



Klinika Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej

Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na

PORODOWE PROCEDURY ZABIEGOWE

Imię i nazwisko:

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

W trakcie zagrożenia porodowego Matka może mieć wątpliwości, a wręcz obawy przed celowością określonych procedur lub problemy ze zrozumieniem ich istoty, celowości i skutków.

Na każdym etapie porodu może wystąpić zwiększone ryzyko powikłań zarówno dla Matki jak i Dziecka, co będzie wymagało rozważenia zastosowania poniżej wymienionych zabiegów.

Są to najczęściej wykonywane procedury w takich okolicznościach.

Prosimy zapoznać się z niniejszą informacją, w przypadku wątpliwości, bądź niejasności, zespół położniczy udzieli wszelkich odpowiedzi i wyjaśnień.

NACIĘCIE KROCZA

Jest zabiegiem położniczym, stosowanym w trakcie porodu drogą pochwową, polegającym na nacięciu jałowymi nożyczkami skóry, ściany pochwy, mięśnia opuszkowo gąbczastego i poprzecznego powierzchownego krocza, chroniąc przed samoczynnym rozległym pęknięciem krocza i urazem główki Dziecka. Procedura nacięcia krocza ochrania mięsień zwieracz zewnętrzny odbytu, którego pęknięcie jest częstym powikłaniem porodu dużego Dziecka lub małej podatności tkanek miękkich. Redukuje również częstość innych urazów okołoporodowych

u Dziecka m.in. złamania obojczyka, porażenia splotu ramiennego. Najważniejszym celem nacięcia krocza jest skrócenie czasu wydobywania Dziecka drogą pochwową w przypadku ostrego stanu zagrożenia płodu.

Stopień rozciągnięcia tkanek krocza w momencie jego nacinania sprawia, że zabieg jest niezbyt bolesny, najczęściej nieodczuwalny przez Matkę. Czasem, w zależności od wskazań medycznych, personel medyczny znieczula krocze wstrzyknięciem leku miejscowo znieczulającego. Po urodzeniu Dziecka i łożyska lekarz ocenia obrażenia krocza po porodzie i zaopatruje je chirurgicznie w znieczuleniu miejscowym.

Brak zgody na nacięcie krocza zwiększa ryzyko poważnych urazów krocza (III i IV stopień – obejmujące zwieracz odbytu i odbytnicę), a także przedłużenie II okresu porodu i związane z tym zwiększenie prawdopodobieństwa niedotlenienia Dziecka i zaburzeń uroginekologicznych w przyszłości. Zespół położniczy prowadzący poród stara się chronić krocze w trakcie rodzenia główki Dziecka, jednak decyzja o nacięciu krocza pozwala zminimalizować ryzyko większych urazów krocza.

Zabieg nacięcia krocza rzadko wiąże się z powikłaniami takimi jak:

1. Krwaki krocza.
2. Pęknięcie krocza II, III, IV stopnia (pomimo jego nacięcia).
3. Ból krocza i dyskomfort podczas współżycia (ma to związek głównie z urazem krocza, a nie techniką jego nacięcia).
4. Zakażenie i rozejście rany krocza (niezwykle istotna jest poporodowa higiena krocza Pacjentki).
5. Ból w trakcie jego nacinania.

BADANIE PH KRWI WŁOŚNICZKOWEJ POBRANEJ ZE SKÓRY GŁOWY DZIECKA

Jest badaniem polegającym na jałowym, delikatnym nacięciu (ok. 2 mm) skóry głowy Dziecka w łonie Matki i pobraniu krwi. Celem badania krwi włośniczkowej Dziecka jest ocena równowagi kwasowo-zasadowej i dzięki temu wczesne rozpoznanie zagrażającego niedotlenienia. Umożliwia to szybkie podjęcie działań ratunkowych. Najczęstszymi wskazaniami do pobrania krwi włośniczkowej są objawy zagrożenia Dziecka stwierdzone w badaniu kardiotorakograficznym. Ponadto do wskazań do przeprowadzenia badania należą m.in: odpływanie zielonego płynu owodniowego, nieprawidłowe skurcze macicy, podejrzenie zaburzenia przepływu pępowinowego, powikłania w czasie ciąży.

Przed przystąpieniem do pobrania krwi włóśniczkowej zewnętrzne narządy płciowe zmywa się płynem odkażającym. Po założeniu wzierników pochwowych odstania się owłosioną część główki Dziecka, którą oczyszcza się ze śluzu, krwi, płynu owodniowego oraz ewentualnie smółki. Oczyszczoną powierzchnię kilkakrotnie przeciera się jałowym gazikiem. Po pobraniu krwi miejsce nacięcia uciska się jałowym gazikiem, aby zahamować krwawienie. W razie potrzeby badanie powtarza się.

Pobranie krwi włóśniczkowej wiąże się z małym ryzykiem powikłań zarówno ze strony Matki, jak i Dziecka. Wśród możliwych (bardzo rzadkich) powikłań wymienia się:

1. Krwawienie z miejsca nakłucia,
2. Zakażenie Dziecka lub ciężarnej.

W przypadku zaniechania badania istnieje zwiększone prawdopodobieństwo niezdiagnozowania ostrego wewnątrzmacicznego niedotlenienia Dziecka, a w skrajnych przypadkach ryzyko śmierci Dziecka.

Objawy niedotlenienia Dziecka wynikające z samego badania kardiotokograficznego są często mylące i prowadzą do zbędnych cięć cesarskich, które wiążą się z licznymi powikłaniami dla Matki i Dziecka. Badanie krwi włóśniczkowej jest jedyną metodą, która bezpośrednio informuje o równowadze kwasowo-zasadowej, a więc stanie utlenowania Dziecka. Pozostałymi metodami monitorowania dobrostanu Dziecka są: kardiotokografia, ultrasonografia, elektrokardiografia płodowa, test obciążenia oksytocyną.

Wśród przeciwwskazań do zabiegu wymienia się: podejrzenie zaburzenia krzepnięcia u Dziecka, przewlekłe zakażenie u Matki m.in. WZW, HIV, udokumentowany ostry stan zapalny pochwy.

PORÓD ZA POMOCĄ KLESZCZY

Jest jednym ze sposobów zakończenia porodu drogą pochwową. W trakcie porodu kleszczowego położnik zakłada specjalnie wyprofilowane łyżki na główkę Dziecka, by przeprowadzić je przez kanał rodny. Trakcja kleszczami zwykle przebiega równolegle ze skurczem macicy i parciem Matki. Operacja odbywa się w drugim okresie porodu, gdy siła parcia Matki jest zbyt słaba, a narasta zagrożenie niedotlenienia Dziecka i należy niezwłocznie zakończyć poród. W tym momencie czas potrzebny na przygotowanie i przeprowadzenie cięcia cesarskiego jest zbyt długi i szybko narasta ryzyko niedotlenienia Dziecka.

W przypadku nieudanej operacji kleszczowej położnicy niezwłocznie przystąpią do pilnego cięcia cesarskiego.

Warunki przystąpienia do porodu kleszczowego: pełne rozwarcie szyjki macicy, stan po pęknięciu błon płodowych, położenie główkowe Dziecka, zstąpienie główki do kanału rodneg, zbyt słaba siła parcia Matki.

Położnik podejmie decyzję o porodzie kleszczowym gdy:

1. parcie Matki jest nieefektywne i nie daje postępu wypierania Dziecka, co wiąże się z wydłużeniem drugiego okresu porodu,
2. występują zaburzenia akcji serca Dziecka w trakcie drugiego okresu porodu, związane z koniecznością natychmiastowego zakończenia porodu,
3. u Matki występują schorzenia wymagające skrócenia drugiego okresu porodu i zmniejszenia siły parcia (np. nadciśnienie tętnicze, wskazania okulistyczne itp.).

Położnik odstąpi od porodu kleszczowego gdy:

1. u Dziecka występują zaburzenia kostnienia (np. wrodzona łamliwość kości), czy zaburzenia krzepnięcia (np. hemofilia),
2. Dziecko nie osiągnęło odpowiedniego zaawansowania w kanale rodny,
3. występuje inne niż główkowe położenie Dziecka,
4. przodują rączki Dziecka w kanale rodny,
5. Dziecko jest zbyt duże w stosunku do warunków kanału rodneg (ocenia je położnik w trakcie porodu).

Poród z operacją kleszczową wiąże się z ryzykiem zarówno Matki jak i Dziecka.

U matki mogą wystąpić:

1. poporodowy ból krocza,
2. urazy krocza (także po nacięciu krocza),
3. przejściowe trudności w oddawaniu moczu i opróżnieniu pęcherza moczowego,
4. krótkotrwałe problemy z utrzymaniem moczu i stolca (w przypadku dodatkowych urazów okołoporodowych mogą występować długotrwałe i wymagać wsparcia uroginekologicznego, bądź proktologicznego),
5. możliwe urazy cewki moczowej i/lub pęcherza moczowego (podobnie jak w cięciu cesarskim z mocno zaawansowanym etapem wypierania główki Dziecka),
6. pęknięcie macicy – ta sytuacja wymaga natychmiastowej operacji,
7. krótkotrwałe lub długotrwałe obniżenie narządu rodnego.

Należy zaznaczyć, że wszystkie wyżej wymienione obrażenia mogą mieć miejsce także przy porodzie drogą pochwową bez zastosowanych kleszczy, a także w trakcie cięcia cesarskiego z dużym zaawansowaniem drugiego okresu porodu.

W celu redukcji ryzyka urazu krocza położnik dokona jego nacięcia w trakcie zabiegu, jednak pomimo tego możliwe są dodatkowe obrażenia krocza, które niezwłocznie po zabiegu, w znieczuleniu miejscowym, lub ogólnym, zostaną zaopatrzone chirurgicznie.

Powikłania u Dziecka występują rzadko, jednak są możliwe i obejmują:

1. przejściowe zasinienie twarzy Dziecka (ślady po łyżkach kleszczy, zwykle ustępują po ok. 1 dobie),
2. okresowe osłabienie mięśni twarzy,
3. niewielkie urazy zewnętrznych części oka (np.: miejscowe zasinienie czy obrzęki),
4. urazy kości czaszki.

Niewielkie ślady na twarzy Dziecka po zabiegu są rzeczą normalną i przejściową. Poważne urazy związane z porodem kleszczowym występują niezwykle rzadko.

W trakcie operacji kleszczowej Matka zostaje ułożona na wznak w pozycji ginekologicznej (uniesione i oparte na podpórkach nogi). W tym momencie inne, wygodne do porodu pozycje muszą zostać zastąpione dogodnym ułożeniem dla położnika, by zabieg przebiegł jak najbezpieczniej.

Możliwe jest uchwycenie przez Matkę uchwytów z boku łóżka, by wspomóc parcie. W pierwszym etapie cewnikiem opróżnia się pęcherz moczowy Matki (jeśli nie był opróżniony w ostatnim czasie). Pomiędzy skurczami położnik delikatnie wprowadza palce do pochwy, a po nich, chroniąc pochwę i główkę Dziecka, jedną, a następnie po przeciwnej stronie drugą łyżkę kleszczy. Następnie łyżki kleszczy zostają delikatnie ze sobą zsunięte i złączone. Kształt łyżek jest wyprofilowany do krzywizn główki Dziecka, dzięki czemu pasują do niej odpowiednio. Na tym etapie położnik może stwierdzić tzw. niekorzystne warunki do porodu kleszczowego, odstąpić od operacji i przystąpić do procedury pilnego cięcia cesarskiego. Ważny w tym momencie jest względny spokój i współpraca Matki.

W przypadku właściwej pozycji kleszczy, w kolejnym skurczu Matka jest proszona o mocne, kontrolowane parcie, a operator, po uprzednim nacięciu krocza, delikatnie wyprowadza główkę Dziecka przed srom. Następnie kleszcze zostają usunięte, a Dziecko dokona odpowiednich zwrotów w kanale rodym, jak w zwykłym porodzie. Po porodzie za pomocą kleszczy Dziecko jest oceniane przez zespół neonatologiczny i jeśli jego stan uznany za dobry, rozpoczyna się procedura kontaktu „skóra do skóry”. Po urodzeniu łożyska macica Matki zostaje wyłżeczkowana w znieczuleniu (podtlenek azotu – tzw. gaz rozweselający), co służy zmniejszeniu ryzyka krwawienia po porodzie związanego z rozkurczeniem macicy.

W ostatnim etapie położnik ocenia obrażenia pochwy i krocza, a następnie zaopatruje je chirurgicznie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.

Jeśli poród kleszczowy nie doprowadzi do skutecznego sprowadzenia główki Dziecka i porodu, położnik niezwłocznie podejmuje decyzję o cięciu cesarskim.

Proszę pamiętać, że poród za pomocą kleszczy (mimo, że jego nazwa budzi niepokój) ma na celu szybki i bezpieczny poród Dziecka, w sytuacji zagrożenia

jego życia i zdrowia. Może się zdarzyć, że czas potrzebny na przygotowanie pilnego cięcia cesarskiego jest zbyt długi, a stan Dziecka może ulec pogorszeniu. Operacja cięcia cesarskiego w przypadku dobrych warunków położniczych do operacji kleszczowej jest niezwykle trudna i niebezpieczna dla Matki.

Czas gojenia krocza, w zależności od rozległości obrażeń, może być typowy lub nieco wydłużony (tj. może w zależności od ww. okoliczności trwać od kilku dni do kilku tygodni).

PORÓD Z ZASTOSOWANIEM PRÓŻNOCIĄGU POŁOŻNICZEGO

Podobnie jak kleszczowy, jest wsparciem porodu drogą pochwową. Położnik zakłada specjalną przyssawkę do główki Dziecka i wytwarzając podciśnienie sprowadza je przez kanał rodny. Towarzyszy temu parcie Matki. Operacja odbywa się w drugim okresie porodu, gdy siła parcia jest zbyt słaba, a narasta zagrożenie niedotlenienia Dziecka i należy dość szybko zakończyć poród. W przypadku nieudanej operacji z zastosowaniem próżnociągu położnicy rozważą operację kleszczową lub niezwłocznie przystąpią do pilnego cięcia cesarskiego.

Warunki przystąpienia do operacji z zastosowaniem próżnociągu położniczego:

1. pełne rozwarcie szyjki macicy,
2. stan po pęknięciu błon płodowych,
3. położenie Dziecka główkowe,
4. zstąpienie główki do kanału rodnego,
5. zbyt słaba siła parcia Matki.

Położnik podejmie decyzję o porodzie z zastosowaniem próżnociągu położniczego gdy:

1. parcie Matki jest nieefektywne i nie daje postępu wypierania Dziecka, co wiąże się z wydłużeniem drugiego okresu porodu,
2. występują zaburzenia akcji serca Dziecka w trakcie drugiego okresu porodu, co wiąże się z koniecznością przyspieszonego zakończenia porodu,
3. u Matki występują schorzenia wymagające skrócenia drugiego okresu porodu i zmniejszenia siły parcia (np. nadciśnienie tętnicze, wskazania okulistyczne itp.).

Położnik odstąpi od operacji gdy:

1. ma być wykonana poniżej 34. tygodnia ciąży,
2. u Dziecka występują zaburzenia kostnienia (np. wrodzona łamliwość kości), czy zaburzenia krzepnięcia (np. hemofilia),
3. Dziecko nie osiągnęło odpowiedniego zaawansowania w kanale rodym,
4. występuje inne niż główkowe położenie Dziecka,
5. przodują rączki Dziecka w kanale rodym,
6. Dziecko jest zbyt duże w stosunku do warunków kanału rodniego (ocenia je położnik w trakcie porodu).

Poród z zastosowaniem próżnościagu położniczego wiąże się z ryzykiem zarówno Matki jak i Dziecka. U Matki mogą wystąpić:

1. poporodowy ból krocza,
2. urazy krocza (także po nacięciu krocza),
3. przejściowe trudności w oddawaniu moczu i opróżnianiu pęcherza moczowego,
4. krótkotrwałe problemy z utrzymaniem moczu i stolca.

Należy zaznaczyć, że wszystkie wymienione obrażenia mogą mieć miejsce przy porodzie drogą pochwową, operacją kleszczową a także w trakcie cięcia cesarskiego z dużym zaawansowaniem drugiego okresu porodu.

Możliwe powiktania u Dziecka:

1. uraz główki,
2. ryzyko dystocji barkowej (czasowe nieprawidłowe ustawienie braków Dziecka w kanale rodym),
3. urazy kości czaski,
4. krwawienie w obrębie czaszki.

Poważne urazy Dziecka występują bardzo rzadko.

W trakcie porodu z zastosowaniem próżniociągu Matka zostaje ułożona na wznak w pozycji ginekologicznej (uniesione i oparte na podpórkach nogi). W tym momencie inne, wygodne do porodu pozycje muszą zostać zastąpione dogodnym ułożeniem dla położnika, by zabieg przebiegł jak najbezpieczniej. Możliwe jest uchwycenie przez Matkę uchwytów z boku łóżka, by wspomóc parcie. W pierwszym etapie cewnikiem opróżnia się pęcherz moczowy (jeśli nie był opróżniony w ostatnim czasie). Pomiedzy skurczami położnik delikatnie wprowadza palce do pochwy, a po nich umieszcza przyssawkę na główce Dziecka. Następnie zostaje wytworzone podciśnienie, by przyssawka przylegała prawidłowo do główki Dziecka. Na tym etapie położnik może stwierdzić tzw. niekorzystne warunki do porodu drogą pochwową, odstąpić od operacji i przystąpić do procedury porodu kleszczowego lub pilnego cięcia cesarskiego.

Ważnym w tym momencie jest względny spokój i współpraca Matki.

W przypadku należytej pozycji przyssawki, w kolejnym skurczu Matka jest proszona o mocne, kontrolowane parcie, a operator, po uprzednim nacięciu krocza, delikatnie sprowadza główkę przed srom. Następnie przyssawka zostaje usunięta, a Dziecko dokona odpowiednich zwrotów w kanale rodnym, jak w zwykłym porodzie. Po porodzie za pomocą próżniociągu Dziecko jest oceniane przez zespół neonatologiczny i jeśli jego stan uznany za dobry, rozpoczyna się procedura kontaktu „skóra do skóry”. Po urodzeniu łożyska macica Matki zostanie wyłęczkowana w znieczuleniu (podtlenek azotu tzw. gaz rozweselający), co służy zmniejszeniu ryzyka krwawienia po porodzie związanego z rozkurczeniem macicy.

W ostatnim etapie położnik ocenia obrażenia pochwy i krocza, a następnie zaopatrzy je chirurgicznie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. **Na każdym etapie porodu istnieje ryzyko konieczności wykonania cięcia cesarskiego. W tej sytuacji będzie Pani miała możliwość zapoznania się ze specjalistycznym formularzem dotyczącym wskazań i ewentualnego ryzyka związanego z tą operacją.**

Po zapoznaniu się z powyższymi procedurami prosimy o wyrażenie pisemnej zgody na ewentualne zabiegi, które będą zastosowane tylko w sytuacji bezpośredniego zagrożenia Pani i Dziecka.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam pełnych i zgodnych z moim stanem najlepszej wiedzy odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie

wywiadu lekarskiego, nie zataiłam istotnych informacji, w szczególności dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania porodu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego i dziecka zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających.

Zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/zabiegu/porodu.

Oświadczam, że przyjąłam do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu, a o wszystkich powikłaniach powinnam poinformować lekarza.

Ponadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody.

1. Po zapoznaniu się z treścią oświadczenia **wyrażam świadomą zgodę** na zabieg naciecia krocza

.....

Data i czytelny podpis Pacjentki lub Przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na nacięcie krocza i zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki lub Przedstawiciela ustawowego

2. Po zapoznaniu się z treścią oświadczenia **wyrażam świadomą zgodę** na badanie pH krwi włóśniczkowej pobranej ze skalpu płodu

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki lub Przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na badanie pH krwi włóśniczkowej pobranej ze skalpu płodu i zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia mojego dziecka.

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki lub Przedstawiciela ustawowego

3. Po zapoznaniu się z treścią oświadczenia **wyrażam świadomą zgodę** na operację kleszczową

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki lub Przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na operację kleszczową i zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia mojego i dziecka.

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki lub Przedstawiciela ustawowego

4. Po zapoznaniu się z treścią oświadczenia **wyrażam świadomą zgodę** na operacje z zastosowaniem próżniociągu położniczego

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki lub Przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na operacje z zastosowaniem próżniociągu położniczego i zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia mojego i dziecka.

.....
Data i czytelny podpis Pacjentki lub Przedstawiciela ustawowego

.....
Data i podpis lekarza