

# Péče v průběhu normálního porodu

## – praktická příručka WHO

Tento dokument vytvořila pracovní technická skupina Světové zdravotnické organizace (WHO) pro normální porod. WHO jej vydala v roce 1996. Text má osm kapitol: 1 Úvod, 2 Obecné aspekty péče při porodu, 3 Péče v první době porodní, 4 Péče v druhé době porodní, 5 Péče v třetí době porodní, 6 Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu, 7 Literatura, 8 Seznam účastníků technické pracovní skupiny.

Český překlad celého dokumentu zajistila Česká asociace porodních asistentek. Elektronickou podobu textu zveřejnilo v roce 2001 občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství a najdete ji na internetové stránce: <http://www.iham.cz>. Originál textu v angličtině můžete získat na internetové stránce WHO:

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_96\\_24/MSM\\_96\\_24\\_table\\_of\\_contents.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html).

V příručce je mnohokrát zmiňován základní princip:

**Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.**

Postupy, které WHO doporučuje resp. nedoporučuje, příp. nemá pro jejich doporučení či nedoporučení dostatek objektivních informací, jsou shrnuty v kapitole 6, jejíž plné znění (včetně odkazů na číslo kapitoly v příručce, která blíže vysvětluje důvody) je uvedeno níže.

### Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu

Tato kapitola klasifikuje postupy, které se běžně využívají při vedení normálního porodu, do čtyř kategorií, v závislosti na jejich užitečnosti, účinnosti a škodlivosti. V klasifikaci se odrážejí názory Technické pracovní skupiny pro normální porod. Argumentace pro takovéto rozdělení zde není uvedena, čtenář se odkazuje na předchozí kapitoly příručky WHO – Péče v průběhu normálního porodu, které jsou výsledkem úvah a diskusí pracovní skupiny a které se zakládají na nejvěrohodnějších důkazech dostupných v dnešní době (čísla kapitol jsou uvedena v závorkách).

#### KATEGORIE A:

##### 1.1 Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány

1. Osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství a je oznámen jejímu manželovi / partnerovi případně i její rodině (1.3).
2. Vyhodnocení rizikovitosti těhotenství během prenatální péče, přehodnocené během každého kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu (1.3).
3. Sledování tělesného a psychického stavu ženy během všech porodních dob (2.1).
4. Poskytnutí tekutin (orálně) během porodu (2.3).
5. Respektování výběru místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení (2.4).
6. Poskytování péče při porodu na nejperifernější úrovni, na které je porod uskutečnitelný a bezpečný, a kde se žena cítí jistě a bezpečně (2.4, 2.5).
7. Respektování práva ženy na soukromí v místě porodu (2.5).
8. Empatická podpora od poskytovatelů péče během porodu (2.5).
9. Respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte (2.5).
10. Poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají (2.5).
11. Neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky (2.6).
12. Monitorování plodu prostřednictvím periodické auskultace (vyšetření poslechem) (2.7).
13. Použití materiálů pro jednorázovou spotřebu a náležitá dekontaminace nástrojů pro opakované užití během celého porodu (2.8).
14. Použití rukavic při vaginálním vyšetření, během porodu dítěte a při zacházení s placentou (2.8).
15. Volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu (3.2).
16. Podpora jiné polohy než vleže na zádech (3.2, 4.6).
17. Pozorné sledování vývoje porodu, například pomocí partografu WHO (3.4).
18. Profylaktická (preventivní) aplikace uterotonik (léků posilujících napětí dělohy, např. kontrakce) ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení a u žen, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve (5.2, 5.4).
19. Sterilita při přestřihování pupeční šňůry (5.6).
20. Prevence hypotermie (podchlazení) u novorozence (5.6).
21. Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení (5.6).
22. Rutinní vyšetření placenty a vaku blan (5.7).

## KATEGORIE B:

### 1.2 Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány

1. Rutinní provádění klystýru (2.2).
2. Rutinní oholení pubického ochlupení (2.2).
3. Rutinní intravenózní (nitrožilní) infuze během I. doby porodní (2.3).
4. Rutinní profylaktické (preventivní) zavedení intravenózní kanyly (2.3).
5. Rutinně nařízená poloha vleže na zádech během porodu (3.2, 4.6).
6. Vyšetření per rectum (konečníkem) (3.3).
7. Použití rentgenové pelvimetrie (měření velikosti pánve rentgenem) (3.4).
8. Aplikace uterotonik v kterékoli době před vypuzením plodu takovým způsobem, že jejich účinek nemůže být kontrolován (3.5).
9. Rutinní využití polohy na porodním lůžku s nebo bez podpěrek během porodu (4.6).
10. Zaměřené úsilí na tlačení se zadržným dechem (Valsalvův manévr) během II. doby porodní (4.4).
11. Masáž a roztahování perinea (hráze) v II. době porodní (4.7).
12. Aplikace orálních tablet ergometrinu ve III. době porodní jako prevence nebo kontrola krvácení (5.2, 5.4).
13. Rutinní aplikace ergometrinu parenterálně (do žíly nebo svalu) ve III. době porodní (5.2).
14. Rutinní výplach dělohy po porodu (5.7).
15. Rutinní vyšetření (manuální kontrola) dělohy po porodu (5.7).

## KATEGORIE C:

### 1.3 Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní

1. Nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako například použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace (2.6).
2. Rutinní provedení časně amniotomie (protržení vaku blan) v I. době porodní (3.5).
3. Tlak na fundus (horní pól dělohy) během porodu (4.4).
4. Zásahy na ochranu perinea a vedení hlavy novorozence v okamžiku narození (4.7).
5. Aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození (4.7).
6. Rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru nebo kombinace těchto postupů během III. doby porodní (5.2, 5.3, 5.4).
7. Časně podvázání pupeční šňůry (5.5).
8. Stimulace bradavek ke zvýšení intenzity děložních stahů během III. doby porodní (5.6).

## KATEGORIE D:

### 1.4 Praktiky, které se často používají nevhodně

1. Omezení příjmu potravy a tekutin během porodu (2.3).
2. Mírnění bolesti léčivými pro celkovou aplikaci (2.6).
3. Mírnění bolesti epidurální analgezií (2.6).
4. Elektronické sledování plodu (2.7).
5. Použití roušek a sterilních oděvů při péči během porodu (2.8).
6. Opakované nebo časté vaginální vyšetření, zejména pokud je prováděné více než jedním poskytovatelem péče (3.3).
7. Urychlení porodu oxytocinem (3.5).
8. Rutinní převoz rodičky do jiné místnosti na počátku II. doby porodní (4.2).
9. Cévkování močového měchýře (4.3).
10. Povzbuzování ženy, aby tlačila už od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace (otevření) děložního hrdla, dříve než žena sama ucítí potřebu tláčit (4.3).
11. Rigidní snaha o dodržení stanoveného trvání II. doby porodní, například 1 hodiny, v případě, že stav matky i plodu je dobrý a porod pokračuje (4.5).
12. Operativní porod (4.5).
13. Liberální nebo rutinní užívání episiotomie (nástřih hráze) (4.7).
14. Manuální kontrola dělohy po porodu (5.7).