



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Specifika urgentních stavů v gynekologii a porodnictví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘSTVÍ

Autor: Lenka Pupíková

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Berková

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Specifika urgentních stavů v gynekologii a porodnictví*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9.5. 2023

.....

Lenka Pupíková

Poděkování

Poděkování patří hlavně paní MUDr. Lence Berkové za cenné rady při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem informantům z řad zdravotnických záchranářů za předané informace o urgentních stavech z gynekologie a porodnictví.

Specifika urgentních stavů v gynekologii a porodnictví

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem „Specifika urgentních stavů v gynekologii a porodnictví“. Skládá se ze dvou částí, a to teoretické a praktické.

V teoretické části předáváme informace o jednotlivých urgentních stavech z gynekologie a porodnictví. Řešíme u stavů, jak se projevují, jaké mohou být rizikové faktory a jaká je léčba v rámci přednemocniční neodkladné péče. V urgentních stavech z gynekologie rozebíráme stavy jako mimoděložní těhotenství, torze adnex, ruptura ovariální cysty, endometrióza, ovariální hyperstimulační syndrom, pánevní zánětlivá nemoc a patologické gynekologické krvácení. V porodnictví popisujeme hypertenzní stavy v těhotenství, preeklampsii, eklampsii, HELLP syndromu, předčasném porodu, porodu koncem pánevním, prolapsu pupečníku, abrupci placenty, včasně placentě, embolii plodovou vodou, postpartálním krvácení a o kardiopulmonální resuscitaci těhotné.

V praktické části předáváme informace získané z rozhovorů se zdravotnickými záchranáři. Získané informace byly analyzovány a následně rozděleny do 11 kategorií. Cílem práce bylo - 1. Zmapovat jednotlivé urgentní stavy v gynekologii a porodnictví. 2. Zmapovat postupy zdravotnických záchranářů u urgentních stavů v gynekologii a porodnictví.

Věříme, že se nám podařilo naplnit stanovené cíle. Výsledky výzkumu mohou sloužit k vytvoření doporučených postupů v rámci urgentních stavů v gynekologii a porodnictví.

Klíčová slova

Urgentní stavy; gynekologie; porodnictví; přednemocniční neodkladná péče; žena; těhotná; plod

Specifics of emergencies in gynecology and obstetrics

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic „Specifics of emergencies in gynecology and obstetrics“. It consists of two parts, theoretical and practical.

In theoretical part, we provide information on individual emergencies in gynecology and obstetrics. We deal at emergencies, how they manifest, what the risk factors may be and what the treatment is in pre-hospital emergency care. In gynecological emergencies we discuss emergencies such as ectopic pregnancy, adnexal torsion, ovarian cyst rupture, endometriosis, ovarian hyperstimulation syndrome, pelvic inflammatory disease and pathological gynecological bleeding. In obstetrics we describe hypertensive conditions in pregnancy, preeclampsia, eclampsia, HELLP syndrome, abortive birth, breech birth, umbilical cord prolapse, placental abruption, placenta previa, amniotic fluid embolism, postpartum hemorrhage and cardiopulmonary resuscitation of pregnant women.

In the practical part, we present information collected from interviews with paramedics. The information collected was analysed and divided into 11 categories. The goal of thesis was – 1. To map individual emergencies in gynecology and obstetrics. 2. To map the procedures of paramedics in gynecology and obstetrics emergencies.

We believe that we have succeeded in meeting our goals. The results of the research can be used to create recommended procedures in gynecological and obstetrics emergencies.

Key words

Emergencies; gynecology; obstetrics; pre-hospital emergency care; woman; pregnant woman; fetus

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Urgentní stavy v gynekologii.....	9
1.1.1 Mímoděložní těhotenství	9
1.1.2 Torze adnex.....	10
1.1.3 Ruptura ovariální cysty	10
1.1.4 Endometrióza	11
1.1.5 Ovariální hyperstimulační syndrom (OHS).....	11
1.1.6 Pánevní zánětlivá nemoc (PID)	12
1.1.7 Patologické krvácení v gynekologii.....	13
1.2 Urgentní stavy v porodnictví.....	13
1.2.1 Hypertenze, preeklampsie.....	13
1.2.2 Eklampsie.....	14
1.2.3 HELLP syndrom	15
1.2.4 Předčasný porod.....	16
1.2.5 Konec pánevní	16
1.2.6 Prolaps pupečníku.....	17
1.2.7 Abrupce placenty	18
1.2.8 Vcestná placenta	19
1.2.9 Embolie plodovou vodou.....	19
1.2.10 Postpartální krvácení.....	20

1.3	Specifika kardiopulmonální resuscitace těhotné.....	20
2	Cíle práce a výzkumné otázky	22
2.1	Cíle práce	22
2.2	Výzkumné otázky.....	22
3	Metodika	23
3.1	Metodika a technika výzkumu	23
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	23
4	Výsledky výzkumného šetření	24
4.1	Identifikační údaje informantů	24
4.2	Kategorizace výzkumu	26
5	Diskuse.....	49
6	Závěr	53
7	Zdroje.....	56
8	Seznam tabulek	59
9	Přílohy.....	60
10	Seznam zkratk	62

Úvod

Zdravotnický záchranář může podle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, dělat vyšetření a poskytovat zdravotní péči, včetně neodkladných výkonů k záchraně života. Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, zdravotnický záchranář provádí neodkladné výkony v rámci porodu a prvotního ošetření novorozence.

Proto, i když jsou urgentní stavy z gynekologie a porodnictví jedny z mála výjezdů posádek zdravotnické záchranné služby, musí zdravotničtí záchranáři na místě okamžitě reagovat a aktuální stavy žen řešit. Tyto stavy vzbuzují v zdravotnických záchranářích obavy, ať už z důvodu malé četnosti výjezdů, nebo protože jde o dva životy v případě porodnických stavů.

Tato bakalářská práce se zabývá urgentními stavy v gynekologii a porodnictví a jejich specifiky. Zajímalo nás, čím jsou tyto stavy tak specifické, a jaké postupy zdravotničtí záchranáři praktikují při těchto stavech. Naše práce by mohla sloužit k vytvoření doporučených postupů u urgentních stavů v gynekologii a porodnictví.

1 Současný stav

1.1 Urgentní stavy v gynekologii

Urgentní stavy v gynekologii ohrožují nejen život ženy, ale i její reprodukční schopnosti. Mohou postihovat ženu v jakékoli části života. Nejčastěji se jedná o náhlé příhody břišní, které vznikají z plného zdraví a ohrožují základní vitální funkce (Šálková et al., 2021).

1.1.1 Mimoděložní těhotenství

Jde o stav, kdy se oplodněné vajíčko uchytí v jiném místě, než je děložní dutina. Název mimoděložní těhotenství není úplně přesný, protože oplodněné vajíčko se může zachytit i v rohu nebo hrdle dělohy. Přesnější název je ektopická gravidita (Šálková et al., 2021; Dubová a Zikán, 2022).

Většina těchto těhotenství je lokalizována ve vejcovodu a zbytek, přibližně 3 %, která nejsou ve vejcovodu, označujeme jako atypická ektopická gravidita. Ty se mohou nacházet na vaječniku nebo v něm, na pobřišnici nebo pod úrovní vnitřní branky dělohy (Dubová a Zikán, 2022).

Rizikové faktory pro mimoděložní těhotenství jsou chirurgický výkon na vejcovodu, sterilita, kouření nebo genitální infekce (Roztočil et al., 2011). Dubová a Zikán (2022) uvádí ještě IVF (in vitro fertilizace, mimotělní oplodnění).

Mezi příznaky patří kolikovitá bolest především v podbříšku. Ženy si mohou stěžovat na vynechání menstruace. Podle lokalizace umístění embrya se odvíjí síla krvácení do břišní dutiny, intenzita a lokalizace bolesti i průběh samotné gravidity (Šeblová et al., 2018).

Ženy mohou být i asymptomatické s vynechanou menstruací a pozitivním těhotenským testem. Velká komplikace je ruptura vejcovodu v důsledku gravidity. Rozvíjí se jako náhlá příhoda břišní s hemoragickým šokem. Ženy s hemoragickým šokem jsou bledé, mají tachykardii a hypotenzi, tachypnoe a nastává porucha vědomí (Dubová a Zikán, 2022).

V terapii se zabýváme hlavně aktuálním stavem ženy. Zajištění žilního vstupu, aplikace roztoků, v případě hemoragického šoku aplikování kyseliny tranexamové (Exacyl).

V případě, že si žena stěžuje na bolest, podáme analgezii a transportujeme do nemocnice (Šeblová et al., 2018).

1.1.2 Torze adnex

Torze vaječníku představuje zatočení kolem stopky, kterou je vaječník uchycen k břišní stěně. K této patologii dochází v případě, že se na vaječníku nachází cysta. K přetočení vaječníku o 180-360 stupňů dosáhne žena při pohybu (Šeblová et al., 2018). S vaječníkem se ve většině případech otáčí i vejcovod, proto torze adnex. Vaječník má přívod krve z děložních a ovariálních tepen, při stáčení dojde k městnání krve, otoku, útlaku tepen a ztrátě přívodu krve (Guile a Mathai, 2022). Pokud dochází k útlaku přívodné tepny a ztrátě přívodu krve, nastává nekróza a peritonitida (Šálková et al., 2021).

Jako hlavní rizikový faktor pro torzi je benigní útvar o průměru 5 cm a větší. Mezi další patří ženy v plodném věku a těhotenství (Guile a Mathai, 2022).

Klinicky se torze projevuje jednostrannou náhlou bolestí v podbříšku, která může mít různou intenzitu a nejdříve je ostrého charakteru. V případě, že dojde ke ztrátě přívodu krve, bolest se mění na tupou a má známky peritoneálního dráždění (Málek et al., 2019). Může se rozvinout šok s vegetativními příznaky jako je nauzea, zvracení nebo pocení (Šálková et al., 2018).

Tento stav je indikací k operaci. Ženu necháváme v úlevové poloze, řešíme aktuální stav, aplikujeme analgetika. Pokud z anamnézy zjistíme, že žena má cystu nebo už je objednaná na operaci a jsme si diagnózou jisti, transportujeme ji na gynekologicko-porodnické oddělení. Jestliže máme obraz pouze náhlé příhody břišní, ženu vezeme na urgentní příjem (Šeblová et al., 2018).

1.1.3 Ruptura ovariální cysty

Ženám se mohou v životě na vaječnících rozvinout cysty, které někdy nemusí mít vliv na život ženy (Šeblová et al., 2018). Ruptury ovariální cysty patří mezi náhlé příhody bolestivé (Šálková et al., 2021). Cysty často rostou a jsou zprvu asymptomatické. Nejčastěji jde buď o folikulární nebo luteinní cysty (Roztočil et al., 2011).

Folikulární cysta vzniká při absenci ovulace a dochází k hypersekreci folikulární tekutiny. Projevuje se většinou nepravidelným krvácením (Roztočil et al., 2011; Šálková et al., 2021). Cysta se zvětšuje a často dojde ke spontánní ruptuře (Šálková et al., 2021).

Když dojde k ruptuře cysty, vzniká náhlá bolest. K ruptuře cysty může dojít i po předchozím podnětu jako je třeba soulož (Čepický, 2021). Žena má silnou, ostrou bolest, u které dochází k postupné úlevě (Šálková et al., 2021).

Luteinní cysty pak bývají u hypersekrece žlutého tělíska s amenoreou (Roztočil et al., 2011). Žluté tělísko s cystou je cévně zásobeno a při jeho ruptuře dochází k hemoperitoneu (Šálková et al., 2021). Vzniká náhlá intenzivní bolest, která neustupuje. Přítomné jsou známky peritoneálního dráždění a dochází k hemoragickému šoku (Čepický, 2021).

V léčbě se opíráme o vitální funkce ženy. Zajistíme žilní vstup, podáváme roztoky a v případě rozvinutého hemoragického šoku můžeme aplikovat kyselinu tranexamovou (Exacyl). V případě silných bolestí podáváme analgetika a ženu transportujeme na gynekologické oddělení (Šeblová et al., 2018).

1.1.4 Endometrióza

Endometrióza je onemocnění, kdy se tkáň endometria vyskytuje mimo dutinu děložní. Rozlišujeme ji na vnitřní, kdy postihuje děložní sval nebo zevní, která postihuje další orgány (Čepický, 2021). Často endometrióza napadá pánevní orgány a peritoneum (Dubová a Zikán, 2022).

I přes dlouholetý výzkum není příčina endometriózy jasná, existuje ale několik teorií (Lenz et al., 2021).

Je to nejčastější onemocnění u žen v reprodukčním věku, které často způsobuje sterilitu (Lenz et al., 2021). Kromě sterility se endometrióza projevuje dalšími příznaky, mezi které patří bolest. Bolest se projevuje triádou jako dysmenorea, dyspareunie a dyschezie. Vyskytuje se hlavně při menstruaci, mezi přichází úleva (Čepický, 2021).

Bohužel léčba endometriózy jako taková neexistuje. Léčit se dají pouze její důsledky, a to bolest nebo sterilita (Čepický, 2021).

1.1.5 Ovariální hyperstimulační syndrom (OHS)

Ovariální hyperstimulační syndrom může být život ohrožující komplikací při umělém oplodnění (Šálková et al., 2021). Syndrom se netýká těhotenství, ale žen, které podstupují IVF (Maláska et al., 2020). Rozvine se po podání gonadotropinů a lidského choriového

gonadotropinu (hCG) pro vyvolání ovulace a odběr vajíček (Ševčík et al., 2014; Maláska et al., 2020).

Rizikové faktory pro hyperstimulační syndrom jsou mladé ženy, syndrom polycystických ovarii, vysoké dávky gonadotropinů či hyperstimulační syndrom v anamnéze (Maláska et al., 2020).

Stimulace ovarii vede ke zvýšené propustnosti kapilár, úniku tekutiny do intersticia, hypovolémii, trombózám a dalším. Může dojít až k syndromu multiorgánového selhání (MODS) a smrti (Ševčík et al., 2014; Maláska et al., 2020). Jelikož se zvětší vaječníky, které mohou být pokryty cystami, může nastat ruptura cysty s obrazem náhlé příhody břišní (Šálková et al., 2021).

OHS rozlišujeme mírný až středně závažný a závažný. Mírný až středně závažný se projevuje bolestí břicha, nauzeou, průjemem, zvracením a citlivostí v oblasti vaječníků. Závažný zas silnou bolestí břicha, rychlým přírůstkem hmotnosti, dušností, oligurií a silnou nauzeou (Pfeifer et al., 2016).

Léčba je symptomatická. Léčíme hypovolemii, podáváme analgetika, sledujeme vitální funkce a vědomí (Šálková et al., 2021).

1.1.6 Pánevní zánětlivá nemoc (PID)

PID je zánět horního genitálního traktu většinou bakteriálního původu (Curry et al., 2019; Čepický, 2021). Mezi tyto záněty patří cervicitida, endometritida, salpingitida a pelveoperitonitida (Čepický, 2021). Častými příčinami jsou *Chlamydia trachomatis* a *Neisseria gonorrhoeae* (Curry et al., 2019).

Rizikové faktory pro PID jsou mladý věk ženy pod 25 let, více sexuálních partnerů nebo nechráněný pohlavní styk (Curry et al., 2019).

Ženy mohou být asymptomatické. Mezi projevy PID patří bolest v podbřišku, která se zhoršuje s pohlavním stykem, krvácení mimo menstruaci, polyurie a vaginálním výtok (Curry et al., 2019).

Nejvíce nebezpečná je pelveoperitonitida, která se často rozvíjí u žen s nitroděložním tělískem se vznikem zánětu rodidel a jeho šířením. Dochází ke vzniku septického šoku. Podobný stav ukazuje toxic shock syndrom (TSS), který způsobuje zlatý stafylokok

(Šeblová et al., 2018). TSS může vyvolat i *Streptococcus pyogenes* (Hansen et al., 2020). Syndrom mají ženy, které již byly těhotné, používají tampony nebo užívají poševní antikoncepci (Šeblová et al., 2018). TSS se projevuje vyrážkou na hrudi, která se šíří na končetiny, nauzeou, hypotenzí, bolestí svalů, poškozením sliznic, horečkou až po šok (Šeblová et al., 2018; Hansen et al., 2020).

Terapie spočívá v podávání krystaloidů, analgetik, jinak postupujeme jako při šoku. Sledujeme vitální funkce, vědomí a ženu transportujeme na urgentní příjem nebo gynekologicko-porodnické oddělení (Šeblová et al., 2018).

1.1.7 Patologické krvácení v gynekologii

Patologické krvácení v gynekologii může být krvácení v souvislosti s menstruačním cyklem nebo bez souvislosti s ním. V případě souvislosti s menstruačním cyklem je toto krvácení nebezpečné, pokud probíhá chronicky a žena trpí prohlubující se anemií. Mezi tyto krvácení patří hypermenorea, polymenorea, menoragie a metroragie (Penka et al., 2014).

Mezi krvácení bez souvislosti s menstruací patří trauma, nádory, krvácení po pohlavním styku a ektopická gravidita (Penka et al., 2014; Šálková et al., 2021).

Při terapii se odvíjíme od krevní ztráty. Podáváme krystaloidy, a pokud nám selhávají základní životní funkce, v terapii postupujeme jako u hemoragického šoku a aplikujeme kyseliny tranexamovou. Pakliže žena stále krvácí, dáme jí vložku nebo plenu a odvezeme na gynekologicko-porodnické oddělení (Šeblová et al., 2018).

1.2 Urgentní stavy v porodnictví

Při urgentních stavech v porodnictví se musíme věnovat jak matce, tak dítěti. Základ pro tyto stavy je, abychom matku dali do levé boční polohy a zaměřili se na první pomoc pro ni (Dobiáš et al., 2012).

1.2.1 Hypertenze, preeklampsie

Hypertenze je jeden z rizikových faktorů u těhotných žen. Některé těhotné mají chronickou hypertenzi již před otěhotněním, další zas mohou mít hypertenzi vyvolanou těhotenstvím, která se označuje zkratkou PIH (Hájek et al., 2004).

O hypertenzi indukovanou těhotenstvím mluvíme, když systolický krevní tlak stoupne o 20 mm Hg nebo diastolický o 10 mm Hg. Jestliže se k hypertenzi přidají další symptomy jako proteinurie nebo otoky celého těla, mluvíme o preeklampsii (Dobiáš et al., 2012). Preeklampsie je onemocnění, které se vyznačuje hypertenzí po 20. týdnu těhotenství s proteinurií nad 300 mg bílkovin za den (Bisták, 2017). Je to tedy onemocnění spojené hlavně s III. trimestrem těhotenství (Dobiáš et al., 2012).

Těžká preeklampsie nastává, když je hodnota krevního tlaku v klidu 160/110 mm Hg a vyšší. Proteinurii v přednemocniční péči nelze změřit, můžeme ji zjistit z těhotenské průkazky. V anamnéze se ptáme na četnost močení, protože oligurie je další příznak preeklampsie. Mezi příznaky také řadíme bolest v epigastriu, kdy si matka může stěžovat na bolest kolem žaludku a nad žlučníkem (Šeblová et al., 2018). Bisták (2017) uvádí další příznaky jako cefalea, poruchy vizu nebo HELLP syndrom.

Binder et al. (2020) uvádí, že mezi rizikové faktory pro preeklampsii patří primipary, obezita, rodinná anamnéza preeklampsie, vícečetné těhotenství, preexistující diabetes mellitus nebo preexistující hypertenze. Mezi nespecifické příznaky, které se mohou vyskytovat dohromady s proteinurií, otoky a hypertenzí, patří nauzea a zvracení.

Jediná prevence, která je možná, je chodit na pravidelné kontroly do těhotenské poradny. V poradně se změří krevní tlak, udělá vyšetření moči a stanoví se hmotnostní přírůstek. U rizikových těhotenství, které měli preeklampsii již v předchozích graviditách, je možné podávat kyselinu acetylsalicylovou od 16. týdne těhotenství (Binder et al., 2020).

Léčba hypertenze zahrnuje léky jako dihydralazin (Nepresol) nebo labelatol (Trandate) a cílem je dosáhnout tlaku 140/90 mm Hg (Málek et al., 2019). K prevenci křečí podáme MgSO₄ až 4 g intravenózně, protože relaxuje hladké svalstvo a snižuje tlak. Při křečích použijeme apaurin v dávce 10 mg intravenózně nebo intramuskulárně (Binder et al., 2020).

1.2.2 Eklampsie

Preeklampsie, pokud se správně neléčí, se může vystupňovat do nejzávažnější formy eklampsie. Eklampsie je záchvat tonicko-klonických křečí, které nemají příčinu v žádné jiné patologii (Binder et al., 2020).

Záchvat se projevuje čtyřmi fázemi. První fáze, je fáze prodromů, kdy těhotná je neklidná, má záškuby obličeje, protáčí oční bulby, bolí ji hlava, břicho a zvrací. Další fáze, je fáze tonických křečí, objevuje se opistotonus (Málek et al., 2019).

Při fázi tonických křečí se objevují záškuby žvýkacích svalů, opistotonus se projevuje křečí šíjových, zádočných svalů a končetin, matka má ruce v pěst (Dubová a Zikán, 2022).

Fáze tonických křečí po chvíli přechází do křečí klonických. Ty se projevují nekoordinovanými záškuby celého těla. Po pár minutách těhotná žena upadá do bezvědomí, zornice jsou mydriatické, hluboce dýchá. Když se probudí, má úplnou amnézii (Málek et al., 2019).

Přednemocniční urgentní léčba u eklampsie zahrnuje zajištění žilního přístupu, do něj aplikovat MgSO₄ 2-4 g a Diazepam 10-20 mg. Při křečích hlavně zabránit poranění matky a plodu, matku dostatečně oxygenovat a monitorovat základní životní funkce. Být připravený na možné komplikace spojené s eklampsií a transport do zdravotnického zařízení (Dobiáš et al., 2021). Málek et al. (2019) uvádí ještě podání antihypertenzní terapie ve formě Nephresolu nebo Trandetu intravenózně. Po záchvatu eklampsie je indikováno ukončení těhotenství bez ohledu na plod (Roztočil et al., 2017).

1.2.3 HELLP syndrom

HELLP syndrom patří mezi jiné formy preeklampsie. Písmeno H znamená hemolýza, EL představuje zvýšené jaterní enzymy a LP je nízký počet krevních destiček (Roztočil et al., 2020).

Syndrom vznikne na podkladě poškození cév s vazospasmem, kterému následuje poškození různých orgánů s aktivací krevního srážení. Důvod, proč se poškodí cévní stěny, není dosud jasný (Slezáková et al., 2017).

Mezi projevy se řadí bolest břicha, nevolnost, hemolytická anemie, nízký obraz krevních destiček a zvracení. Projevy jako proteinurie a hypertenze, které souvisí s preeklampsií, těhotná nemusí mít (Polák, 2022). Slezáková et al. (2017) uvádí další příznaky, a to ikterus, hematurii, otoky a rozvoj diseminované intravaskulární koagulace (DIC). DIC je hyperkoagulační stav, kdy se aktivuje hemostáza a tvoří se tromby, následně se spotřebují koagulační faktory a krevní destičky a tento stav vede k významnému krvácení

(Zadák et al., 2017). Roztočil et al. (2017) píše, že součástí HELLP syndromu je nekróza jater a výkyvy jaterních testů.

V terapii se opíráme o sledování a úpravu základních vitálních funkcí, podáváme infuzní roztoky, dále antikonvulzivní, antitrombotickou a antihypertenzní terapii. Mohou se aplikovat kortikoidy. HELLP syndrom je indikací k ukončení těhotenství císařským řezem (Slezáková et al., 2017).

1.2.4 Předčasný porod

Jako předčasné porody označujeme plody, které se narodí před 37. týdnem těhotenství. Mezi příčiny předčasného porodu řadíme několik faktorů. Mezi faktory řadíme komplikace, které se vyskytují v průběhu těhotenství, jako krvácení, předčasný odtok plodové vody, celková onemocnění matky a další, mimo jiné epidemiologické faktory, mezi které patří věk, váha a výška matky, psychologické faktory a podobně (Hájek et al., 2014).

Podle Šeblové et al. (2018) hrají největší roli zejména infekce.

V terapii se snažíme zejména zbavit kontrakcí. To by mělo zpomalit předčasný porod, aby plíce plodu měli čas na dozrání. V přednemocniční péči se předčasné porody většinou převážejí do nemocnice ještě ve stavu, kdy je plod v děloze (Šeblová et al., 2018).

K potlačení kontrakcí používáme tokolýzu. Tokolýza představuje dočasné zastavení děložní činnosti, ale je kontraindikována při krvácení z rodidel. Mezi další látky, které tlumí kontrakce patří magnézium sulfát nebo beta 2 – sympatomimetika (Binder et al., 2015).

Snažíme se odstranit kontrakce pomocí tokolýzy – hexoprenalinu. Pokud terapie nepomáhá, může nastat porod nezralého novorozence. Porod odrodíme pouze v případě, že je vidět hlavička nebo zadeček s pupečnickem (Šeblová et al., 2018).

1.2.5 Konec pánevní

Při poloze koncem pánevním jsou hýždě plodu uloženy u vchodu do pánve a hlavička je v oblasti děložního fundu. Polohy koncem pánevním mohou být úplné nebo neúplné. Pokud mluvíme o poloze úplným koncem pánevním, plod naléhá na vchod hýžděmi

i nožičkami. V opačném případě může být řítní, kdy plod má obě nožky nataženy nahoru a naléhá pouze hýžděmi nebo se opírá nožkami, kolínkem (Hájek et al., 2014).

Plod se sám v průběhu třetího trimestru otočí do polohy podélné hlavičkou. Mohou nastat různé příčiny, proč tento samovolný obrat nepříjde. Jedny z příčin jsou nedostatek plodové vody, vcestné lůžko nebo obtočení pupečníku kolem plodu (Hájek et al., 2014).

Indikací k porodu mimo nemocniční zařízení je, pokud vidíme zadeček nebo obě hýždě plodu a již odtekla plodová voda. Zajistíme žilní vstup a přichystáme si 5 jednotek oxytocinu. Při první kontrakci vyzkoušíme, jak rodička dobře tlačí. Přiložíme plenu na zadeček plodu a držíme dlaní. Musíme cítit, že plod postupuje (Šeblová et al., 2018).

Nejprve se rodí přední hýždě plodu, následují zadní hýždě a celý konec pánevní. U pupečníku musíme zjistit, zda tepe a není utlačován hlavičkou (Binder et al., 2015).

Dále se rodí tělíčko, na další zatlačení ramínka. Po porodu ramínek musíme udělat vertikální tah, aby se hlavička dostala do pánve. Při přetrvávající kontrakci rodička zatlačí, čímž porodí hlavičku. Ovšem pokud nestihneme porodit hlavičku při první kontrakci, pomocník nám bude vyvíjet tlak na fundus, dáme 5 jednotek oxytocinu a při další kontrakci dokončíme porod (Šeblová et al., 2018).

Binder et al. (2015) uvádí, že při porodu koncem pánevním existují dva postupy k usnadnění porodu. Metoda podle Brachta se uplatňuje, když už je porozena dolní polovina těla. Plod se uchopí oběma rukama tak, aby nožky naléhali na břicho a porodník zvedá tělo plodu směrem k matky břichu. Metoda podle Covjanova spočívá v položení prstů na záda plodu a palců na stehna. Při porodu předního raménka stáhneme tělo směrem dolů. K pomoci porodu zadního raménka zvedáme tělo naopak nahoru.

1.2.6 Prolaps pupečníku

Prolaps pupečníku je stav, kdy se poruší vak blan a část pupečníku sestoupí do porodních cest. Mezi rizikové faktory patří předčasný porod, porod koncem pánevním nebo abnormální délka pupečníku (Málek et al., 2019).

K prolapsu pupečníku dochází při odtoku plodové vody, kdy je pupečník stržen do porodních cest. Pupečník může být vyhřezlý do pochvy nebo před zevní rodidla a je často utlačován plodem k porodním cestám (Hájek et al., 2014; Šeblová et al., 2018).

Diagnóza se opírá o vaginální palpační vyšetření nebo stačí jen pohled, pokud je pupečník vyhrzlý před porodní cesty (Málek et al., 2019).

Při terapii je důležité uvolnit utlačování pupečníku, a to zejména manuálně, kdy se snažíme nadzvednout plod tak, aby neutlačoval pupečník. Pomocná může být i Trendelenburgova poloha (Málek et al., 2019).

Podle Šeblové et al. (2018) máme ženu uvést do Trendelenburgovy polohy a zkontrolovat pulzaci na pupečníku. Pokud je přítomná pulzace, ženu transportujeme do nemocnice. V případě, že pulzaci necítíme, musíme plod nadzvednout co nejvýše a opět kontrolujeme pulzaci. Kontrakce lze tlumit tokolýzou (hexoprenalinem). Pulzace by se měla objevit do minuty. Transport musí proběhnout v poloze, ve které pulz cítíme.

1.2.7 Abrupce placenty

Abrupce je předčasné odlučování placenty od děložní stěny. Tento stav je ohrožující pro matku i plod (Dobiáš et al., 2012).

Odlučování placenty musí probíhat v posledních třech měsících těhotenství a v případě, že placenta byla uložena fyziologicky (Hájek et al., 2014).

Mezi příznaky řadíme krvácení z pochvy, abnormální kontrakce dělohy, kterým následuje nauzea, zvracení a závratě. Abrupce placenty může nastat jak sama od sebe, například kvůli hypertenzi, tak po úraze (Dobiáš et al., 2012).

Nejčastěji abrupci placenty způsobí úrazy, manifestuje se do 24 hodin po úraze a může ji způsobit i minimální trauma (Binder et al., 2020).

Podle Šálkové et al. (2021) rozdělujeme abrupci na marginální a centrální. Při marginální abrupci se odlučují pouze okraje placenty nebo plodové obaly. Pokud se placenta odlučuje centrálně vzniká retroplacentární hematoma z přerušovaných spirálních tepen.

Jelikož je porucha cirkulace u plodu, dochází k jeho hypoxii. Při centrální abrupci matka nemusí viditelně krváčet, ale projevují se u ní známky hemoragického šoku a je ohrožena DIC (Hájek et al., 2014; Šálková et al., 2021).

Terapie spočívá v podávání krystaloidů, které udržují krevní oběh matky (Šeblová, Knor et al., 2018). Při abrupci placenty jsou kontraindikovány uterolytika (hexoprenalin) (Hájek et al., 2014; Šeblová et al., 2018).

Pokud je matka neklidná a má silné bolesti aplikujeme analgetika a mírnou sedaci. Na dalším postupu závisí aktuální stav matky (Šeblová et al., 2018).

1.2.8 Vcestná placenta

Jedná se o stav, kdy je placenta nebo její část patologicky uložena v porodních cestách (Šeblová et al., 2018).

Podle uložení placenty rozdělujeme několik forem vcestné placenty. V případě, že placenta překrývá celou vnitřní branku, mluvíme o placenta praevia centralis. Další je placenta praevia marginalis, kdy placenta zasahuje okrajem k vnitřní brance a níže nasedající lůžko, při kterém je placenta vzdálená více než 2,5 cm (Šálková et al., 2021).

Hájek et al. (2014) zmiňují ještě placentu praeviu partialis, při které placenta částečně překrývá vnitřní branku.

Rizikovými faktory pro vcestnou placentu jsou předchozí císařské řezy a vícečetné gravidity. Jasný příznak této patologie je jasně červené krvácení z rodidel, které probíhá bez bolestí (Dobiáš et al., 2012).

Matka se nesmí vyšetřovat vaginálně, mohlo by dojít k poranění lůžka. Neměli by se ani tlumit kontrakce tokolýzou, zajistit terapii podle vitálních funkcí, krvácení a transportovat matku do nemocnice (Šeblová et al., 2018).

1.2.9 Embolie plodovou vodou

Embolie plodovou vodou znamená proniknutí plodové vody do krevního systému matky a následuje srdeční selhání (Málek et al., 2019).

Produkty plodu vyvolávají anafylaktickou reakci a rozvíjí se distributivní šok. Z tohoto důvodu se embolie plodovou vodou nazývá anafylaktoidní těhotenský syndrom (Šálková et al., 2021).

Tato patologie se objevuje během porodu nebo krátce po porodu a rizikové faktory mohou být trauma břicha, vyšší věk matky, nadměrná děložní činnost, mužské pohlaví plodu nebo multiparita (Binder et al., 2020).

První projevy jsou zimnice, třesavka, pocení, následuje tachypnoe a cyanóza. Dále se objevuje šokový stav, doprovázený hypotenzí a tachykardií, který se překlání do srdeční

zástavy a bezvědomí. Součástí mohou být i křeče a pokud tento stav matka přežije, dojde k diseminované intravaskulární koagulaci (Šálková et al., 2021).

Léčba je symptomatická a opírá se o tři základní pilíře, které jsou oxygenace, udržení krevního tlaku a terapie koagulopatie. V přednemocniční péči se zaměřujeme na první dva. Zahájíme oxygenaci, zajistíme žilní vstup, podáváme krystaloidy, sledujeme životní funkce. Při kardiopulmonálním selhání zahájíme kardiopulmonální resuscitaci, zajistíme dýchací cesty. Zahájíme transport do nemocnice (Dobiáš et al., 2012; Šálková et al., 2021).

1.2.10 Postpartální krvácení

Postpartální krvácení je krevní ztráta více než 500 ml v případě fyziologického vaginálního porodu. Mezi nejčastější příčiny tohoto krvácení patří ztráta svalového tonu, poruchy placentace, trauma nebo koagulopatie (Hájek et al., 2014).

Většina poporodního krvácení je způsobena hypotonií dělohy. Tato porucha retrakce dělohy může nastat u stavů, kdy je děloha nadměrně roztažená, jako například u velmi velkého plodu. Dále k hypotonii může přispět vleklý porod (Roztočil et al., 2020).

Důležité body a varovnými příznaky jsou krevní ztráta větší než 500 ml, hypotenze a tachykardie. Mezi prevence pro tento stav patří kontrola celistvosti placenty po porodu, během transportu kontrola krvácení a fundu, v případě poranění hráze nutné ošetření v nemocnici a aktivní vedení třetí doby porodní, které ale není v terénu časté (Šeblová et al., 2018).

V terapii postupujeme pomocí algoritmu ABC, ženu dáme na záda, dbáme na průchodnost dýchacích cest a podáváme kyslík. Provádíme masáž děložního fundu, abychom vyloučili krev z dělohy. Zajistíme intravenózní vstup, aplikujeme uterotonika jako oxytocin v dávce 5 IU a metylergometrin 0,2 mg, který můžeme opakovat po 30 minutách. Dále se podává kyselina tranexamová. Zajišťujeme základní vitální funkce ženy, podáváme infuzní roztoky a důležitý je bezodkladný transport (Šeblová et al., 2018).

1.3 Specifika kardiopulmonální resuscitace těhotné

Srdeční zástavu mohou u těhotných žen kromě známých reverzibilních příčin způsobovat další příčiny, které jsou známy pod zkratkou BEAUCHOPS. Písmeno B představuje

krvácení, ať už poporodní nebo DIC, E značí embolii, A komplikace v souvislosti s anestezií, U je děložní atonie, C ve smyslu kardiální příčiny, H jako hypertenze a stavy spojené s ní, O jako ostatní, P problémy s placentou a S ve smyslu sepse (Weissleder et al., 2022).

Pokud dojde k zástavě oběhu, postupujeme podle standartních postupů. Srdeční masáž provádíme jako obvykle v úrovni dolní poloviny sternu. V případě, že těhotenství trvá déle než 20 týdnů, při neodkladné resuscitaci rukou odtláčíme dělohu směrem doleva, aby nedošlo k aortokavální kompresi (Truhlář et al., 2021). V lepším případě lze tělo těhotné naklonit k levé straně přibližně v úhlu 15-30° (Remeš a Trnovská, 2013; Truhlář et al., 2021). Při defibrilaci nalepíme elektrody do standartní polohy a defibrilační výboje jsou stejné (Truhlář et al., 2021). V těhotenství je zvýšené riziko aspirace, proto je důležitá orotracheální intubace za použití Sellickova manévru (Remeš a Trnovská, 2013). Sellickův manévr je tlak na cricoideu neboli prstencovou chrupavku (Chaney a Brady, 2022). Intubační kanylu volíme menší než obvykle (Remeš a Trnovská, 2013). Bereme v potaz reverzibilní příčiny zástavy oběhu a zajistíme jejich léčbu, při poporodním krvácení podáme kyselinu tranexamovou v dávce 1 g do žíly (Truhlář et al., 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat jednotlivé urgentní stavy v gynekologii a porodnictví.

Cíl 2: Zmapovat postupy zdravotnických záchranářů u urgentních stavů v gynekologii a porodnictví.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou urgentní stavy v gynekologii a porodnictví a jejich specifika?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké postupy praktikují zdravotničtí záchranáři u urgentních stavů v gynekologii a porodnictví?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro zpracování praktické části bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Výzkum byl prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů, díky kterým jsme získávali informace o urgentních stavech v gynekologii a porodnictví. U rozhovorů byly položeny předem připravené otázky (Příloha 1), které byly v případě potřeby upřesněny.

Informanty tvořili zdravotničtí záchranáři z Jihočeského kraje, a to hlavně z oblastního střediska v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Informanti byli seznámeni s tématem bakalářské práce, souhlasili s nahráváním na diktafon a byli informováni o anonymitě rozhovoru. Dále jsme informanty označili zkratkami I1, I2, I3, I4, I5 a I6. Získané informace byly následně analyzovány a zpracovány do 11 kategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 6 zdravotnických záchranářů z Jihočeského kraje, a to hlavně z oblastních středisek v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Zdravotničtí záchranáři jsou označeni zkratkami I1-I6. Provádění rozhovoru probíhalo v březnu roku 2023.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje informantů

Tabulka č. 1 - Identifikační údaje zdravotnických záchranářů

Informant	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka zaměstnání u zdravotnické záchranné služby	Oblastní středisko
I1	Žena	Vysokoškolské	27 let	České Budějovice
I2	Žena	Vysokoškolské	16 let	České Budějovice
I3	Žena	Vysokoškolské	3 roky	České Budějovice
I4	Muž	Vyšší odborné	16 let	České Budějovice
I5	Žena	Středoškolské	25 let	Jindřichův Hradec
I6	Muž	Vysokoškolské	10 let	Jindřichův Hradec

Zdroj: vlastní

Informantka I1 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské a pracuje u zdravotnické záchranné služby oblastního střediska České Budějovice 27 let.

Informantka I2 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské a pracuje u zdravotnické záchranné služby oblastního střediska České Budějovice 16 let.

Informantka I3 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské a pracuje u zdravotnické záchranné služby oblastního střediska České Budějovice 3 roky.

Informant I4 má nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné a pracuje u zdravotnické záchranné služby oblastního střediska České Budějovice 16 let.

Informantka I5 má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské a pracuje u zdravotnické záchranné služby oblastního střediska Jindřichův Hradec 25 let.

Informant I6 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské a pracuje u zdravotnické záchranné služby oblastního střediska Jindřichův Hradec 10 let.

4.2 Kategorizace výzkumu

Informace získané z rozhovorů byly analyzovány a následně rozděleny do 11 kategorií z důvodu větší přehlednosti. Kategorie jsou ukázány v Tabulce č. 2. Každá kategorie byla rozdělena do tří částí, kde v první části je obecný popis, čím se daná kategorie zabývá, v druhé části jsou odpovědi informantů a ve třetí části jsou odpovědi shrnuty.

Tabulka č. 2 - Kategorie výzkumu

Označení kategorie	Název kategorie
Kategorie č. 1	Nejčastější stavy z gynekologie a porodnictví
Kategorie č. 2	Symptomatologie gynekologických náhlých příhod břišních
Kategorie č. 3	Specifika kardiopulmonální resuscitace těhotné
Kategorie č. 4	Prevence urgentních stavů v porodnictví
Kategorie č. 5	Specifika gynekologických a porodnických stavů
Kategorie č. 6	Postupy u eklampsie
Kategorie č. 7	Postupy u postpartálního krvácení
Kategorie č. 8	Postupy u patologického vaginálního krvácení
Kategorie č. 9	Péče o ženu po porodu
Kategorie č. 10	Postup u gynekologických náhlých příhod břišních
Kategorie č. 11	Intervence u prolapsu pupečníku

Zdroj: vlastní

Kategorie č. 1 – Nejčastější stavy z gynekologie a porodnictví

V této kategorii byli informanti dotazováni, jaké jsou podle nich nejčastější výjezdy zdravotnické záchranné služby v rámci gynekologických a porodnických stavů.

Tabulka č. 3 - Nejčastější stavy z gynekologie a porodnictví

Informant	Nejčastější stavy z gynekologie a porodnictví
I1	Porody, bolest podbřišku, menstruace
I2	Gynekologické krvácení, porody
I3	Odteklá plodová voda, bolest podbřišku, kontrakce
I4	Gynekologické krvácení, porody, potraty, bolest břicha
I5	Porody, gynekologické krvácení, mimoděložní těhotenství
I6	Gynekologické krvácení, bolest podbřišku, porody

Zdroj: vlastní

I1: „Určitě to jsou hrozící porody. U gynekologických stavů se to těžko odlišuje od břišní chirurgie, ale jsou to tedy bolesti podbřišku, menstruace. V případě bolesti nevíme, jestli je to těhotenství nebo třeba endometrióza.“

I2: „Gynekologické krvácení a porody.“

I3: „Odteklá plodová voda, bolest podbřišku a kontrakce.“

I4: „Gynekologické krvácení, překotné porody, spontánní potraty nebo bolest břicha při menstruačním cyklu.“

I5: „Moc se k nim nejezdí, ale jednou za čas ty porody, převozy hrozícího nedonošeného porodu, gynekologické krvácení, sem tam, ale to už dlouho nebylo mimoděložní těhotenství.“

I6: „Nejčastěji asi to gynekologické krvácení, nějaké bolesti podbřišku a hrozící porod.“

Jako nejčastější výjezdy zdravotnických posádek uvedli informanti I1, I2, I4, I5 a I6 porody. Informant I3 zmínil rovnou příznaky, které mohou napovídat, že se bude jednat o porod, a to odteklá plodová voda a kontrakce. Mezi další výjezdy patří gynekologické krvácení a bolest břicha či podbříšku. Gynekologické krvácení řekli informanti I2, I4, I5 a I6. Informanti I1, I3, I4, I6 uvedli bolest břicha nebo podbříšku. Informant I1 sdělil, že gynekologické stavy se těžko odlišují od břišní chirurgie. Informant I5 řekl, že se k těmto stavům moc nejezdí a jednou za čas mají i mimoděložní těhotenství.

Kategorie č. 2 – Symptomatologie gynekologických náhlých příhod břišních

V této kategorii byli informanti tázáni na symptomatologii gynekologických náhlých příhod břišních, tedy jak se projevuje, jak ji poznáme.

Tabulka č. 4 - Symptomatologie gynekologických náhlých příhod břišních

Informant	Symptomatologie gynekologických NPB
I1	Bolest břicha, subfebrilie, únava, zvýšená potivost, špatná spolupráce, bolest, průjem, křeče
I2	Bolest břicha, krvácení, tachykardie
I3	Bolest břicha, tvrdé břicho, krvácení, hypotenze, tachykardie
I4	Bolest, febrilie, tachykardie, tachypnoe, nauzea, zvracení, krvácení
I5	Bolest břicha, hypotenze
I6	Bolest břicha, tachykardie, hypotenze, tachypnoe

Zdroj: vlastní

I1: „Jsou to hlavně bolesti břicha, v podbřišku, které můžou propagovat do zad. Dále subfebrilie, únava, zvýšená potivost, špatná spolupráce pacientek s bolestí, průjmovitá stolice a křeče.“

I2: „Bolesti břicha a podbřišku, krvácení, dále záleží na vitálních funkcích ženy, tedy může tachykardická, hypertonická a další. Hlavně bych zmínila tu bolest a krvácení.“

I3: „Bolest podbřišku, tvrdé a prknovité břicho, krvácení, hypotenze, tachykardie, žena může být šoková.“

I4: „Bolest, febrilie případně subfebrilie, tachykardie, tachypnoe, nauzea, zvracení a krvácení.“

I5: „Bolesti podbřišku, když je to hemoragické, tak pokles tlaku a šokový stav.“

I6: „Hlavně ta bolest břicha, příznaky šoku, jako tachykardie, hypotenze, tachypnoe.“

Všichni informanti uvedli jako hlavní projev gynekologické náhlé příhody břišní bolest, a to břicha, podbřišku nebo obojího. Dále sdělili šokový stav, nebo příznaky s ním spojené jako tachykardie, hypotenze a tachypnoe, a to informanti I2, I3, I4, I5 a I6. Informanti I2, I3 a I4 řekli krvácení a I1, I4 horečku nebo zvýšenou teplotu. I1 ještě uvedl únavu, zvýšenou potivost, špatnou spolupráci pacientek s bolestí, průjmovitou stolicí a křeče. I4 zmínil mezi další příznaky nauzeu a zvracení.

Kategorie č. 3 – Specifika kardiopulmonální resuscitace těhotné

Zde byli informanti tázáni na specifika kardiopulmonální resuscitaci těhotné ženy. Tedy v čem se resuscitace těhotné odlišuje od klasické resuscitace dospělého.

Tabulka č. 5 - Specifika kardiopulmonální resuscitace těhotné

Informant	Specifika KPR těhotné
I1	Dát ženu na levý bok, přednost matky před dítětem
I2	Manuálně přesunout dělohu doleva nebo vypodložit pravý bok
I3	Vypodložit levý bok, časné zajištění dýchacích cest
I4	Manuálně přesunout dělohu doleva, vypodložit pravý bok
I5	Dát ženu na levý bok, přednost matky před dítětem
I6	Manuálně přesunout dělohu doleva, vypodložit pravý bok

Zdroj: vlastní

I1: „*Ten levý bok u žen, jinak nevím, hlavně má přednost vždycky matka před dítětem.*“

I2: „*Ženu položíme na záda a manuálně se jim přesouvá břicho na levou stranu, případně podložit pánev k oddálení dolní duté žíly. Jiná specifika neznám.*“

I3: „*Vypodložit levý bok, časné zajištění dýchacích cest kvůli riziku aspirace.*“

I4: „*Snaha o zabránění aortokavální komprese, odtažení dělohy doleva, možnost podložení pravé kyčle, přitom hrudník musí zůstat v rovině. Dále je možnost císařského řezu do 5 minut od zástavy, to jsem v praxi ale nikdy neviděl.*“

I5: „*Nemá ležet na rovní, měla by jít na jeden bok a vždycky zachránit hlavně tu matku.*“

I6: „*Děloha by se měla přesunout manuálně doleva, nebo by se měl vypodložit bok pacientky.*“

Všichni informanti uvedli, že by žena měla být na levém boku, nebo že by se měla děloha manuálně přesunout na zmíněný levý bok. Jediný I3 sdělil, že by se měl vypodložit levý

bok ženy, a že by se měli časně zajistit dýchací cesty. Informanti I1 a I3 sdělili, že by matka měla mít přednost v záchraně před dítětem. Informant I4 jediný zmínil možnost císařského řezu v přednemocniční péči, ale že to v praxi ještě neviděl.

Kategorie č. 4 – Prevence urgentních stavů v porodnictví

Tato kategorie se zabývá prevencí u urgentních stavů v porodnictví, konkrétně tedy jak si zdravotničtí záchranáři myslí, že těhotné samy mohou předcházet vůbec vzniku komplikací v průběhu těhotenství a porodu.

Tabulka č. 6 - Prevence urgentních stavů v porodnictví

Informant	Prevence urgentních stavů v porodnictví
I1	Prevence začíná už na základních školách
I2	Pravidelné lékařské kontroly
I3	Pravidelné lékařské kontroly
I4	Zdravý životní styl
I5	Pravidelné lékařské kontroly
I6	Pravidelné lékařské kontroly, zdravý životní styl

Zdroj: vlastní

I1: „*To asi těžko, ale je to taky důležité posoudit podle toho, jestli těhotenství bylo chtěné nebo nechtěné. Prevence se začíná už učit na základních školách.*“

I2: „*Dnes už jsou ty ženy tak hlídané až bych řekla, že přehlídané, že gynekologové občas vidí riziko i tam, kde není. Tudiž je nejdůležitější chodit prostě a jednoduše na pravidelné kontroly, hlídat tu hypertenzi a proteinurii.*“

I3: „*Hlavně chodit na pravidelné kontroly a řešit preeklampsii.*“

I4: „*Strava bohatá na vitamíny, žádný alkohol, kouření či vapovací zařízení, dostatek odpočinku, lehký pohyb.*“

I5: „*Většinou se vozí ty, které nechodí na gynekologické prohlídky, spíš tedy chodit, jak v těhotenství na gynekologický kontroly, tak třeba i pak ty starší ženy.*“

I6: „*Chodit na pravidelné kontroly a léčit aktuální problémy. Mít zdravý životní styl, nekouřit a nepít alkohol.*“

Informanti I2, I3, I5 a I6 zmínili chodit na pravidelné lékařské kontroly. Informant I4 uvedl, že by ženy měly mít vyváženou stravu, nepít alkohol, nekouřit, měli by dostatečně spát a mít nějaký lehký pohyb. Nekouřit a nepít alkohol sdělil i informant I6. Jediný informant I1 řekl, že o prevenci mluví už na základních školách, odkud by to měly matky vědět.

Kategorie č. 5 – Specifika gynekologických a porodnických stavů

V této kategorii byli informanti dotazováni na svůj osobní názor, proč si myslí, že gynekologické a porodnické stavy jsou tak specifické.

Tabulka č. 7 - Specifika gynekologických a porodnických stavů

Informant	Specifika gynekologických a porodnických stavů
I1	Dva životy, lehké zaměnitelné s břišními náhlými příhodami
I2	Málo časté stavy, dva životy
I3	Obtížná diagnostika, málo časté stavy
I4	Lehké zaměnitelné s břišními náhlými příhodami, dva životy
I5	Málo časté stavy
I6	Dva životy, málo časté stavy, obtížná diagnostika

Zdroj: vlastní

I1: „Specifické jsou v tom, že když se jedná o těhotenství, tak jsou tam vlastně dva životy, nebo tři, to podle toho, jestli je to vícečetné těhotenství a v té gynekologii je to těžké odlišit od té břišní. Když jedeme k tomuhle stavu, řešíme, kde ty bolesti jsou a podle toho vlastně určujeme, jestli pojedeme na gyndu nebo na chirurgii, ale já radši častěji jezdím na tu gynekologii, aby se vyloučil ten gynekologický problém a oni jsou zvyklí posílat ty pacienty, když na nic nepříjdou na chirurgii. Do břicha nikdo nevidí, takže těch možností, co to může být je opravdu hodně.“

I2: „Gynekologické jsou specifické tím krvácením, ať už je to to neviditelné nebo viditelné, ten Douglasův prostor je přece jenom veliký, třeba při té extrauterině nebo ruptuře, to je docela nebezpečný. Když vezmete ten porod, není to úplně rutina, to si pojďme říct jako. Nerodíme dvakrát do týdne. Takže to neznámé prostředí, ta nerutina a jsou to dva lidi, není to jen jeden člověk. Veliký stres.“

I3: „V terénu není taková možnost ty stavy vyřešit. Nemáme na to dostatečné prostředky, ultrazvuk, ta diagnostika je přece jenom hodně obtížná a navíc, nejezdí se k tomu často.“

I4: „*Specifické hlavně anatomii ženského těla, snadno zaměnitelné s běžnými stavy náhlých příhod břišních a přítomností plodu u těhotných.*“

I5: „*Tak třeba porod je hodně specifický že jo, je rozdíl resuscitace a porod, je to něco k čemu se nedostáváme často.*“

I6: „*Specifické jsou určitě v tom, že jde o dva životy v případě porodnictví. Dále, že se k tomu často nejede a taky že nemáme na tyto problémy dostatečnou výbavu a diagnostiku.*“

Nejčastěji informanti uváděli, že jsou stavy specifické tím, že nejsou tak časté, což řekli I2, I3, I5 a I6. Další častá odpověď byla, že v případě porodů, jde o dva životy. To sdělili informanti I1, I2, I4 a I6. Informanti I3 a I6 zmínili, že je obtížná diagnostika těchto stavů a nemají na to dostatečné prostředky. Informanti I1 a I4 zas uvedli, že stavy jsou snadno zaměnitelné s břišními náhlými příhodami.

Kategorie č. 6 – Postupy u eklampsie

V této kategorii bylo záměrem zjistit, jak zdravotničtí záchranáři postupují u eklampsie v rámci léčby.

Tabulka č. 8 - Postupy u eklampsie

Informant	Postupy u eklampsie
I1	Krevní tlak nesnižujeme, konzultace s lékařem
I2	Konzultace s lékařem, monitorace a řešení vitálních funkcí
I3	Benzodiazepiny, MgSO ₄ , intubace
I4	Monitorace a řešení vitálních funkcí
I5	Konzultace s lékařem, MgSO ₄ , léčba hypertenze (Ebrantil)
I6	Konzultace s lékařem, MgSO ₄ , léčba hypertenze, monitorace a řešení vitálních funkcí

Zdroj: vlastní

I1: „Pokud to ta žena ví, což já jsem měla hrozící preeklampsii, takže vím, co to znamená, ale jsou ženy, co vůbec v těhotenství nenavštěvují svého gynekologa, takže vůbec neví, proč mají nějaké obtíže. Pokud to ta žena ví, tak my ten stav té eklampsie řešíme pouze v případě, že hrozí křeče a bezvědomí. Hlásíme to předem na porodní sál. My rapidně ten krevní tlak nesnižujeme, pokud by byly křeče, tak bychom řešili, jestli to nemá vliv na to dítě. Pokud bych byla někde daleko, nechala bych se spojit s gynekologem, aby mi řekl, jakou léčbu mám zvolit.“

I2: „Já jsem žádnou těhotnou s eklampsii neměla, no změříte tlak a jedete. Pokud nějaká velká léčba, tak to je asi na našich lékařích, jak jakoby léčit tu hypertenzi, ale to vám taky asi úplně nespecifikuju, protože eklampsii jsem nevezla. Jako zajistit vitální funkce a nějaký monitoring v našich podmínkách. Jiné to bude na periferii než tady v Budějovicích.“

I3: „Zajistit žilní vstup, léčba křečí, takže benzodiazepiny, dále magnézium, ženu zaintubovat a odvézt na ARO, respektive na porodní sál.“

I4: „*Anamnéza, šetrný transport, vyšetření základních vitálních funkcí, zejména krevní tlak, zajištění žilní linky.*“

I5: „*My si teda všechny léky konzultujeme s lékařem, veze se na gynekologii. Podávalo by se magnéziium a něco na tu hypertenzi, třeba Ebrantil.*“

I6: „*Ženě se podá magnéziium, pak něco na tu hypertenzi případně. Samozřejmě po konzultaci s lékařem, když s námi nebude na místě. Za monitorace vést na porodní sál, při eklampsii musí žena jít na akutní cisařský řez.*“

Informanti I3, I5 a I6 zmínili magnéziium jako součást léčby eklampsie. V případě korigování krevního tlaku informanti I2, I5 a I6 uvedli, že by něco podali, po konzultaci s lékařem, I5 řekl, že by podal Ebrantil. Naopak informant I1 sdělil, že krevní tlak nesnižují. Informant I3 uvedl ještě zajištění dýchacích cest a podání benzodiazepinů. I2, I4 a I6 řekli, že by se léčba opírala o aktuální vitální funkce ženy.

Kategorie č. 7 – Postupy u postpartálního krvácení

Záměrem této otázky v kategorii postupy u postpartálního krvácení, bylo zjistit, zda mají zdravotničtí záchranáři standardizovaný protokol pro postup u postpartálního krvácení, případně jak u něj postupují v rámci vyšetření a léčby.

Tabulka č. 9 - Postupy u postpartálního krvácení

Informant	Postupy u postpartálního krvácení
I1	Není, hradit ztráty krystaloidními roztoky, Exacyl nebo Remestyp
I2	Není, vložky, monitorace a řešení vitálních funkcí
I3	Není, hradit ztráty krystaloidními roztoky, Exacyl, oxytocin
I4	Není, monitorace a řešení vitálních funkcí
I5	Na protokolu se pracuje, metylergometrin
I6	Na protokolu se pracuje, Exacyl, oxytocin, metylergometrin, monitorace a řešení vitálních funkcí, kontrola krvácení

Zdroj: vlastní

I1: „Nemáme. Co se týče gynekologie a porodnictví, tak máme předávací protokol u rodiček, ale to se řešilo dřív. Vozíme hrozně málo těch hrozících porodů, ale to jim kape infuze s gynipralem, aby se zastavily ty kontrakce. Jinak zajistit žílu, náhradní roztoky, zkusila bych i druhou žílu a hradila bych krystaloidama. My teda máme ten jeden koloid, ale od toho se odstupuje, protože se zjistilo, že jsou na něj alergie. Pak máme léky na stavění krvácení, máme tři, ty bych zkonzultovala, asi ten Exacyl nebo Remestyp do flašky.“

I2: „Nějaký určitě je, já jsem ale lempl, takže to zas nečtu, ale bude nějaký metodický pokyn na porod, ale přímo na postpartální krvácení si tedy nejsem jistá popravdě. Asi se to řeší kauzálně a pak co s tím, tak krvácí, dáte jí vložky a snažíte se zajistit fyziologický funkce a transport.“

I3: „Žádný nemáme. Zjistím žilní vstup, tekutinová resuscitace, farmakoterapie, Exacyl. Určitě zavolám lékaře. Zkonzultovala bych ještě oxytocin.“

I4: „O protokolu nevím, pokud jde o krvácení po porodu, tak řeším vše jako u běžného krvácení ze ženského pohlavního ústrojí, anamnéza, vitální funkce, žilní linka, transport na gynekologické oddělení.“

I5: „Na protokolu se pracuje, teď bylo školení. Jinak zajistit žílu, nově máme na zastavení krvácení z dělohy metylergometrin podle standartů.“

I6: „Protokol bude. Zajistil bych žílu, podal metylergometrin, oxytocin a Exacyl asi. Jinak samozřejmě kontrolovat stále vitální funkce a krvácení z rodidel.“

Pouze informanti I5 a I6 zmínili nově přiřazený lék na zástavu děložního krvácení metylergometrin. Informanti I1, I3 a I6 uvedli, že by na krvácení podali Exacyl. I3 a I6 sdělili z léků ještě oxytocin. I1 a I3 by hradili ztráty krystaloidními roztoky. I2, I4 a I6 řekli, že by se opírali o vitální funkce ženy. I2 řekl, že by použil na krvácení vložky. V případě protokolů I1, I2, I3 i I4 sdělili, že o žádném neví. Pouze I5 a I6 uvedli, že se na něm momentálně pracuje.

Kategorie č. 8 – Postupy u patologického vaginálního krvácení

Cílem této kategorie bylo zjistit, jaké mají zdravotničtí záchranáři postupy u patologického vaginálního krvácení, z pohledu vyšetření a léčby žen.

Tabulka č. 10 - Postupy u patologického vaginálního krvácení

Informant	Postupy u patologického vaginálního krvácení
I1	Anamnéza, vložky, konzultace s lékařem
I2	Anamnéza, monitorace a řešení vitálních funkcí
I3	Ztráty hradit krystaloidy, Exacyl, konzultace s lékařem
I4	Anamnéza, monitorace a řešení vitálních funkcí
I5	Konzultace s lékařem, Exacyl
I6	Konzultace s lékařem, Exacyl, vložky, monitorace a řešení vitálních funkcí

Zdroj: vlastní

I1: „*Nejdřív musím zjistit, jestli se jedná o vaginální krvácení, anebo jestli tam nebylo to, že žena porodila. Vždycky se ptám, jak dlouho to krvácení trvá, kolik vložek použili, jak velký byly krevní ztráty, jestli tam byla koagula, jestli byly na záchodě a nespláchly to, abych se podívala. Hlavně se jí tam podívat, u malých holčiček zas úplně ne, těm je to hrozně nepříjemný. Zjistit hlavně anamnézu. Dávat ty čtverce, popáleninové roušky a léky zkonzultovat.*“

I2: „*Záleží, jak vypadá, měla jsem paní, hypermehorea, ta lila jak vodovodní kohoutek, narvaný vložky, cpala jsem jí ty naše TENY, aby neprolila. Sledujete ty fyziologický funkce, aby vám nešla do šoku, žilní linka, kontinuální monitorace. Dobrý je ještě, jestli ty ženy mají něco doma jako vložky, my jich máme málo. Otázka je taky proč, jestli nějaký trauma nebo hypermenorea.*“

I3: „*Tekutinová resuscitace, zavolám lékaře a farmakoterapie, hlavně Exacyl.*“

I4: „*Anamnéza, vitální funkce, žilní linka, komfort pacientky, transport.*“

I5: *„My vaginálně nevyšetřujeme, když je to masivní, tak zajistit žilu a jedeme. Podle konzultace s lékařem, dřív se dával Dicynone, teď co by chtěl, asi Exacyl.“*

I6: *„Žila, konzultoval bych Exacyl. Ženě bych dal vložky. Sledoval bych vitální funkce a jel na gynekologii.“*

Informanti I1, I2 a I4 sdělili, že důležitá je hlavně anamnéza. I3, I5 a I6 uvedli na krvácení podat Exacyl. I3 zmínil tekutinovou resuscitaci. I1, I2 a I6 by ženě dali ještě vložky. I2, I4 a I6 by se zaměřili na sledování vitálních funkcí.

Kategorie č. 9 – Péče o ženu po porodu

U této kategorie jsme se zdravotnických záchranářů ptali, co zahrnuje péče o ženu po porodu v přednemocniční neodkladné péči.

Tabulka č. 11 - Péče o ženu po porodu

Informant	Péče o ženu po porodu
I1	Dvě posádky, nečeká se na porod placenty, kontrola krvácení
I2	Tepelný komfort, kontrola krvácení, využití porodního balíčku
I3	Monitorace vitálních funkcí, nečeká se na porod placenty, kontrola krvácení, tepelný komfort, oxytocin
I4	Tepelný komfort, vitální funkce, vlídná slova
I5	Tepelný komfort, vitální funkce, nečeká se na porod placenty
I6	Tepelný komfort, vitální funkce, kontrola krvácení, nečeká se na porod placenty

Zdroj: vlastní

I1: „Otázka je, jestli ten porod proběhl doma nebo v sanitce. To je rozdíl. V případě porodu doma, tak by měly jet dvě posádky, aby se jedna starala o ženu a druhá o dítě. Nejdříve se zajišťuje dítě, jaký má APGAR, jaký má pupečník, jestli dotepal. Nečekáme na porod placenty, prostě ženu naložíme a buď ji porodí v autě nebo na porodním sále. Pokud ji porodí doma, tak ji zabalíme do folie a do igelitového pytlíku a přivést se ženou. Pak se koukáme, jestli tam není nějaké velké krvácení. Zajistíme žilu a vezeme do nemocnice. Dítě se odveze na neonatologii.“

I2: „Když porodí v sanitce, tak je to jasný, v tom porodnickém balíčku je ta část pro ty matky s nějakými těmi vložkami a tak dále. Hlavně zajistit tepelný komfort si myslím. Když porodí doma, tam je pro ně obrovská výhoda, že rodí doma, výhoda toho komfortu. Nějaká jiná specifická péče nevím, asi ze stran toho krvácení, kontrolovat ho, to je důležitý si myslím.“

I3: *„Žilní vstup, monitorace vitálních funkcí, kontroly pulzaci pupečnicku, v terénu se nerodí placenta. Dále kontrola rodidel, zajistit termomanagement, podám pět jednotek oxytocinu a dalších deset dám do infuze.“*

I4: *„Šetrný transport do sanitního vozu, tepelný komfort, žilní vstup, vitální funkce, vliďná slova.“*

I5: *„Já jsem naštěstí ještě nikdy nerodila. Zajistíme komfort dítěti a ženě taky, tepelný komfort, sledujeme vitální funkce a porod placenty probíhá až na zdravotnickém zařízení.“*

I6: *„Zajistit hlavně tepelný komfort jak ženě, tak dítěti. Sledovat vitální funkce, krvácení po porodu, placentu v terénu nerodíme.“*

I2, I3, I4, I5 a I6 uvedli jako důležité zajistit tepelný komfort. I1, I2 a I6 zmínili kontrolovat krvácení po porodu. I1, I3, I5 a I6 řekli, že se nečeká na porod placenty. I3 jako jediná řekla, že by podala oxytocin. I3, I4, I5 a I6 sdělili, že by dbali na kontrolu vitálních funkcí. I1 jediná uvedla, že by si zavolala ještě jednu sanitku pro péči o novorozence.

Kategorie č. 10 – Postup u gynekologických náhlých příhod břišních

Záměrem kategorie bylo zjistit postupy u vyšetření a léčby gynekologických náhlých příhod břišních.

Tabulka č. 12 - Postup u gynekologických náhlých příhod břišních

Informant	Postup u gynekologických NPB
I1	Těžko určit NPB, anamnéza
I2	Anamnéza, monitorace a řešení vitálních funkcí
I3	Těžko určit NPB, anamnéza, léky na bolest, konzultace s lékařem
I4	Anamnéza, monitorace a řešení vitálních funkcí
I5	Monitorace a řešení vitálních funkcí, Exacyl
I6	Těžko určit NPB, anamnéza, monitorace a řešení vitálních funkcí, krystaloidy, Exacyl, konzultace s lékařem

Zdroj: vlastní

I1: „Musíme rozlišit, jestli je to gynekologické nebo chirurgické. Takže zjišťuju, jestli krvácí, jestli má nějaký výtok, jestli má teplotu, jak dlouho to trvá, ale když řekne, že je to v podbřišku a je to žena, vezu automaticky na gyndu.“

I2: „Záleží na klinice ženy, jestli má bolesti, jestli krvácí, jak, jak moc, jak dlouho, na kolik vložek, jaký má fyziologický funkce, to je kus od kusu. Kontinuální monitorace, žilní linka, to je jak u koho.“

I3: „Většinou se nepozná, že jde zrovna o gynekologickou. Postupuji jako u všech náhlých příhod břišních. Důležitá je anamnéza, zajistit žilní vstup, po konzultaci s lékařem podám něco na bolest.“

I4: „Odebírání anamnézy, vitální funkce, zjištění krevní ztráty, zhruba, pokud byla, zjištění menstruačního cyklu.“

I5: „Prevence šoku, zajistit žilu a eventuelně ten Exacyl. Naložit a jet, žena potřebuje na sál.“

I6: „Těžko se to odlišuje od jiných náhlých příhod břišních, pokud nemáme nějakou jasnou anamnézu. Tím pádem je důležitá hlavně anamnéza, pak záleží na vitálních funkcích ženy. Určitě zajistíme žilu, podáváme roztoky, zkonzultoval bych Exacyl a jel bych na gynekologii.“

I1, I2, I3, I4 a I6 řekli, že nejdůležitější je anamnéza. I1, I3 a I6 sdělili, že je těžké rozpoznat, zda se jedná zrovna o gynekologickou náhlou příhodu břišní. I3 jediný uvedl, že by podal něco na bolest. I5 a I6 by na gynekologickou náhlou příhodu břišní podali Exacyl. I2, I4, I5 a I6 by se v léčbě opírali o vitální funkce ženy. I6 by podával krystaloidní roztoky.

Kategorie č. 11 – Intervence u prolapsu pupečníku

Zde bylo otázkou, co musí zdravotničtí záchranáři provést za důležitou intervenci při prolapsu pupečníku.

Tabulka č. 13 - Intervence u prolapsu pupečníku

Informant	Intervence u prolapsu pupečníku
I1	Neví
I2	Snažit se manuálně, aby byl pupečník průchodný
I3	Trendelenburgova poloha, manuálně odtlačit hlavu od pupečníku
I4	Trendelenburgova poloha
I5	Zatlačit pupečník
I6	Manuálně nadzvednout hlavičku od pupečníku

Zdroj: vlastní

I1: „*No to nevím. Mělo by se tam šáhnout.*“

I2: „*No to je docela průšvih, snažit se, aby tam neuskřípnul, snažit se ho těmi prsty, aby byl průchodný. Určitě se nezatlačuje zpátky, snažit se ho těmi prsty nějak obkroužit, aby to nebylo zalomené.*“

I3: „*Jde o fázi porodu. Pokud jsou kontrakce po 2 minutách, odvedeme rovnou porod. Pokud by byly po 5, kontrolujeme pulzace pupečníku, dáme pacientku do Trendelenburgovy polohy, ruku dáme do rodidel, musíme odtlačit hlavu od pupečníku, a hlavně rychlý transport.*“

I4: „*V přednemocniční péči složité, snad jen možná změna polohy do Trendeburgovy.*“

I5: „*Sterilní čtverce přes to a zatlačit to, aby se neutlačil.*“

I6: „*Kontrolujeme pulzace na tom pupečníku. Pokud bychom je necítily, musíme manuálně nadzvednout hlavičku od pupečníku, aby se neutlačoval, a tak jet rychle až do nemocnice.*“

I2, I3 a I6 věděli, že se musí manuálně nadzvednout dítě, aby neutlačovalo pupečník. I1 nevěděl, co prolaps pupečníku znamená. I3 a I4 uvedli dát ženu do Trendelenburgovy polohy. I5 sdělila, že by se měl pupečník zatlačit.

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá specifiky urgentních stavů v gynekologii a porodnictví. Urgentní stavy v gynekologii a porodnictví jsou stavy, které ohrožují na životě ženy i jejich budoucí potomky, proto byly v praktické části stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou urgentní stavy v gynekologii a porodnictví. Druhým cílem bylo zjistit, jaké postupy praktikují zdravotničtí záchranáři u urgentních stavů v gynekologii a porodnictví.

Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První byla, jaké jsou urgentní stavy v gynekologii a porodnictví a jejich specifika.

Mezi nejčastější výjezdy posádek zdravotnické záchranné služby uvedli informanti porody, gynekologická krvácení a bolesti břicha a podbřišku. Zajímavé bylo, že většina informantů uvedla, že se na výjezdy s touto problematikou nejezdí moc často, a proto jsou to u zdravotnických záchranářů velmi obávané stavy.

Další otázkou z rozhovorů jsme se zaměřili, jak se projevuje gynekologická náhlá příhoda břišní. Podle Švába (2007) jsou náhlé příhody břišní stavy, kdy dojde rychle a nečekaně k onemocnění břicha a propuknou z plného zdraví. Mezi gynekologické náhlé příhody břišní patří zmiňované stavy v teoretické části práce, a to například mimoděložní těhotenství nebo torze adnex. Mezi příznaky NPB informanti uváděli bolest břicha, příznaky související s rozvíjejícím se šokem, jako tachykardie, hypotenze nebo tachypnoe, horečky nebo zvýšené teploty a krvácení. Bylo zmiňováno, že se těžko v přednemocniční neodkladné péči pozná, o jakou NPB momentálně jde.

Informanti byli dotazováni na specifika kardiopulmonální resuscitace těhotné. Truhlář et al. (2021) uvádí odtlačení dělohy směrem doleva nebo naklonění trupu ženy k levé straně. Remeš a Trnovská (2013) píšou ještě o časném zajištění dýchacích cest z důvodu rizika aspirace. Až na I3 všichni věděli, že by se žena měla dát na levý bok nebo o přesunutí dělohy doleva. I3 řekl, že by se ženě měl vyopodložit levý bok, ale zároveň jediný uvedl časně zajištění dýchacích cest. Dva informanti ještě zmínili přednost v záchraně matky před dítětem.

Záměrem další otázky v rozhovoru bylo zjistit, jak si zdravotničtí záchranáři myslí, že by ženy mohly předcházet urgentním stavům v porodnictví. Většina z nich řekla, že by ženy měly chodit na pravidelné lékařské kontroly ke svému gynekologovi. Také by měly mít

zdravý životní styl, nekouřit, nepít a mít pravidelný lehký pohyb. Jediná I1 mluvila o prevenci v rámci základních škol, kde se o ní učí.

Informanti odpovídali na otázku, čím si myslí, že jsou gynekologické a porodnické stavy tak specifické. Většina odpovědí zněla, že jde přece jenom o dva životy a že tyto stavy nejsou vůbec časté. Také bylo řečeno, že jsou tyto stavy v přednemocniční péči těžko diagnostikovatelné, jelikož posádky nemají ultrazvuk. I1 a I4 zmínili, že jsou lehkou zaměnitelné s jinými stavy.

Druhá výzkumná otázka byla, jaké postupy praktikují zdravotničtí záchranáři u urgentních stavů v gynekologii a porodnictví.

V druhé části rozhovorů jsme zjišťovali, jaké postupy praktikují zdravotničtí záchranáři při vybraných urgentních stavech v gynekologii a porodnictví. Zaměřili jsme se na eklampsii, postpartální krvácení, patologické vaginální krvácení, péči o ženu po porodu, gynekologické náhlé příhody břišní a prolaps pupečníku.

V první otázce jsme se ptali, jak informanti postupují v rámci léčby při eklampsii. Šálková et al. (2021) uvádí, že eklampsie je záchvat, který se projevuje tonicko-klonickými křečemi, který se objevuje po těžké preeklampsii a nemá příčinu v žádné jiné mozkové nemoci. Dobiáš et al. (2021) v terapii zmiňují podávat MgSO₄ a Diazepam a monitorovat vitální funkce. Málek et al. (2019) píšou o podávání antihypertenzní terapie. Většina informantů řekli, že by podávali MgSO₄ po konzultaci s lékařem, monitorovali by vitální funkce a léčili by hypertenzi. I3 jediná řekla, že by podávala benzodiazepiny a v případě potřeby by zajistila dýchací cesty. Naopak I1 sdělila, že by se krevní tlak rapidně nesnižoval. Až na I1, všichni řekli podobné řešení stavu eklampsie a jak sami uváděli, léky si musí zkonzultovat s lékařem.

V další otázce jsme se ptali, jestli mají zdravotničtí záchranáři standardizovaný protokol pro postup u postpartálního krvácení, případně jak u něj postupují v rámci léčby. Postpartální krvácení je definováno jako krevní ztráta při vaginálním porodu více než 500 ml (Hájek et al., 2014). Šeblová et al. (2018) zmiňuje v léčbě podávání kyslíku, zajištění žilního přístupu, do kterého se podávají infuzní roztoky, oxytocin, metylergometrin a kyselina tranexamová (Exacyl). Dále se zajišťují základní vitální funkce. Informanti, kteří pracují v oblastním středisku v Českých Budějovicích, řekli, že žádný standardizovaný protokol u postpartálního krvácení nemají. Informanti z Jindřichova

Hradce odpověděli, že se na něm momentálně pracuje. Polovina informantů uvedla k léčbě krvácení Exacyl. Pouze dva informanti sdělili i metylergometrin, který je nově zařazený ve vozech a pouze jeden informant mluvil i o podání oxytocinu. Tři informanti mluvili o monitoraci a řešení aktuálních vitálních funkcí. Všichni informanti uvedli správné řešení postpartálního krvácení, nicméně nikdo z nich nezmínil vše. Standardizovaný protokol o postpartálním krvácení by byl k užitku a pomohl by všem zdravotnickým záchranářům.

Další otázkou jsme zjišťovali, jak zdravotníci záchranáři postupují v rámci léčby při patologickém vaginálním krvácení. Patologické vaginální krvácení může vzniknout v souvislosti s menstruačním cyklem nebo bez souvislosti (Penka et al., 2014). V terapii se řídíme podle krevní ztráty, podáváme krystaloidní roztoky, a v případě, že nám selhávají vitální funkce, postupuje se jako u hemoragického šoku, podáváme kyselinu tranexamovou (Exacyl). Pokud žena stále krvácí, dá se jí vložka nebo plena (Šeblová et al., 2018). Polovina informantů zmínili podávání Exacylu, monitorování a řešení vitálních funkcí. Dále také informanti sdělili, že při těchto stavech je důležitá anamnéza. Dva informanti řekli, že by ženě na krvácení dali vložky a jeden uvedl, hradit ztráty krystaloidními roztoky. V závěru všichni uvedli podobné řešení tohoto stavu, a zdůrazňovali, že je důležité, jaký je aktuální stav ženy, jak moc krvácí nebo proč se to stalo. Celkově informanti nechtěli moc mluvit o lécích, protože si je sami ordinovat nemohou a musí je konzultovat s lékařem, ať u tohoto stavu nebo u jiných.

Otázkou, jak pečujete o ženu po porodu, jsme zjišťovali, jak zdravotníci záchranáři postupují v rámci péče ženy po porodu. Většina informantů sdělila, že pečují hlavně o tepelný komfort, jak ženy, tak dítěte. Dále bylo řečeno, že se kontrolují vitální funkce, krvácení a že se nečeká na porod placenty, ten, že probíhá až v nemocničním zařízení. Jeden informant uvedl, že by si na místo dovolal druhou posádku, aby pečovala o dítě a jeden informant sdělil ještě podání oxytocinu po porodu.

V kategorii postup u gynekologických NPB, jsme řešili léčbu v rámci přednemocniční neodkladné péče. Informanti u těchto stavů zdůraznili, že je důležitá správně odebraná anamnéza. Dále bylo řečeno, že je potřeba se zaměřit na aktuální vitální funkce ženy a ty řešit. Tři informanti uvedli, že je těžké rozlišit, o jakou NPB se momentálně jedná. Informanti k léčbě sdělili, podávání krystaloidů a kyseliny tranexamové (Exacylu) do žíly

po konzultaci s lékařem. Jeden informant zmínil podání léků na bolest podle potřeby ženy.

V další kategorii, jsme se ptali na důležité intervence u prolapsu pupečníku. Málek et al. (2019) uvádí, že prolaps pupečníku je stav, kdy se poruší vak blan a část pupečníku sestoupí do porodních cest. Žena by se měla uvést do Trendelenburgovy polohy a zkontrolovat pulzace na pupečníku. Pokud pulzace přítomná není, musí se plod nazvednout co nejvýše, aby pulzace cítit byla a takto probíhá transport do nemocnice (Šeblová et al., 2018). Tři informanti odpověděli, že se plod musí nadzvednout a jeden, že by se měl zatlačit pupečník. Dva informanti správně sdělili, uvést ženu do Trendelenburgovy polohy. Pouze jeden informant nevěděl, co je důležité provést u prolapsu pupečníku.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem specifika urgentních stavů v gynekologii a porodnictví. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, a to teoretické a praktické.

V teoretické části jsme se zabývali jednotlivými urgentními stavy z gynekologie a porodnictví. Popisovali jsme, co je daný urgentní stav, jaké mohou být rizikové faktory, jaké má příznaky a jaké je jeho řešení v rámci přednemocniční neodkladné péče. V urgentních stavech z gynekologie jsme psali o mimoděložním těhotenství, torzi adnex, ruptuře ovariální cisty, endometrióze, ovariálním hyperstimulačním syndromu, pánevní zánětlivé nemoci a o patologickém krvácení. V rámci porodnictví jsme řešili hypertenzní onemocnění v těhotenství, preeklampsii, eklampsii, HELLP syndrom, předčasný porod, porod koncem pánevním, prolaps pupečníku, abrupci placenty, vcestnou placentu, embolii plodovou vodou, postpartální krvácení a specifika kardiopulmonální resuscitace těhotné.

Pro praktickou část byly vytyčeny dva cíle. Cíl 1: Zmapovat jednotlivé urgentní stavy v gynekologii a porodnictví. Cíl 2: Zmapovat postupy zdravotnických záchranářů u urgentních stavů v gynekologii a porodnictví.

Pro získání cílů, byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jaké jsou urgentní stavy v gynekologii a porodnictví a jejich specifika? Výzkumná otázka 2: Jaké postupy praktikují zdravotničtí záchranáři u urgentních stavů v gynekologii a porodnictví?

Výzkum byl proveden pomocí rozhovorů se zdravotnickými záchranáři z Jihočeského kraje. V první části rozhovoru jsme se věnovali specifikům urgentních stavů v gynekologii a porodnictví. Posádky zdravotnické záchranné služby nejčastěji dle informantů jezdí na porody, gynekologická krvácení a bolesti břicha. Přesto většina zmínila i to, že stavy právě z gynekologie nebo porodnictví jsou málo časté, a proto budí ve zdravotnických záchranářích velké obavy a stres. Porodnické stavy jsou specifické samy o sobě, jde nejen o život matky, ale i dítěte, přesto má v záchranně těhotné vždy přednost matka před dítětem. Těhotné ale mohou samy předcházet vzniku těchto stavů, a to tak, že budou chodit na pravidelné lékařské kontroly ke svému gynekologovi a mít základy zdravého životního stylu. Z gynekologických stavů jsou to hlavně náhlé příhody břišní, které ohrožují ženu na životě. Tyto stavy jsou ale v přednemocniční neodkladné

péči těžko rozpoznatelné a často zaměnitelné. Zdravotničtí záchranáři uváděli, že jim u těchto stavů chybí ultrazvuk, a proto se opírají hlavně o anamnézu a klinické vyšetření pacientky ke stanovení pracovní diagnózy. Jako příznaky gynekologických náhlých příhod břišních informanti uvedli bolesti břicha, příznaky související se šokem, jako tachykardie, hypotenze nebo tachypnoe, horečky nebo zvýšenou teplotu a krvácení.

V druhé části rozhovorů jsme zjišťovali, jaké postupy praktikují zdravotničtí záchranáři při vybraných urgentních stavech v gynekologii a porodnictví. Zaměřili jsme se na eklampsii, postpartální krvácení, patologické vaginální krvácení, péči o ženu po porodu, gynekologické náhlé příhody břišní a prolaps pupečníku. V rámci postupu v přednemocniční neodkladné péči u eklampsie jsme se od většiny informantů dozvěděli, že by postupovali podle momentálních vitálních funkcí ženy, podávali MgSO₄ intravenózně a antihypertenziva po konzultaci s lékařem. U postpartálního krvácení nám bylo řečeno, že v Českých Budějovicích standardizovaný postup nemají, zatímco v Jindřichově Hradci se na něm právě pracuje. Jako řešení postpartálního krvácení nám informanti uvedli, že by monitorovali a řešili aktuální vitální funkce, hradili ztráty krystaloidními roztoky a aplikovali kyselinu tranexamovou (Exacyl), oxytocin a metylergometrin intravenózně po konzultaci. Při patologickém gynekologickém krvácení je důležitá správně odebraná anamnéza, následně ženě dát vložky na krvácení, monitorace a řešení vitálních funkcí a aplikace kyseliny tranexamové (Exacylu) intravenózně po konzultaci. Jako péči o ženu po porodu informanti sdělili, zajistit hlavně tepelný komfort, sledování vitálních funkcí a poporodního krvácení, nečekat na porod placenty a využití porodního balíčku. Při otázce, jak postupovat při gynekologické NPB informanti nejčastěji uvedli odebrat anamnézu, monitorovat a řešit vitální funkce ženy, aplikace krystaloidních roztoků a kyseliny tranexamové (Exacylu). Jako intervence u prolapsu pupečníku většina informantů správně řekla, že se plod musí nazvednout, aby byla cítit pulzace na pupečníku a ženu uvést do Trendelenburgovy polohy.

Z výsledků výzkumu jsme se dozvěděli, že pro zdravotnické záchranáře jsou výjezdy s problematikou gynekologie a porodnictví velmi stresové. Jednak kvůli malé četnosti těchto výjezdů a také kvůli dvěma životům v rámci porodnictví. Některé stavy jsou těžko rozlišitelné, a proto je důležitá správně odebraná anamnéza. Překvapilo nás, že zdravotničtí záchranáři sdělili, že v rámci některých stavů je velmi obtížná diagnostika v rámci přednemocniční neodkladné péče a musí se opírat hlavně o anamnézu a klinické vyšetření ženy. O těchto stavech by se mělo více mluvit a případně u některých stavů lze

vytvořit standardizovaný protokol pro postup v přednemocniční neodkladné péči, jako například u postpartálního krvácení.

Díky výsledkům této bakalářské práce jsme zjistili, že urgentní stavy v gynekologii a porodnictví jsou pro zdravotnické záchranáře obávané výjezdy. Tato bakalářská práce by mohla pomoci k tvorbě doporučených postupů u stavů v gynekologii a porodnictví, aby si zdravotničtí záchranáři byli u těchto stavů více jisti.

7 Zdroje

1. BINDER, T., 2014. Abnormální a patologické krvácení v gynekologii. In: PENKA, M., PENKA, I., GUMULEC, J. et al. *Krvácení*. Praha: Grada Publishing, s. 307-318. ISBN 978-80-247-0689-4.
2. BINDER, T. et al., 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
3. BINDER, T. et al., 2020. *Nemoci v těhotenství a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3.
4. BISTÁK, P., 2017. *Screening preeklampsie – pravda nebo fikce?* [online]. Actual Gyn. [cit. 2023-2-26] 9, 5-9. ISSN 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/en_2017_207.pdf
5. CURRY, A., WILLIAMS, T., PENNY, M. L., 2019. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *American family physician* [online]. American Academy of Family Physicians [cit. 2023-02-19] 100(6), 357-364. Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0915/p357.html#references>
6. ČEPICKÝ, P., 2021. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-271-3027-6.
7. DOBIÁŠ, V., 2012. Náhle stavy v gynekologii a v porodnictve. In: DOBIÁŠ, V. et al. *Urgentná medicína. 2.*, prepracované a doplnené vydanie. Martin: Osveta, s. 559-567. ISBN 978-80-8063-387-5.
8. DUBOVÁ, O., ZIKÁN, M., 2022. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví. 2. vydání*. Praha: Maxdorf. 880 s. ISBN 978-80-7345-716-7.
9. GUILLE, S. L., MATHAI, J. K., 2022. *Ovarian Torsion* [online]. StatPearls Publishing. [cit. 2022-12-08] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560675/>
10. HÁJEK, Z. et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
11. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. et al., 2014. *Porodnictví. 3.*, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
12. HANSEN, N. S., LETH, S., NIELSEN, L. T., 2020. Toksisk shock-syndrom. *Ugeskrift for laeger* [online]. [cit. 2023-02-19] 182(20). Dostupné z: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/toksisk-shock-syndrom>

13. CHANEY, B., BRADY, M. F., 2022. *Sellick Maneuver* [online]. StatPearls Publishing. [cit. 2023-2-24] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558910/>
14. KLOZOVÁ, R., 2014. Kritické stavy v porodnictví. In: ŠEVČÍK, P. et al. *Intenzivní medicína*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 968-978. ISBN 978-80-7492-066-0.
15. LENZ, J., CHVÁTAL, R., FIALA, L. et al., 2021. *Endometrióza*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-271-3050-4.
16. MALÁSKA, J., 2020. Život ohrožující stavy peripartálně. In: MALÁSKA, J., STAŠEK, J., KRATOCHVÍL, M., ZVONÍČEK, V. et al. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, s. 634-654. ISBN 978-80-7345-675-7.
17. PFEIFER, S. et al., 2016. Prevention and treatment of moderate and severe ovarian hyperstimulation syndrome: a guideline. *Fertility and Sterility* [online]. American Society for Reproductive Medicine: Elsevier Inc. [cit. 2023-02-19] 106(7), 1634-1647, doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.048. Dostupné z: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)62781-4/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)62781-4/fulltext)
18. PICHLÍK, T., VLK, R., 2019. Urgentní stavy v gynekologii a porodnictví. In: MÁLEK, J., KNOR, J. et al. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada, s. 109-116. ISBN 978-80-271-0590-8.
19. POLÁK, M., 2022. *Syndromy ve vnitřním lékařství od A do Z*. Praha: Grada. 196 s. ISBN 978-80-271-1238-8.
20. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5
21. ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
22. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
23. ROZTOČIL, A. et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
24. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
25. ŠÁLKOVÁ, J. et al., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0844-2.

26. ŠVÁB, J., 2007. *Náhlé příhody břišní*. Praha: Galén. 205 s. ISBN 978-80-7262-485-0.
27. TRUHLÁŘ, A., ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R., DIZON, JML, DJAKOW, J., DRÁBKOVÁ, J., FRANĚK, O. et al., 2021. *Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: Souhrn doporučení* [online]. *Anest Intenz Med.* 32(Suppl. A): 72 s [cit. 2023-2-24]. ISBN 978-80-7471-358-3. Dostupné z: <https://www.resuscitace.cz/files/files/0/yhj6s/gl-2021-summary-final-cz.pdf>
28. VAŇATKA, T., 2018. Gynekologická a porodnická problematika v urgentní medicíně. In: ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2.*, doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 301-346. ISBN 978-80-271-0596-0.
29. Vyhláška č. 55/211 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných zdravotníků, 2022. [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20. [cit. 2023-4-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20220701>
30. WEISSLEDER, A. et al., 2022. Kardiopulmonale Reanimation der schwangeren Patientin im Rettungsdienst. *Notfall + Rettungsmedizin* [online]. 25(5), 359-368 [cit. 2023-2-24]. DOI: 10.1007/s10049-022-00979-0. ISSN 1434-6222. Dostupné z: <https://link.springer.com/10.1007/s10049-022-00979-0>
31. ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
32. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, 2022. [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131. [cit. 2023-4-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

8 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Identifikační údaje zdravotnických záchranářů	24
Tabulka č. 2 - Kategorie výzkumu.....	26
Tabulka č. 3 - Nejčastější stavy z gynekologie a porodnictví	27
Tabulka č. 4 - Symptomatologie gynekologických náhlých příhod břišních	29
Tabulka č. 5 - Specifika kardiopulmonální resuscitace těhotné	31
Tabulka č. 6 - Prevence urgentních stavů v porodnictví.....	33
Tabulka č. 7 - Specifika gynekologických a porodnických stavů	35
Tabulka č. 8 - Postupy u eklampsie	37
Tabulka č. 9 - Postupy u postpartálního krvácení.....	39
Tabulka č. 10 - Postupy u patologického vaginálního krvácení	41
Tabulka č. 11 - Péče o ženu po porodu.....	43
Tabulka č. 12 - Postup u gynekologických náhlých příhod břišních.....	45
Tabulka č. 13 - Intervence u prolapsu pupečníku.....	47

9 Přílohy

Příloha 1 – otázky k rozhovoru se zdravotnickými záchranáři

Příloha č. 1: Otázky k rozhovoru se zdravotnickými záchranáři (zdroj: vlastní)

Identifikační otázky:

- Jaké je Vaše pohlaví?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- V jakém oblastním středisku zdravotnické záchranné služby jezdíte?
- Jak dlouho pracujete u zdravotnické záchranné služby?

Další:

- K jakým gynekologickým a porodnickým stavům nejčastěji jezdíte?
- Jakou symptomatologii mají gynekologické náhlé příhody bříšní?
- Jaká jsou specifika u kardiopulmonální resuscitace těhotné ženy?
- Existuje podle Vás nějaká možnost prevence urgentních stavů v porodnictví?
- Čím si myslíte, že jsou gynekologické a porodnické stavy tak specifické?
- Jak postupujete v rámci přednemocniční neodkladné péče o těhotnou ženu s eklampsií?
- Máte standardizovaný protokol pro postup u postpartálního krvácení?
 - a) Případně jak u něj postupujete v rámci vyšetření a léčby.
- Jak postupujete při patologickém vaginálním krvácení?
- Jak pečujete o ženu po porodu?
- Jak postupujete v rámci přednemocniční neodkladné péče o ženu s gynekologickou náhlou příhodou bříšní?
- Co je důležité provést u prolapsu pupečníku?

10 Seznam zkratek

IVF – in vitro fertilizace, mimotělní oplodnění

hCG – lidský choriový gonadotropin

MODS – syndrom multiorgánové selhání

OHS – ovariální hyperstimulační syndrom

PID – pánevní zánětlivá nemoc

TSS – toxic shock syndrom, syndrom toxického šoku

PIH – hypertenze vyvolaná těhotenstvím

MgSO₄ – síran hořečnatý

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulace

IU – jednotka

g – gram

mg – miligram

ml – mililitr

ABC – algoritmus, podle kterého zdravotnická záchraná služba vyšetřuje pacienty

NPB – náhlá příhoda břichní