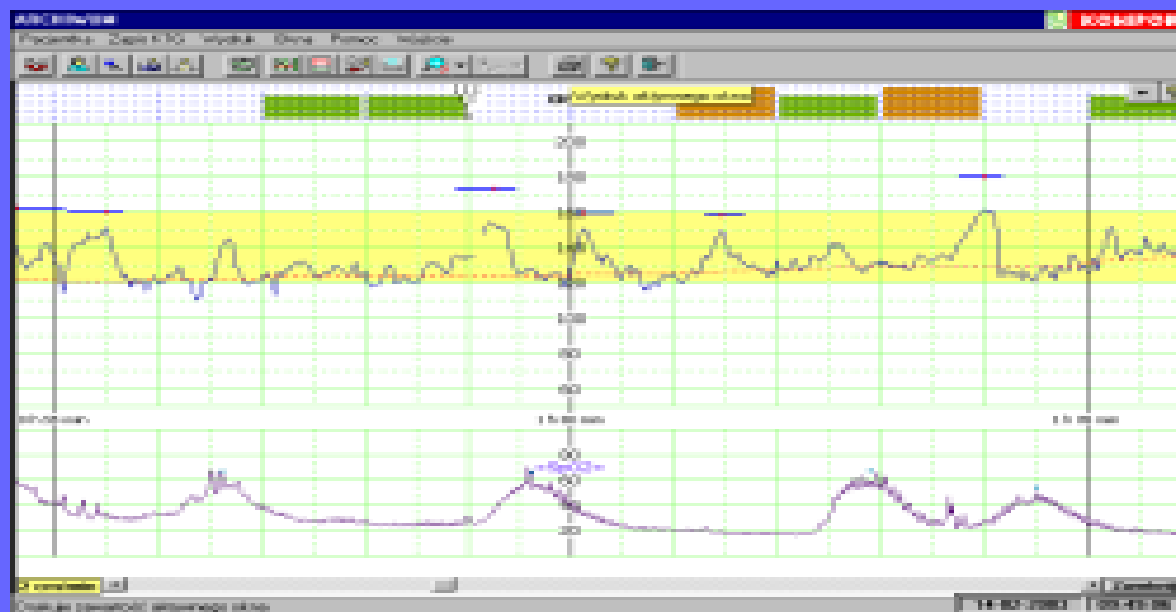
- W początkowym okresie porodu, głównym celem badania położniczego jest rozstrzygnięcie czy rzeczywiście poród się rozpoczął oraz czy u przyszłej matki nie występują wykładniki zaburzeń rozwojowych np. krzywica, deformacja kości, urazy, obrzęki, żylaki czy niepokojące zmiany na skórze ciężarnej kobiety.

Skurcze macicy przepowiadające charakteryzują się następującymi cechami:

- nie powodują skracania i rozwierania szyjki macicy,
- zwykle nie są regularne,
- w obserwacji 1-2 godzinnej nie ulegają nasileniu zarówno pod względem częstości, jak i intensywności,
- najczęściej są odczuwane przez pacjentkę jako okresowe bóle podbrzusza,
- stają się mniej dolegliwe lub ustępują po lekach uspokajających albo spazmolytykach.

ROZPOZNANIE POCZĄTKU PORODU

- WYSTĘPOWANIE REGULARNEJ CZYNNOŚCI SKURCZOWEJ MIĘŚNIA MACICY, PRZYNAJMNIEJ CO 10 MINUT
- SKRACANIE SIĘ I ROZWIERANIE SZYJKI MACICY



Skurcze porodowe charakteryzuje:

- postęp porodu czyli skracanie i rozwieranie szyjki macicy,
- nasilanie się częstości i intensywności w czasie obserwacji,
- regularność występowania,
- jednoczesny ból w podbrzuszu i okolicy krzyżowej,
- nieustępowanie po podaniu leków uspokajających lub spazmolitycznych.

Odptywanie płynu owodniowego można potwierdzić poprzez:

- badanie przez pochwę przy pomocy sterylnych wzierników
- i stwierdzenie wyptywania wodojasnego, zielonkawego
- lub podbarwionego krwiście płynu z kanału
- szyjki macicy. Wyjątek stanowią pacjentki z założonym
- pessarem, u których wodojasna wydzielina jest wynikiem
- jego obecności,
- badanie ginekologiczne i stwierdzenie braku objawu
- balotowania główki z jednoczesnym wyptywaniem płynu
- przy odpychaniu ku górze części przodującej,
- próbę z odczynnikiem reagującym na zasadowe pH.
- Ze względu na fakt, że nie tylko płyn owodniowy ma
- odczyn zasadowy, próba taka ma tylko znaczenie dodatkowe,
- badanie ultrasonograficzne i stwierdzenie braku lub
- minimalnej ilości płynu owodniowego w jamie macicy
- oraz niestwierdzenie zbiornika wód poprzedzających.

WSTĘPNE BADANIE ORAZ PRZYGOTOWANIE DO PORODU

- **WYWIAD** (PRZEBYTE CHOROBY, ZABIEGI OPERACYJNE, CIAŻE, PORODY ORAZ ICH ZAKOŃCZENIE, EWENTUALNE POWIKŁANIA, STAN DZIECI BEZPOŚREDNIO PO URODZENIU)
- **OCENA STANU OGÓLNEGO RODZĄCEJ** (POMIAR TEMPERATURY CIAŁA, TĘTNA, CIŚNIENIA TĘTNICZEGO, WZROST, WAGA, OGÓLNA KONDYCJA FIZYCZNA)
- **BADANIE KARDIOTOKOGRAFICZNE** OCENIAJĄCE CZYNNOŚĆ SERCA PŁODU ORAZ CZĘSTOTLIWOŚĆ, CZAS TRWANIA I SIŁĘ SKURCZÓW MIĘŚNIA MACICY

c.d.

- analiza przebiegu obecnej ciąży (określenie aktualnego tygodnia ciąży) i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów oraz powikłań z nimi związanych, rozwoju dzieci,
- • sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
- • kontrola ostatnich wyników badań laboratoryjnych.
- Zalecane jest pobranie u każdej ciężarnej około 35-37tygodnia ciąży wymazu bakteriologicznych z kanału szyjki macicy w celu wyodrębnienia grupy pacjentek wymagających prewencji antybiotykowej w razie kolonizacji lub zakażenia potencjalnie groźnymi dla płodu i matki bakteriami (GBS). Przy braku badania zalecane jest pobranie wymazu przy przyjęciu do szpitala,

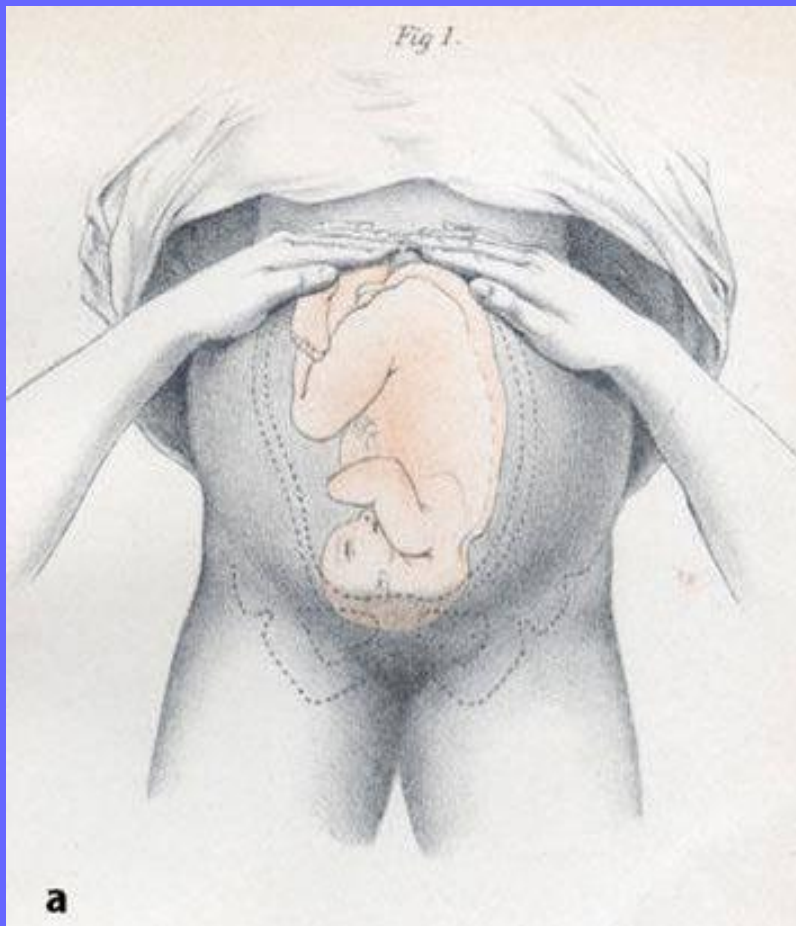
Podczas badania lekarz bądź położna ocenia:

- Czynność serca płodu
- Stan ogólny rodzącej (temperaturę, tętno, ciśnienie tętnicze krwi)
- Czynność skurczową macicy
- Wykonuje badanie palpacyjne brzucha
- Dokonuje pomiaru obwodu brzucha
- Zleca ewentualne badania dodatkowe (KTG, USG, badania laboratoryjne)

c.d.

- ocena czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,
- • analiza proporcji między płodem a miednicą matki.
- Wydaje się zasadne dokonywanie u każdej pacjentki oceny obwodu brzucha
Szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentki z obwodem brzucha powyżej 110cm oraz kobiety, których sprzężna zewnętrzna jest mniejsza niż 18cm. W przypadku podejrzenia dysproporcji między płodem a miednicą matki zalecane jest wykonanie badania ultrasonograficznego i zwrócenie uwagi na szacowaną masę dziecka oraz
- proporcje płodu w ostatnich badaniach ultrasonograficznych,
- zwłaszcza różnicę w wymiarach HC i AC,

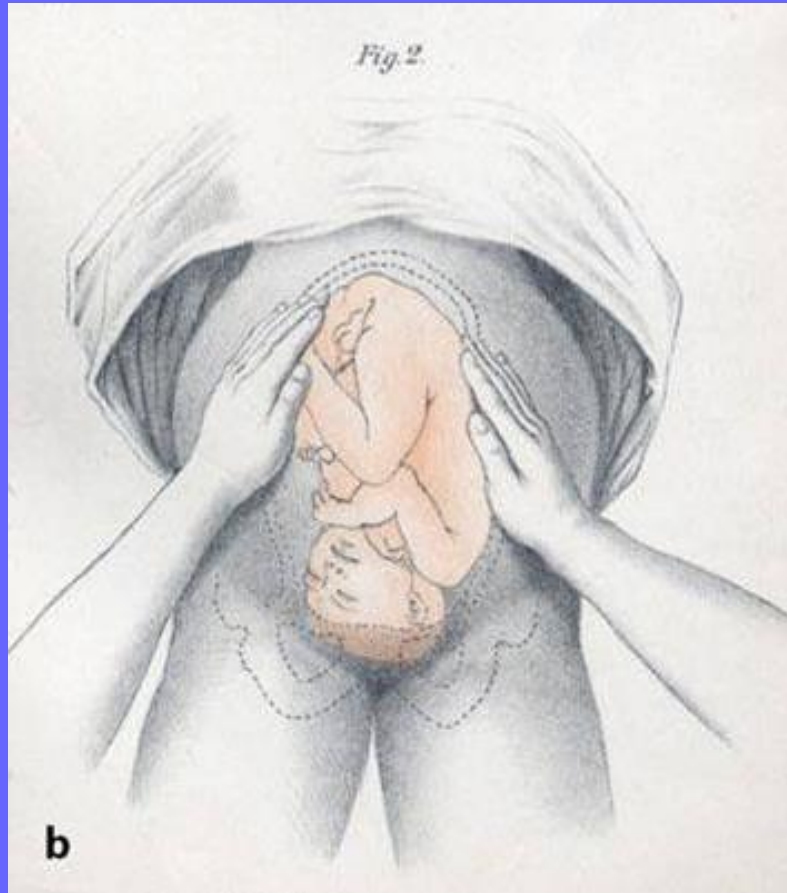
BADANIE ZEWNĘTRZNE PRZY POMOCY CHWYTÓW LEOPOLDA



I CHWYT LEOPOLDA
ODPOWIADA NA PYTANIA:

- NA JAKIEJ WYSOKOŚCI ZNAJDUJE SIĘ DNO MACICY?
- JAKA CZĘŚĆ PŁODU ZNAJDUJE SIĘ W DNIIE MIEDNICY?

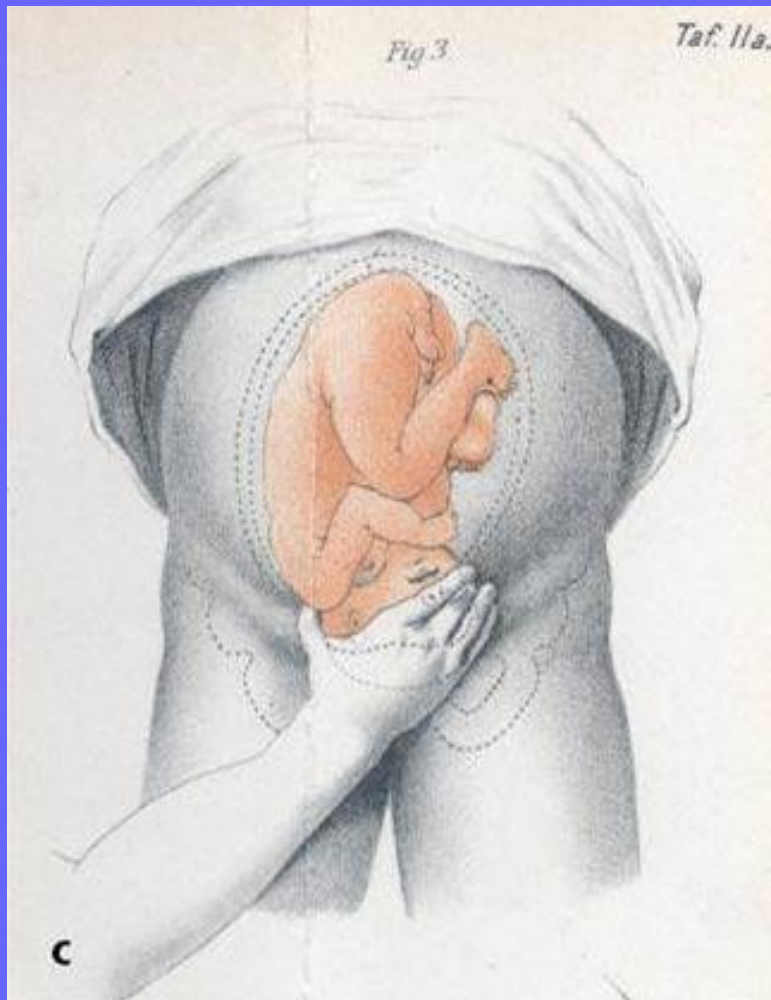
BADANIE ZEWNĘTRZNE PRZY POMOCY CHWYTÓW LEOPOLDA



II CHWYT LEOPOLDA ODPOWIADA NA PYTANIA:

- PO KTÓEJ STRONIE
ZNAJDUJE SIĘ GRZEBIET
PŁODU?
- PO KTÓEJ STRONIE
ZNAJDUJĄ CIĘ CZĘŚCI
DROBNE?

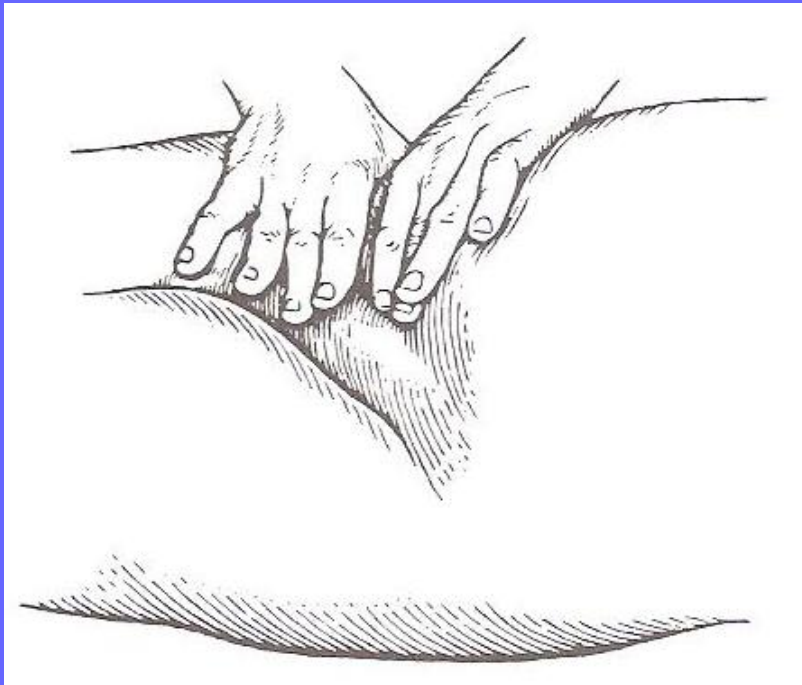
BADANIE ZEWNĘTRZNE PRZY POMOCY CHWYTÓW LEOPOLDA



III CHWYT LEOPOLDA ODPOWIADA NA PYTANIE:

- JAKA CZĘŚĆ PŁODU ZNAJDUJE SIĘ NAD WCHODEM MIEDNICY?
- GŁÓWKA BALOTUJE
- POŚLADKI NIE BALOTUJĄ

BADANIE ZEWNĘTRZNE PRZY POMOCY CHWYTÓW LEOPOLDA



V CHWYT LEOPOLDA
(ZWANY CHWYTEM
ZANGEMAISTERA LUB
CHWYTEM DODATKOWYM)
ODPOWIADA NA PYTANIE:

- CZY GŁÓWKA WYSTAJE
PONAD POZIOM SPOJENIA
ŁONOWEGO?

Stałym elementem badania położniczego jest ocena wielkości i budowy miednicy kostnej. W tym celu dokonuje się kilku ważnych pomiarów zewnętrznych:

- Zewnętrzne pomiary miednicy dotyczą wymiarów poprzecznych i prostych miednicy. Pomiarów dokonuje się za pomocą specjalnego przyrządu tzw. *miednicomierza*. Kobieta zostaje ułożona w pozycji na wznak, z przywiedzionymi i wyprostowanymi nogami.

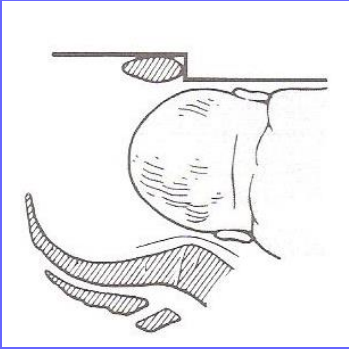
Wyróżniamy 3 wymiary poprzeczne miednicy:

- **Wymiar międzykolcowy** (*distantia interspinalis*) – odległość mierzona pomiędzy zewnętrznymi punktami kolców przednich górnych. (W prawidłowej miednicy wymiar ten wynosi 25-26 cm).
- **Wymiar międzygrzebieniowy** (*distantia intercrystalis*) – mierzony pomiędzy najbardziej zewnętrznymi punktami grzebieni biodrowych. (W prawidłowej miednicy wymiar ten wynosi 28-29 cm).
- **Wymiar międzykrętarzowy** (*distantia intertrochanterica*) – jest to największa odległość między zewnętrznymi powierzchniami kości krętarzy udowych. (Wymiar ten w prawidłowej miednicy wynosi 31-32 cm).

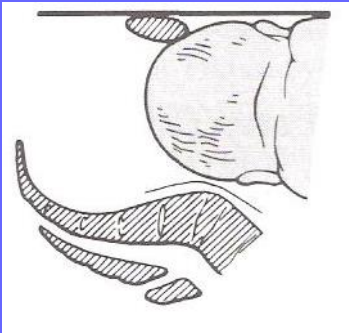
Aby dokonać pomiaru, ciężarną pacjentkę układa się w pozycji leżącej na boku bądź bada się w pozycji stojącej.

- **Zewnętrznym wymiarem prostym miednicy jest *sprężna zewnętrzna (coniugata externa, diameter Boudelocqua)* – wymiar ten, określa odległość od górnego zewnętrznego brzegu spojenia łonowego a połączeniem kręgów lędźwiowych i krzyżowych. Wymiar powinien wynosić 20-21 cm.**

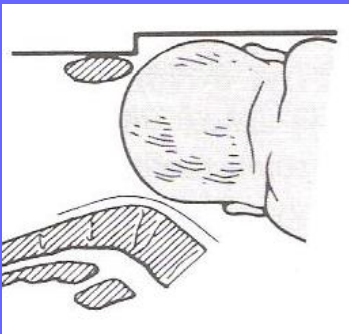
INTERPRETACJA BADANIA PRZY POMOCY V CHWYTU LEOPOLDA



SPOJENIE ŁONOWE WYSTAJE PONAD GŁÓWKĘ USTALONĄ WE WCHODZIE MIEDNICY, NIE WYSTĘPUJE NIEWSPÓŁMIERNOŚĆ PORODOWA



GŁÓWKA I SPOJENIE ŁONOWE WYSTĘPUJĄ NA TYM SAMYM POZIOMIE – NIEWSPÓŁMIERNOŚĆ MIERNEGO STOPNIA, PORÓD DROGAMI NATURY MOŻLIWY PRZY PRAWIDŁOWYM WSTAWIANIU SIĘ GŁÓWKI I PRAWIDŁOWEJ CZYNNOŚCI SKURCZOWEJ MACICY



GŁÓWKA WYSTAJE PONAD SPOJENIE ŁONOWE – NIEWSPÓŁMIERNOŚĆ MIERNEGO LUB DUŻEGO STOPNIA, PORÓD DROGAMI NATURY NIEMOŻLIWY

PODSTAWOWE POJĘCIA POŁOŻNICZE

- **POŁOŻENIE PŁODU** - STOSUNEK DŁUGIEJ OSI PŁODU DO DŁUGIEJ OSI MACICY (PODŁUŻNE, POPRZECZNE, SKOŚNE)
- **USTAWIENIA PŁODU**, CZYLI STOSUNKU GRZBIETU PŁODU DO WEWNĘTRZNEJ ŚCIANY MACICY (GRZEBIET PO LEWEJ STRONIE – USTAWIENIE I, PO PRAWEJ – II)
- **UŁOŻENIE PŁODU** – STOSUNEK CZĘŚCI PŁODU WZGLĘDEM SIEBIE



WSTĘPNE BADANIE ORAZ PRZYGOTOWANIE DO PORODU C.D

- BADANIE PRZEZ POCHWĘ Z OCENĄ SYTUACJI POŁOŻNICZEJ (DŁUGOŚĆ, KONSYSTENCJA, ROZWARCIE KANAŁU I UJŚĆ SZYJKI ORAZ ZAAWANSOWANIE CZĘŚCI PRZODUJĄCEJ)
- W RAZIE POTRZEBY BADANIE USG Z OCENĄ MASY PŁODU
- UZUPEŁNIAJĄCE BADANIA DODATKOWE NP LABORATORYJNE

**Wskazaniem do ciągłego zapisu kardiokardiofonicznego
i działań mających na celu zakończenie ciąży
są:**

- utrzymujące się lub powtarzające deceleracje późne
- lub zmienne,
 - każda deceleracja o różnicy w stosunku do zapisu podstawowego $>40/\text{min.}$,
 - utrzymująca się bradykardia $<100/\text{min.}$,
 - utrzymująca się tachykardia $>160/\text{min.}$,
 - oscylacja zawężona lub milcząca.

**Do metod śródporodowego monitorowania stanu
płodu, które powinny być dostępne w każdej sali porodowej
należy zaliczyć:**

Ostłuchiwanie

- Jest to bezpieczna metoda nadzoru stanu płodu pod warunkiem przestrzegania zasady regularnego wykonywania oraz reaktywnego zapisu NST KTG przed przyjęciem i/lub bezpośrednio po przyjęciu na salę porodową.
- Zalecana częstość ostłuchiwania:
 - – ciąża niskiego ryzyka:
 - I okres porodu: nie rzadziej niż co 30 minut,
 - II okres porodu: po każdym skurczu, ale nie rzadziej niż co 15 minut,
 - – ciąża podwyższonego ryzyka:
 - I okres porodu: nie rzadziej niż co 15 minut,
 - II okres porodu: po każdym skurczu,
 - ale nie rzadziej niż co 5 minut.
- Nieprawidłowa częstość czynności serca płodu w czasie ostłuchiwania jest wskazaniem do rozpoczęcia ciągłego monitorowania kardiotokograficznego!

Zalecane postępowanie w przypadku nieprawidłowego zapisu KTG w czasie porodu obejmuje:

- identyfikację przyczyny (np. pozycja rodzącej na plecach,
- hipotensja w trakcie znieczulenia zewnątrzoponowego,
- nadmierna reakcja mięśnia macicy na oksytocynę),
- • usunięcie przyczyny (ułożenie rodzącej na boku, podanie
- płynów w przypadku hipotensji, zamknięcie wlewu
- z oksytocyną),
- • zapewnienie optymalnego zaopatrzenia łożyska w tlen
- (np. wypełnienie łożyska naczyniowego, zmiana pozycji
- rodzącej).
- Jeśli wyżej wymienione czynności nie przynoszą rezultatu
- (poprawa cech zapisu KTG) należy rozważyć ukończenie
- porodu!

OKRESY PORODU

- I. OKRES ROZWIERANIA - TRWA OD POCZĄTKU PORODU DO CAŁKOWITEGO ROZWARCIA SZYJKI MACICY
- II. OKRES WYDALANIA – ROZPOCZYNA SIĘ Z CHWILĄ CAŁKOWITEGO ROZWARCIA UJŚĆ SZYJKI MACICY A KOŃCZY SIĘ URODZENIEM NOWORODKA
- III. OKRES ŁOŻYSKOWY – ZACZYNA SIĘ PO URODZENIU PŁODU A KOŃCZY WYDALENIEM POPŁODU
- IV. WCZESNY OKRES POPORODOWY TJ 2-GODZINNY ŚCISŁY NADZÓR PO URODZENIU PŁODU

CZAS TRWANIA PORODU

ŚREDNI CZAS TRWANIA POSZCZEGÓLNYCH OKRESÓW PORODU

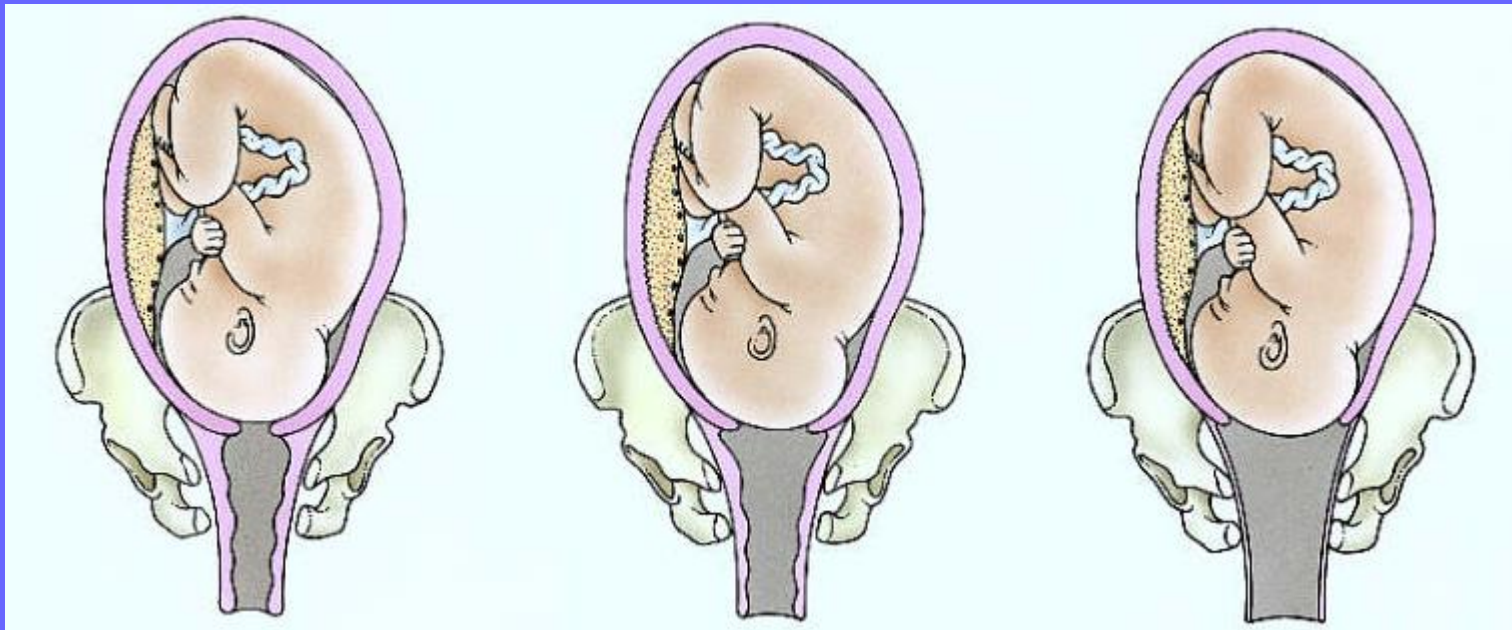
	I okres	II okres	III okres
pierwiastka	9-15 h	1-2 h	15-30 min
wieloródka	7-9 h	0.5-1 h	5-15 min

I OKRES PORODU

OD MOMENTU WYSTĄPIENIA
PIERWSZYCH REGULARNYCH
SKURCZÓW MIĘŚNIA MACICY
(SKURCZÓW ROZWIERAJĄCYCH LUB
PORODOWYCH) DO CAŁKOWITEGO
ROZWARCIA SZYJKI MACICY (10CM)

SKURCZE ROZWIERAJĄCE, PORODOWE

- CZĘSTOŚĆ SKURCZÓW $>1/10\text{MIN}$ I ZWIĘKSZA SIĘ Z POSTĘPEM PORODU
- SKRACANIE I ROZWIERANIE SIĘ SZYJKI MACICY
- BOLESNE SKURCZE SPOWODOWANE ROZCIĄGANIEM SZYJKI MACICY I SKURCZEM TRZONU



ROZWIERANIE SZYJKI MACICY U PIERWIASTEK

- ROZPOCZYNA SIĘ OD ROZWIERANIA UJŚCIA WEWNĘTRZNEGO I TWORZENIA LEJKOWATEGO ZAGŁĘBIENIA
- PO CAŁKOWITYM ZGŁADZENIU NASTĘPUJE ROZWIERANIE UJŚCIA ZEWNĘTRZNEGO

ROZWIERANIE SZYJKI MACICY U WIELORÓDEK

- POD WPŁYWEM SKURCZÓW MACICY DOCHODZI DO RÓWNOCZESNEGO SKRACANIA SIĘ SZYJKI ORAZ ROZWIERANIA UJŚCIA ZEWNĘTRZNEGO I WEWNĘTRZNEGO
- KANAŁ SZYJKI ROZWIERA SIĘ NA CAŁEJ DŁUGOŚCI JEDNOCZEŚNIE

Rozróżniane są dwie zasadnicze fazy I okresu porodu:

Faza utajenia

Obejmuje okres od rozpoczęcia się porodu do chwili nasilenia zmian w zakresie skracania i rozwierania się szyjki macicy. Charakteryzuje się początkowo słabymi, nieregularnymi skurczami macicy, które w miarę upływu czasu są coraz mocniejsze i bardziej regularne.

Chociaż dokładny początek tej fazy jest trudny do precyzyjnego określenia, uważa się ją za przedłużoną, jeśli trwa ponad 20 godzin u pierworódek i 14 godzin u wieloródek.

Faza aktywna

Charakteryzuje się postępującym rozwieraniem się szyjki macicy (od zazwyczaj 2-3cm) i zstępowaniem części przodującej w kanale rodnym. Po okresie około 1 godziny od osiągnięcia rozwarcia 3cm rozpoczyna się okres maksymalnego rozwierania się szyjki macicy. Pierwotnie nieprawidłowy poród jest definiowany jako rozwarcie postępujące wolniej niż 1,2cm/h u pierwiastki i 1,5cm/h u wieloródki.

Pod koniec fazy aktywnej następuje zwolnienie rozwierania się szyjki macicy (okres zwolnienia). W ciąży donoszonej pełne rozwarcie wynosi około 10 centymetrów

PEKNIĘCIE PECHERZA PŁODOWEGO

- FIZJOLOGICZNIE PECHERZ PŁODOWY PEKA POD KONIEC OKRESU ROZWIERANIA PRZY ZUPEŁNYM ROZWARCIU SZYJKI MACICY
- PRZEDWCZESNE PEKNIĘCIE PECHERZA PŁODOWEGO (PROM)- PRZED OKRESEM ROZWIERANIA (PRZED WYSTĄPIENIEM CZYNNOŚCI SKURCZOWEJ)
- NALEŻY ZBADAĆ RODZĄCĄ BEZPOŚREDNIO PO PEKNIĘCIU PECHERZA PŁODOWEGO!!!!

POSTĘPOWANIE W PIERWSZYM OKRESIE PORODU

- OCENA STANU OGÓLNEGO RODZĄCEJ (TEMP., TĘTNA, CIŚNIENIA TĘTNICZEGO)
- ŚRÓDPORODOWE MONITOROWANIE STANU PŁODU
- MONITOROWANIE CZYNNOŚCI SKURCZOWEJ MACICY
- OCENA PŁYNU OWODNIOWEGO
- BADANIE ZEWNĘTRZNE: OCENA POŁOŻENIA, USTAWIENIA I ZAAWANSOWANIA CZĘŚCI PRZODUJĄCEJ W KANALE RODNYM
- BADANIE WEWNĘTRZNE
- ZWALCZANIE BÓLU PORODOWEGO
- PSYCHOPROFILAKTYKA

BADANIE WEWNĘTRZNE

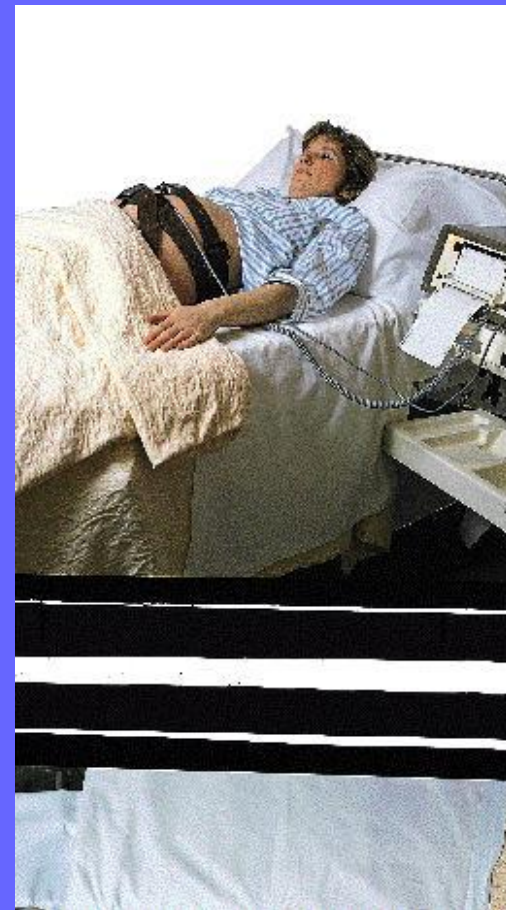
- OCENA SKRACANIA SIĘ I ROZWIERANIA SZYJKI MACICY
- KONTROLA BŁON PŁODOWYCH I (LUB) ODPŁYWANIA PŁYNU OWODNIOWEGO
- OCENA CZĘŚCI PRZODUJĄCEJ W KANALE RODNYM
 - WYSOKOŚĆ JEJ STANIA W MIEDNICY
 - STOSUNEK PUNKTU PROWADZĄCEGO DO LINII MIĘDZYKOLCOWEJ
 - PRZEBIEG SZWÓW I USTAWIENIE CIEMIĄCZEK
- TENDENCJA DO ZWROTU GŁÓWKI

NADZOROWANIE STANU PŁODU PODCZAS PORODU

- OSŁUCHIWANIE TONÓW SERCA PŁODU
- KARDIOTOKOGRAM
- PULSOKSYMETRIA PŁODOWA
- ANALIZA KRWI WŁOŚNICZKOWEJ ZE SKALPU PŁODU
- OCENA RÓWNOWAGI KWASOWO-ZASADOWEJ KRWI PĘPOWINOWEJ

OSŁUCHIWANIE TONÓW SERCA PŁODU

- PRAWIDŁOWA CZĘSTOLIWOŚĆ CZYNNOŚCI SERCA PŁODU WYNOSI 110-150 /MIN
- CZĘSTOŚĆ OSŁUCHIWANIA:
 - I OKRES PORODU: CO 15 MIN PRZEZ 30 S PO SKURCZU
 - II OKRES PORODU: CO 5 MIN

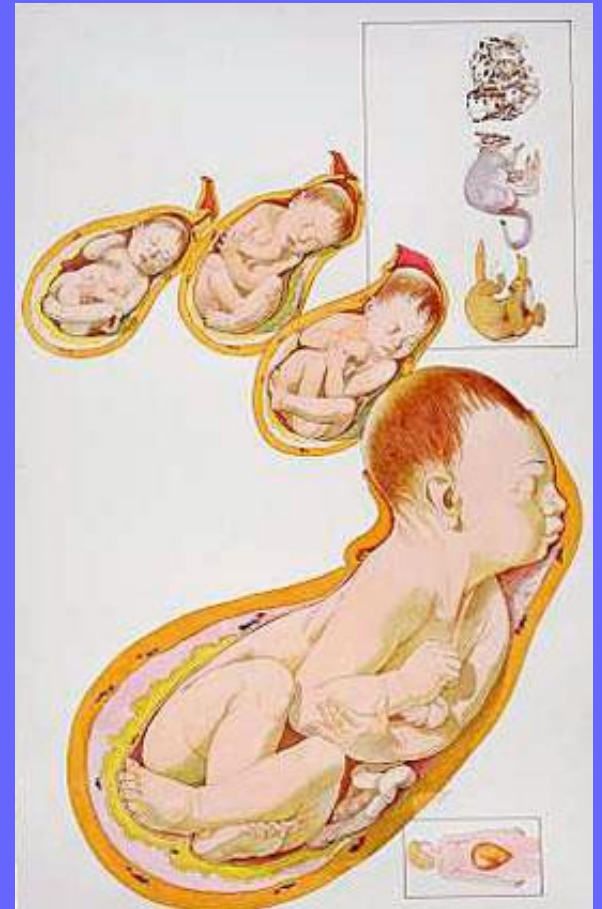


II OKRES PORODU – OKRES WYDALANIA

- SZYJKA MACICY OSIĄGA PEŁNE ROZWARCIE
- GŁÓWKA OSIĄGA DNO MIEDNICY – NIE UDAJE SIĘ WSUNĄĆ PALCA POMIĘDZY GŁÓWKĘ A ŚCIANĘ POCHWY, SZEW STRZAŁKOWY W WYMIARZE PROSTYM
- POJAWIA SIĘ UCZUCIE PARCIA NA STOLEC I CHEĆ ODDANIA MOCZU
- POJAWIĄ SIĘ SKURCZE PARTE- NALEŻY KAZAĆ RODZĄCEJ PRZEĆ NA SZCZYCIE SKURCZU!!
- PO KAŻDYM SKURCZU NALEŻY OSŁUCHIWAĆ TONY SERCA PŁODU

MECHANIZM PORODOWY

- I ZWROT GŁÓWKI-
PRZYGIĘCIE
- II ZWROT GŁÓWKI-
ROTACJA WEWNĘTRZNA
- III ZWROT GŁÓWKI-
ODGIĘCIE
- IV ZWROT GŁÓWKI
ROTACJA ZEWNĘTRZNA



NACIĘCIE KROCZA - EPISIOTOMIA

- Jako profilaktyka pęknięć krocza i zaburzeń statyki narządu rodnego w przyszłości
- Na szczycie skurczu partego
- Nożyczkami o tępych końcach osłaniając główkę palcami drugiej ręki
- Nacięcie w kierunku:
 - Pośrodkowo boczny-preferowane w Polsce
 - Pośrodkowym- preferowane w krajach anglosaskich
 - Boczny- w określonych sytuacjach np. kleszcze, poród z położenia pośladkowego

OCHRONA KROCZA

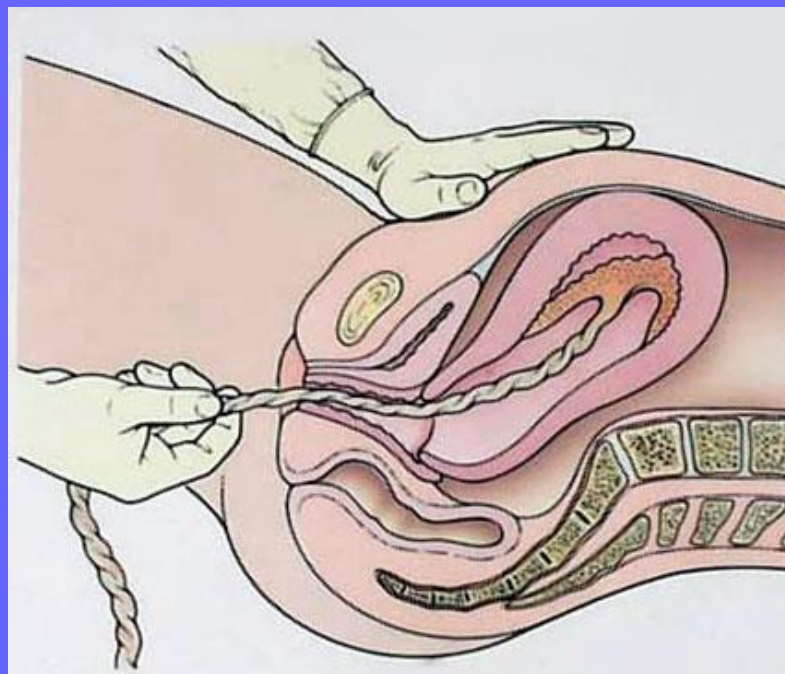
- WYMAGA UMIEJĘTNOŚCI I DOŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ
- WYMAGA OKREŚLONYCH WARUNKÓW ANATOMICZNYCH- PODANTE KROCZE, WIELORÓDKOWE
- UWAGA NA OBJAWY ZAGRAŻAJACEGO PEKNIĘCIA KROCZA- ZBLEDNIECIE KROCZA!!
- GŁÓWKA WYŻYNANA WOLNO- JEDNA RĘKA CHRONI KROCZE, DRUGA HAMUJE WYRZYNANIE SIĘ GŁÓWKI
- NIE CHRONIĆ KROCZA ZA WSZELKĄ CENĘ!

TRZECI OKRES PORODU – OKRES ŁOŻYSKOWY

- OBEJMUJE ODDZIELENIE I WYDALENIE POPŁODU
- NAJCZĘŚCIEJ PO PRZERWIE BEZSKURCZOWEJ PONOWNIE POJAWIA SIĘ CZYNNOŚĆ SKURCZOWA
- ODDZIELENIE JEST BEZBOLESNE
- PORÓD ŁOŻYSKA NAJCZĘŚCIEJ W CIĄGU 1-2 SKURCZÓW MACICY
- TRWA DO 30 MIN
- UTRATA KRWI OKOŁO 250ML

TYPY ODDZIELENIA ŁOŻYSKA

- SCHULTZEGO- 80%
PRZYPADKÓW;
ODDZIELENIE
CENTRALNE,
MNIEJSZE
KRWAWIENIE
- DUNCANA- 20%
PRZYPADKÓW,
BRZEŻNE, OBFITSZE
KRWAWIENIE

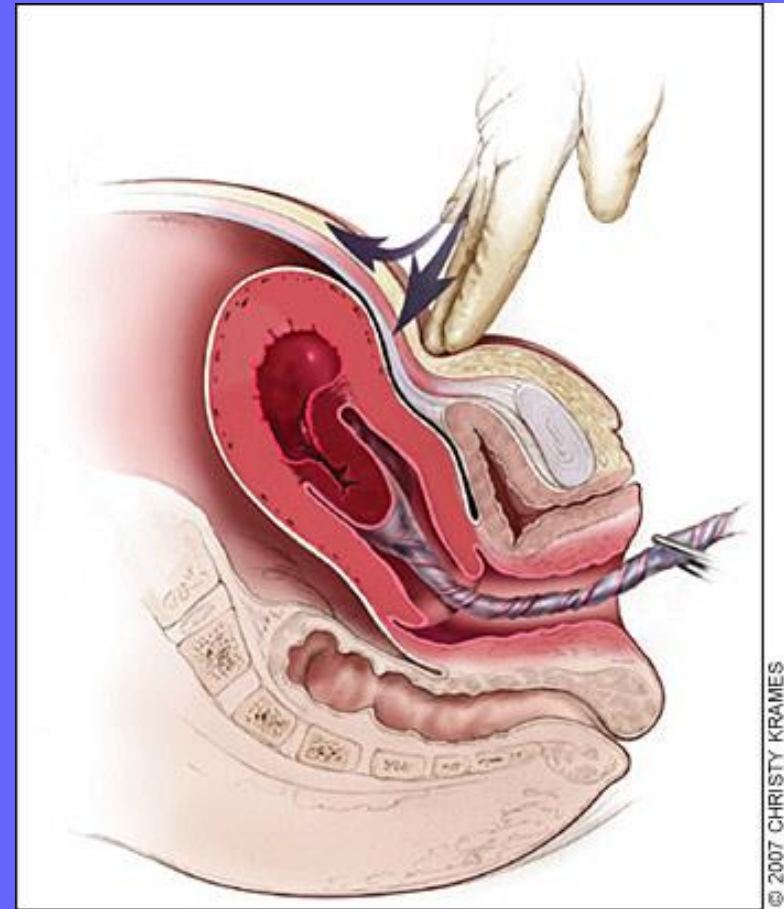


PROWADZENIE III OKRESU PORODU

- BIERNE - OCZEKIWANIE NA SAMOISTNE URODZENIE SIĘ POPŁODU
- AKTYWNE:
 - PODAWANIE LEKÓW OBKURCZAJĄCYCH MACICĘ
 - OKSYTOCYNĄ - IV LUB DOPEPOWINOWO,
 - METYLERGOMETRYNĄ - IV LUB IM
 - POSTĘPOWANIE POZAFARMAKOLOGICZNE
 - OPRÓŻNIENIE PĘCHERZA MOCZOWEGO
 - MASAŻ DNA MACICY
 - ZABIEG CREDEGO ??-WYNICOWANIE MACICY
 - POCIĄGANIE ZA PĘPOWNIĘ??-URWANIE PĘPOWINY

OBJAWY ODDZIELANIA ŁOŻYSKA

- MACICZNY SCHRODERA-MACICA KANCIASTA, UNIESIENIE DNA MACICY I ZMNIEJSZENIE JEJ POPRZECZNEGO WYMIARU, MACICA TWARDA OBKURCZONA
- PĘPOWINOWY KUSTNERA-WCIĄGNIĘCIE PĘPOWINY DO POCHWY PODCZAS UCISKU NAD SPOJENIEM ŁONOWYM PRZY ŁOŻYSKU NIEODDZIELNIONYM



OCENA POPŁÓDU

- PŁYTY ŁOŻYSKA
- PEPOWINY
- BŁON PŁODOWYCH

- POPŁÓD OCENIA DOŚWIADCZONY
SPECJALISTA POŁOŻNIK-GINEKOLOG!!

PŁYTA ŁOŻYSKA

- OCENA STRONY MATCZYNEJ I PŁODOWEJ
- KOMPLETNOŚĆ
- PŁATY DODATKOWE
- ZMIANY PATOLOGICZNE (ZMIANY WSTECZNE, ZAWAŁY)



PĘPOWINA

- DŁUGOŚĆ
- ILOŚĆ NACZYŃ PĘPOWINOWYCH (PĘPOWINA DWUNACZYNIOWA)
- OBRZEK
- WĘZŁY PRAWDZIWE I RZEKOME
- PRZYCZEP
 - CENTRALNY
 - BOCZNY
 - BRZEŻNY
 - BŁONIASTY

BŁONY PŁODOWE

- KOMPLETNOŚĆ
- OBECNOŚĆ PRZERWANYCH NACZYŃ (PŁAT DODATKOWY)
- NACZYNIA BŁĄDZĄCE



ZAOPATRZENIE OBRAŻEŃ PORODOWYCH

- PO PORODZIE POPŁODU NALEŻY WE WZIERNIKACH OBEJRZEĆ STAN DRÓG RODNYCH:
- OCENIĆ SZYJKĘ MACICY I ZAOPATRZYĆ SZWAMI JEJ EWENTUALNE PĘKNIĘCIA ORAZ ODPROWADZIĆ JĄ NA MIEJSCE
- OBEJRZEĆ POCHWĘ W POSZUKIWANIU EWENTUALNYCH PĘKNIĘĆ ŚCIAN I ŚLUZÓWKI, KTÓRE NALEŻY ZAOPATRZYĆ SZWAMI (UWAGA NA PRZESZYCIE ŚCIANY ODBYTNICY!)
- PĘKNIĘCIA OKOŁOCEWKOWE ZAOPATRUJE SIĘ PO UPRZEDNIM ZACEWNIKOWANIU PĘCZERZA!
- WARSTWOWO ZESZYĆ KROCZE (WŁAŚCIWE SZYCIE NACIĘTYCH MIĘŚNI KROCZA!!)

LEKI STOSOWANE W PORODZIE

- **ROZKURCZOWE-** RELAKSUJĄ SZYJĘ MACICY PRZYŚPIESZAJĄC JEJ ROZWIERANIE, ALE OSŁABIAJĄ SKURCZE (PAPAWERYNA, DROTAWERYNA, BUSCOLYSIN. SCOPOLAN)
- **NASKURCZOWE-** NASILAJĄ OSŁABIONĄ PIERWOTNIE LUB WTÓRNIE CZYNNOŚĆ SKURCZOWĄ- (OKSYTOCYNA)
- **ANALGETYKI OPIOIDOWE-** DOLCONTRAL (DEPRESJA ODDYCHANIA U DZIECKA- PODAĆ NALOXON W II OKRESIE)
- **USPAKAJAJĄCE-** RELANIUM (DZIAŁA ROWNIEŻ MIORELAKSACYJNIE PRZYŚPIESZAJĄC ROZWIERANIE SZYJKI ALE NASILA ŻÓŁTACZKĘ FIZJOLOGICZNA NIEMOWLĄT)

LEKI STOSOWANE W PORODZIE

- **STOSOWANE W TERAPII PŁODU**
 - FENOTEROL- REANIMACJA WEWNĄTRZMACICZNA PŁODU!! PODAWANY RÓWNIEŻ PRZY ZBYT NASILONEJ CZYNNOŚCI SKURCZOWEJ MIEŚNIA MACICY
 - ATROPINA- PRZYŚPIESZA CZYNNOŚĆ SERCA PŁODU ANTAGONIZUJĄC NERW BŁĘDNY
- **OBKURCZAJĄCE MACICĘ PO PORODZIE**
 - OKSYTOCYN
 - METYLOERGOMETRYNA
 - PROSTAGLANDYNY (ENZAPROST)

Dokumentacja medyczna

- Prowadzenie dokumentacji medycznej z nadzoru porodu powinno być zgodne z przepisami prawnymi obowiązującymi w zakresie dokumentacji medycznej.
- Każdy wpis do historii choroby powinien być datowany, z podaniem godziny i autoryzowany w sposób niebudzący wątpliwości. Każda poprawka powinna być poświadczona imiennie.
- Poza standardową dokumentacją w postaci historii choroby pacjentki (przystosowanej do opisu porodu i wprowadzenia podstawowych danych o stanie dziecka), obowiązkowe jest prowadzenie partogramu. Właściwie prowadzony partogram umożliwia otrzymanie aktualnej i łatwej do natychmiastowej oceny informacji dotyczącej postępu porodu.

ZNIECZULENIE W PORODZIE C.D.

ZNIECZULENIE
NASIĘKOWE NN.
SROMOWYCH
PRZEZ
NASTRZYKNIĘCI
E ROZTWOREM
LIGNOKAINY
OKOLICY KOLCA
KULSZOWEGO

