

22 Úrazy v těhotenství

Trauma in Pregnancy

Cílem kapitoly je popsat zvláštnosti péče o těhotné postižené poraněním. Většina zdravotnických pracovníků běžně nepečuje o těhotné pacientky, proto jejich zkušenosti s péčí o těhotné se závažným poraněním jsou minimální. Pokud taková situace nastane, bude to pro ošetřující personál velmi stresující. Vážné poranění těhotné ženy vyžaduje při ošetřování odborné znalosti.

Praktická poznámka

Zraněná těhotná je i přes své poranění především zraněnou pacientkou, při jejím ošetřování postupuj podle stejného algoritmu jako u jiných zraněných.

22.1 Péče o poranění během těhotenství

Při ošetřování zraněné těhotné odeber gynekologickou anamnézu (kolikátý gestační týden) a zjisti případné komplikace související s těhotenstvím (krvácení, hypertenze). Během ošetřování postupuj podle BATLS protokolu:

- Primary Survey
Rozpoznání a léčba všech život a končetiny ohrožujících poranění.
- Secondary Survey
Podrobné fyzikální vyšetření.
- Definitive Care
Předání zraněné do péče chirurga, porodníka či na jednotku intenzivní péče.

Na závěr prvotního vyšetření můžeš provést UZ vyšetření plodu (je-li UZ k dispozici, má-li ho kdo provést a vyhodnotit).

22.1.1 Primary survey

Postupuj podle filosofie <C>ABCDE.

22.1.1.1 <C> Zástava masivního zevního krvácení

Zástava masivního zevního krvácení se provádí podle standardních postupů, které jsou popsány v kapitolách 3 a 4.

22.1.1.2 A – Airway

Zajištění průchodnosti dýchacích cest prováděj u zraněných těhotných stejným způsobem jako u jiných zraněných.

U těhotných hrozí vyšší riziko regurgitace žaludečního obsahu z těchto důvodů:

- zvětšující se děloha zabraňuje vyprazdňování žaludku, zejména ve vyšších stupních těhotenství,
- zvyšující se hladina progesteronu způsobuje uvolňování hladké svaloviny a proto dochází k ochabování dolního jícnového svěrače.

Zraněné jsou také ohroženy zvýšeným rizikem druhotné regurgitace z důvodu sníženého vyprazdňování žaludečního obsahu.

Kombinace těchto rizikových faktorů u zraněných těhotných zvyšuje riziko aspirace žaludečního obsahu. Následný zánět plic je závažnější z důvodu vyšší kyselosti žaludečního obsahu v těhotenství. Z těchto důvodů proveď zabezpečení dýchacích cest u zraněných těhotných co nejdříve.

22.1.1.3 B - Breathing

Způsob zabezpečení dýchání je stejný jako u jiných zraněných, využij stejných postupů při vyšetřování a ošetřování.

22.1.1.4 C - Circulation

Zabezpečení krevního oběhu a nemasivního zevního krvácení začíná stejně jako u jiných zraněných zjišťováním známek vitálních funkcí a sledováním fyzikálních parametrů či symptomů hypovolémie.

V pokročilém stupni těhotenství (po 20. týdnu) začíná děloha utlačovat dolní dutou žílu, čímž omezuje venózní návrat k srdci (zejména v poloze vleže). Gravidní dělohu je možno od dolní duté žíly odsunout umístěním těhotné do polohy vleže na levém boku, podložení pravé kyčle klínem nebo manuálním odsunutím dělohy doleva.

V těhotenství je ztráta krve kompenzována snížením přítoku krve k plodu a placentě. Výsledkem je, že zraněná těhotná může ztratit až 35 % cirkulujícího objemu krve bez zřejmých známek hypovolémie. Na základě těchto znalostí se v současné době u zraněných těhotných nepoužívá hypotenzní tekutinová resuscitace. Neexistují žádná pro ani proti hypotenzní resuscitaci v pokročilém stupni těhotenství (eticky nesprávné), ale převažuje názor že prokrvení plodu je při ní nepřijatelně ohroženo.

I při minimálních klinických známkách v pokročilém stupni těhotenství předpokládej možnost nitroděložního krvácení.

Predispozice vzniku preeklampsie a eklampsie (vysvětlení těchto klinických jednotek je nad rámec kapitoly) je riziková z hlediska přetížení oběhu během tekutinové resuscitace (možnost vzniku otoků a plicního edému). Pokud takové komplikace předpokládáš, během podávání tekutin kontroluj periferii (otoky) a dýchání (plicní otok).

22.1.1.5 D – Disability or neurological Deficit

Péče o zraněné těhotné je stejná jako u jiných zraněných.

22.1.1.6 E – Exposure, Environment and Extremities

Péče o zraněné těhotné je stejná jako u jiných zraněných.

Zobrazovací metody

Indikace pro RTG vyšetření během prvotního vyšetření a ošetření jsou stejné jako u netěhotných zraněných, a to bez ohledu na možné teoretické poškození plodu. Ultrazvukové vyšetření je dostupné na Roli 2 a 3. Pokud máš dostatečné zkušenosti s UZ vyšetřením těhotných, pak je toto vyšetření indikováno v těchto případech:

- zjištění srdeční akce a tepové frekvence plodu,
- zjištění počtu plodů a jejich polohy,
- zjištění umístění placenty a možného retroplacentárního krvácení či hematomu,
- vyšetření množství plodové vody,
- zjištění abnormální polohy plodu a volné tekutiny v dutině břišní (možná ruptura dělohy),
- zjištění dalších možných poranění břicha a pánve,
- kontrola volné tekutiny a krve v oblasti břicha a pánve.

Srdeční akce plodu je zjistitelná pomocí fonendoskopu nebo pomocí ultrazvuku. Pokud vyšetřuje lékař běžně neprovádějící porodnické ultrazvukové vyšetření, měl by výsledek interpretovat opatrně, zejména pokud se mu nepodařilo zjistit srdeční ozvy plodu (a předejít tak vyvolání ještě většího strachu u již tak vystrašené matky).

22.1.2 Secondary Survey

Druhotné vyšetření a ošetření ke zjištění všech poranění a stanovení jejich priorit pro vyšetřování a léčbu prováděj podle stejného plánu jako u netěhotných zraněných.

Praktická poznámka

Postarejte se o matku, dítě se o sebe postará samo.